

د خيگر وپروسي التهاب
طبي تشخيص او درملنه
دوكتور محمد اسحاق شريفی

Afghanic



ننگرهار طب پوهنځی

Pashto PDF
2015

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

Viral Hepatitis

Medical Diagnosis & Treatment

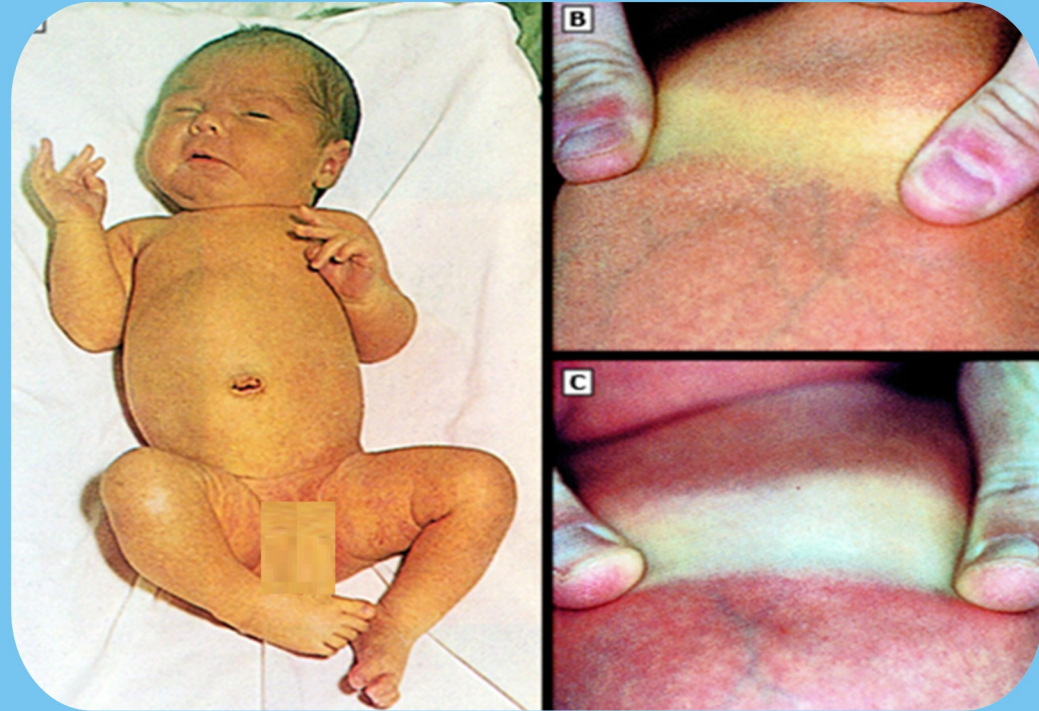
Dr Mohammad Es-haq Sharifi

Download: www.ecampus-afghanistan.org



ننگرهار طب پوهنځی

د ځیگر ویروسی التهاب طبی تشخیص او درملنه



دوکتور محمد اسحاق شریفی

۱۳۹۴



د ځیگر ویروسی التهاب
طبی تشخیص او درملنه
Viral Hepatitis
Medical Diagnosis & Treatment
دوکتور محمد اسحاق شریفی
۱۳۹۴



Nangarhar Medical Faculty

Afghanic

Dr Mohammad Es-haq Sharifi

Viral Hepatitis

Medical Diagnosis & Treatment

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan



2015

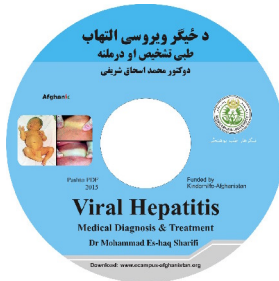
بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

د حُیگر وِیروسی التهاب

طبی تشخیص او درملنه

دوکتور محمد اسحاق شریفی

دغه کتاب په پی دی اف فورمت کی په مله سی دی کی هم لوستلی شی:



د کتاب نوم	د ځيگر ويريوسى التهاب طبي تشخيص او درملنه
ليکوال	دوکتور محمد اسحاق شريفى
خپرندوى	ننگرهار طب پوهنځى
ويب پاڼه	www.nu.edu.af
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ کال	۱۳۹۴
ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org
چاپ ځاى	افغانستان ټايمز مطبعه، کابل

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کميټې په جرمني کې د Eroes کورنۍ يوې خيريه ټولنې لخوا تمويل شوى دى. اداري او تخنيکي چارې يې په آلمان کې د افغانیک لخوا ترسره شوي دي. د کتاب د محتوا او ليکنې مسؤليت د کتاب په ليکوال او اړونده پوهنځى پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبيق کوونکي ټولني په دې اړه مسؤليت نه لري.

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له مور سره اړیکه ونیسئ:
ډاکتر يحيی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کابل
تيليفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰
ایمیل: textbooks@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.
ای اس بی ان ۶ - ۰۲۶ - ۰ - ۹۹۹۶۹ - ۹۷۸

د درسي کتابونو د چاپ پروسه

قدرمنو استادانو او گرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لویو ستونزو څخه گڼل کېږي. یو زیات شمیر استادان او محصلین نوي معلوماتو ته لاس رسی نه لري، په زاړه میتود تدریس کوي او له هغو کتابونو او چپترونو څخه گټه اخلي چې زاړه دي او په بازار کې په تیت کیفیت فوتوکاپي کېږي.

تراوسه پورې مونږ د ننگرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ او کاپیسا د طب پوهنځیو او کابل طبي پوهنتون لپاره ۱۵۶ عنوانه مختلف طبي تدریسي کتابونه چاپ کړي دي. د ننگرهار طب پوهنځی لپاره د ۲۰ نورو طبي کتابونو د چاپ چارې روانې دي. د یادونې وړ ده چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هیواد ټولو طب پوهنځیو ته په وړیا توگه ویشل شوي دي. ټول چاپ شوي طبي کتابونه کولای شي د www.afghanistan-ecampus.org ویب پاڼې څخه ډاونلوډ کړي.

دا کړنې په داسې حال کې تر سره کېږي چې د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د (۲۰۱۰-۲۰۱۴) کلونو په ملي ستراتیژیک پلان کې راغلي دي چې:

"د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کیفیت او زده کوونکو ته د نویو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړینه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د لیکلو فرصت برابر شي د تعلیمي نصاب د ریفورم لپاره له انگریزي ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او درسي موادو ژباړل اړین دي، له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلین او استادان نشي کولای عصري، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي".

د لوړو زده کړو د وزارت، پوهنتونونو، استادانو او محصلینو د غوښتنې په اساس په راتلونکې کی غواړو چې دا پروگرام غیر طبي برخو لکه ساینس، انجنیري، کرهڼې، اجتماعي علومو او نورو پوهنځیو ته هم پراخ کړو او د مختلفو پوهنتونونو او پوهنځیو د اړتیا وړ کتابونه چاپ کړو.

کوم کتاب چې ستاسې په لاس کې دي زمونږ د فعالیتونو یوه بېلگه ده. مونږ غواړو چې دې پروسې ته دوام ورکړو، تر څو وکولای شو د درسي کتابونو په برابرولو سره د هیواد له پوهنتونو سره مرسته وکړو او د چپتر او لکچر نوټ دوران ته د پای ټکی کېږدو. د دې لپاره دا اړینه ده چې د لوړو زده کړو د موسساتو لپاره هر کال څه نا څه ۱۰۰ عنوانه درسي کتابونه چاپ کړل شي.

له ټولو محترمو استادانو څخه هيله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه وليکي، وژباړي او يا هم خپل پخواني ليکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چېټرونه ايډېټ او د چاپ لپاره تيار کړي. زمونږ په واک کې يې راکړي، چې په ښه کيفيت چاپ او وروسته يې د اړوندې پوهنځۍ استادانو او محصلينو په واک کې ورکړو. همدارنگه د يادو شويو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه او نظريات زمونږ په پټه له مونږ سره شريک کړي، تر څو په گډه پدې برخه کې اغيزمن گامونه پورته کړو.

د يادونې وړ ده چې د مولفينو او خپروونکو له خوا پوره زيار ايستل شوی دی، ترڅو د کتابونو محتويات د نړيوالو علمي معيارونو په اساس برابر شي، خو بيا هم کيدای شي د کتاب په محتوی کې ځينې تيروتنې او ستونزې وليدل شي، نو له درنو لوستونکو څخه هيله مند يو تر څو خپل نظريات او نيوکې مولف او يا مونږ ته په ليکلې بڼه راوليږي، تر څو په راتلونکې چاپ کې اصلاح شي.

د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کميټې او د هغې له مشر ډاکټر ابروس څخه ډېره مننه کوو چې د دغه کتاب د چاپ لگښت يې ورگړي دي دوی په تېرو کلونو کې هم د ننگرهار د طب پوهنځی د ۶۰ عنوانه طبي کتابونو د چاپ لگښت پر غاړه درلود.

په ځانگړې توگه د جي آي زيت (GIZ) له دفتر او (CIM) Center for International Migration & Development چې زما لپاره يې په تېرو پنځو کلونو کې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړي دي هم د زړه له کومې مننه کوم.

د لوړو زده کړو وزارت علمي معین ښاغلي پوهنوال محمد عثمان بابري، مالي او اداري معین ښاغلي پوهنوال ډاکټر گل حسن وليزي، د ننگرهار طب پوهنځی رييس ښاغلي ډاکټر خالد يار، د ننگرهار طب پوهنځی علمي مرستيال ښاغلي ډاکټر همايون چارديوال، او استادانو څخه مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړۍ يې هڅولې او مرسته يې ورسره کړې ده. د دغه کتاب له مولف څخه منندوی يم او ستاينه يې کوم، چې خپل د کلونو کلونو زيار يې په وړيا توگه گرانو محصلينو ته وړاندی کړ.

همدارنگه د دفتر له همکارانو حکمت الله عزيز، احمد فهيم حبيبي او سبحان الله څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې يې نه سترې کيدونکې هلې ځلې کړې دي.

ډاکټر يحيی وردگ، د لوړو زده کړو وزارت مشاور

کابل، جنوري ۲۰۱۵

د دفتر ټيليفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: textbooks@afghanic.org

wardak@afghanic.org



اهداء

دا علمى رساله دكوچنى سلما په نوم ډالى كوم

له طرفه د داکتر محمد اسحاق شريفى

خبرتيا

ددى ڪتاب په اخره برخه ڪى دڪتاب دمحتوا ٽول رنگه
عڪسونه، شڪلونه (Figs) اورنگه گرافونه په مسلسل ڊول دڪتاب
دهر فصل او صفحي دنمبرد تسلسل په نظر ڪى نيول شويدي،
خدای دى وکړى چى لوستونكى تری بنه استفاده وکړى،
ددى رنگه اطلس په چاپ ڪى د دوکتوريحي خان (وردگ) خاصه
مينه او لطف بنودلى ده، او موصوف دهميشه لپاره دهيواد دټولو
پوهنتونونو د محصلينو سره د درسى ڪتابونو په چاپولو او توزيع
ڪى ډير ڪمونه کړى او دالړى لاهم دوام لرى،
مونږ د دوکتور صاحب وردگ لپاره دلوى خدای (ج) له دربارخه
نورى ډيرى برياوى هم غواړو.

په درناوى
دوکتور شريفى

مننه

دبناغلی سیدپسرلی(حیدری)دطب عالی
تکنالوجست چی دبناغلی پوهنوال سیدقمبر علی
(حیدری) دننگرهار پوهنتون دطب دیوهنخی
داستادخوی دی چی ددی علمی رسالی په تایپ
اودییزاین کی په ډیره بڼه طریقه اوخاصی مینی
سره خپل نوبت بشودلی دی دزره له کومی مننه او
شکریه ادا کوم – اودده لپاره په اینده کی ډیری
زیاتی کامیابی اونوبتونه په داپول علمی کارونو
کی هیله کوم – داکارنه یواخی دکتاب لیکونکی
سره کمک دی بلکه دکتاب ټولوستونکو اوپه
خاص ډول دطب پوهنخی محصلینو اوخوانو
ډاکترانوسره یوه ډیره مرسته ده – چی دکتاب
ډیزائن ئی په یوخاص مهارت سره سرته رسولی
دی *

همدارنگه ددی کتاب دخنی ناروغیواو
پروسیجرونوپه ارتباط خنی عکسونه چی د Net
خخه دډوکتور بکتاش(شریفی)پواسطه اخیستل
شوی اوپه مناسب خایونوکی دمؤلف لخواخای په
خای شوی هم ډیره مننه کوم اواینده کی ورته د
لوی خدای(ج)له درباره دنوروبریاوغوبتونکی
یم *

دوکتور محمداسحاق ((شریفی))

تقریض

دا علمی رساله چی دډاکټر محمد اسحاق (شریفی) لخوا په پښتو ژبه لیکل شوی - ما په مکمل ډول مطالعه کړه په دی کی دیر مهم مرضونه لکه: Hepatitis A, B او Hepatitis C حاد او مزمن شکلونه دهغوی د تشخیصی میتودونه، مرگونی اختلالات او تداوی وړپکی په ډیر صراحت سره تشریح او لیکل شوی دی - دوخت د شرایطو سره ددی کتاب لیکلونه په ټولنه کی ډیر ضرورت وه چی د ډول مواد دنوی علمی اثارو څخه راجمع او په یو علمی مجموعه کی دنشر لپاره آماده شی او دا کار عملی شو - داکتاب په روان او سلیس ډول لیکل شوی او لوستونکی ته هیڅ قسم مشکلات په لوستلو کی نه احساسیری - چی په دی هکله د مؤلف زیار او زحمت د قدر وړ دی *

ددی کتاب په محتوا کی په ډیر و مواردو کی د تحقیقاتی Cases څخه هم تذکر شوی دی کوم چی د ډاکټر شریفی په رسمی او شخصی وظیفه کی راجمع کړی ؤ * چی دلوستونکو ډیره علاقه جذبوی - په دی کتاب کی په ډیر مناسب ډول دمختلفو موضوعاتو په ارتباط گرافونه، شکلونه، جدولونه او عکسونه دمربوطه موضوعاتو په اړوند ځای په ځای شوی دی - چی په پراکتیکی برخه کی دلوستونکو سره ډیر کمک کولای شی *

زه د ټولو ډاکټرانو، طب محصیلینو او طبی کارمندانو (منسوبینو) څخه په ډیر درناوی هیله کوم چی د رساله پ ډیره مینه سره مطالعه او انشاء الله چی ډیر معلومات به ځان ته حاصل کړی - او زموږ گرانو وطنوالو ته به په مسلکی لحاظ ډیری فایدی ورسوی *

په پای کی د ډاکټر محمد اسحاق (شریفی) ته دلوی خدای (ج) څخه د دا ډول نورو طبی موادو دلیکلو توفیق غواړم *

په درنښت

پوهاند ډوکتور عبدالناصر (جبار خیل)

سریزه

دا علمی تولگه چی دویروسی هیپاتایتیس یعنی دخیگرد ویروسی التهاب تر عنوان لاندی لیکل شوی دمختلفو علمی اوتحقیقاتی اثاروڅخه استفاده شویده.

چی ددی کتاب لیکلونه دنن ورځی حالاتوپه نظرکی نیولوسره ډیر ضرورت وه ځکه په کلیو، بنارونو او محلاتوکی ددی مرض وقوعات ډیر شوی دی نو ډیر ضرورت وه چی باید داسی یو علمی رساله ولیکل شی چی پوره او کافی معلومات پکی دلوستونکوپه خاص ډول دځوانو ډاکترانو د استفادی لپاره موجودی.

ځکه دا ډول امراض په نن وخت کی صحی کلینکی مراکزوته په زیاته اندازه مراجعه کوی – چی ځنی ډولونه ئی لکه: Hepatitis A, B, C, D او G شکلونه چی دتور اوسپین زیری په نومونو هم یادیزی. چی زموږ په وروسته پاتی ټولنه کی دخلکوپه وړاندی زیات تشوشات رامنځ ته کړیدی. دتور اوسپین زیری اصطلاحات علمی ندی خو په همسایه هیوادونوکی دمرض دبدانزار د لرلوله امله په دغه نومونو یادشوی دی.

نوبنا مجبور شوم دخپل کار د علمی او عملی تجار بودجمع کولو او علمی اسنادوڅخه په استفاده اودځینو نوو تحقیقاتی مراکزود انتشار اوتوڅخه (Face Book and Internet) په عملی ډول استفاده وکړم او علمی () اساسات ئی دمعتبره مؤخدونوڅخه تر لاسه کړم هغه وه چی په مسلسل ډول په ډیر جدیت سره می یو اندازه علمی مواد راټول کړی.

په دی کتاب کی Hepatitis A, B او C نسبتاً په مفصل ډول ترڅیرنی لاندی نیول شوی دی – چی ذکر شوو امراضو حاد او مزمن اقسام، اختلاطات اودتداوی مختلف اشکال په مفصل ډول تشریح شوی دی.

دمطالعه کونکوڊپوره استفادی په خاطر درنگه عکسونوڅخه په استفاده په لازم موخایونوکی اوځنی تشخیصی پروسیجرونه چی دمطالعه کونکو توجہ جلبوی په مفصل ډول عکسونوسره یوځای تشریح شوی دی – په Hepatitis B کی دمختلفو Genotype په تداوی کی دځنومشکلاتوسره معالج ډاکتران مخامخ کیږی – چی د(6) میاشتو معالجه وروسته د HBs Ag معاینه هم مثبت وی او نه منفی کیږی – خاصتاً خفیف اشکال ئی چی همیشه مثبت وی د مطالعی په جریان کی شایدځنی مطالعه کونکی ددی سوال سره هم مخامخ شی چی HBs Ag ډولی نه تداوی کیږی؟
خوبه لنډډول په دی موضوع ډاډول رڼا اچوو:

په Hepatitis B کی انټیجن هغه وخت دویښی په ټیسټ کی منفی کیږی چی دانتیجن دهر ټایپ په مقابل کی په داخل دعضویت کی انټی بادی جوړه شی – لکه د HBe Ag په مقابل کی د HBe Ab او د HBs Ag په مقابل کی د HBs Ab او تاسی ته معلومه ده چی په انتانی امراضو د معالجه په دوران کی دهر نوع ناروغی دعامل په مقابل کی انټی بادی جوړیږی او بیاناروغ دهغه ناروغی په مقابل کی صحت پیدا کوی – او داځکه چی په هغه وخت کی دناروغ عضویت دناروغی دعامل لخوا متضرره کیږی یعنی کله چی ناروغی دشدت فازی امرحلی ته ورسیري په عضویت کی یوسستم موجود دی چی Reticulo Endothelial په نوم یادیري اول هغه تنبه شی او بیا هم دعامل په مقابل کی انټی بادی جوړیږی او دناروغ عضویت دزباتو تخریباتوڅخه دفاع کیږی – خود ذکر شوی مرض په خفیفو اشکالوکی انټی بادی جوړیدل له دی کبله نه کیږی چی دمرض عامل کمزوری وی او دعضویت دفاعی سستم نه تنبه کوی – له دی کبله په ډیرو عصری او قوی مملکتونوکی چی ډیر قوی تشخیصی

افزار اودتداوی دعالی میتودونوڅخه ورپکی استفاده کیری هم
HBs Ag نه شی منفی کولای.

اوپه Hepatitis C کی چی دناروغی عامل سره تخریبی انتی بادی
یوځای موجوده وی نو عضویت نه شی کولای چی دهغی په
مقابل کی دفاعی انتی بادی جوړه کری - نو همداعلت دی چی
دعمر تر اخره دناروغی عامل دوینی په معاینه کی مثبت وی - او
وینه همیشه اختلاطی اووژونکی سیرچی په کتاب کی ورته
مفضلاً اشاره شوی ده تعقیبوی.

دلته ضروری ده چی باید ذکر کړم . چی ټول ناروغانو ته چی په
هغوی کی دسترگو اوپوستکی زیروالی موجودوی Hepatitis
ونه وایو - ځکه چی په ځنونوروناروغیوکی هم دپوستکی
اودسترگو دسکلیرازیروالی منځ ته راځی. خوناروغ Hepatitis نه
وی.

لکه: ملاریا، Spirochetosis، دصفر او ی قناتونو میخانیکي بندوالی،
دینگ فور، Yellow Fiver اوداسی نورچی ددی مرض په تفریقی
تشخیص کی ورته اشاره شویده - یعنی نشو کولای چی په هر
ناروغ کی دپوستکی اوسکلیرازیروالی ته Hepatitis ووايو اوپه
هر نوع Hepatitis کی لکه Hepatitis C کی دپوستکی اوسترگو
زیروالی حتمی ندی چی منځ ته راشی چی په خپلو خپلوځایونو
کی ورته اشاره شویده.

دا کتاب دمؤلف لخواپه (16) فصلونوچی مجموعاً (233) صفحی
کیری لیکل شوی دی - په نوموړی کتاب کی (24) جدولونه
(28) عکسونه (17) شکلونه او (6) گرافونه دموضوعاتوپه ارتباط
ځای په ځای شوی دی - چی کتاب ته ئی ښکلورکری ده
اومطالعہ کونکو ته دمطالعی په وخت کی دخوشحالی احساسات
اوددی کتاب دمطالعی سره خاصه مینه راپیدا کوی.

دمندرجو عنوانونو فهرست

شميره	عنوانونه	صفحه
اول فصل		
1.	خېگر (Liver)	1
2.	دبيلروبين طبيعي منابع	4
3.	دبيلروبين انتقال	6
4.	دبيلروبين استقلاب په خېگر کې (Metabolism of Bilirubin in Liver)	6
5.	اخيستل (Uptake)	7
6.	مزدوج كيډل (Conjugation)	7
7.	دبيلروبين استقلاب په کولمو کې	8
8.	دبيلروبين کليوي اطراح	10
دوهم فصل		
9.	دکيدنور مالي دندې	12
10.	دخېگر جوړونکې دندې	12
11.	دپروټين جوړوول	12
12.	تخنري پروټينونه	13
13.	ميتابولیک دندې (وظايف)	13
14.	دکاربوهايډرېټ ميتابوليزم	13
15.	شحمي ميتابوليزم	13
16.	دبيلروبين ميتابوليزم	14
17.	دصفر او اسيدونو ميتابوليزم	15
18.	د Detoxification وظيفه	15
درېم فصل		
19.	دخېگر وظيفوي ټسټونه (Liver Function Tests)	17
20.	دسيروم بيلروبين	17
21.	دغیر مستقيم بيلروبين اندازه په سيروم کې	18
22.	په وینه کې دمستقيم يامزدوج بيلروبين زياتوالی (Hyperbilirubinemia of Direct Bilirubin)	18
23.	دخېگر (بني) انزایموته	19
24.	امينوترانسفيريزونه (Amino Transferases)	19
25.	الكالين فاسفاتيز	21
26.	Hepato Cellular Diseases	21
27.	انسدادی زيری (obstructive Jaundice)	21

دمندرجو عنوانونو فهرست

22	(Gama GoT) Gama Glutamic Transferase	28.
22	(PT)Prothrombin Time	29.
22	(APTT)Activated Thrombo Plastin Time	30.
22	دپلازما پروټينونه (Proteins of Plasma)	31.
22	Albumin	32.
23	گلوبولين Globulin	33.
خلورم فصل		
24	دخېگر بيوپسي (Biopsy of Liver)	34.
24	استنبايات (Indications)	35.
24	دخېگر د بيوپسي مضا د استنبايات (Countra Indications of Liver Biopsy)	36.
25	احتياط (Caution)	37.
26	دخېگر د بيوپسي اختلاطات (Complications of Liver Biopsy)	38.
31	دخېگر د جس کولو اختصاصی اسباب	39.
پينځم فصل		
33	دخېگر يانې التهاب (Hepatitis)	40.
35	د Viral Hepatitis اقسام	41.
36	د هپاټايتيس A (Viral Hepatitis A)	42.
39	د کلينيکي اعراض او علايم (Clinical Signes and Symptoms)	43.
40	د Hepatitis A د تاوی (Treatment of Hepatitis A)	44.
47	واکسين (Vaccination)	45.
48	د حفظ الصحة (Hygiene)	46.
49	د وقايه (prevention)	47.
49	د عمومي اهتمامات (General manegment)	48.
50	د مشخص اقدامات دوقائي لپاره	49.
50	د فعال معافيت	50.
50	د منفعل معافيت	51.
شپږم فصل		
51	Acute Viral Hepatitis B	52.
51	Srum Hepatitis (Bothkin Disease)	53.
52	د دمرض سرايت	54.
54	د دتفریح دوره (Incubation Period)	55.

دمندرجو عنوانونو فهرست

اوم فصل

75	Acute Hepatitis C	87.
78	تشخيص (Diagnosis)	88.
79	کلینکی اعراض او علایم (Clinical Signs and Symptoms)	89.
80	Acute Hepatitis C تداوی	90.
81	Hepatitis C مزمن (Chronic Hepatitis C)	91.
84	د ناروغی انتقال او د خطر فکتورونه (Risk Factors and Transmision)	92.
86	Sexual Transmision	93.
88	Unsafe Injection Practive	94.
89	دمزمن Hepatitis C کلینکی اعراض او علایم	95.
89	دمزمن Hepatitis C اختلاطات (Complication of Chronic Hepatitis C)	96.
90	Cirrhosis فزیکي نیني او علایم	97.
90	Chronic Hepatitis C خارج الکیدی تظاهرات	98.
92	د کرونیك هیپاتایتیس سی تداوی (Treatment of Chronic Hepatitis C)	99.
92	کیدی سیروزیس (Liver Cirrhosis)	100.
94	اسباب یا Etiology	101.
94	Methabolic Disease	102.
94	Wilson's Disease	103.
95	صفر او ای انسداد (Obstraction of Bile Ducte)	104.
95	ادویه	105.
95	کیدی احتقان (Liver Congestion)	106.
95	Budd Chiari Syndrome	107.
95	نور علوتونه	108.
95	کلینکی تظاهرات	109.
95	غیر اختصاصی	110.
96	اختصاصی تظاهرات	111.
96	پورتال فشار (Portal Hypertention)	112.
98	دطحال ضخامه (Splenomegaly)	113.
98	دطحال پرکاری (Hyper Splenism)	114.
99	جانبی دوران یا (Collateral)	115.
100	حبن یا Ascites	116.
102	دباب د فشار غیر سیروتیک اسباب	117.

دمندرجو عنوانونو فهرست

55	ویروسی مارکرونه	56.
56	Hepatitis B سطحی انتیجن	57.
56	Hepatitis B سطحی انتیجن ضدانتي بادی گانی (Anti HBs Ab)	58.
57	Hepatitis B ویروس د مرکزی قسمت ضدانتي بادی گانی (Anti HBe)	59.
57	Antigen E یا (HBe Ag)	60.
58	Hepatitis B ویروس DNA یعنی د Hep. B لپاره د PCR تیسټ	61.
59	Hepatitis B په دویروسی مارکرونو اهمیت	62.
61	معمولی سیرولوژیکی طرحی او دهغی تف سیریه Viral Hepatitis B انتان کی	63.
61	معاینات	64.
61	غیر اختصاصی	65.
61	اختصاصی	66.
62	اختلاطات (Complication)	67.
62	کلینکی اعراض او علایم (Clinical Signis and Symptoms)	68.
63	د Hepatitis B تداوی (Treatment of Acute Hepatitis B)	69.
65	دمزمن Hepatitis B معالجه (تداوی) (Treatment of Chronic Hepatitis B)	70.
65	Interferon	71.
65	د Interferon په واسطه تداوی	72.
67	د Interferon دوز او د تداوی دوخت موده (Injection Interferon) Interferon Alfa 2b	73.
67	(Peg Interferon) Interferon Alfa 2b	74.
68	جانبی عوارض (Side Effect)	75.
68	مضاد استطباب Contraindication	76.
68	Lamivudin	77.
69	Adefarr Dipivaxil	78.
70	د Chronic Hepatitis B لپاره غوره دواوی	79.
70	د Hepatitis B وقایه	80.
70	عمومی اقدامات	81.
71	Vaccin of Hepatitis	82.
72	Hepatitis B ایمونوگلوبولین (Bay Hepatitis B)	83.
72	Hepatitis D	84.
73	Hepatitis G	85.
73	Hepatitis E	86.

دمندرجو عنوانونو فهرست

116	الفا فیتوپروتین	148.
116	انزاریا Prognosis	149.
اسم فصل		
120	دخراب انزاریا بودونکی فکتورونه	150.
120	دوینی تیستونه	151.
120	کلینکی تغیرات	152.
120	دسیروزیس اختلاطات	153.
121	کلینکی تظاهر	154.
121	فوری انڈوسکوپي	155.
122	Banding	156.
122	زرقي (Sclerotherapy)	157.
123	معاینات	158.
123	اهتمامات (Prognosis)	159.
123	دفعالی خونریزی لپاره اهتمامات	160.
124	فارمکولوژیکه تدای	161.
124	Octotide	162.
125	Dosage	163.
125	Vaspresin	164.
125	بطنی کولیک	165.
125	دوینی دجریان دودرینولپاره نوراقدامات	166.
125	بالونی تامپوناد	167.
126	اختلاطات Complication	168.
126	دمری خیری کیدل اودمعدی مخاطی تفرح	169.
126	عاجله جراحی	170.
126	ایضافه اهتمامات بحادی حملی لپاره	171.
126	لکتولوز	172.
126	Vitamin K	173.
127	زرقي Sclerotherapy، داوردوخت لپاره Banding	174.
127	β-Blockers and Nitrates	175.
128	دورانی خونریزی په مقابل کی اهتمامات	176.
128	دلمرنی دوری وقایه	177.
یولسم فصل		
130	حین یا Ascitis	178.
130	Pathogenesis	179.

دمندرجو عنوانونو فهرست

103	د Sinosoidal بندش	118.
103	Post Sinosidal بندش	119.
103	دیاب د Hypertention عواقب	120.
اتم فصل		
104	دخبرگر عدم کفایه یادکیددوظیفو خرابوالی (Hepatic Failure)	121.
104	برفان یا زیری	122.
104	دورانی تغیرات	123.
105	Spider Nevi	124.
106	دلأسونودور غیو سوروالی (Palmar erythema)	125.
106	دانوکر این ابنارملتی گانی	126.
106	خونریزی (وینی بهیدنی) ته میلان	127.
107	جلدی تغیرات	128.
107	Dupuytren's Contracture	129.
107	کیدی انسفالوپتی	130.
107	دجانبی ورید دوران	131.
107	انسفالوپتیک کلینکی اعراض	132.
108	کلیوی عدم کفایه	133.
108	دسیروزیس تفریقی تشخیص	134.
108	(Defferential Diagnosis of Cirrhosis)	135.
108	Hypato Pulmonary Syndrome	136.
108	دسیروزیس مهم تفریقی کلینکی تظاهرات (manifestation of Liver Cirrhosis)	137.
109	په سیروم کی الیکترولایتونه	138.
110	Blood CP	139.
نهم فصل		
111	سیرولوژیک تیستونه	140.
111	Enzym Immuno Assay	141.
112	(RIA) Recombinant Immunity Assay	142.
112	Direct Assay for HCV RNA	143.
113	Biochemical Indication of Hepatitis C Virus Infection	144.
114	Quantification of HCV RNA in Serum	145.
114	تصویری معاینات	146.
116	انڈوسکوپي	147.
116	دخبرگر بیوپسی Liver Biopsy	148.

دمندرجو عنوانونو فہرست

146	دخیگروظیفوی معاینات (LFT)	213.
146	ادرار (D/R)	214.
146	وینہ (Blood)	215.
146	Heptoglabolin	216.
146	ارثی ہائیربیلروبینیمیا (Congenital Hyperbilirubenimia)	217.
147	کلینکی تظاہرات	218.
148	دکولیسٹاتیک زیری اسباب یہ داخل دخیگرکی	219.
150	یہ حاملگی کی داخل کیدی گولیسٹاز	220.
152	دخیگر ضخاموی اسباب	221.
152	انتانات	222.
152	مقدم سیروزیس	223.
152	کانسر یا (Neoplasm)	224.
152	Leukemias	225.
152	ظاہری	226.
153	دخیگریوند (Graft of Liver)	227.
156	استطباب Indication	228.
156	مضاد استطباب Contra Indication	229.
157	دکیدورکونگی انتخاب (Donor Selector)	230.
157	پروسیجر	231.
157	ردیاجداکیدل	232.
158	دیری مہمی ہیپاتوتوکسیک دواگانی	233.
دیارسلم فصل		
159	دخیگر ایسی (Liver Abscess)	234.
159	دخیگر امیپی ایسی	235.
159	کلینکی تظاہرات	236.
159	تاریخچہ (History)	237.
160	عمومی اعراض	238.
160	دقشارتست	239.
160	اختلاطات یا (Complication)	240.
160	دایسی پراحوالی	241.
160	Pleural Effusion	242.
160	دیلور اداخل تہ خلاصیدل	243.
160	کیدی فیستول	244.
161	داخل دیریتوان تہ خلاصیدل	245.

دمندرجو عنوانونو فہرست

130	Hypertension	180.
132	Exoda مایع	181.
132	انتانات	182.
132	خباثت	183.
133	دحینی مایع دبول لہ نظر ہ دحین اسباب	184.
133	دحین کلینکی تظاہرات	185.
133	دقزیکی معاینی یواسطہ	186.
134	معاینات	187.
134	دحین دمایع معاینہ (Diagnostic Paracentesis)	188.
134	دحینی Ascites دمایع پلتنہ	189.
135	دحجراتوشمیرنہ	190.
136	البومین اومجموعی پروٹین	191.
137	کلچر اوتلوین گرام	192.
137	نور ٹیسٹونہ	193.
138	Abdominal Ultrasound	194.
138	لاپراسکوپ (Laparoscopy)	195.
140	اہتمامات (Prognosis)	196.
140	عمومی تدابیر	197.
140	دیسٹراسٹراحت	198.
140	اختصاصی اقدامات	199.
140	دیوریتیک	200.
140	دتاثر طریقہ	201.
140	تداوی Treatment	202.
141	تیرایوتیک پاراسینتیز (تداوی یہ هدف)	203.
دولسم فصل		
143	یرقان (Jandice)	204.
143	دزیری دتولید (منخ تہ راتلو) میخانکیت	205.
144	دزیری اقسام	206.
144	ہیمولایتیک زیری	207.
145	ایتولوجی (Etiology)	208.
145	Exoerythrocytic اینار ملی گانی	209.
145	یہ داخل د اریٹروسیت کی نقصونہ	210.
145	کلینکی تظاہرات	211.
146	معاینات	212.

دمندرجو عنوانونو فهرست

170	ایټولوژی	279.
170	کلینکی تظاهرات	280.
171	اعراض	281.
172	لابراتواری معاینات	282.
173	تداوی	283.
173	جراحی	284.
173	تسکینی تداوی	285.
173	دخیرگر پیوند	286.
174	انزاریا (Prognosis)	287.
174	معاینه	288.
174	Budd Chiary Syndrome	289.
174	ایټولوژی	290.
175	کلینکی تظاهرات	291.
175	حاد تظاهرات	292.
175	لابراتواری معاینه	293.
175	تفریقی تشخیص (Diff Diagnosis)	294.
175	تداوی (Treatment)	295.
175	پنخلم فصل	
177	دخیرگر حاده عدم کفایه (Acute Hepatic Failure)	296.
179	تعریف (Definition)	297.
181	اسباب یا (Etiology)	298.
182	دحادی کبدی عدم کفائی پتوجنیزیس (Pathogenesis of Acute Hepatic Coma)	299.
187	دکبددحادی عدم کفائی دکومائی اشکالوکلینکی لوحه	300.
192	لابراتواری معاینات	301.
194	Intensive Therapy of Acute Hepatic Failure	302.
194	تداوی (Treatment)	303.
195	داخل وریدی تداوی (IV Treatment)	304.
196	Correction of Hypoxia	305.
197	دتالی انتاناتو په مقابل کی مبارزه	306.
197	پروگنوز، تشخیص او تداوی نی	307.
200	دخیرگر دخرابو شوو وظیفو موقتی بدلون	308.
201	د Heamosorbition مضاداستطباب (Contra Indication of Heamosorbition)	309.
203	دپری کوما او دکبدی کوما مرحل	310.

دمندرجو عنوانونو فهرست

161	Pericardium ته خلاصیدل	246.
161	طبی معاینات	247.
161	Blood CP	248.
161	(D/R) غایطه مواد	249.
161	Chest X-Ray	250.
161	الټراسونډ	251.
162	د MRI یا CT Scan	252.
163	دامیب لپاره سپرولوژیک معاینات	253.
163	د تشخیصی مایع اسپریشن	254.
163	تداوی (Treatment)	255.
163	فلاجیل (میتربیندازول)	256.
163	(Entamisol DS) Diloxonide Furoat	257.
163	دکبدی ابسی (Aspiroton)	258.
164	پروسیجر	259.
164	دخیرگر پایوجنیک ابسی	260.
165	دصفرای مجرا او پیشرفته التهاب	261.
165	Portal Pyemia	262.
166	بطنی نرضیضات	263.
166	ارگانیزم	264.
166	کلینکی تظاهرات	265.
166	تدریجی شروع	266.
166	معاینات	267.
166	Blood CP	268.
166	دخیرگر وظیفوی معاینات	269.
167	په سپروم کی د Vitamin B12	270.
167	دوینی کلچر	271.
167	دصدر اکسری	272.
167	الټراسونډ	273.
167	تداوی (Treatment)	274.
168	دخیرگر دابسی تخلیه یا اسپریشن	275.
169	انزاریا (Prognosis)	276.
	خوارسم فصل	
170	Hepatocellular Carcinoma	277.
170	(Hepatoma)	278.

دمندرجو عنوانونو فهرست

(Stage of precoma and Hepaticcoma)

شپاړسم فصل

204	Intensive Therapy	د Viral Hepatitis مریضانو	311.
204		وقایه یا (Prevention)	312.
205	Specefic	دخپګر دعدم کفائي د intensive تداوی میتودونه	313.
206		دخپګر دحدادی عدم کفائي پتوجنیزیس (Pathogenesis of Acute Hepatic Failure)	314.
210		کرنه	315.
210		فارمکو کنټیک	316.
211		کلینیکي استعمال	317.
211		ارخیزی اغیزی	318.
211		د درملوسره منقابه اړیکي	319.
212	Adefovir		320.
212		فارمکو کنټیک	321.
212		کارونه	322.
212		ارخیزی اغیزی	323.
212	Lamivudine		324.
213	Ribavirin		325.
213		فارمکو کنټیک	326.
214		ارخیزی اغیزی	327.
214		مقدار	328.
220		Hepatitis یازیری په باره کی څو پوښتنی او ځوابونه په مختصر ډول په لاندی ډول تشریح شوی دی	329.
230		په لاندی جدولونو کی د Hep..A او Hep..B دواکسینونو دوزونه ذکر شوی دی	330.

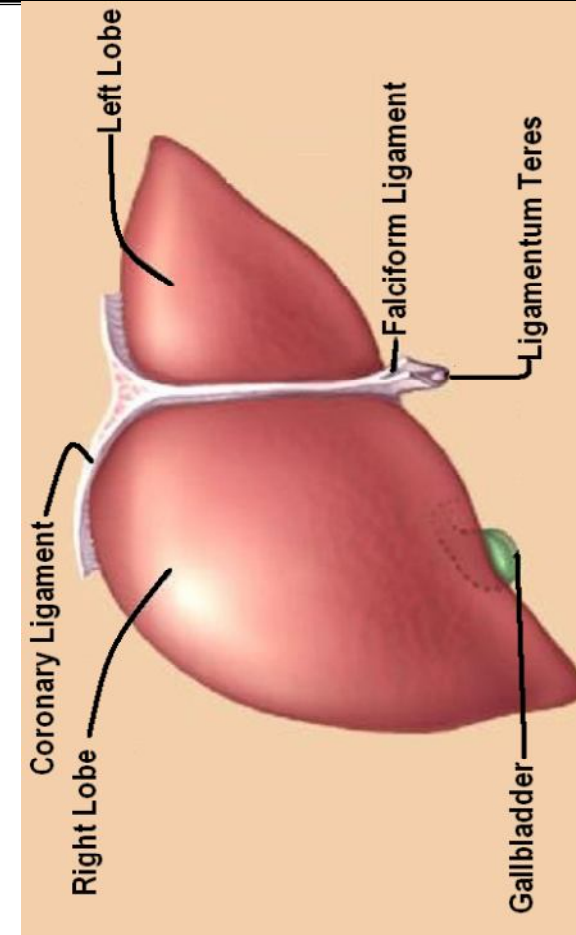
خِیگر (Liver)

مخکی له دی څخه چی دخیگردمختلفو امراضو یانارو غیوپه حقله کافی اندازه معلومات لرونکی اوسوبایددخیگرد اناتومی او وظیفی په هکله یوڅه لنډ معلومات ولرو.

ځکه چی همیشه په Hepatitis کی چی دخیگریوه پیره مهمه انتانی ناروغی ده اوده همیشه لپاره دخیگریه پارانشیمال انساجو کی مختلف پتالوژیک اووظیفوی تغیرات یا بدلونونه رامنځ ته کیږی چی په راتلونکو صفحو کی به تری په مفصل ډول یادونه وشی.

خِیگردعضویت یوه پیره مهمه عضوه دی چی په نارمل ډول دیوکاهل شخص ځکر 1200گرامه وزن لری.

خِیگرددوه فصونو (Lobes) څخه متشکل دی چی یو لوب یی کوچنی او انسی (Medial Lobe) موقعیت لری اوبل یی وحشی لوب (Lateral Lobe) دی چی نسبتاً دانسی لوب څخه لوی دی.



Liver anatomy

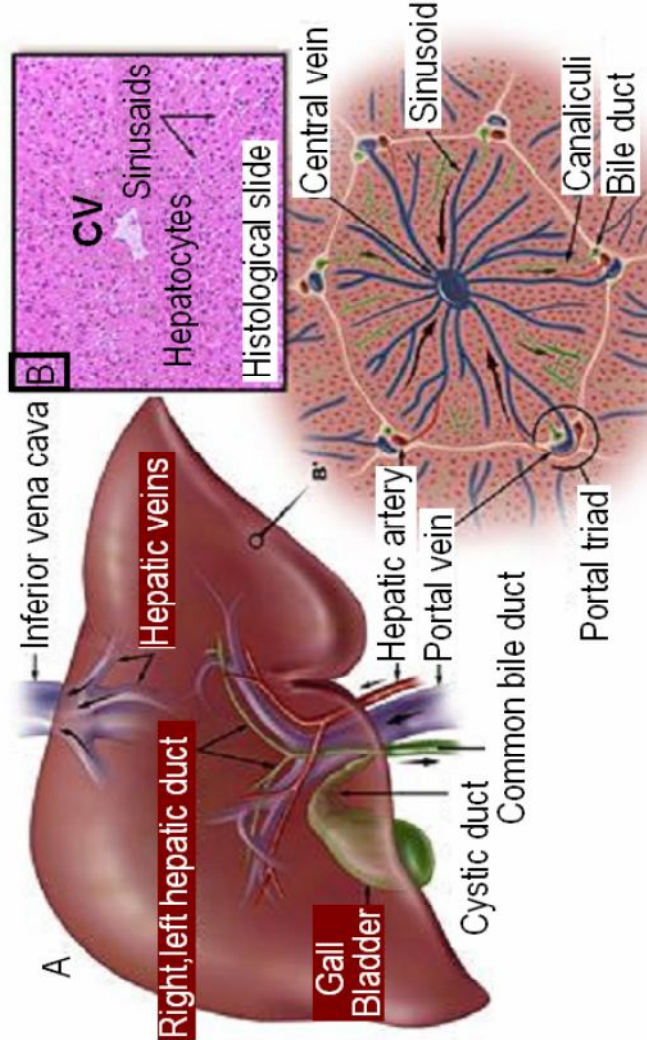
(1) نمیرشکل

خِیگردبطن په بنی لوره څلورمه برخه (Upper right quadrant) اودحجاب حاجز څخه لاندی موقعیت لری.

پیرشمیردصفر اکوچنی قناتونه چی دهغوی پواسطه جوړه شوی صفر ادخیگردانساجوڅخه یوی کوچنی کیسی (Gall bladder) ته جمع کیږی چی وروسته د

اول فصل

صفراوی مشترک قنات پواسطه Oddi فوچی دلاری د هضمی جهاز دکو چنیو کولموپه پورتنی برخه کی اطراح کیری چی داعضوء دانسان د بدن لپاره دفاعی ارزښت لری.

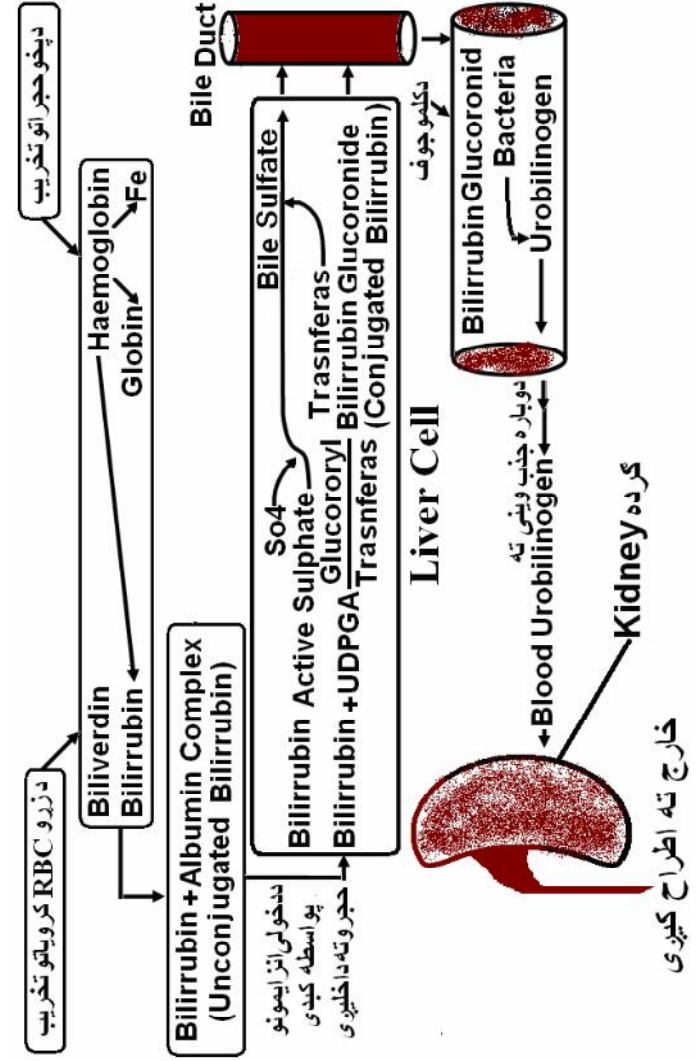


Anatomohistology of liver and Galbladder ducts

(2) نمبر شکل

اول فصل

دبیلیروبین طبیعی منابع:- لاندی شمه مونرته په عضویت کی دبیلیروبین جوړیدل په خلاصه ډول راښیی.



(1) نمبر گراف

اول فصل

Glycin او Delta Amino Levulenic Acid سره اجراء شوی اخیستل شویدی.

دبیلیروبین انتقال:- په پلازما کی دبیلیروبین د ازادیدو نه وروسته ټول دالبومین سره یوځای کیږی چی زیاته اندازه ددی یوځای کیدودو ه —————
(2 Moles) دبیلیروبین یومول البومین دی. لدی کبله په یوکاهل شخص کی ددی عددنورماله اندازه د Indirect Bilirubin په اندازه چی د 60-80mg/100cc plasma کی وی ارتباط لری. د بدن په مایعاتو کی دبیلیروبین لکه ددماغ شوکی مایع، مفصلی مایع دالبومین اندازه سره په یوتناسب کی موجودی لکن د بدن په تحقیقاتی تجاربو کی تثبیت شوی چی په اوبنکو، دخولی لعاب او د Pancreas په عصاره کی موجودنه وی. Scar لرونکی نسج په کمه اندازه دبیلیروبین لری.

دبیلیروبین استقلاب په ځیگر کی

(Metabolism of Bilirubin in Liver)

ځیگر دصفر او ی صباغاتو په متابولیزم کی اساسی رول لری چی تراوسه یی لاندینی مرحلی په بیل بیل ډول پیژندل شویدی:

1. دځیگر اخیستل (Uptake of the liver).
2. مردوج کیدل (Conjugation).
3. په صفر اکیسه کی اطراح کول.

اول فصل

یوه زیاته اندازه دبیلیروبین دوینی دزروسرو کرویاتو (RBC) دهیموگلوبین څخه منشاء اخلی او یا لدی څخه جوړیږی. تقریباً 80-60% پوری د دبیلیروبین ورځنی نورماله اندازه تشکیلوی. کله چی دوینی سره کرویات دژونداخری مرحلی 120 ورځوته ورسیری په R.E.S (Reticulo endothelial System) کی تخریبیږی.

دهیموگلوبین ————— ن په کتابولیزم کی او لای Globin چی یوپروتین دی د Heme څخه جلا کیږی. Heme د oxidation عملی پواسه ————— طه مات او د Microsomal Hemo Transferase انزایم ————— و نو پواسه په Beliverdin بدلیږی چی داد 02 او یوکوانزایم Nicotinamide Adenin Di nucleotide Phosphate (NADPH) پواسه ارجاع کیږی او همدارنگه Beliverdin د Beliverdin Reductase انزایم پواسه په Bilirubin بدلیږی، تقریباً 20-15% د بدن دبیلیروبین دوینی دسرو کرویاتو څخه په غیرهم جوړیږی. چی ددی جملی څخه پاخه حجرات کوم چی ددهوکوپه مغز کی دی چی د Erythropoiesis بی اثر په نوم هم یادیږی په ځیگر کی رامنځته کیږی چی شامل د Heme او د Heme پروتینونه دی.

دبیلیروبین دادوه منابع چی مجموعاً ————— و عا د Erythrocyte رuction په نوم یادیږی چی دانوم دهغه تجربوله ————— چی د

اول فصل

انرژی مصرفی اوپه ځیگرکی دبیلیروبین تعامل صورت نیسی.

که په دی مرحله کی کومه خساره (تاوان) وار دشی نو لاندی بده نتیجه رامنځ ته کوی:

1. دبیلیروبین اندازه په صفاکی کمیری اوپه

دوران کی دبیلیروبین Stasis منځته رایی.

2. Regurgitation یعنی دمزدوج بیلیروبین

دوباره جذب دځیگرڅخه دوینی دوران ته زیاتوالی کوی.

دبیلیروبین استقلاب په کولموکی: وروسته له

دی چی صفاپه کولموکی داخل شیی Bilirubin Glucoronide په غایطه موادوکی اطراح کیری یاداچی په Urobilinogen یاپه مربوطه محصولاتو تبدیلیری.

Direct Bilirubin دیوی معینی Polarity په لرلوسره

دکولمو څخه جذبیری چی داهم بدن یودفاعی میکانیزم دبیلیروبین په مقابل کی دی. د

Urobilinogen جوړیدل دمزدوجی بیلیروبین څخه په

کولمو دیوباکنریایی فعالیت پواسطه په کولموکی رامنځه کیری چی دمعاپی سستم په لاندینی برخه کی

صورت نیسی. برعکس مزدوج بیلیروبین یا

Urobilinogen دورو کولمو څخه جذب اودوباره باب

دوران (Portal system) د لیاری یووار بیاکدی دوره

تکمیلوی چی وروسته له دی یو مقدار یوروبیلینوجن

اول فصل

اخیستل (Uptake): غیر مزدوج بیلیروبین

(Indirect Bilirubin) چی دپلازما دالبومین سره

یوځای وی کبداخیگرته راوړل کیری. اوخیگرته د

داخلیدوپه وخت کی دالبومین څخه جلاکیری، د

Uptake په حقله معلومات په کافی اندازه موجودندی

مگر دهغی میکانیزم په مکمل ډول تثبیت شویدی.

چی دبیلیروبین اتصال دسایتوپلازم انیون لرونکی

پروتینونه چی د y-2 Legamidin په نوم یادیری

موجود دی.

د ډول معلومیری چی کبدی Uptake یا اخیستنه یوقابل

ارجاع عملیه ده.

مزدوج کیدل (Conjugation): غیر مزدوج

(Indirect) بیلیروبین په شحمیاتوکی منحل اماپه

اوبوکی نه حلیری، نوله دی کبله ویلای شوچی په

صفاوی موادوکی نه اطراح کیری. ددی کارلپاره

باید اول Conjugate شی چی په لاندی کیمیاوی تعامل

سره دا عملیه صورت نیسی:

Bilirubin + Uridine Diphosphate glucoronide →

Bilirubin Diglucoronide + Uridine Di phosphate

ذکر شیی وی کیمیاوی تعامل د

Glucoronyl Transferase انزایم په موجودیت کی

صورت نیسی چی په مخکینی برخه کی ورته اشاره

شویده. اما داسی معلومیری چی په دی عملیه کی

اول فصل

تری ذکر شوی حاصلیری په هر حال د اطراح ورځني اندازه راکمیری او امکان لری چی نوری لیاری د هیموگلوبین د Degradation هم موجودوی.

دبیلیروبین کلیوی اطراح:- په نارمل حالت د

بیلیروبین د معمولو میتودونو پواسطه چی په ادرار کی بیلیروبین معلوموی په ادرار کی موجودنه وی اگر چی ډیره کمه اندازه چی د Spectro photometer میتود پواسطه پیدا کیږی. همدارنگه غیر مزدوج بیلیروبین چی د البومین سره قوی تړلی وی دکلیود گلو میرولوپواسطه نه فلتر کیږی اودا بیلیروبین په ادرار کی هیڅکله نه اطراح کیږی. ځکه چی مخکی تری یادونه وشوه چی په اوبوکی منحل ندی بلکه دیوبل ډول پروتین سره چی مالیکولی وزن یی کم وی (احتمالاً Peptide) یوځای وی. اودا چی البومین ورسره تړلی نه وی د Dialysis وړدی اود پښتورگود گلو میرولوڅخه فلتر کیږی. همدارنگه صفراوی مالگی دمزدوج بیلیروبین په ادرار کی ښکاره کیږی. صفراوی مالگی مزدوج بیلیروبین د Dialysis لوروی. اوپه انسدادی زیری (یرقان) کی د صفراوی تیزابونوپه پلازماکی د Direct Bilirubin اطراح هم ورسره زیاته وی.

اودبلی خوا یو کم مقدار غیر مزدوج بیلیروبین چی تقریباً 5% چی د البومین سره یوځای نه وی بلکه دا موضوع رابنی چی د صفراوی لیاروپه بندوالی کی د

اول فصل

بیادکیسی صفراڅخه هضمی جهاز ته افرازیږی او پاتی اندازه د پښتورگودلیاری اطراح کیږی. چی په ټوله ورځ کی ددی مجموعی مقدار د (4mg) څخه تجاوز نه کوی. که چیری دځیگر اطراحی میکانیزم ماؤف شی (دځیگر په حجر وی افاتوکی) او یاداچی د بیلیروبین تولیدزیات شی. مثلاً په Hemolytic Anemia کی چی ددی سره سم په ادرار کی د Urobilinogen اطراح زیاتیږی. د Urobilinogen د اطراح نارمل اندازه د 28-50mg پوری فرق کوی.

په هغه صورت کی چی دمزدوج بیلیروبین اطراح په وړوکولموکی (مثلاً په کبدی افاتو یا د صفراوی قناتونو په بندیدوکی. او یا د Antibiotic استعمال له امله دامعاء دفلور ا خرابولوکی د بیلیروبین اطراح کمیری.

همدارنگه په هیمولایټیک کمخونی کی په غایطه موادو او ادرار کی د Urobilinogen اطراح زیاتوالی کوی. په یو نارمل شخص کی چی پنځه لیتره وینه ولری 15gm Hemoglobine/100cc وینه کی موجود وی اوپه ټوله وینه کی 750 گرامه ته رسیږی. له دی کبله په ورځ کی 0.8% سره کرویات تخریبیږی. نوپه همدی اساس هره ورځ 6.3 گرامه هیموگلوبین د کتابولیزم لپاره ازادیږی. د Degradation په قبلولو سره یو مقدار Heme په بیلیروبین او Urobilinogen تبدیل او احتمالاً پوروبیلینوجن د 250mg په اندازه جمع او Heme د 15-30mg دنورومنابعو څخه چی مخکی

اول فصل

Direct Bilirubin تمایل ثابت پاتی کی دوتہ وی او
30-40mg/100cc کی نہ لوریری. پہ داسی حال کی
چی دکبپہ حجر وی افاتو (Hepatitis) کی امکان لری
د بیلیروبین اندازہ دیرہ لورہ وی.

پہ لاندی جدول کی دمزدوج او غیرمزدوج بیلیروبین
پہ منخ کی مقایسه پہ خلاصہ ٲول بنودل
شویدہ:

صفرء او تعامل	مزدوج	غیرمزدوج
پہ او بوکی دمنحل کیدوقابلیت	+	0
دشحمیاتوسره تعامل	0	+
دسیروم دالبومین سره یوخای کیدل	+	+++
کلیوی اطراح	+	0
تعامل وان دنگ برک	مستقیم	غیرمستقیم
دلپیدی غشاء خخه دنفونذقابلیت	0	+

(1) نمبرجدول

دوهم فصل

تحتري پروٽينونه: ځيگرتول تحتري فكتورونه (په غيردنه فكتور څخه) لکه فيبرينوجن، پروٽروموبين 10, 9, 7, 5 او 12 فكتورونه هم سنتيز کوي.

• دوينی دتحتري فكتورونو کموالی د خونريزي په لور ميلان پيدا کوي.

ميتابوليک دندی (وظايف):-

د کاربوهايډریت ميتابوليزم:- ځيگر د گلوکوز د ميتابوليزم اصلي منبع شميرل کيږي. څرنگه چې اصلي ځای يې د بدن گلايکوجن دی د گلوکوز د ناستی په وخت کې د (گلايکوجينولاييس) او گلوکونيو جينيز (د گلوکوز جوړيدل دامينو اسيدو او شحمی اسيدو څخه) پلاس راځي. کبدی ضرریا Damage کولایشی چې Hypoglycemia رامنځته کړي.

شحمی ميتابوليزم:- کبد تر ايگليسرايدونه، کوليسترول، فاسفوليپيدونه اوليوپروټين جوړوي. د پروټين ميتابوليزم:- د ځيگر د Synthetic وظیفی څخه په غير مرکزی عضو د پروټين په کتابلوليزم او ديوریا په جوړيدو کې برخه اخلي.

Ammonia دامينو اسيدو د تجزی څخه منځته راځي چې په Urea تبديليږي. يوریا د کبد په واسطه د پلازما داخل ته ترشح کوي چې د پښتورگو څخه اطراح شي چې پدی ډول نايټروجنی مواد بهر ته دفع (اطراح) کيږي.

د ځيگر په شديد ناروغي کې دامونیا اندازه زیاتيږي او داماده د دماغ لپاره ډيره مضره ده او امکان لري

دوهم فصل

د کبد نور مالی دندی

ضرورت دی چې د ځيگر په نور مالیو دندو يا وظايفو باندی پوه شو ځکه چې د ځيگر په پتالوژي يامریضی حالت کی د تشخیص په ارتباط زموږ سره ډيره مرسته کوي.

د ځيگر جوړونکی دندی

د پروټين جوړول:- ځيگر د دورانی سستم د ټولو پروټينو د جوړيدو اصلي ځای دی استثنائاً د Gama Globulin څخه چې په Reticulo Endothelial System کی جوړيږي. پلازما په يودیسی لیتر کې 6.8mg پروټين لرونکی ده چې عموماً د البومين، گلابولين او فيبرينوجن څخه عبارت دی.

ځيگر کامپلیمنت فكتورونه، ترانسسفيرين، هيپتوگلوبين، سيروپلازمين، د پروټين، د (Alpha-1-Antitrypsin) نهي کونکی او الفافينو پروټين هم جوړوي.

البومين لرونکی دنيم عمر (24-16) ورځو پوری دی او دورخی د 20-10gm پوری جوړيږي چې اصلي وظیفی يې د اسموسی کلويدي فشار ساتنه په داخل درگونو کې او د غير منحل موادو انتقال په اوبو کې لکه بيليروبين-هورمونونه-شحمی تيزابونه او اډويه دی.

• د ځيگر په مزمن ناروغيو او خوارځواکي (سوء تغذی) کې د البومين جوړيدل کميږي. البومين کولای شي چې په Nephrotic Syndrome او Enteropathy کی ضایع شي.

• HypoAlbomenimia دا دیماسبب گرځي.

دوهم فصل

Urobilinogen دالبومين سره وصل او دوينی دوران ته داخل او د دواړو پښتورگودلياری دادرار (تشموتيازو) سره خارج ته اطراح کيږي.

دصفاوای اسيدونوميتابوليزم: - صفاوای تيزابونه دځيگرپه حجراتوکی دکولسترول څخه جوړيږي او دصفاوای داخل ته اطراح اوبياالثناء عشرته داخليري.

صفاوای تيزابونه Detergent دی چی دغورود حليدو سبب کيږي چی دشحمياتو او دهغه ویتامينونوچی په شحم کی منحل دی لکه Vitamin ADE دجذب لپاره ضروری دی.

دصفاوای مالگود اطراح کموالی دځيگرپه ناروغي حالت کی دلاندینيپتالوژیک تغیراتو سبب گرځي:

- خاربن (Itching)

- نرفی اختلال: دويتامينونو کموالی لکه Vit K

چی دوينی دتحتري فکتورونو دکموالی سبب کيږي منځته راځي.

Steatorrhea (شحمی غايطه مواد) چی دشحمياتو

دسوء جذب له کبله مينځته راځي.

Detoxification وظيفه: هغه زهری يا Toxic

مواد چی دعضويت لپاره Ideal اندی او دکولموڅخه جذب شی دځيگرپواسطه Detoxify کيږي او دپيرد هورمونونو، دوآگانو او کيمياوای موادوحياتی رول لوبوی.

دوهم فصل

چی ددی موادوزياتوالی سره کبدي Encephalopathy پيداشی.

دبيليروبين ميتابوليزم: - چی په خلاصه ډول تری مخکی هم يادونه وشوه. بيليروبين په زیاته اندازه دپخوسروکروياتو (RBC) دماټيدوڅخه دکبد د Kuppfer په حجراتوکی او د Reticulo Endothelial په سستم کی توليديږي، Beliverdin وروسته داوسپنی دخارجيدوڅخه چی د Heme څخه خارجيږي مينځ ته راځي، دا بيليوردين ارجاع کيږي ترڅو بيليروبين مينځته راشی.

توليدشوی بيليروبين غيرمزدوج اوپه اوبوکی غيرمنحل دی چی دالبومين سره يوځای اوځيگرته نقليري، اوبيا بيليروبين دالبومين څخه جلاکيږي او د کبدي حجراتو پواسطه اخيستل کيږي اوچی کله په ځيگرکی د Glucuronic Acid سره مزدوج شی نوبیاد صفاکيسي ته اطراح کيږي.

دکبدپه ناروغيکی کيدایشی چی دبيليروبين د اطراح په مقابل کی مانعه رامنځته شی چی پدی وخت کی زيږي (يرقان) رامنځ ته کيږي. دامزدوج بيليروبين دصفاوای طروقوله لياری او د oddi قنات څخه کولموته داخليري او دخپل ماليکولی وزن د زياتوالی له کبله د Ilium په اخرکی نه جذبيري او بکتریايی انزايمونه هايډروليز کوی اوازادبيليروبين ازادوی اووروسته Urobilinogen ارجاع کوی چی يو قسمت دهغی د Stercobilinogen په غايطه موادو کی اطراح کيږي اوپاتی برخه دايليوم په اخرنی برخه کی جذبيري اوبیادمعایی دوران له امله کبد(ځيگر) ته داخليري او دوباره داخل دصفاوای ته اطراح کيږي.

دوهم فصل

دځيگر نورمال او غير نورمال دندى		
نظاھر	اېنار ملتى	كېدى وظيفه
اډيما	هاپيو البومين	سنتيز البومين
خونريزي او د PT اوږدوالى	د تخثرى فكتورونو كموالى	د تخثرى پروټينو جوړول
مغزى صدمه	هاپيو گلايسيميا	د گلايكو جن ذخيره
شحمى غايطه موادو د ټاټوبو كموالى كوم چى شحم كى منحل دى	داطراح كموالى	د صفراوى اسيدونو جوړيدل
Jaundice زيرى	Hyperbilirubinemia	د بيليروبين اطراح
كېدى انسفالاپاتى	په سيروم كى دامونيزاټوالى	د نايټروجنى موادو اطراح
Toxicity والى زهرى	د دوا د اندازى د وخت زياتوالى	دامونى غير فعالول
د ټيپولوژيالى په تاريخه وكى اوځينى نور تاثيرات	د انسولين زياتوالى د گلوكاگون د استروجن گلو كورټيكو پيډونه	دهورمونو كټابوليزم

(2) نېټې: ټول

دریم فصل

زیری پہ معمولی ډول دسترگوپه صلیبه (Sclera) اوجلدکی هغه وخت لیدل کیری چی دبیلروبین اندازه په سیروم کی 2.5mg/dl څخه جگ وی.

د غیر مستقیم بیلروبین اندازه په سیروم کی:
غیر مستقیم بیلروبین زیاتوالی چی په ځیگر کی د Indirect بیلروبین دمزدوج کیدوکومه نقیصه موجود وی مینخته رایی۔ چی دلاندی سببوله کبله رامنخته کیری:

- د هیمولایز دزیاتوالی پواسطه لکه په Malaria او یا Hemolytic Anemia کی.

- په Gilbert's Syndrome کی چی دکبدي بیلروبین داخیستلو کموالی موجود وی.

- دبیلروبین په مزدوج کیدو کی تشوش لکه Gilbert's Syndrome، Crigler Najjar Syndrome او یا پسه نوزادی یا فزیالوژیک یرقان کی.

په وینه کی دمستقیم یا مزدوج بیلروبین زیاتوالی

(Hyperbilirubinemia of Direct Bilirubin)

په وینه کی دمزدوج بیلروبین زیاتوالی په لاندی حالاتو کی منخته رایی:

- دکبديانی په منخ کی انسداد (بندوالی) د صفرای جریان په مقابل کی (صفرای رکودت) لکه Viral Hepatitis، د ځیگر الکھولی ناروغی، Sepsis، صفرای اسیدوزس، امیدواری (حاملگی) او هغه دواگانی چی د حاملگی په ضد تطبیقیری لکه Androgene هورمونونه.

- د صفرای جریان په مقابل کی د ځیگر د بهرنه بندوالی چی د صفرای تیزوچی د صفرای

دریم فصل

د ځیگر وظیفوی تستونه

(Liver Function Tests)

LFT اصطلاح یو گروپ یایوشمیر بیوشمیک معایناتو ته چی په لاندی پتالوژیکي تغیراتو کی ضروری وی تصدیق کیری.

- کبدي ناروغی
- داچی د ځیگر (کبد) حجرات په افت اخته شویدی او که صفرای تشجرات؟
- د ځیگر دناروغی شدت یازیاتوالی څومره دی؟ لاندی تستونه دکبدي ناروغیو په تشخیص کی خاص وړتیا لری:

1. دسیروم البومین

2. د ځیگر انزایمونه (ALT-AST) او

Alkaline Phosphatase

3. د پروتروموبین وخت

(Prothrombin Time)

4. دسیروم پروتینونه او د البومین او گلوبولین

نسبت (A/G ratio)

که چیری یواخی LFT د لابراتوار څخه وغوښتل شی نو کلینیکی لابراتوارونه یواخی بیلروبین او د ځیگر انزایمونه تعینوی۔ PT او دسیروم پروتینونه جداگانه د معاینی لپاره هدایت (order) ورکول کیری. **دسیروم بیلروبین:** دسیروم بیلروبین نورماله اندازه 1mg/dl څخه کم وی چی دهغی دجملی څخه مستقیم یا مزدوج بیلروبین کمتر له 0.25mg/dl څخه کم وی.

تستونہ	نورمال اندازہ	تستونہ
بیلیروبین	0.1-0.3 mg/dl	تستونہ
- مستقیم		
- غیر مستقیم	0.1-0.7 mg/dl	
دستیار و بیپروبین		
AST	440 U/L	
ALT	5-30 U/L	
Alkaline Phosphatase	30-115 U/L	
PT	8-10.5/Sec	
INR	1-1.4	
APTT	26-37/Sec	
- دسپروم البومین	3.6-4.7 g/dl	
- مجموعی پروٹین	6-8 g/dl	

دخیگر وظیفوی لابراتواری تستونون اندازہ

(3) نمبر جدول

امینو ترانسفیریزونہ دخیگر دناروغی پہ شدت اوانزار سرہ رابطہ نلری۔ پدی ترتیب چی خئیگر پہ وسیع اندازہ افت لری دلومرنی اومقدماتی فاز پہ جریان کی (24-48 ساعته) دامینو ترانسفیریزونہ ملاحظی ور زیاتوالی (پہ زرگونو) موجودی اماکلہ

تشجراتو دیندیدو سبب کیری۔ دپانقرص دراس Carcinoma اودصفر او لیاروتنگوالی۔

دخیگر (ینی) انزایمونہ:- دخیگر پہ جراتوکی

زیاتہ اندازہ انزایمونہ موجودی چی کیدایشی دخیگر دصدمی لیدلو اویاد جراتو دمرگ پہ وخت کی دوینی داخل تہ ازادشی، چی ددی انزایمونو دفعالیت اندازہ پہ وینہ کی دک۔ بدی نارو غیولکہ Hepatocellular disease له کبلہ لور پیری۔

امینو ترانسفیریزونہ

(Amino Transferases)

ALT (Alanin Transferase) چی پخواد SGPT (Serum Glutamate Pyruvate Transferase) پہ نوم یادیدہ او AST (Aspartate Transferase) چی پخواد SGOT (Serum Glutamate oxaloacetate Transferase) پہ نوم یادیدہ پہ عمدہ یازیات ہول پہ خئیگر کی پیداگیری اود AST پہ تناسب پہ زرہ، اسکلیتی عضلہ، کلیہ او دماغ کی ہم موجودی۔ چی دا انزایمونہ دخیگر د ناروغی لپارہ اختصاصی دی او AST د Myocard پہ احتشاء (Infarction) اود اسکلیتی عضلاتو پہ افت او ترضیض کی ہم لوروالی کوی۔

او ALT یواخی دخیگر پہ ناروغی کی لور پیری۔ د AST او ALT منبع پہ یونورمال شخص کی نامعلومہ دہ۔ دا انزایمونہ پہ انسدادی یرقان کی (obstructive Jaundice) خفیالوروی اودک۔ بدی جراتو پہ زیان کی دیر لور پیری۔

: (Gama GoT) Gama Glutamic Transferase

دالانزایم په کبدی لورالی دالکالین فاسفاتیز سره ارتباط لری۔ دالانزایم دپانقراس په التهاب، قلبی اختلاطاتو، پښتورگواوسرپوپه اختلاطاتو او Diabetes Miletis کی همدارنگه په الکھولیزم اودخنی دواوپه خورلوکی لوریدی شی۔

• ددی زیاتوالی په متوسطه اندازه د Parenchymal انساجوپه حادثغیراتوکی لیدل کیږی۔

• په صفرای انسداد (بندش) کی زیاتیری۔

: (PT) Prothrombin Time

تایم دکبدپه حاد او مزمنو افتوکی چی دوینی په تحثری فکتورونوکی چی د Vit K مربوط وی لکه (5,7 او 10) کی زیاتوالی راخی۔

: (APTT) Activated Thrombo Platin Time

APTT د فیبرینوجن دفعات انعکاس ورکونکی (فکتور 1)، پروترومبین (فکتور 2) او 8,10,11 او دولسم فکتورونه هم کیدایشی چی دناروغی په شدت کی اوریدوالی راشی۔

دپلازما پروتینونه

(Proteins of Plasma)

: Albumin - البومین په ټوله معنی په ځیگرکی

جوړیږی، دځیگرپه مزمنه ناروغی کی خصوصاً په کبدی سیروزس کی دځیگروظیفوی فعالیت کمیږی۔ اوورسره جوخت په سیروم کی دالبومین اندازه کمیږی۔ دالبومین نورماله اندازه 3.5-5.5mg ده او همدارنگه په سوء تغذی، Nephrotic Syndrome،

چی مریض 3-5 ورخی وروسته تست شی۔ دهغوی اندازه امکان لری چی په متوسطه سطحه پیرشوی وی (200-350 U/L)۔

الکالین فاسفاتیز: - دالانزایم په سینوزوییدی غشاء او کبدی قنیواتوکی موجودوی۔ اوپه لانندی حالاتو کی زیاتیری:

• **Hepato Cellular Diseases:** کله چی د

ځیگر حجرات یا Hepatocytes متضررشی په کمه اندازه Alkaline Phosphatase دمر و حجراتو څخه وینی ته ازادیری اوپه نتیجه کی دالکالین فاسفاتیز اندازه لوړیږی مگردا اندازه په حادو کرانیک حالت کی ددوه چنده څخه نه لوړیږی۔

• **انسدادی زیری (obstructive Jaundice):**

دالکالین فاسفاتیز انزایم ډیره لوړه سطحه چی امکان ولری 4-6 برابره دنورمال حدڅخه جگه وی۔ په دی زیری کی لانندی تغیرات یابدلونونه لیدل کیږی:

- کبدی ارتشاح (مثلامیتاستازس)

- سیروزس دزیری په نه موجودیت

- لمړنی صفرای سیروزس

الکالین فاسفاتیز په کولمو، هډوکو او پلاستناکی موجود وی۔ نوله همدی له کبله د یادو اعضاوپه افتوکی هم لوړیږی اوددی دتاییدلپاره چی منشاء یی ځیگر دی بوبل انزایم Gama GT په نوم په عین زمان کی هم اندازه کیږی چی په عین وخت کی دالکالین سره یوځای چی منبع یی ځیگروی لوړیږی اودادواړه دکبدی سستم صفرای قنیواتو څخه افرانیری۔

دریم فصل

او Enteropathy کی البومین کمیبری اودهمدی کبله
Edema باعث گرخی.

گلوبولین Globulin:- گلوبولین لور اوالبومین
تیب چی دمزمن کبدی افیت یوه مهمه نبنه ده. چی
ددی نورماله اندازه 2-3.5 mg/dl ده.

Hyperglobinemia امکان لری چی دبعضی
معافیتی میکانیزمونوله کبله وی- دکبپه مزمنوافاتو
کی IgG لوروالی پیداکی- IgA دکبپه الکھولی
ناروغی کی او IgM په اولیه صفر او سیروزس کی
زیاتیری.

خلورم فصل

6. منفعل احتقان او یا دخیگروریدی احتقان (مثلاً دزړه په عدم کفایه کی).
 7. دبنی پلورانتان او یا دصفر او ی طروقوالتهاب.
 8. Hydated Cyst د موجودیت احتمال.
 9. Hemangioma د شک موجودیت.
- دنزف یا حبن دتشویش په صورت کی دخیگر بیوپسی دجلدلیاری استطباب لری- کیدایشی چی بیوپسی دTrans jugular دلیاری اجراء شی چی په هغی کی دنسج سواب دکبدی وریددلیاری اخیستل کیری او هر ډول خونریزی په داخل دفضایی وعایی کی صورت نیسی.

احتیاط (Caution):-

- دخونریزی هر ډول تاریخچه دتحقیق لاندی بایدونیول شی.
- دوینی گروپ بایدتعین شی او دوینی داننتقال سهولتونه بایدبر ابرشی.
- هیموگلوبین بایدد 10gm/dl څخه زیات وی.
- دوینی دمویه صفحات بایدد $80,000/\text{mm}^3$ څخه زیات وی.
- PT بایدددری ثانیو څخه زیات نه وی.
- دخیگر دبیوپسی پروسیجر
- داکار بای—ددمجر بوداکتر انولخوا دSepsy او Asepsy شرایطوپه نظر کی نیولوسره اجراء شی.
- دناروغ دوینی تحثری وضعیت (PT او دمویه صفحاتوسویه) چک شی.
- دناروغ دوینی گروپ بایدتعین شی اوسیروم دCross Match لپاره ساتل شوی وی.

خلورم فصل

دخیگر بیوپسی (Biopsy of Liver)

استطبابات (Indications):-

1. مزمن Hepatitis دتشخیص لپاره درجه بندی او مرحله بندی
2. دخیگر غتوالی یا ضخامه Hepatomegally
3. سیروزس دتشخیص او علت د معلومولو لپاره
- په غیرد Hepatitis-هیمو کروماتوز او دAlfa 1 انتی تریپسیلین کموالی.
4. لومرنی او ثانوی تومورونه
5. په درملوپوری مربوط دخیگر ناروغی
6. الکھولی کبدی ناروغی
7. دنامعلوم سبب له کبله دصفر او ی موادو ستازس
8. دخیگر غیرنورمال وظیفوی تستونه په پایدار ډول
9. سستمیک یار تشاحی مشکوکی ناروغی مثلاً Tuberculosis، Sarcoidosis او مجهول الهویه تبه (FUo).

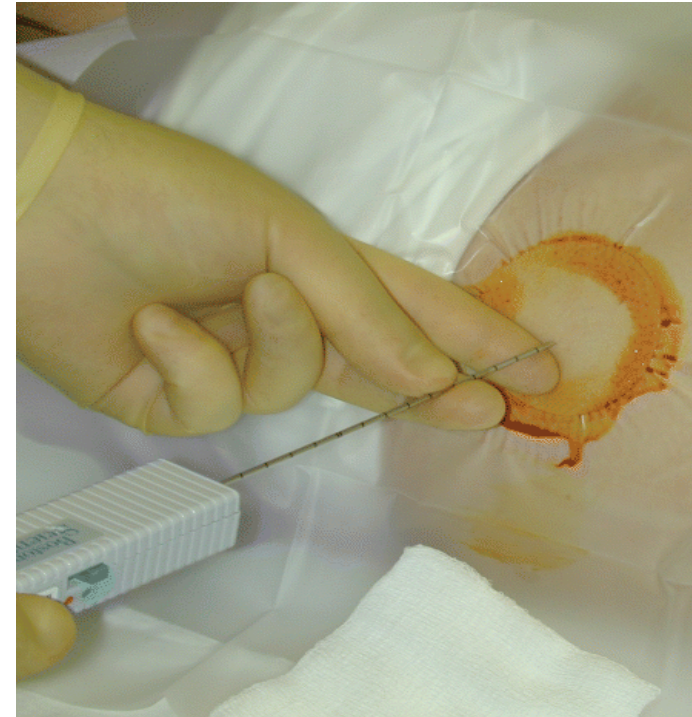
دخیگر دبیوپسی مضاد استطبابات

(Contra Indications of Liver Biopsy)

1. هغه ناروغان چی دمعاینی په وخت کی همکاری نه کوی.
2. دپروترومبین تایم په اوږدوالی کی
3. کله چی صفحات دموی (Platelets) د $80,000/\text{mm}^3$ څخه کم وی.
4. حبن گروس- څرننگه چی ددوامداره ناستی له کبله حبنی رسک موجودوی.
5. Sever Hepato cellular failure

خُلوْر م فصل

3. صفراوی Peritonitis
4. Bacterimia
5. Sepsis (0.088% اوابسی تشکل)
6. Pneumothorax اور Pleural Effusion اویایو
- له دوی خُخه
7. Hemothorax
8. شریانی وریدی فیستول
9. تحت الجلدی امفیژیما
10. دانستیتیک مادی په وړاندی عکس العمل
11. دستنی ماتیدل
12. دنوروغرو بیوپسی



Process of Liver Biopsy
(1) نمبر فوتو

خُلوْر م فصل

- ناروغ باید دبستر په خُنده په خپله شایاملا پروت وی.
- دخیگر خُندی باید دقرع د عملی پواسطه معلومی شی.
- موضعی بیند ————— وده کونکی (Local Anesthetic) په هغه ساحی کی چی هلته په پوره اندازه اصمیت (Dullness) موجودوی د ابطنی یا Axillar خط د پاسه په بین الضاعی مسافه دذفیر (Expiration) په وخت کی زرق کیبری. انسیتیک مواد (Lignocaine 1% 5cc) لاندی خواته په کبدی محفظه کی زرق شی.
- Scalpel تیغ خُخه په استفادہ یو کوچنی شق په پوستکی کی اجراء کیبری.
- کله چی ناروغ په زفیر کی نفس ونیسی (قیدگری) دیو مخصوصی ستنی (Truct) پواسطه دخیگر خُخه بیوپسی پارچه اخستل کیبری.
- دیوپسی پارچه دیو فلتر کاغذ د پاسه اچول کیبری او په 10% فارمالین کی محافظه کیبری-اوکه دیوپسی موادو کلچر ته هم ضرورت وی دامواد په معقم ظرف کی ساتل کیبری.
- ناروغ باید دوو ساعتونو پوری په بنی طرف آرام خُملی، نبض اودوینی فشار باید د شپږ ساعتونو پوری دکنترول لاندی وساتل شی.

دخیگر دیوپسی اختلاطات

(Complications of Liver Biopsy)

1. درد 22%-0.056 (پلیوریتیک پریټوانی او حجاب حاجز).
2. خونریزی

ڄلورم فصل

هميشه لپاره دځيگر دجس په وخت كى لاندى دوه نقطى بايد په نظر كى ونيول شى:

1. دځيگر پاسنى سرحد موقيعت اودهغى اهميت په قرع سره.

2. دبدن فزيكى حالت (چاغى اولاغرى يعنى خواروالى او Cachexia)

په نورمال حالت كى دځيگر پورتنى څنډه (حافه) په بنى طرف كى دترقوى دمتوسط څـ طـ (med Clavicular line) دپينځمى ضلعى (پښتى) په سرحدكى موقيعت لرى - لاکن په خواروخلكو كى امكان لرى چى لږ ښكته واقع وى.

په نورمال حالت كى په عميق شهيق (Deep Inspiration) كى كيدائ شى چى ځيگر 1-3cm تيت موقيعت اختيار كرى، په ډيره چاقى كى امكان لرى چى ځيگر دبدن جدار ته توسعه پيدا كرى اوكيدائ شى چى دځيگر لاندنى څنډه (Margo) پورته موقيعت ولرى اوحس نه شى.

دځيگر دنځامى دتعيينولو لپاره دلاس په جس سره په دقت سره ځان پوه كړو چى كبدجس كيرى اوكه يابله كومه كتله ده.

ڄلورم فصل

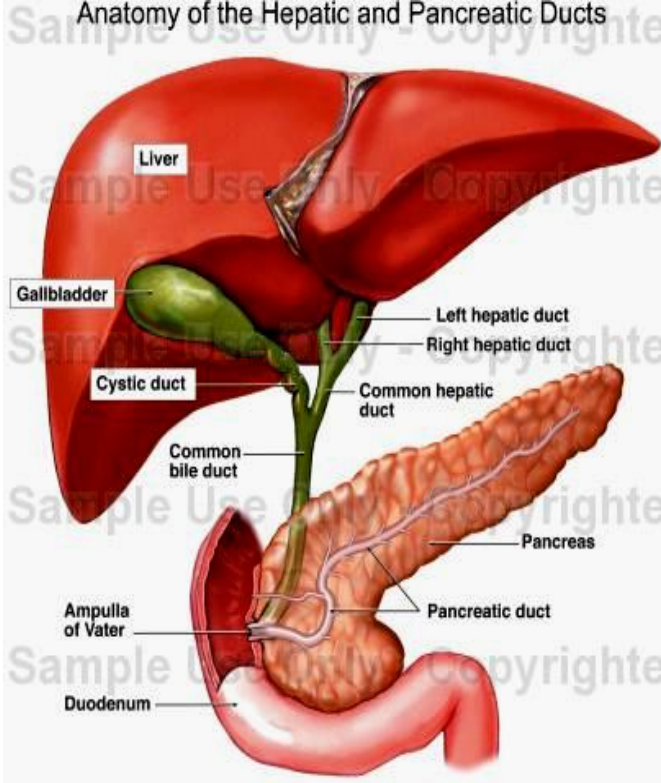
13. صفر اوى كيسه

14. پښتورگى

15. كولون (Colon)

مرگ ومير (0.0088-0.3%) دځيگر نورمال فزيكى موقيعت دملاستى په حالت كى په نورمال ډول دځيگر زياته اندازه دپښتورگودقفس بنى خواته تمايل لرى اوكيدائ شى چى د2-1سانتى مترو په اندازه لاغرو (خوارو) خلكو كى دPalpable يادحس وړ وى چى دغه اندازه جس كيدل دځيگر په غټوالى دلالت نه كوى.

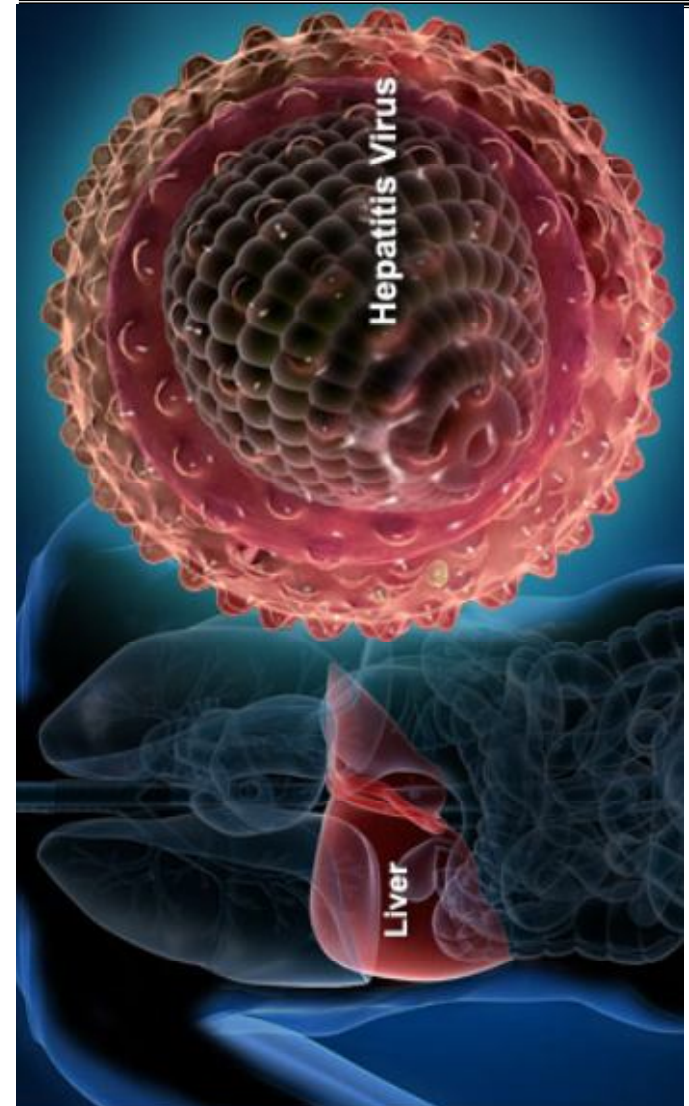
Anatomy of the Hepatic and Pancreatic Ducts



(3) نمبر شكل

ڄلورم فصل

-
-
- .ii .Lymphoma
- .iii .Leuckemia
2. شحمى ارتشاحات چى په لاندى حالاتو كى موجود وى:
- i. په شحمى كبد (fatty Liver) چى په تاءلى ډول دالكولو، Diabetes او تاكسين څخه رامنځ ته شوى وى.
- ii. Goucher مرض او بعضى نور Lipoidose.
3. دگلايكون (مثلا ډيابيټ او د Insulin دزيات مقدار اخيستلو وروسته.
4. Amyloid.
5. اوسپنه (مثلا Hemosedrosis او Hemochromatosis).
6. Granoloma مثلاً توبركلوز او Sarcoidosis.



(5) نمبر شکل دهیپاتایتس وایروس

دهمیشه لپاره هر انسان یوسالم ځیگرته ضرورت لری ځکه چی ځیکریوډیرحیاتی ارگان یعنی عضوه ده چی ددی پواسطه مختلف غذائی مواد، منرالونه او

دځیگریایی التهاب (Hepatitis)

هیپاتایتس دځیگریوسوب یعنی التهاب ته وائی چی دلاندی عواملوپه واسطه رامنځته کیزی.

ځینی دواگانی، الکول، Toxin، Auto immune تغیرات یاویروسی التهاب Viral Hepatitis ددی بحث ډیره مهمه موضوع ده.

هیپاتایتس یوه انتانی ناروغی ده چی په امریکا کی د(500000) نفروپه اندازه هرکال په دی مرض اخته کیزی. ددی مرض ویروس دجراسیموپه قسم دی چی دباکتریانوڅخه فرق لری کوم چی دمرض سبب گرځی. دمثال په ډول دریش عامل هم یوډول ویروس دی اوکولای شی دیوشخص څخه بل شخص ته په ډیره آسانی سره انتقال شی.

هپیتائیتس A (Viral Hepatitis A)

دامرض په امریکاکی دیرلیدل کیری چی په هرکال کی دتول زیری دمريضانو 50 فیصده جوړوی- چی تقریباً 80 فیصده ئی هغه کسان وی چی عمرئ له 60 کالو څخه زیات وی مصابوی. او معمولاً هغه ناروغان چی د Hepatitis A ناروغانوسره په تماس راغلی وی.

دمرض عامل: دهپیتائیتس A ویروس 27nm طول

لری (Piearna) دکورنی ویروس دی چی دهپیتائیتس دایپیدیمیک او Sporadic پینوسبب گرځی. اونوموړی ویروس د Feco-oral دلیاری انتقالیری البته دا انتقال په ټیټه حفظ الصحه او مزدحموتولنوکی زیات وی. د HAV Vaccin دپیژندلور اهیسی په 1995 میلادی کال کی په امریکایا United States کی د HIV انتان کچه 76 فیصده ته راغلی وه.

عمده منبع ئی عبارت دی له ملوئی ادویي او غذاگانې خاصتاً هغه ماهیان چی بنه پاخه شوی نه وی. بله لویه منبع ئی درستورانو نو غذاگانې. همدارنگه دامرض دلواطت اوزناگانوپه واسطه انتقال کیدای شی اوداسی نورکوم اشخاص چی په دی مرض اخته وی کیدای شی انتقال شی.

- هغه کسان چی په دی مرض مصاب خلکو

سره یو ځای اوسیری.

- هغه اطفال چی Care Center ته ځی.

- هغه کسان چی Care Center کی کارکوی.

ځنی دواگانې د کلمو څخه او ځنی توکسینونه چی د وینی څخه اخیستل کیری دځیگر په واسطه Detoxifi کیری اودانسان دعضویت لپاره انرژي ذخیره کوی. نوموړی عضوه دحیاتی پروتینونو او شحمی موادوپه هضم او استقلاب کی خاص رول لری. اودانتان په مقابل کی په کلکه سره مجادله کوی. معافیت (Immunity) اود وینی لخته کونکی فکتورونه هم جوړوی.

د Viral Hepatitis اقسام

معمولاً څو قسمه هیپیتائیتس په نړی کی پیدا کیری چی په لاندی ډول ئی نومونه اخیستلای شو:

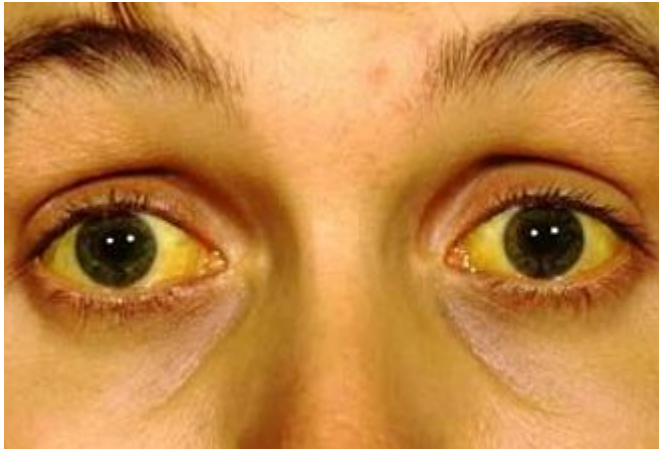
1. Hepatitis A
2. Hepatitis B
3. Hepatitis C
4. Hepatitis E
5. Hepatitis D
6. Hepatitis G
7. Hepatitis nonA nonB

ددوی دجملی څخه پورتنی دری نوعی ئی A, B, C ډیره شیوع لری اوددوی دجملی څخه ئی ډیر خطرناک د B او C نوعی دی چی په همیشه ډول مزمن او خطرناک سیرتعقیبوی.

په بعضی ملکونوکی دغه دوه ذکرشوی نوعی د تورزیری په نامه هم یادیری چی دانوم کوم علمی اساس نه لری چی دلته په دی کتاب کی هر یو جلا جلا ترڅیرنی لاندی نیول شوی دی:

پینخم فصل

- هغه کسان چی لوادت کوی په دی مرض زیات اخته کیږی.
ددی ویروس دتفریخ دوره په منځنی ډول سره 30 ورځی ده

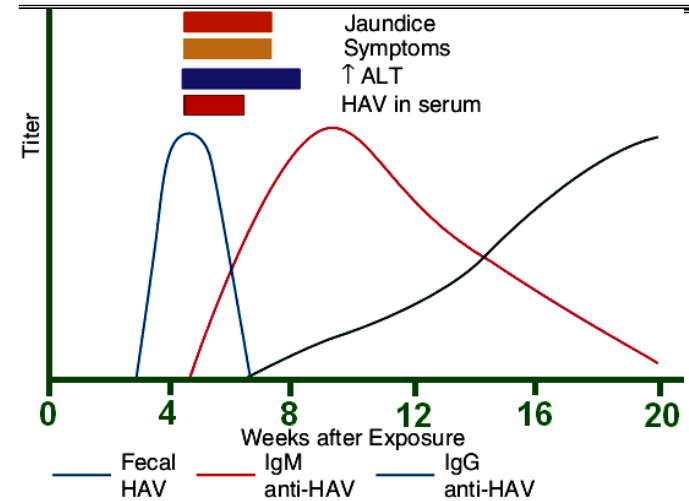


Jundice in Hepatitis patients

(2) نمبر فوتو

- ددی مرض عامل دمرض دکلینیکی اعراضوڅخه دمخه تردوه اونیوپوری په غایطه موادوکی اطراح کیږی- Hepatitis A له کبله دمړینی کچه ښکته ده.
Fulminant Hepatitis A دوقوعات غیر معمول دی او که چیری دChronic Hepatitis A سره یوځای شی دوفیاتوکچه (اندازه) پورته کیږی Hepatitis A مزمن سیر نه تعقیبوی او مزمن ناقل هم منځ ته نه راوړی.
ددی ناروغی کلینکی اعراض په لویانوکی ډیر شدید نسبتا کوچنیانوته وی دایواځنی Hepatitis دی چی دSpiking Fever (لوری تبی) سبب کیږی.

پینخم فصل



The typical course of of acute type A Hepatitis (HAV) o Hepatitis A virus, Anti HAV, antibody to Hepatitis A Virus o ALT (Alanin Aminotrans ferase)

(2) نمبر گراف

نادر آدحد Cholecystitis واقعات په

Acute Hepatitis A کی راپور ورکول کیږی.

دناروغی په دوران کی دHepatitis A په مقابل کی انتی بادی ډیر ژر منځ ته راځی دواړه IgM او IgG انتی بادی گانی دناروغ دسیروم څخه تجرید کیدای شی او د3-6 میاشتو په موده کی نوموړی انتی بادی گانی دمنځه ځی.

دحدادیپاتیتس دتشخیص لپاره IgM Antibody موندنه یوښه تست دی- مگر په بعضو ناروغانوکی چی بی اعراضه (asymptomatic) وی او په دوامدار ډول ئی دسیروم Trans Aminase لوړوی.

دIgG Anti HAV اندازه لوړ پاتی شی. دIgG Anti HAV موجودیت دابنایي چی ناروغ پخوا هم پهHAV اخته شوی او معافیت ښی.

♦ دادرار رنگ د4-1 اورخوپوری مخکی دزیری د شروع کیدووخه تاریک وی.
♦ دجلدخاربن و صفی وی او دلبر وخت دپاره موجود وی په مخبره مرحله کی یرقان موجودخوپیرکم وی - مگرخیگرضخاموی اودرناک وی. کچیری یوشخص ته دذکرشویواعراضوخه کوم یوپیدا شی نوسم دلایسه بایدخپل معالج داکترته مراجعه وکړی. اوداکتربه ستاسی وینه دHepatitis لپاره معاینه کړی.

د Hepatitis A تداوی

(Treatment of Hepatitis A)

دامرض کومه خاصه وصفی تداوی نه لری په بعضی مریضانوکی خفیف شکل ئی په خپله هم جوړیږی.
دداپول ناروغانو دتداوی په جریان کی لاندینی نقاط همیشه لپاره په جدی ډول په نظرکی و نیول شی:
- داناروغان بایددخو هفتولپاره په بسترکی استراحت وکړی.
- دالکولو (شرابو) دڅښلووخه جدأخان وساتی.
- داناروغان بایدتشناب (کناراب) ته دتگ څخه وروسته خپل لاسونه حتماًپه صابون پریمینخی.
- بایدهغه خواړه چی په لاس ئی خوړلی وی (دست خورده) نورواشخاصوته دخوراک لپاره ورنکړی.
- دمعالج داکترلخوا بایدناروغ ته ترهغه وخته لازمه تداوی توصیه کړای شی ترخودمريض ټول اعراض بڼه شی لکه: درد، استفراغ اوخوابدی.

کلینکی اعراض اوعلایم

(Clinical Signs and Symptoms): دمرض

په شروع کی دریش اوزکام داعراضواوشدیدتی تبی احساس کوی چی اکثرأدااعراض 4-2 هفتوپوری دمنتن کیدووخه وروسته راشروع کیږی اودالاندی اعراض احساسوی:

- ♦ دزیاتی سترتیا احساس.
- ♦ دمعدی درد به موجود وی.
- ♦ په خوړلوکی لږ مشکلات او بی اشهائی.
- ♦ دمرض په شروع کی به دشدیدی تبی اوعضلاتو درد موجودوی.
- ♦ کله کله اسهال هم موجودوی.
- ♦ بطن اویاگیده به لږه پرسیدلی وی.
- ♦ دغایطه موادورنگ به سپین ته مائل وی (په لمړیوورخوکی).
- ♦ دادراررنگ به تاریک زیروی.
- ♦ په بعضی ناروغانوکی استفراغ اودلبدی موجوده وی.
- ♦ په بعضی ناروغانوکی دمرض هیخ قسم اعراض اوعلایم موجود نه وی.
- ♦ مریض دسگرت څکولووخه خرابه مزه حس کوی.
- ♦ په پورتنی علوی څلورمه بـرخه کی (Right Uper Quddranl) کی دروندوالی ناراحتی اوپه Epigaster ناحیه کی دروندوالی احساس کوی.

پینخم فصل



Photographer: Elhamullah
"Sharifi"

(3) نمبر عکس سلما

پینخم فصل

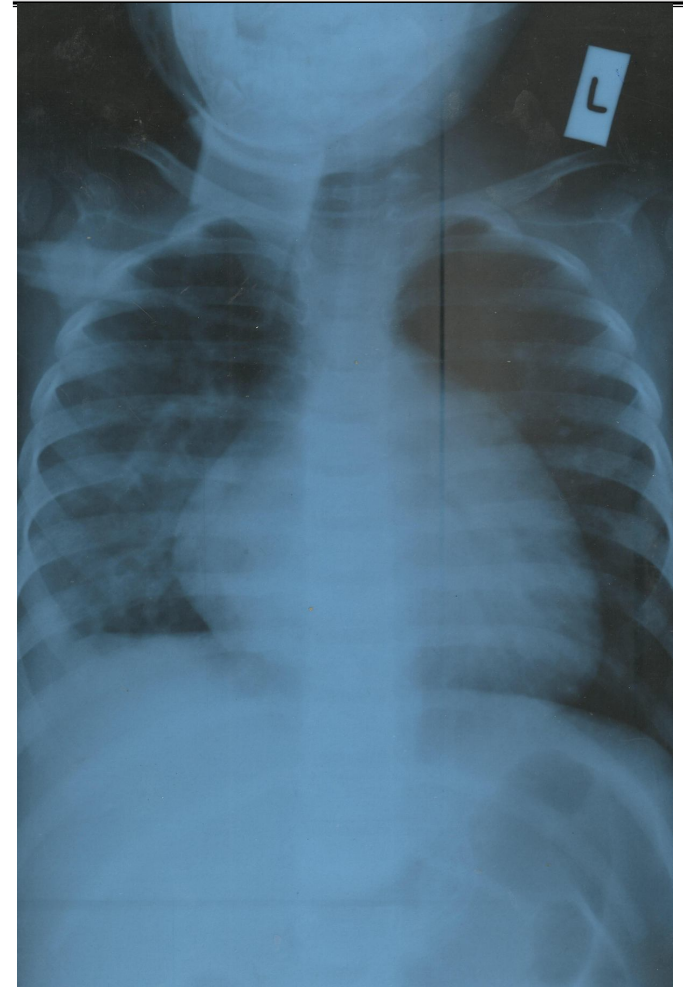
هغه ناروغانو ته چی په دی مرض اخته وی لازمه غذا باید توصیه کرای شی اودسره کړی (بیران شده) غذاخه باید دده وکړی. تازه میوه (Fruites) او خواره خواره کوم چی کوم صحی مشکل لکه: دیابیت ونه لری ورته توصیه شی.

په دی برخه کی غواړم دیو کوچنی ماشوم دناروغتیا په هکله چی سلمانومیده مختصر معلومات ورکړم.

سلمادداکتر محمد اسحاق ((شریفی)) یعنی ددی کتاب د مؤلف لور په 2007 میلادی کال کی د September په 24 نیټه د جلال اباد په بنار کی مریضه شوه. دمشاهدی له مخی مریض ته یرقان په Sclera او جلد کی رابنکاره او په روټین او بیوشیمی معایناتو وروسته تثبیت شوه چی نوموړی ماشوم په Viral Hepatitis A باندی اخته وه.

دلـمـری خـل لپاره په دی ټیسټونو کی HCV Ab او HBs Ag منفی وه او Hepatitis A مثبت وه. په دی ټیسټونو کی دلـمـری خـل لپاره ALT (SGPT) = 124 U/L او Total Billirubin = 8.5 mg/dL او د Alkaline Phosphatase لوړوالی هم موجود وه ددی ترڅنگه مریض ASD او په بنی کلیه که 11 mm ټیره هم دپخواخه درلوده. وزن ئی نظر عمر ته کم وه.

پینخم فصل



Chest X-Ray

(4) نمبر فوتو

په تداوی کی د Secondry Infection دمخنیوی لپاره فوری انتی بیوتیک لکه Rucephen اونورد Hepatitis A لازم تداوی تطبیق کیده دمريض په روتین اوبیوشیمی تیسٹونوکی په پرلپسی ډول خطرناک مشعرونه رابنکاره کیدل د Monitor لخوا د

پینخم فصل

دلمرنیو اعراضوپه بنکاره کیدوسره ورته لازمه تداوی شروع شوه خو ډیر ژر دمريض وضعیت خراب شو او دننگرهار پوهنتون تدریسی روغتون ته واستول شوه. خو دموظفوداکتر انولخوا راته دپاکستان (پشاور) ته د ورلومشوره راکړل شوه. چی په ډیره عجله سره می مریضه دپشاور درحمان میدیکل انسیتیوت ته ورسوله او په دغه روغتون کی دانتانی واپ داطفالوپه سرویس کی بستر شوه ډیر کم وخت کی د ناروغ تیسټونه اومعاینات اجراء شول. اومريض د Pre Coma په حالت کی بستر او لازمه تداوی ورته شروع شوه ولی متاسفانه مریضه دیوڅو ساعتو په جریان کی کبدی کوما (Hepatic Coma) ته داخله شوه.

په دغه روغتون کی هم د Hepatitis A تشخیص وشو. اودانتانی واپ په Intensive Therapy کی د پروفیسور بختیار ((زاهد)) اویوڅو نوروداکترانود تداوی لاندی و نیول شوه. مریضه وخت په وخت او حتی په دوامداره ډول دکنترول لاندی وه. دmanitor په ذریعه ئی ټول حیاتی علام مطالعه کیدل ساعت په ساعت دمريضه وضعیت خرابیده او ډیر کم وخت وروسته مریضه ته شدید Thachy Cardia او Thachy Pnea پیداشوه. چی دارقم ټکی کارډیا 200/minut ته ورسیده. او Cardio megaly هم څو ورځی وروسته پیداشوه چی په لاندی عکس کی لیدل کیږی.

پینخم فصل

هم موجوده چی خون ریزی شروع شوه.جدی کومکونواوبنه نرسنگ په صورت کی خون ریزی ودریده اوپروفیسورماته دروغتون هال ته دعوت راکراوراته یی وه ویل چی دناروغ حالت نورهم خراب دی اوتاپه خپله ولیده غواړم چی تاسی خپل ناروغ نورکورته یوسی.خوماورته دامشوره ورکړه چی ترخوژوندی وی په دی روغتون کی به وی او که مړه شوه نوبیابه ئی مجبورأوړم خودلته می احترامانه دپروفیسورخه خواهیش وکړچی غواړم یوسوال مطرح کړم هغه داچی زمامریض په تداوی کی تاسی Human Immunoglobuline دایمونینی د لوړوالی په خاطر توصیه نه کړداولی؟

پروفیسورراته وویل چی هغه ډیره قیمتته دوا ده ماورته وویل چی ماته دهغی قیمت معلوم دی چی 6000 کالداری کیری نونسخه ئی راکړه او عاجل می یوبوتل ورته راورساوه دهغی دتطبیق خخه وروسته چی ډیر اهسته تطبیق شو اوسبانوی تیسټونه راغلل پروفیسورخوشحاله بنکاریده چی نسبی بهبود مطالعه کیری او وه یی ویل که ستاجازه وی نویوبل بوتل البومین به هم ورته سباته تطبیق کړو.نوهماغه وه چی کله سبا مونزربل امینوگلوبولین تطبیق کړونوفایده ئی ډیره ولیدل شوه هماغه وه چی ناروغ په جدی شکل سره دمرقبت اوتداوی سره خوورخی بعددunconciusحالت خخهConciusحالت ته د 17ورخوخته وروسته راوگرخید.خومریض خبری

پینخم فصل

سورگروپ(بلپ)اودDengenseنوشته په سورخط Signal ورکاوه چی دی حالت خوورخی اوشپی دوام وکړخودتداوی پلان په جدی ډول په مناسب وخت عملی کیده.ډیرجدی نرسنگ دوام درلوداوه ره ورخ مریض تهFresh Blood-100ccپه اندازه تطبیقیده خپله حاضرهم چه دمریض په تنفس کی غیرادیال حالت رامنخ ته شومریض یخ اورنگ ئی بالکل خاسف اودMonitorسیگنالونه په مستقیموخطونو ودریدل دی حالت تقریباً12-10 ثانی دوام وکړخو بدون دبل کوم عمل خخه حرکات بیرته شروع اود پخواپه شان په پتالوژیک ډول بنودل کیدل یعنی Thachy Cordia اوThachy pinea موجوده وه هره شپه دنوی تیسټونولپاره ارډر(order)دسبالپاره ورکول کیده په خاص ډولALT اوAST، Alkaline Phasphatise، PT-APTT(Active Portal Trombo Plastin، Test) اوA/G Ratio معایناتوډیر اهمیت درلودپه ډیرووخیموحوالاتوکی یوراپورچی په هغی کی:

APTT=36sec,

Pt=16sec,

ALT=4670u/L,

Ast=656u/L

BillirubinTotal=16mg/dL

همدارنگهAlkaline Phasphatase=542u/Lدلته

یوجمله غواړم چی ذکرکړم مریض یواخی دالله(ع)په قدرت چی هغه ئی دمرگ فیصله نه وه کړی ډیر وخت وروسته جوړه او اوس لاهم ژوندی ده.

خوورخی وروسته ډیرشدیدBleedingدخولی اوپوزی خخه شروع شوپه دی لحظاتوکی معالج پروفیسور

پینخم فصل

واکسین دعضویت مقاومت او دمیکروبو نو او یا ویروسونوپه مقابل کی دعضویت دفاع لوروی لکه: Hepatitis A دوپروس په مقابل کی. Hepatitis A واکسین باید ددوه کالوڅخه پورته او کاهلنوته تطبیق شی.

حفظ الصحه (Hygiene)

همیشه دتغوط دعمل (رفع حاجت) څخه وروسته ددوډی خور لونه مخکی لکه چی مخکی ذکر شول باید لاسونه پاک په صابون پریمینخل شی – دمنتن شخص دغایطه موادوسره دتماس نه مخکی باید پلاستیکی دستکشی واغوستل شی اوسره له دی هم باید لاسونه په صابون پریمینخل شی.

– دهمیشه لپاره بایدله پاکویابوتلی (منزالی) اوبو څخه استفاده وشی اوکه داقیمته تمامیری نودچینو او پاکوڅاگانو اوبه هم بنی دی اوکه دا اوبه نه وی نود ایشولواوبو څخه دی استفاده وشی دتازه ترکاری او میوی څخه داستفادی پر محال باید دپوتاشیم پر منگنات (پتاس) او کلورینو دمحلونو څخه دی استفاده وشی.

– ددابل ناروغانو دوینی سره مستقیم تماس هم خطرناک دی. دمصاب شخص سره نزدی تماس اودهغه دلاس پاتی شونی غذادنوموری مرض دسرايت سبب گرځی.

پینخم فصل

نه کولی Chest X-Ray او Brain CT Scan کی ډیر تغیرات لیدل کیدل دقلب Cardiomegaly او دماغ په یو قسمت کی اتروپی هم لیدل کیده – چی ټول پتالوجیک تغیرات په تدریجی شکل سره دصحت موندلوپه حال کی وه اوبیادیوڅوورڅولپاره داقتصادی حالت په نظر کی نیولوسره دلسونوروورڅولپاره په حیات ابادکمپلیکس کی بستروه – هلته هم جدی مراقبت د مهربانه ډاکترانو لخوا دوام درلود – ترڅومریض صحت یاب شو.

په Hepatitis A اخته ناروغان باید درانده کارونه ونه کړی او دصحت یابی چانس ئی زیات دی .

اودرانده کارونه به نه کوی داناروغی د Hepatitis C او Hepatitis B په شان د Relaps یا عودچانس کم لری. او په اسانه تداوی کیری اوددی په مقابل کی Anti Body ژر جوړیری. دا اختلاط او مرگ چانس پکی کم دی. د بله پلوه ددی ناروغی په مقابل کی دناروغ مقاومت دلوروالی لپاره د Human immunoglobuline څخه باید استفاده وشی.

واکسین Vaccination:- واکسین یوقسم دفاعی دوا ده او هغه اشخاصوته توصیه کیری چی صحت مندوی اوبه دی ناروغی اخته شوی نه وی ځکه چی ددی دتطبیق په صورت کی عام اشخاص ددی ناروغی څخه وقایه کیری.

پینخم فصل

استفاده وکری - همیشه لپاره خپل لباس او هغه سامانونه چی طبی پرسونل ورسره په تماس کی وی پاک وساتی.

مشخص اقدامات دوقائی لپاره

فعال معافیت:- Hepatitis A واکسین د Injection Havrix په نامه چی زیاته پیمانہ په بازار کی پیدا کیږی - خاصتا $0.5\text{mL}=360\text{units}$ او $1\text{mL}=720\text{units}$ کیږی پیدا کیږی.

هغه کسان چی عمر ئی د 16 کالوڅخه زیات وی هغوی ته 1mL په اوله دفعه او بیا 5-2 هفتی وروسته یو دوز بل زرق کیږی- بل تقویه کونکی دوز 12-6 میاشتی وروسته تطبیقیری البته په عضله کی.

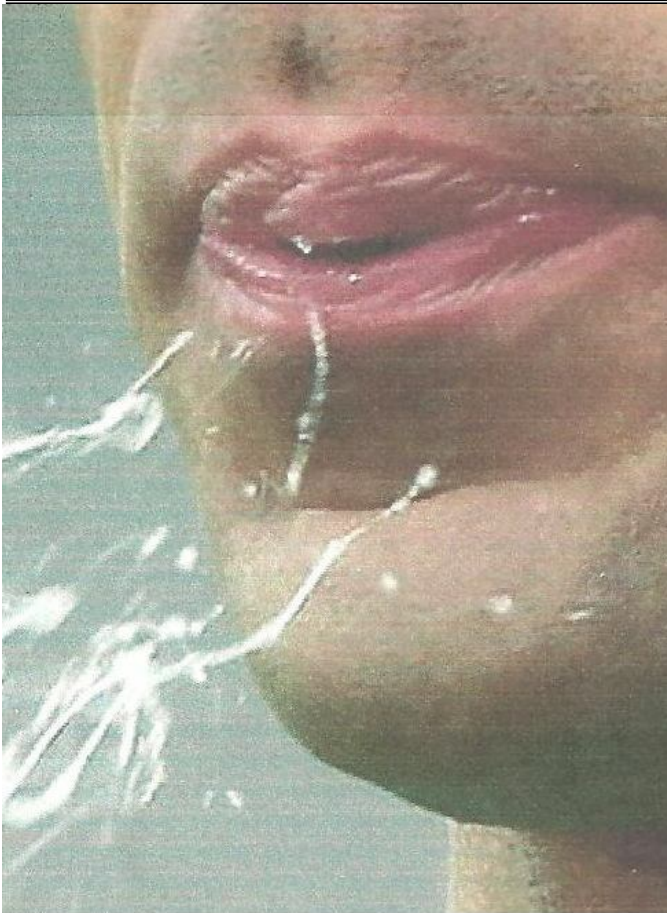
هغه کسان چی عمر ونه ئی د 15-1 کالو پوری وی هغوی ته بیا 0.5mL په پورته دوز تطبیقیری.

- په مقایسه د دو انمایا پلاسیمیو (Plaseebo) د واکسین موثریت وروسته دیو یادوه دوزونوڅخه 100-80 فیصده ته رسیږی.

منفعل معافیت: هغه افرادوته چی Hepatitis A

دنارو غاڼوسره په تماس کی شوی وی- باید د اډول اشخاصوته Immunoglobulin تطبیق شی- چی په $0.04-0.06\text{mg}$ فی کیلوگرام وزن د بدن په عضله کی زرق شی - چی د 3-4 میاشتو پوری محافظت کولای شی - له دی څخه دهغی د قیمت دلوروالی له امله استفاده نه کیږی - او د منفصل معافیت په منظور Immunoglobulin تماس شوی مریضانوته تطبیقوی.

پینخم فصل



Droplet transmission of Hepatitis A

(5). نمبر فوتو

وقایه (prevention)

عمومی اهتمامات (General manangement):

هغه اشخاص چی په Hepatitis A اخته وی خپل لاسونه باید په صابون پریمینخی او یاد نور وړانته سپیتیک موادو محلولاتوڅخه لکه: کلورین او فارملین چی په اوبوکی په لازمه فیصدی حل شوی وی

دمرض سرایت:- دHBV انتقال معمولاً په لاندی حالاتوکی کیدای شی.

- دمنتن شخص دوینی، زرقیاتو او دوینی دمحصولاتوپه واسطه صورت نیسی.
- دجنسی ارتباطتوپه واسطه هم انتقالیدای شی.
- همدارنگه دولدت په وخت کی په کمه فیصدی سره دمورخخه ماشوم ته تیریدای شی.
- دمستعملوسرنجونو په واسطه د دوا تطبیقول چی منتن اشخاصو ته ورباندی زرقیات اجرا شوی وی.

- دهغه سنتنو په واسطه چی دهغی په ذریعه دمنتن اشخاصو ته یا د خال کوبی او یاد غورد سوری کیدو لپاره استعمال شوی وی.

- صحی کارمندان چی په _____ Health Care Center کی زیات کار کوی.

- Hemodialysis ددی ناروغی یو بله د انتقال بڼه وسیله کیدای شی.

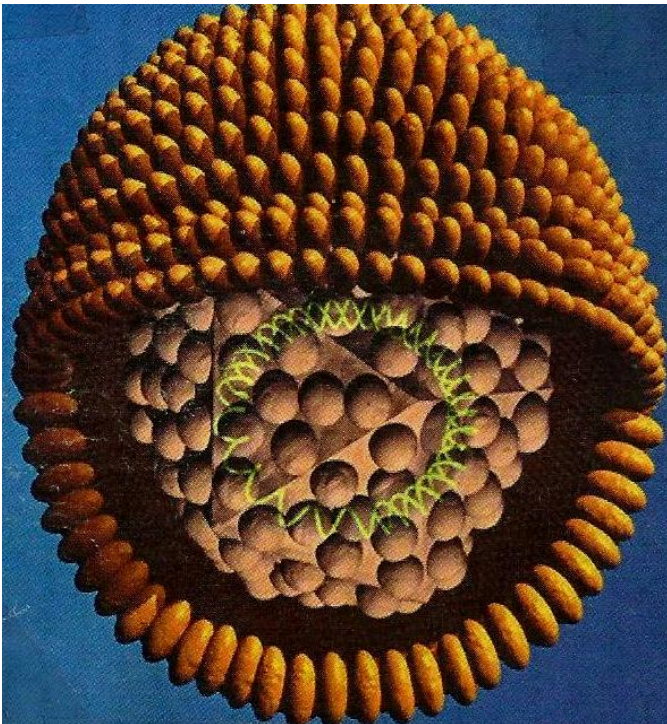
- په مشترکه ډول دیوختنولخوا دناخن گیر، دخولی دبرس، اومسواک خخه استفاده چی یو ئی په دی مرض اخته وی نور هم پری اخته کیدای شی.

Acute Viral Hepatitis B

Srum Hepatitis (Bothkin Disease)

Hepatitis B د ویروس 42nm طول لری او Hepatitis وایروس ددلی خخه دی چی په قسمی ډول دDNA دډبل زنجیر لرونکی Genume داخلی Corporation یا Hepatitis B Cor Antigen او خارجی Hepatitis B Surface antigen Surface Coot یا HBs Ag لرونکی وی.

دا ویروس 8 مختلف Genotypes لری (A-H) کوم چی دانتان په وخت کی دویروس ضددرملوپه مقابل کی خواب باندی تاثیر لری.



Hepatitis B ویروس (6) نمبر فوتو

شپڙم فصل

په لاندی حالاتوکی داناروغی دیوشخص څخه بل شخص ته نه انتقالیری:

- منتن اشخاصوته په لاس ورکولوسره.
 - دمصاب شخص په غیرکی نیولوسره.
 - دمنتن شخص سره نزدی کبښناستل.
- لاندی طبی پرسونل په دی ناروغی داخه کیدو دخطر سره مخامخ دی.
- د Hemodialysis مسلکی پرسونل.
 - د داخلی او جراحی داکتران (Physician and Surgen Doctors).
 - دغابنونو داکتران.
 - نرسان.
 - هغه اشخاص چی په کلینکی او پتالوژیکي لابراتوارونو کی کار کوی.
 - دوینی دبانک پرسونل.
- تقریباً نیمائی دهغه ناروغانوچی پـــــــه Acute Hepatitis B اخته وی (دامریکاپه متحده ایالاتوکی) دجنسی انتقالیدونکو ناروغـــــــیو Sexually Trans Mitted Disease لپاره په نښه شوی دی.

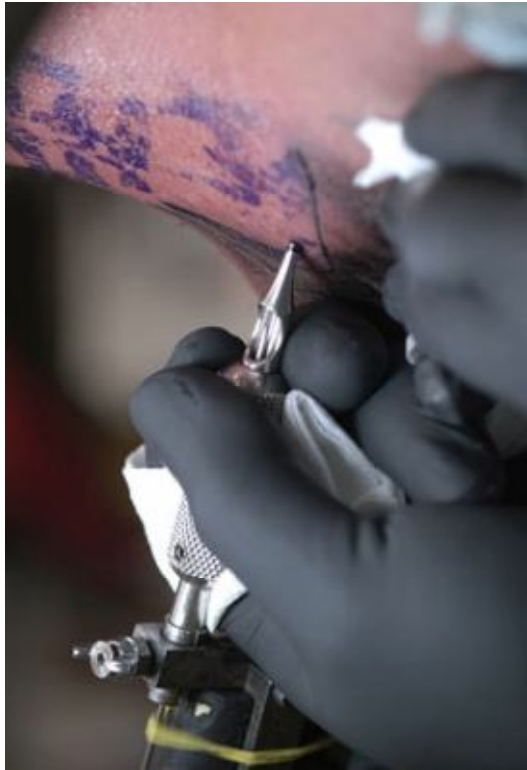
دتفریح دوره (Incubation Period):- دتفریح دوره دشپږو اونیوڅخه ان ترشپږو میاشتو پوری رسیری - چی اوسط ئی 12-14 هفتی دی.

وقوعات (Incedence):- د Hepatitis B ویروس په هغه نارینوکی چی دبل نارینه سره جنسی تماس وکړی. او همدارنگه په زرقی درمل استعمالونکوکی 7% دHIV اخته کسان په HBV هم اخته دی - مگر په لوړمقدار سره پښینی ئی دHetrosexual انتقال لپاره

شپږم فصل



(7) نمبر فوتو



خال وهل (8) نمبر فوتو

1. Hepatitis B سطحی انتیجن (HBs Ag)

– چی دویروس په کپسولی ماده کی قرار لری. او اولین ویروسی مارکردی. چی دمنتن کیدو څخه وروسته د Hepatitis B ویروس دپیدا کیدو وړ دی.
 – دتفریح د دوری په اخیستو کی مخکی د Amino Transferas دلوړیدو څخه د Hepatitis کلینکی تطاهرات رابنکاره کوی او انزایمونه په وینه کی پیریږی.
 – معمولاً د 2-1 میاشتو پوری دزیری پیداکیدو وروسته بیرته ورکیری او په پیر لږ وخت کی زیات له شپرو میاشتو دپیدا کیدو وړ دی.
 – په مزمن Hepatitis کی ایضافه له شپرو میاشتو لیدل کیری.

2. Hepatitis سطحی انتیجن ضدانتي بادی گانی (Anti HBs Ab)

– Anti HBs معمولاً د سطحی انتیجن دکلیرانس (ناپدید کیدل) کیدو څخه وروسته ناپایدار او معلومیږی ځنی وخت د Anti HBs څو هفتی وروسته د سطحی انتیجن د ناپدید کیدو څخه په تاخیر لوریږی (چی هیڅ ډول انتیجن او نتي بادی نه پیدا کیری) – چی دا مرحله Window Period په نوم یادیری چی ددی دوری په جریان کی مریض سرایت ورکونکی دی – بناءً د سطحی انتیجن منفی والی دا انتان نه شی ردولی دشک په صورت کی باید Anti HBc IgM تعیین کړی تر څو چی انتان تائید شی.
 – ددی انتی بادی گانو موجودیت که د سابقه انتان له وجی وی او که د واکسین له کبله وی.

صورت نیسی او وقوعات د 1980 میلادی کلونوراپدی خوا 75 فیصده ته رابنکته شویږی.

Common serologic patterns in hepatitis B virus infection and their interpretation	Interpretation	
	Anti-HBe	Acute hepatitis B
HBsAg	Chronic hepatitis B with active viral replication	
Anti-HBc	Chronic hepatitis B with low viral replication	
Anti-HBs	Chronic hepatitis B with heterotypic anti-HBs (about 10% of cases)	
HBsAg	Acute hepatitis B	
Anti-HBc	Recovery from hepatitis B (immunity)	
Anti-HBs	Vaccination (immunity)	
HBsAg	False-positive; less commonly, infection in remote past	

*Low levels of IgM anti-HBc may also be detected.

(4) نمبر جدول

ویروسی مارکرونه: - د Hepatitis B ویروس پروتینونه لکه د انتیجنونو په شان عمل کوی – منتن افراد کولای شی چی د هغی په مقابل کی انتی بادی جوړه کړی دا انتیجنونه او انتی بادی گانی د HBV د انتان د تشخیص لپاره پیر مهم دی چی دادویروسی مارکرونو په نوم یادیری.

شپږم فصل

دتکثر سرائیت او دځيگر دمتضرر کيدوسره مترافق وی.

د Anti Hbe ورکيدل په وينه کې د دوی دقوی کيدو په معنی دی چې د ویروس دتکثر دکموالی او سرائیت ضعیفوالی رابنائی.

بعضی اشکال دویروس قادرپه HBe Ag نه وی.

(Precormutant) اودویروس دتکثر دتائید په منظور PCR DNA تست ته ضرورت دی اکثرآد Hepatitis B ویروس دانوع (Wild) څخه دی. چې Antigen جوړوی (Hbe Ag).

د HBs Ag+ سیروم چې د Hbe Ag لرونکی وی دیر احتمال لری چې دیر ساری اوسی.

دمثال په ډول هغه میندی چې لرونکی د HBs Ag او Hbe Ag وی—Hepatitis B تقریباً 90 فیصده دمیندو څخه اولادته انتقالیری په داسی حال کې چې هغه میندی چې لرونکی د HBs Ag او Anti HBe وی په ډیره لږه فیصدی اولادته انتقالیری.

5. د Hepatitis B ویروس DNA یعنی د

Hepatitis B لپاره د PCR تست

Hepatitis B ویروس د DNA موجودیت په سیروم کې د ویروس دسرائیت اوتکثریو خاص مارکردی DNA کولای شی چې د PCR په طریقه کشف شی. ویروسی مارکرونه په Acute Hepatitis B کې.

+	HBs Ag
+	Anti Hbe (IgM Type)
+	HBe Ag
+	HBV DNA

(5) نمبر جدول

شپږم فصل

— HBs Ag ورکيدل او Anti HBs ظاهریدل د Hepatitis B دپنه کيدو حالت رابنائی.

3. د Hepatitis B ویروس د مرکزی قسمت ضد انتی بادی گانی (Anti HBc)

— Hepatitis B مرکزی انتیجن (HBc Ag) د ویروس په مرکزی قسمت کې واقع دی لاکن په وينه کې نه راطهاریری (بنکاره کیری).

— Anti HBc اولنی انتی بادی ده چې بنکاره یا ظاهیری چې دا انتی بادی د HBs Ag دپیدا کيدو څخه لږ وخت وروسته رابنکاره کیری. د IgM قسم Anti HBc چې یوقطعی مشعر (Index) دحاد انتان دی. اوپه لمړیو شپږو میاشتو کې تبارزکوی همدارنگه د Anti HBc IgG په Acute Hepatitis کې ظاهیری او زیات په شپږمه میاشت تبارز کوی.

کیدای شی چې ناروغی بهبودومومی چې په هغی کې Anti HBs Ag موجود وی. اویاداچې په Chronic Hepatitis اخته وی (چې په هغی کې HBs Ag موجود وی) چې دیو نامعلوم وخت لپاره پاتی کیری.

4. Antigen E یا (HBe Ag)

— HBe Ag دتفریخ دوری په جریان کې دیرژر د HBs Ag دبنکاره کيدو وروسته رابنکاره کیری داانتیجن دویروس دتکثر اوسرائیت بنونکی دی.

— HBe Ag دوامداره موجودیت په سیروم کې ددری میاشتو څخه زیات مزمن Hepatitis B مطرح کوی — او د HBe Ag موجودیت په Hepatitis B کې په دوامداره ډول دویروس

شپڙم فصل

- دانٽان حادوالی اومزن والی مشخص کوی (Anti HBc Antibody).
- HBe Ag موجودیت دویروس تکثر رابنائی چی د Interferon په واسطه ضروری د.

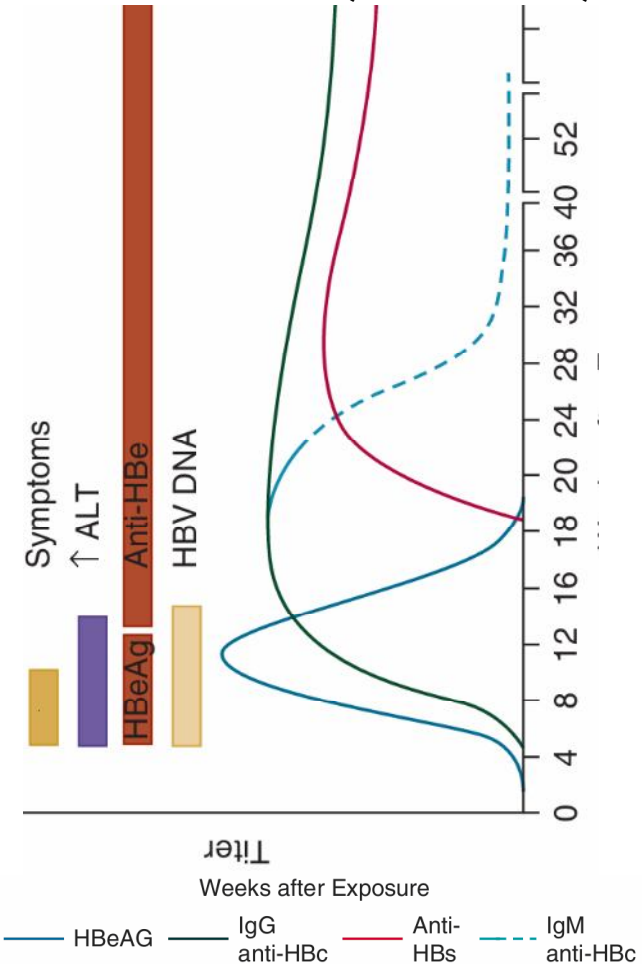


Figure The typical course of acute type B hepatitis. (anti-HBs, antibody to HBsAg; HBeAg, hepatitis Be antigen; anti-HBe, antibody to HBeAg; anti-HBc, antibody to hepatitis B core antigen; ALT, alanine aminotransferase.)

(3) نمبر گراف

شپږم فصل

ویروسی مارکرونه په Chronic Hepatitis B کی.

+	HBs Ag
+	Anti HBc (IgG Type)
امکان لری چی مثبت وی	Hepatitis HBe (HBe Ag)
دهغی موجودیت دویروس دوامداره تکثر مطرح کوی	Hepatitis B DNA

(6) نمبر جدول

په Hepatitis B کی دویروسی مارکرونو اهمیت:

- HBs Ag په حاد یا مزمن انتان کی موجودی.
- HBe Ag په مقدماتی شکل په حاد Hepatitis کی لوریزی او بیرته ژرسقوط کوی چی دهغوی په دوامداره موجودیت چی Chronic Hepatitis او حساس جگوالی بنائی.
- HBV DNA (PCR) چی موجودیت ئی د یروس په تکثر دلالت کوی.
- Anti HBs Ag دانبنایی چی ځیگر قبلاً معروض شوی او کوم معافیت چی حاصل دی Hepatitis B پوری اړه لری.
- Anti HBe د IgM په حادانتان کی Titer لور او په مزمن شکل کی دغه Titer ټیټ وی.
- IgG د کبد معروضیت نښه ده - چی په Hepatitis B مصاب وی کیدای شی چی ناروغ شفا پیدا کوی - اویا کیدای شی چی په مزمن شکل اخته شوی وی.
- هغه ویروسی مارکرونه چی په کلینیک کی ورڅخه کار اخیستل کیری
- کوم چی د Hepatitis B انتان مشخص کوی (HBs Ag).

شپږم فصل

اختلاطات (Complications)

1. د کبد پرمختللی عدم کفایه.
2. وروسته د Hepatitis څخه سندروم (خستگي، دشحمياتو دم تحمل او درپه Right Uper Quadrant کی.
3. Chronic Hepatitis.
4. Cirrhosis.
5. Hepatocellular Corcinoma.

د Viral Hepatitis نادراً اختلاطات په لاندی ډول

دی:

- ← دپانکراس او د Myocardium التهاب.
- ← غیروصفی Pneumonia.
- ← Aplastic Anemia.
- ← محیطی Neuropathy.

کلینکي اعراض او علايم

Hep... B: (Clinical Signs and Symptoms)

شروع ډیر Insidious (جدي) او د Aminotransferase سویه په Hepatitis A پر تل په ډیر لوړ پیری د Fulminant Hepatitis خطر پکی د 1% څخه کم دی. او که چیری وخیم حالت پکی منځ ته راشی دوفیاتو اندازه تر 60 فیصده پوری لوړوی. د Acute Hepatitis B د تیرولو څخه د HBV انتان دوام په معافیت تولیدونکو کسانو کی 1-2 فیصده او په معافیت مغلوبو (معافیت نه لرونکو) کسانو کی د دوام فیصدی زیاته ده.

په هغه کسانو کی چی په Chronic Hepatitis B اخته وی او HBV ډز وندپه لمړیو وختو کی اخیستی وی د Cirrhosis او کبدی حجروی سرطان

شپږم فصل

معمولی سیرولوژیکی طرحی اودهغی تفسیر په Viral Hepatitis B انتان کی

تفسیر	Anti HBe	HBe Ag	Anti HBc	Anti HBs	HBs Ag
Acute Hepatitis B	-	+	IgM	-	+
Chronic Hepatitis B سره فعال ویروس تکثر	-	+	IgG	-	+
Chronic Hepatitis B د کم تکثر سره	+	-	IgG	-	+
Acute Hepatitis B	-	+ یا -	IgM	-	-
Hepatitis B څخه بڼه والی (معافیت)	+ یا -	-	IgG	+	-
واکسیناسیون (معافیت)	-	-	-	+	-
کاذب منفی یا دا چی ډیر پخوا نی مرض تیر کړی وی	-	-	IgG	-	-

(7) نمبر جدول

معاینات

غیر اختصاصی: د کبد وظيفوی تستونه CBC، ادرار، PT، او د ویني شکر (Blood Glucose) چی په Hepatitis A کی تعیینیری.

اختصاصی: Anti HBc IgM، HBs Ag باید تعیین شی - که چیری HBs Ag مثبت وی نو په هغه وخت کی باید د مکمل ویروسی پروفایل order ورکړی شی. - په روتین ډول باید HBs Ag تعیین شی لاکن امکان لری چی ډیر ژر بیرته ورک شی او یادا چی Titer ډیر تیت وی نوله دی کبله باید همزمان Anti HBc IgM تعیین شی. - HBV DNA (PCR) د ویروس د تکثر ډیر حساس تست دی.

شپرم فصل

همیشه باید دی ناروغی په تداوی کی لاندی نقاط په نظر کی ونیول شی:

– دڅوورځو او هفتو لپاره ناروغ ته دبستر استراحت توصیه شی.

– ناروغ باید الکولی مشروباتو څخه ځان په کلی ډول وژغوری.

– ډاکتر کولای شی دا ډول ناروغانو ته عرضی (Symptomatic) ادوی توصیه کړی.

– معالج ډاکتر باید ډول ناروغانو ته هر دوی میاشتی بعد ټسټونه په تکرار ډول اجرا کړی ځکه که بهبود (فایده) نه وی نو باید نور لازم تدابیر ونیول شی – دا ډول ناروغان غذائی موادو ته ډیر ضرورت لری خو غذا باید لږه لږه او د ورځی څوڅو ځلی وخورل شی.

– نوموړی مریضان باید سقیل سپورت او درانه کارونه ونه کړی. تازه میوه لکه چټی د Hepatitis A په تداوی کی ورته هم اشاره شوی ده وڅوری او بدون د ډاکتر د اجازی او مشوری څخه د غذائی موادو د خوړلو څخه پرهیز ونه کړی.

Hepatitis B د ځیگر انساجو ته تاوان رسولی شی؟ هو Hepatitis B په شان نه دی – په منتن اشخاصو کی د 1-2 فیصده پوری دعود یا Relaps چانس لری.

که چیری د ناروغ ځیگر په شپرو میاشتنو کی د التهاب څخه نورمال نه شی نو کیدای شی چی دا مرض په Chronic Hepatitis تبدیل شوی وی.

شپرم فصل

(Hepatho Celluler Carcinoma) خطر ئی 25-40 فیصده پوری زیات دی چی په خاصه توگه نران د ډیر خطر لاندی دی.

HBV انتان ممکن د Glumerulo Nephritis, Arthritis او Poly Arthritis nodosa سره یوځای وی.

په دی مریضانو کی دمرض په شروع کی دریزش اعراض راپیدا کیری او که مریض په ریبنتنی ډول مصاب وی نو ناروغان دلاندی کلینکی اعراضو څخه شاکی وی:

← دنهایاتو سترتیا.

← دگیدی (بطن) ناراحتی گانی او شکایات.

← داسهال پیدا کیدل.

← دبطن پرسوب.

← سپین رنگه مواد غایطه.

← تاریک زیر ادرار.

← Anorexia او داسی نور.

یو تعداد ناروغان داسی هم موجود دی چی په دی مرض اخته وی هیڅ شکایت نه لری.

که چیری پورتنی اعراض کوم شخص ته پیدا شی نو باید خپل معالج ډاکتر ته مراجعه وکړی – او ډاکتر ډپوره تشخیص لپاره لازم ټسټونه مریض ته توصیه کړی چی Hepatitis B ورباندی تشخیصیږی.

د Hepatitis B تداوی

(Treatment of Acute Hepatitis B)

په حقیقت کی Hepatitis B کومه خاصه اووصفی تداوی نه لری – خو که ناروغ ته شدید اعراض نه وی پیداشوی نو د 4-6 هفتو پوری دبستر په استراحت سره کیدای شی صحت یاب شی.

- Chronic Hepatitis دځيگر په بيوپسي كې.
- د Aminotransferas داندازې لوړوالې.
- د مزمن Hepatitis B تكثري ماركرونه لكه:
- HBe Ag او HBV DNA مثبت والې په وینه كې.
- د مرض جبران كيدونكې ناروغۍ چې (Cirrhosis) پيشرفت نه وي كړي).
- ناروغان چې لرونكې دمعافيتي سستم وي (نه HIV).
- په لويانو او شيدې وركونوكو كې د HBV دانتان موجوديت.
- لاندې ناروغان د Interferon په واسطه د تداوي مناسب نه دي:
- هغه ناروغان چې بي اعراضو وي.
- چې د Aminotransferas اندازې ئي نورمال وي.
- د Hepatitis B هغه ناقلين چې تكثري نه وي او د Pre HBe Ag, Core mutant او HBV DNA لرونكې نه وي.
- د كبد مريضې چې د جبراني ميكانيزمونو څخه خارج شوي وي (په بل عبارت سيروزيس).
- د Interferon Therapy په سيروزيس كې امکان لري چې د كبد د عدم كفايي سبب شي.
- د Interferon د تداوي په مقابل كې ځواب:
- 25-40 فيصده ناروغان چې د Interferon په تداوي كېږي د امينو ترانسفيراز اندازه (سويه)

همدارنگه امکان لري چې Chronic Hepatitis خفيف سیر تعقيب كړي. په بعضو ناروغانو كې كيدای شي چې ډير خطرناك حالت رامنځ ته كړي - نو په دې وخت كې پكار دې چې ډير مهم او حياتي كبدې تستونه بايد اجرا شي - كه چيري د تستونو نتايج داسې وي چې ناروغ د Chronic Hepatitis سير ته داخل شوی وي. نو بايد داسې ټول ناروغان په يو مجهز روغتون كې بسترواودجدي تداوي لاندې ونيول شي ځكه چې Cirrhosis او Cellular Carcinoma د پيدا كيدو احتمال شته - نو بايد په روغتون كې ددې ناروغانو دځيگر Biopsy واخيستل شي چې په راتلونكې بحث كې د Biopsy په هكله وركړل شوی دی. په (Hepatitis C) كې.

د مزمن Hepatitis B معالجه (تداوي) (Treatment of Chronic Hepatitis B)

دري قسمه دوا د Chronic Hepatitis B په تداوي كې استعمال لري:

- Peg Interferon alfa 2 : Interferon
 - د Nucleoside انالوگونه.
 - Lamivudin او Adifovir.
- كولای شو چې ذكر شوي دواگانې په كمباين شكل هم توصيه كړو او گر كه هره دواځنې مزاي او محدوديتونه لري.

د Interferon په واسطه تداوي

د Interferon Therapy لپاره مناسب كانديدان لاندې خواص لري:

شیرم فصل

- که مریضی د pre Core Metant پواسطه منخ ته راغلی وی (HBe Ag=Negative).
- دالتهاب خفیفه درجه دکبد په بیوشیمی کی.
- ورسره د HDV دانتان یوځایوالی (Hepatitis D).
- دمعافیت کموالی د HIV له کبله.
- مذکر جنس.
- اسیائی نژاد.

جانبی عوارض (Side Effect): دانفلونزا

- سندروم مثلاً: تبه، دبدحالی احساس، سردردی (Headch)، عضلی دردونه (Myalgia)، بی اشتھائی (Nausia)، کانگی (Vomiting) او اسهال.
- ریزش موی (ویبنتان)، ددهوکو دمخ انحطاط او افردگی، Neutropenea Thrombocytopenia
- دا عصابو تغیرات.
- Hyper Thyroidism.

مضاد استطباب Contraindication

- د Interferon مضاد استطباب عبارت دی لـه:
- Cytopnia, Auto Immune, Cirrhosis ناروغی او روحی ناروغی.

Lamivudin

- Lamivudin د (Tab Zifex 100mg) چچی د Anti HBV نیکلوسایدانالوگ دی. چی دیو نامعلوم وخت لپاره دورخی بودانه توصیه کیږی (په معمول ډول دیوکال څخه دزیاتی مودی لپاره).

شیرم فصل

- Anti HBe, HBV DNA او HBe Ag ورکیدل او ظهور او د عمر زیاتوالی رامنخ ته کیږی.
- هغه مریضان چی په هغوی کی HBV DNA ویروسی (Viral load) لوړ کمتر د 200pg/mL او د Aminotferas سویه جگه وی (100-200u/L) (څخه) د جواب ورکولو اندازه ئی زیاته وی په دا ډول ناروغانو کی مکمل عود غیر معمول دی.

Interferon دوز او دتاوی دوخت موده

Interferon Alfa 2b (Injection Interferon):

- د ورخی پینځه یالس میلونه واحد په هفته کی دری ځلی دجلد لاندی (S.C) دڅلورو میاشتو لپاره.

Interferon Alfa 2b (Peg Interferon): 100micgm

- په هفته کی یوځل د پوستکی د لاندی (S.C) د څلورو میاشتو لپاره تطبیقیری - Peg Interferon نظریه جواب ورکولو کی Interferon Alfa 2b څخه فرق لری ولی قیمت ئی جگ دی.

- د Interferon دتاوی په مقابل کی دنه جواب ورکولو وړاندیز (پیش بینی) په لاندی حالاتو کی کیدای شی:

- د طفولیت په دوران کی انتان.
- په سیروم کی د ALT دسوئی تیتوالی (دنورمال د دوچند څخه کم وی).
- په سیروم کی د Hepatitis B ویروس د DNA جگوالی.

شیرم فصل

عمومی ضعف، سردردی، گبیدی درد، دلبدی، دگبیدی نفخ و باد، اسهال او بدھضمی.

Chronic Hepatitis B لپاره غوره دواوی

Adafavirs	Lamivudine	Interferon	فایدی
<ul style="list-style-type: none"> - جانبی اثرات او بڼه تحمل - د مقاوم Hepatitis B د ویروس مقاومت (Mutant) کم پیدا کیدل - په سیروزیس کی تری استفاده هم ممکنه ده 	<ul style="list-style-type: none"> - خوراکي توصیه - جانبی تاثیرات کم او بڼه تحمل - په سیروزیس کی تری استفاده ممکنه ده - امکان لری چی HBe Ag Negative کی تری هم استفاده وشي 	<ul style="list-style-type: none"> - دندای مده کموی - په همیشگی سره جواب - د مقاومت (Mutant) نشتوالی 	<p>فایدی</p>
<ul style="list-style-type: none"> - دندای فقط کولونه د بیری کم ناروغانو سره د اورده وخت لپاره جواب ورکوی - ددی کبله د نا معلوم وخت لپاره ضرورت لری 	<ul style="list-style-type: none"> - په دیریو کمو ناروغانو کی جواب د اورده وخت لپاره پاتی کیری - د نامعلوم وخت لپاره دندای ضرورت لری - د Hepatitis B د ویروس د مقاومت (Mutant) ظاهریدل 	<ul style="list-style-type: none"> - زیات جانبی اثرات - جگ قیمت - په سیروزیس کی تری استفاده نه کیری - په HBe Ag Negative کی موثر نه دی 	<p>بد تاثیرات</p>

(8) نمبر جدول

د Hepatitis B وقایه

1. عمومی اقدامات.

- په زر قیاتو کی دیو وار مصرف ستووخه استفاده.

شیرم فصل

- دا دوا په اطمینانی ډول د Hepatitis DNA له منځه وری - د کبد هستولوژی ته 40 فیصده فایده رسوی او په 20 فیصده واقعاتو کی د HBe Ag او ALT اندازی دیوکال تداوی وروسته تداوی کیری.

- ددی دوا څخه حتی د سیروزیس په مریضانو کی هم استفاده کیری- اگرچی کیدای شی ددی دوا په توقف کی د Hepatitis عود ولیدل شی او د زیات وخت لپاره ددی دوا څخه په استفادی کی کیدای شی چی وایروس د Lamivudine په مقابل کی مقاومت کسب کړی.

- ددی دوا څخه د اورده وخت لپاره کیدای شی چی Mutent انکشاف وکړی او د Hepatitis B ویروس په مقابل کی مقاومت پیدا کړی او د اورده مودی د تداوی لپاره Adefovir 10mg پواسطه تداوی ته ترجیح ورکول کیری- ددی دوا په مقابل کی په کمه اندازه مقاومت پیدا کیری.

- ددی جانبی عوارض د سردردی، بی خوبی، خستگی، دمعدی درد، اسهال اولرزه دی.

Adefavir Dipivaxil

د Neocotide Adenosin د وانا لوگ دی د Hepatitis B د تداوی لپاره ئی دوز 10mg دورخی یو وار توصیه کیری - کولای شی چی په مصنون ډول ئی تطبیق کړی.

د Adifovir جانبی تاثیرات په لاندی ډول دی:

– دوز injection Enjerec B چې 10mcg د ماشومانو لپاره او 20mcg د کاهلانولپاره په عضله کې دو اکسین د جدول له مخې په غوښه کې تطبیقېږي.

3. د Hepatitis B ایمه ونوگلوبولین (BayHep B)

– ایمونوگلوبولین هغه مصابینو ته چې دستتې او د نورو وسایلو په واسطه چې د جلدې سوری شوی او پدی اخته شوی وی ورته توصیه کېږي.
– ایمونوگلوبولین هغه اشخاصو ته چې په Hepatitis B مصاب اشخاصو سره ئې جنسی تماس موجود وی تطبیق شي.
– هغه نوی زیریدلی ماشوم ته چې دمور HBs Ag مثبت وی تطبیق شي.

Hepatitis D

1. د Hepatitis D ویروس یو RNA لرونکی ویروس دی.
2. دا ویروس د تکثیر لپاره د Hepatitis B ویروس ته ضرورت لري منابع او دانتهشار طریقې ئې د Hepatitis B سره مشابه دي.
3. دانتهان کیدای شي چې د Hepatitis B سره یوځای وي – او یا کیدای شي چې Super Infection په شکل ورسره علاوه شوی وي. همیشه د Chronic Hepatitis B ناقلینو کې پیدا کېږي.
4. د Hepatitis D د 60-70 فیصده واقعاتو کې دمزمین هیپاتایټیس او سیروزیس سبب ګرځي.
5. دانتهان سره یوځای صاعقوی هیپاتایټیس منځ ته راځي.

– Haemo Transfusion څخه مخکې د اهداء شوی وینی لاندنی دري معاینات باید اجرا شي.
HBs, HCV, HIV.

– چې ضرورت ورته موجود نه وی وینه باید وانه اخیستل شي.
– مصاب اشخاص به جنسی مجامعت کې د Condom څخه باید استفاده وکړي – او جنسی شریک لکه خانم او یایار تر باید واکسین شي.
– مریض باید د پیر صمیمیت له مخې چې د شریکې پانی (پل ریش)، ناخون گیر او د غاښونو د برس څخه استفاده ونه کړي.

2. Vaccin of Hepatitis

– ټول تی (سینه) ورکونکی میاندی او ماشومان باید واکسین شي هغه اشخاص د لوړ ریسک په مرض کې قرار لري مثلاً هغه ناروغان کوم چې د تشخیص یا Diagnosis لاندی وی او د ډیالایسیز د اجراء کولو مسلکي کارمندان وی.
– هغه مریضان چې په تکراری ډول نقل الدم ته ضرورت لري.
– میره او ښځه او شخص چې HBe Ag مثبت وي.
– نارینه همجنس بازان.
– دوریدی موادو بدمصرف کونکوی لکه پوډریان.
– نوی زیریدلی ماشومان چې مور ئې په HBs Ag اخته وي.
– طبی پرسونل.

شپږم فصل

،الجريا،مکسسکو،او عراق کی زیات موجود دی.

په امریکا کی ئی وقوعات کم دی – او اکثر آهغه اشخاصوکی چپی په Acute Hepatitis اخته وی مشاهده کیږی. او یاپه هغه اشخاصوکی چی دمرض Endemic نقاطوته ئی سفر کړی وی – ددی مرض نه دمړینی اندازه همیشه لوړه وی او تر 10-20 فیصده پوری دمړینی کچه جگولی شی دالوروالی په حامله بنځوکی او هغه ناروغانوکی چی دHepatic coma دخطر لاندی وی دمرگ ومیر فیصده ئی لوړه ده.

شپږم فصل

6. تشخیص دسیروم IgM انتی بادی همزمان IgD او HBC سره موجوده وی.
7. تداوی کی د Interferon تطبیق دبهبودسبب گرځی مگر عودیا Relaps پکی معمول وی.
8. دا مریضان Hepatocellular Carcinoma دلوړ خطر لاندی وی – تشخیص ئی Anti HDV او HDV RNA نه تثبیت کیږی. دا مریضان د Chronic Hepatitis او Cirrhosis دی – رزرمنځ ته راوړی.

Hepatitis G

1. Hepatitis G دجلددلاری انتقالیږی او دخیف هیپاتایتیس سبب گرځی.
2. اکثر امصاب ناروغان دوریددلاری سوء مصرف کونکی – او یاهغه مریضان دی چی په متعدد ډول Heamodialisis کیږی.
3. کیدای شی چی په Chronic Hepatitis باندی بدل شی.
4. بڼه تشخیصی ټیسټونه ورته په لاس کی لرو.
5. هیپاتایتیس غیر A-E یا (NonA-NonE) تقریباً په 10-15 فیصده حادویروسی Hepatitis واقعاتوکی نوعیت ئی نه مشخص کیږی. نوله دی کبله دا ډول واقعاتو ته Non A-E اصطلاح ورکړی شویده.

Hepatitis E

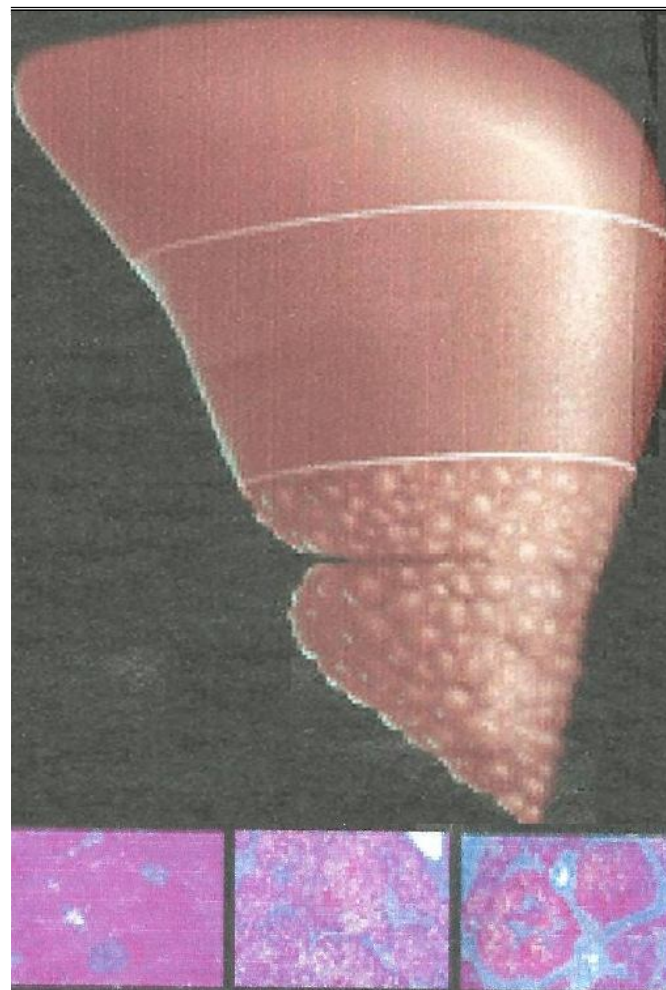
د HEV ویروس 29-32 نونو متر او RNA لرونکی دی. ددی مرض واقعات په هند، برما، افغانستان

Acute Hepatitis C

د Singal Standed (HCV) Hepatitis C Virus ویروسی
 ویروس دی Hepatitis C Virus چی د
 Flavi Virus سره ډیر نژدی شباهت لری حداقل
 6 لوی Genotype د HCV لپاره تشریح شوی
 دی- چی په پخوا وختونو کی د
 Post Transfusion Hepatitis 90% پیبندی
 د HCV له کبله وی په داسی حال کی چی
 اوس د 4 فیصده څخه کمی پیبندی د HCV له
 کبله دی.

د 50 فیصده څخه زیات وقوعات د زرقي
 درملو د استعمال څخه راپیدا
 کیزی.

د پیزی دلیاری Cocain استعمال د بدن د کوم
 قسمت (برخی) سوری یا څیری کول او
 Hemodialysis هم د خطر فکتور نه
 دی.



Hepatitis C

(6) نمبر شکل

د ناروغی د انتقال خطر د جنسی اړیکو د لاری او یاد
 منتی مور څخه نوی زیریدلی ماشوم ته کم دی.
 یواځی په هغه ناروغانو کی چی د سیروم HCV RNA
 سویه لوړه وی صورت نیسی.

اوم فصل

په حامله بنځوکی دسیروم Aminotransferas انزایمونو سویه اکثرًا نورماله وی چی وروسته د ولادت څخه لوریری.

membrano proliferative glumerulo nephritis د HCV Cryoglobulinemia, آپاره پتوجنیک فکتور دی اوبنایي چي lechen Plans, Auto immune thyroiditis, Lymphocytic چي Sia Adenitis, Ideopathic Pulmonary Fibrosis او احتمالاً lymphoma سره اړیکي لری.

Insuline Rsisitant د Hepatitis C (چی دکبدی سیروزیس خطر زیاتوی) سبب گرځی.

همدارنگه د Chronic Hepatitis C ناروغانوکی Type 2 Diabetes Mellitus خطر زیاتوی.

او د HCV دانتان Gynotype-3 خاصه لوحه Hepatic Staetosis ده – کیدای شی په هغه ناروغانو کی چی د Fatty Liver لرونکی وی زیات خطر ولیدل شی.

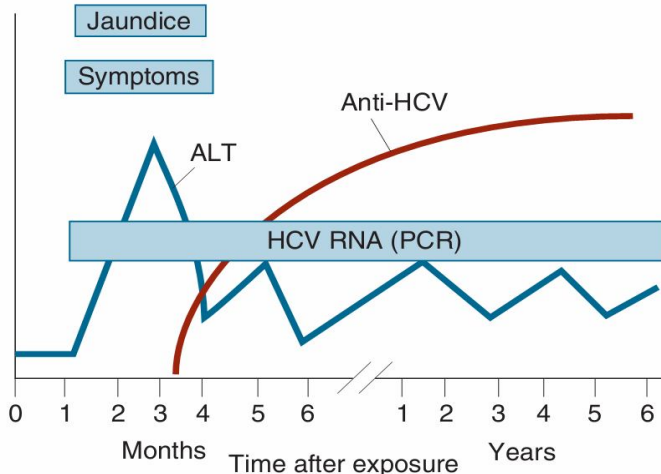
تشخیص (Diagnosis)

د HCV تشخیص د Anti HCV دتیسټ پواسطه صورت نیسی – Anti HCV محافظوی انټی بادی نه ده او دهغی موجودیت په حادو او مزمنو ناروغانوکی په دی دلالت کوی چی HCV ئی عامل وی.

څرنګه چی Anti HCV په تثبیت کی Fals Positive او Fals Negative خطر موجوددی – نوقطعی تشخیص د RIBA (Recombinant immune Bioassay) پواسطه صورت نیسی – دبعضی ناروغانو په سیروم کی HCV RNA موجودی چی RIBA پواسطه تثبیت شوی وی – لاکن HCV RNA په سیروم کی موجودنه وی.

اوم فصل

دانتان پیبینی په هغه ناروغانوکی چی معافیت نه لری Immuno Dificincy او په هغه ناروغانوکی چی داخل الوریډی Aminoglobolin اخلی تثبیت شوی دی.



(4) نمبرګراف

همدارنگه په هغه ناروغانوکی چی په روغتون کی بستروی او یازیات دوزونو د Salin Vial د Part Cath دجریان دموندلو لپاره استعمال شوی دی. د HCV واقعات مثبت پیبس شوی دی.

تقریباً په 30 فیصده ناروغانوکی چی په HIV اخته دی نو د HCV عامل هم پکی موندل کیږی – چی د HIV انتان د Acute Hepatitis C خطه رزیاتوی – همدارنگه د Chronic Hepatitis C پیشرفت د Cirrhosis خواته سریع کوی.

دانتان دتفریخ دوره په اوسط ډول 6-7 هفتی ده. او اعراض ئی اکثرًا خفیف وی معمولاً غیر عرضی وی. او 80 فیصده Hepatitis C مزمن خواته بیایي.

♦ دادرار رنگ يي تاريخ ژيروی.

نوكله چي ناروغ ته ددغه اعراضوڅخه كوم يوئي پيداشي نوډيرژر بايدروغتون ته مراجعه وكړي ترڅو ديو معالج ډاكتر لخوا ورته د LFT معاينات چي بيوشيمي دي او كه امكان ولري PCR تيسټ اجرا شي.

Acute Hepatitis C د تاوی

– د حاد Hepatitis C و صفي تــــداوی نه شته كلينكي اعراض بايدپه Symptomatic (عرضي) ډول تاوی شي – تر 4-6 اونيوپوري.

– د ډول مريضانو ته دڅوورځو يا هفتو لپاره دبستر استراحت توصيه شي.

– Hepatitis B په شان داناروغان بايدهم د الكولي مشروباتوڅخه په كلکه ډډه وكړي.

– په دريمه مياشت كي بايد معالج ډاكتر دمريض معاينات له سره تکرار كړي – چي دنوموړي ځيگر بهبود پيدا كړي دي او كه نه دوهمه داچي د HCV څخه وجود پاك شوي دي كه نه.

– هغه اشخاص چي په دي مرض اخته وي نو بايدنر مه غذاو خوري اود سره كرو شيانوڅخه په جدي ډول ډډه وكړي او خفيف تمرينات اجرا كړي.

– Hepatitis C كولاى شي چي په دوامداره ډول دځيگر د Demage (تخریب) سبب شي؟ هــــو

Hepatitis C كولاى شي چي 50 فيصــــده

د Chronic Hepatitis C سبب شي په منتن اشخاصوكي كه چيري دناروغ وجودپه 6 مياشتو كي د Hepatitis C Virus څخه پاك نه شو كيداى

Hepatitis C د انتشار اوسرائيت

دامرض هم د Hepatitis B په شان ديو شخص نه بل شخص ته سرائيت كوي – تاسي كولاى شي چي په Hepatitis B كي ئي مطالعه كړي – په خلاصه ډول ضرور دي چي دلته بايد ذكر شي – چي په 1992 ميلادي كال څخه مخكي به د وينې په transfusion كي چي به ورته ضرورت شولويواخي دوينې گروپ او Rh Factor به ئي معلوموو – لاکن اوس دځني تشخيصي سامان الاتوپه كشف سره حتمي ده چي دوينې گروپ Rh Factor ئي، Anti HCV، HBs Ag، او HIV معلوم شي – اوبيامــــريض ته Heamotransfusion صورت ونيسي.

كلينكي اعراض او علايم

(Clinical Signs and Symptoms)

د ډول ناروغان هم د Hepatitis A او Hepatitis B په شان اعراض او علايم لري – اوبعضي اشخاص هيڅ نوع اعراض نه لري – څواكثر آدمصاب كيدو څخه يوڅو مياشتي وروسته دلاندي اعراضو لرونكي وي:

- ♦ دنه اياتو دستر تياحس.
- ♦ دمعدې دناحي د دردڅخه شكايث.
- ♦ دمريض په اشتهاكي كموالي اوياهيڅ موجود نه وي.
- ♦ تبه موجوده وي خو حتمي نه وي.
- ♦ كله كله اسهال هم موجود وي – او په 25 فيصده ناروغانو كي لاندي اعراض موجودوي.
- ♦ دسترگو او پوستكي ژيروالي.
- ♦ دبطن غټوالي (پرسوب) يا Ascites.

تقریباً 70 فیصدہ Acute Hepatitis مزمنوالی تہ پیشرفت کوی۔

Chronic Hepatitis C اور نیشنونبنانوله نظره فرق لری - په ځنواشخاصوکی دا ناروغی داسی حالت لری چی هیخ نوع اعراض او علایم دځیگر د ناروغی موجود نه وی - د سیروم انزایمونه په مکمل ډول نورمال او د وینی د معمولو معایناتو نتیجه هم نورمال وی۔

دځیگر بیوپسی دځیگر دجرحی د درجی یا Degress بنونکی وی۔ مگروسعت ئی عموماً خفیف وی او انزائی بنائی چی بنه نه وی په ځنونورواشخاصو کی داناروغی وخیمه اوداعراضولرونکی وی په سیروم کی دویروس لــــوره سویه (HCV RNA)۔ همدارنگه په سیروم کی دانزایمونوسویه هم لوره وی چی د Cirrhosis اود End Stage Liver Disease خواته پرمختگ کوی - ځنی ناروغان دپورته دواړو حالاتو په منځ کی قرار لری چی لرونکی د کمو اعراضو او یا دا چی هیخ اعراض نه لری - د خفیف نه تر شدید شکله پوری د سیروم د انزایمونو لوړوالی موجود او د یو غیر معین انزار لرونکی وی۔

Chronic Hepatitis C کیدای شی چی د Cirrhosis, Liver Febrosis او Lever Cancer سبب شی۔

دتحقیقاتوله مخی داسی محاسبه شوی چی کم ترکمه 20 فیصدہ دمزمّن Hepqatitis C ناروغان Cirrhosis

شی چی ناروغ Chronic Hepatitis C مرحلی تہ داخل شی۔

مزمّن (Chronic Hep-C) Hepatitis C

پدی برخه کی بایدلاندی موضوعات وڅیرل شی:

- Risk Factor and Transaminas
- Clinical Syptoms and Signs
- Serologic Tests (سیرولوژیک معاینات)
- Liver Biopsy (دځیگرڅخه دبایوپسی اخستل)
- Non Infasive Test
- Diagnosis, Treatment, Hop Through Reserch
- Selective Revive Articals and refrens
- Patiant Education Material

دامریکاپه متــــحده ایالاتوکی HCV دځیگر دمزمّنو ناروغیومهم سبب جوړوی۔ دیوی محاسبی له مخی تقریباً 15 فیصدہ د Acut Viral Hepatitis، 60-70 فیصدہ د Chronic Hepatitis اود 50 فیــــصدہ پوری End Stage Liver Disease Cirrhosis اودځیگر سرطان جوړوی۔ دمتحده ایالاتونفوس تقریباً %1.6 یا 4.1 میلیون خلک دی د HCV په مقابل کی انتی بادی Anti HCV چی داداوسنی یا پخوانی انتان دویروسی بنودونکی دی۔ HCV دامریکاپه متحده ایالاتوکی هر کال تقریباً 12000-10000 انسانانودمړینی سبب گرځی۔

د Hepatitis C یو لوی او بنکاره خاصیت دځیگر مزمّنی ناروغی تہ تمایل لرل دی - په کوم کی چی د ځیگر جرحه داوردی مودی حتادعمر ترپایه پوری پاتی کیږی۔

اوم فصل

اشخاص د HCV Related Liver Cancer دخطر

لاندى دى

1. نارينه.
2. په الكولو معتاد كسان (الكوليك).
3. د Cirrhosis ناروغان.
4. هغه كسان چى عمر ئي د 40 كالو څخه زيات وى او په دى مرض اخته وى.
5. هغه كسان چى عمر ئي د 20-40 كالو پورى وى او ددى ناروغى لرونكى وى.

د ناروغى انتقال او د خطر فكتورونه

(Risk Factors and Transmission)

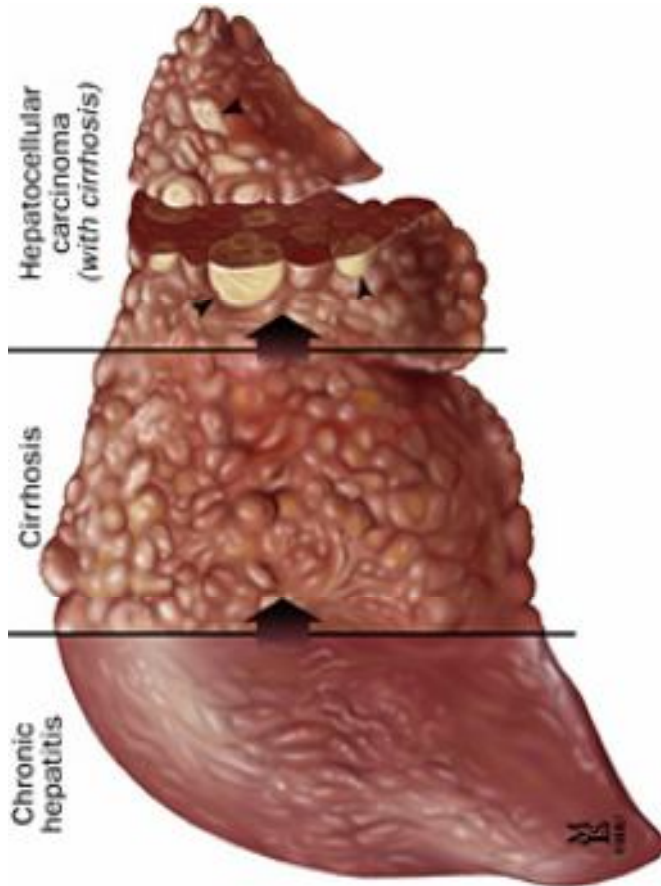
HCV دانتشارپه ابتدائي ډول دملوثى ويني او دوينى دمحصولاتوسره دتماس په واسطه صورت نيسي.

دوينى Transfusion او مننتى سنتى (دنه تعقيم شو سنتو) يعنى سرنجونو او ذرقياتو دوسايلوپه واسطه ئي انتقال (سرايت) صورت نيسي.

دامريكاپه متحدوايالتونوكى د 1991 او 1992 ميلادى كلونوترمنځ د HCV داننتى بادي لپاره دوينى روتين Screening د توضيح له مخى د Transfusion Related Hepatitis C ډير په سودمن ډول سره د منځه ولاړ - په اوسنى وخت كى د وريدى درملو استعمال په دى انتان باندى د اخته كيدو ډير عام دخطر فكتور بلل كيږي. اگر چى بعضى

اوم فصل

خواته پرمختگ كوى چى دا پروسه 10-20 كالو پورى په بركى نيسي.



(7) نمبر شكل

دامريكاپه متحدوايالتونو كى Liver Failure دمزمين HCV له كبله د Liver Transplantation ډير معمول علت دى چى تر 20-40 كالو پورى دځيگر دسرطان سبب كيداي شى.

په پرمختللى نړى كى د Hepatitis C د ځيگر دابتدائي كنسر دنيمائي نه زياتى پيښى جوړوى - لاندى

♦ **Maternal Infant Transmision**: دمور څخه شيدی خورونکی ماشوم ته دناروغی انتقال عام نه دی.

اکثر امطالعاتوکی 5 فیصده څخه کم ماشومان چی د منتومیندو څخه زیریدلی وی په دی ناروغی اخته شوی دی.

معمولاً په نویوزیریدلو ماشومانوکی ناروغی بی عرضه او یا خفیف اعراضو لرونکی وی- د مور څخه ماشوم ته هغه وخت د انتقال خطر زیاتیری چی د مور په وینه کی د ویروسونو تعداد زیات وی – کچیری مور Immuno Difecency ویروس د (HIV) ولری او یا که چیری د ولادت اختلاطات موجود وی لکه مخکی وخت څخه د غشاچاودنه (Rupture) بایدوه وایوچی د HCV انتقال دی پوری ارتباط نه لری.

♦ **Sexual Transmision**: دجنسی لاری انتقال چی یو ملگری ولری (Monogamous) غیر معمول دی – په متعددو سروی گانو کی د ژوند ملگری او یا د هغه اشخاصو په باره کی چی د ژوند یو ملگری ولری بنی چی 35 فیصده څخه کم دا ناروغان په HCV اخته وی او اکثر آداناروغان نور وته دخطر فکتور نه لری ترڅوچی په دی ناروغی اخته شی.

دپورته دلایلو له مخی Monogamaus ناروغانو ته Sexual Practice تبادلنه توصیه کیږی

ناروغان چی په Hepatitis C اخته وی کوم خاص د خطر فکتور او یا دملوثی وینی سره د تماس او یا د وریدی درملو داستعمال تاریخچه نه لری.

د Hepatitis C د اخته کیدو لپاره ډیر مهم رسک عبارت دی له :

- ♦ زرقی درملنه.
- ♦ د 1992 کال نه مخکی د وینی ترانسفیوژن بی له دی چی په وینه کی د HCV معاینه وشی توصیه کیده.
- ♦ د 1986 میلادی کال نه مخکی

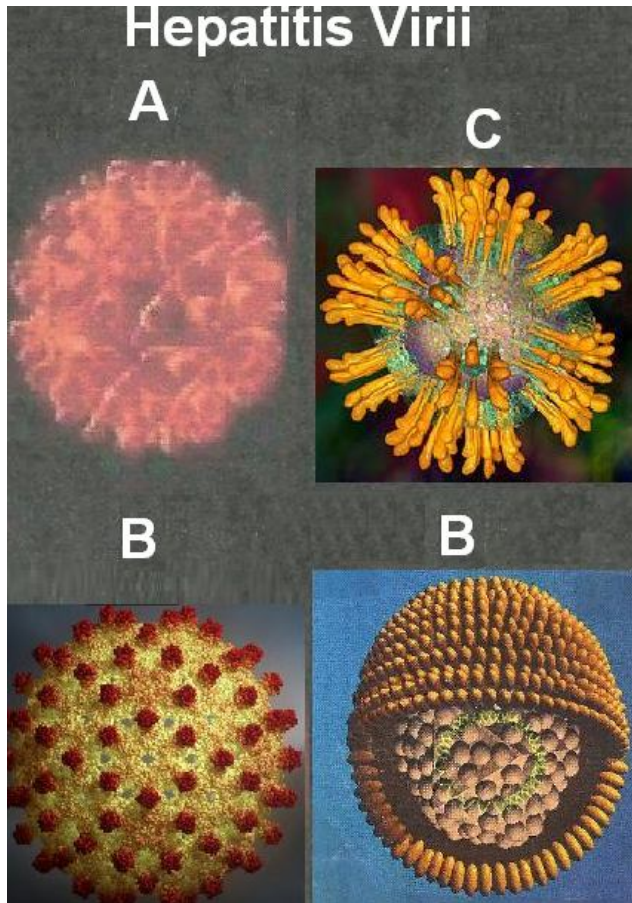
(Anti Hemolytic Factor) Clotting Factor

اخیستل.

- ♦ دکلیوی (پښتورگی) د عدم کفائی د تداوی لپاره د Hemodialysis اجرا کیدل.
- ♦ په HCV اخته مور لپاره ولادت.
- ♦ دهغه سنتی په واسطه خال وهل چی د HCV د منتنن شخص لخوا استعمال شوی وی.
- ♦ هغه فکتورونه چی په کمه اندازه خطر لری:
- ♦ په HCV د منتنن شخص سره جنسی تماس او یا د یو نه زیات جنسی ملگری.
- ♦ دمشتروکوسایلو په واسطه د پزی دلاری د کوکاین استعمال.

اوم فصل

Sexual Partner معاینات د Anti HCV لپاره کولای شی دناروغانو په مشورو کی مرسته وکړی.



(8) نمبر شکل

هغه کسان چی ډیر جنسی ملگري Multipal Partners ولری باید هغوی ته توصیه وش چی په ډیر احتیاط او محفوظانه ډول خپل جنسی اړیکو ته دوام ورکړی ترڅو د HIV, HCV او HBV د اخته کیدو څخه محفوظ پاتی شی.

اوم فصل

Sporadic Transmission: دناروغی (Sporadic) انتقال هغه وخت چی د انتان منبع معلومه نه وی تقریباً 10 فیصده Acute Hepatitis او 30 فیصده مزمن Hepatitis C اساس جوړوی چی دا پېښی معمولاً هغه انتاناتوته راجع کیږی چی په Sporadic یا Community Aquired ډول وی. چی دا انتانات معمولاً د انتان سره دمخ کیدو دلیری (جرحی) زخم او یطبی زرقیاتو او یانورو پروسیجرونو په واسطه صورت نیسی. Unsafe Injection Practive: دنزی مختلفو برخو کی دنامحفوظو زرقیاتو استعمال د ولادت په وخت کی د Hepatitis C ډیر مهم او عام سبب جوړوی. (او همدارنگه په Hepatitis B کی هم)

Hepatitis C Virus



The Hepatitis C Virus (HCV) Viral Components
(9) نمبر شکل

عضلاتو درد، Anorexia، دآبدی، د وزن ضایع کیدل، خار بنست، دادرار توروالی، دمایعاتو احتباس (Retention) او بطني پرسوب څخه به شکایت ولری.

Cirrhosis فزیکي نښی او علایم

- ♦ لوی ځیگر ————— Hepatomegaly (Enlarged Liver)
- ♦ لوی توری ————— (Splenomegaly)
- ♦ زیری (Jaundice).
- ♦ دعضلاتو اتروپی (Muscles Wasting).
- ♦ دپوسټکی گړول او تخریش (Icting)(Excoriation).
- ♦ حبن (Ascites).
- ♦ دبننگرو پرسوب.

Chronic Hepatitis C خارج الکبدی تظاهرات

هغه اختلالات چی ځیگر په بر کی نه نیسی :
 Chronic Hepatitis C په 1-2 فیصده ناروغانو کی منځ ته راځی چی ډیر مهم ئی په لاندی ډول دی :

- ♦ Skin Rashes Such as Purpura Vascular and Urticaria
- ♦ Joint and Muscles ACH (دبندونو او عضلاتو درد)
- ♦ Kidney Disease (دپښتورگوناروغی)
- ♦ Neuropathy (عصبی تغیرات)
- ♦ Cryoglobolines, Rheumatoid Factor

د مزمن Hepatitis C کلینکی اعراض او علایم

زیاتره ناروغان چی په Chronic Hepatitis C یعنی (مزمن شکل) اخته وی دځیگردناروغی اعراض نه لری - کله چی اعراض موجود وی معمولاً خفیف غیر وصفی او یا وقفوی وی چی د لاندی اعراضو څخه پکی شکایت موجود وی:

- ♦ ستیریا (Fatigue).
- ♦ Liver Pain دځیگردرد په
- ♦ (R-Uper Quadrant) کی خفیف درد یا حساسیت.
- ♦ زړه بدوالی (Nausia).
- ♦ خرابه اشتها (Poor Apetite).
- ♦ دعضلاتو او مفاصلو درد (Muscles and Joints Pian).

په عین ډول فزیکي معاینات هم نورمال یا دا چی په خفیف ډول Hepato Megaly او Tender Ness موجود وی - حتی کیدای شی بعضی ناروغان Vasculer Spider یا Palmer Erythema ولری.

د مزمن Hepatitis C اختلالات

(Complication of Chronic Hepatitis C)

- Cirrhosis داچی ناروغان په ناڅاپی ډول Cirrhosis ته ولاړ شی او یا دا چی کومه جراحی ناروغ او یا بله کومه وخیمه ناروغی، اعراض او علایم ولری نو دا اعراض به په ډیر بارز ډول وی- بر علاوه د ستیریا، ناروغ د

Low Complement Level in Serum

Chronic Hepatitis C نوراختلاطات په لاندی ډول دی :

- ♦ Glumerulonephritis
(دپښتورگودگلو میرولو التهاب)
- ♦ Porphyria Cutaneus Tarda
هغه امراض چی غالباً د Hepatitis سره ارتباط لری:

- ♦ Seronagative Arthritis
- ♦ Kerato Conjunctivitis Sica (Stagres Syndrom)
- ♦ Non Hodgkins Type B-Cell Lymphoma
- ♦ Fibromyalgia
- ♦ Lechen Planus

دکرونیک هیپاتایتیس سی تفریقی تشخیص (Deferential Diagnosis of Chronic Hepatitis C) هغه عمومی حالت چی په Chronic Hepatitis C کی مطالعه کیری په لاندی ډول دی:

1. Acute Immun Hepatitis
2. Alcholic Hepatitis
3. Chronic Hepatitis B and D
4. Fatty Liver
5. Sclerosing Cholangitis
6. Wilsons Disease
7. Alfa 1-1 Antitrypsin Diffeciieny Related Liver Disease

8. Drug Liver Disease

دکرونیک هیپاتایتیس سی تداوی

(Treatment of Chronic Hepatitis C)

ددی ناروغی په تداوی کی لاندی درمل استعمالیری چی په تیرو صفحو کی تری په عمومی تداوی کی یادونه شوی ده.

1. Alfa Interferon
2. Ribaverin
3. Combine Therapy

کبدی سیروزیس (Liver Cirrhosis)

سیروزیس دخیگردیر انشیمیل انساجویوه غیرقابل تداوی مزمنه ناروغی ده چی دکبدی حجراتو دنیکروز په نتیجه کی چی کبدی Fibrosis او نودولونه (Nuduls) تعقیبوی منخ ته راخی - چی په منتشر ډول دکبدساختمان غیر نورمال وی چی داکار دخیگردوینی جریان اووظایف مختلوی اوپه ترتیب سره دباب سستم (System) لور فشار اودکبدی عدم کفائی سبب گرخی.

اوم فصل



(9) نمبر فوتو

اوم فصل

اسباب يا Etiology :- مزمن Hepatitis د BCD و
ویروسونوپه واسطه منخ ته راخی.
- د الکولوخور لوڅخه په نادرېول منخ ته راخی
Homochromatosis: Methabolic Disease چی په
کبدکی دزیاتی اوسپنی دتراکم څخه مشخص کیږی.
Wilson's Disease :- چی په ځیگر کی د مس د
زیات ترسب څخه مشخص کیږی چی په زیاته
اندازه په ځوانو ناروغانو کی لیدل کیږی.



(10) نمبر فوتو الکولیک سیروزیس

اوم فصل

♦ په کمه اندازه د ستریا احساس.

♦ دوزن کموالی.

♦ عضلی کر مپونه.

♦ بی اشتهای.

♦ دلبدی او کله کله استفراغ.

♦ گیدی دردی کبدي کپسول د فشار له امله چی

د کبده ضخمی څخه په مقدم ډول راپیدا کیری اوله منځه ځی.

اختصاصی تظاهرات:- د سیروزیس کلینکی

تظاهرات په عمده ډول د لاندی علتونو په واسطه منځ ته راځی:

1. Portal Hypertention.

2. د ځیگر دوظیفو خرابوالی (کبدي عدم

کفایه Liver Failure).

Liver Failure	Portal Hypertention
<ul style="list-style-type: none"> ♦ یرقان (زیری) ♦ د لاسونو د ورغو (کف ها) سوروالی ♦ Spider Nivi (Polmar Erythema) او ♦ اندوکراینی انارملتی مثلا په نازینو کی دندی لویوالی ، د خصیو اتروپی او Aminorrhea ♦ د وینی تویو ته میلان (Bleeding) ♦ انسفالوپی 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Splenomegaly ♦ Hyper Splenism ♦ دورانی Colateral چی د ویروسی ♦ Bleeding سبب گرځی ♦ Encephalopathy

(9) نمبر جدول

پورتال فشار (Portal Hypertention)

دباب ورید د فشار زیاتوالی د کبده و عائی شجر

اوم فصل

♦ Alfa1-Interferon کموالی چی د سیروزیس

او امفیزیم سبب گرځی.

♦ Cystic Febrosis

♦ د گلائیکو جن د ذخیری مزمنوالی.

صفاوی انسداد (Obstruction of Bile Duct)

♦ صفاوی لمړنی سیروزیس.

♦ دوهمی صفاوی سیروزیس چی د صفاوی

لیارو د بندیدو له کبله او یا ددی لیارو د صفاوی

تیرو او Neoplasm په واسطه رامنځ ته شوی وی.

♦ د صفاوی لیارو تصلبی التهاب یا

Primery Sclerosing Cholangitis.

ادویه:- Isoniazid, Methyl Dopa او Metotroxate

تداوی کی رول لری.

کبدي احتقان (Liver Congestion)

د قلب عدم کفایه: چی دیو وخت لپاره د کبده شاتنی

خواد اوږد وخت لپاره د فشار د زیاتیدو له امله د کبدي

سیروزیس سبب گرځی چی دا حالت

د (Cordiac Cirrhosis) په نوم یادیری.

Budd Chiari Syndrome:- چی د کبده دوریدی

جریان د بندیدو په واسطه مشخص کیبری - چی

داحتقان او Cirrhosis سبب گرځی.

نور علتونه :-

♦ Cryptogenic سیروزیس د نه پیژندل شوی

ایتولوژی سره.

♦ Auto Immune Hepatitis.

کلینکی تظاهرات:-

غیر اختصاصی:- اول کلینکی تظاهرات غیر

مشخص وی مثلا :

اوم فصل

♦ دباب دوریدنورمال فشار 5-8mm دی اویہ ہغہ مریضانوکی چی اختلاطات رامنخ ته کیری پیہہ معممول پول پول دباب ورید (Portal Vein) تر 12mmHg پوری لوریوری۔
د Ultrasound دمعاینی پیہ واسطہ دباب دورید اعظمی نورمال قطر 1cm وی چی دباب دفشارد زیاتوالی له امله توسع پیداکی۔
باب دہایپرتشن کلینکی تظاہرات عبارت دی له:
دطحال ضخامہ، دطحال پرکاری یا Hyper Splenism،
جانبی دوران او حبن (Ascitis)۔
دطحال ضخامہ (Splenomegaly): - دطحال ضخامہ یو مهم تشخیصی اصل دی او کلہ چی Ultrasound دمعاینی پواسطہ دطحال ضخامہ معلومہ نہ شی نودباب فشار غیر احتمالی دی - کلینکی Splenomegaly پیہ 35-50 فیصدہ پیہنو کی موجود وی۔
دطحال پرکاری (Hyper Splenism): - کوم وخت چی توری یاطحال غت شی نودوینی خخہ د جراتواخیستته له دوران خخہ پیریوری چی دی حالت ته Hypersplenism وائی۔ اکثر امتوسط ترومبوسایتوپینیا (دمویہ صفحاتو شمیر $100 \times 10^9 / \text{Lt}$) او پیہ خنی وختونو کی Leukopenia منخ ته رآخی - او پیہ پیرو کم وختونو کی کیدای شی چی کم خونی (دوینی کموالی) منخ ته راشی - د تعریف له نظره Hypersplenism پیہ لاندی مواردو کی مشخص کیری:
♦ دطحال ضخامہ۔

اوم فصل

(ونہ) دتخریب اومعوج کیدوله کبلہ منخ ته رآخی چی دا کار د وینی د جریان بندوالی دخیگر پیہ عقب کی رامنخ ته کوی چی دباب پیہ دوران کی دفشارد د زیاتوالی سبب گرخی۔
پیہ لاندنی فوتو کی Protal Hypertention او Ascitis پیہ واضیح پول لیدل کیری۔



(11) نمبر فوتو

اوم فصل

په پورتنی فوتوکی چی **Caput Medusa** لری د ننگرهار ولایت په صحت عامه کی دیوجراحی متخصص دوکتور رستم شیرزادپه واسطه عکاسی شوی دی.

- ♦ دمری په بعید او معدی په قریبه برخو کی مری او معدوی (**Variceis**).
- ♦ دریکتوم او مقعدپه بعیده برخوکی (چی دبو اسیر او یا **Hoemorrhoid**) سبب گرخی.
- ♦ دبطن په قدامی جدار کی دنو (سره) څخه په متبارز ډول خواره یا منتشر کیری او کپوت میدوزا (**Capotmedusa**) جوړوی.
- ♦ کلیوی، قطنی، تخمدان او خصنی مهم ترین جانبی رگونه معدوی او دمری واریسونه دی – څرنگه چی هغوی کولای شی چی دخونریزی سبب گرخی چی په معمول ډول دا خونریزی ډیره شدید او حاده وی.
- ♦ د **Rectom** او مقعد څخه خونریزی ډیره کمه واقع کیری – د مری او معدی واریسینو موجودیت دباب **Hypertention** آپاره تشخیصیه ارزښت لری.

حبن یا Ascites

دپریتوان په جوف کی دمایع تجمع (حبن) په سیروزیس کی ددو فکټورونو په اثر صورت نیسی دباب د فشار دزاتوالی او دکبدوظیفوی اختلال دباب دزیات فشار زیاتوالی ددوران څخه د **Transodate** مایع دپریتوان جوف ته داخلیری (دهایدروستاتیک فشار په زیاتوالی سره) دکبدوظیفوی اختلال په لاندی ډول ددی میکانیزمونو سره دحبن سبب کیری:

اوم فصل

- ♦ **Granulocytopenia, (Trombo Cytopenia)** یا **Cytopnea** یا **Poncytopnea**.
- ♦ نورمال مَخ اعظم (**Normal Bone Marrow**) **جانبی دوران یا (Collateral):** دباب دوعائی مقاومت زیاتوالی کبدته دباب دوریددلاری دوینی جریان کمیری. اوورسره سم دجانبی او عیوتوسع رامنخ ته کیری او پورتال وینی ته اجازه ورکوی چی کبد **Bypass** کړی او مستقیماً سستمیک دوران ته داخل شی. جانبی او عیوتشکل په لاندی نقاطو کی تبارزکوی



(12) نمبر فوتو



(13) نمبر فوتو

1. دمحيطي شرياني توسع په نتیجه کی د ويني په حجم کی موثر کموالی منخ ته راخی داوبو او مالگی احتباس را منخ ته کيږی.
- نایتریک اکساید په احتمالی ډول داو عیو وسعت ورکونکی دی - اگر چی امکان لری چی په دی عمل کی Prostaglandin پیپتایدنایترویوریک اسیدی (ANP) هم شامل وی.
- دوینی په حجم کی موثر کموالی د وعائی توسع له امله Renin او angiotensin تحریکوی - چی د دوستیرون د تحریک له امله داوبو او

- مالگی د احتباس سبب گرخی د دوستیرون په میتابولیزم کی دخیگر د کمزورتیا له امله داوبو او مالگی احتباس منخ ته راخی.
2. خيگر دپروتین په Syntesis کی په کافی اندازه قادر نه وی نوپه دی اساس Hypoalbuminemia منخ ته راخی چی پلازما د Cloidal Osmotic Presseur زیاتیری چی د مایع د retention سبب گرخی او اذیما او حبن رامنخ ته کوی.
 3. دخیگر په نورمال حالت کی دAldosteron میتابولیزم سبب گرخی اودکبدی اختلاط په صورت کی کبدنه شی کولای چی هغه په استقلاب ورسوی چی داکار secondry Hyper Aldosteronism سبب گرخی اودNa⁺ او مالگی احتباس منخ ته راوړی.
- دباب د فشار غیر سیرو تیک اسباب**
- Portal Hypertention په باب کی دوینی د جریان د بندیدوله امله منخ ته راخی - څرنگه چی دباب وریدی سستم دوالونو لرونکی دی په هر قسمت دبنی زړه او دوعائی تشجراتو Splenchnic په منخ کی لوړ فشار مخ په شاته کيږی - دمقاومت زیاتوالی کولای شی په دری سطحوکی اویامربوطه سویه په کبدی Sinoids کی واقع شی:
- ◆ Presinoidal
 - ◆ Sinoidal
 - ◆ Post Sinoidal
- سیروزیس دباب دHypertention اساسی علت دی.
- Presinoidal بندش :- دباب د ورید ترومبوز په هغه حالاتو کی چی د وینی دتحتثر قابلیت لوړ وی منخ ته راخی.

اوم فصل

— حقیقی پولی سائیمیا Polycytemia اساسی
ترومبوسائیتوپینیا C او S پروتینونو او
Anti Thrombin III کمالی.

♦ دگیدی ترضیض.

♦ صفرای جراحی.

— **Sinosoidal بندش:** دا بندش دکبند
دخرا بوالی له کبله په لاندی حالاتو کی منخ ته
راتلای شی:

- ♦ Cirrhosis
- ♦ Shistozomiasis
- ♦ Congenital Fibrosis of Liver
- ♦ Myeloprolifartive مریضی
- ♦ Primary Cirrhosis of Bile

Post Sinusoidal بندش:— په لاندی پتالوژیک
حالاتو کی لیدل کیبری: دبدکیری سیندروم (دکبند
دورید ترومبوز)

— وریدی بندونکی امراض.

— دبنی زره عدم کفایه.

— فشار ورکونکی Pericorditis کونکی په باب
کی دزیاتی وینی جریان.

دباب Hypertention عواقب

1. دطحال یا توری غتوالی (Splenomegaly).
2. Hypersplenism.
3. دجانبی دوران (Collateral) تاسیس.
4. حبن خائنه په هغه وخت کی چی Cirrhosis
موجود وی.



- Spider Naevi

(14) نمبر فوتو

چی دیو مرکزی Arteriol نه متشکل وی چی دهغی کوچنی او عیبه په شعانی ډول منـتشر شوی وی Spider Naevi دنوک په پورتنی برخی پوری ترلی وی او دمخ په پورتنی برخه کی هم لیدل کیږی - دغاری گرداگرد (گردچاپیره) ،متان او دلاسونو په شا کی رامنخ ته کیږی.

- دلاسونو دورغی و سوروالی (Palmar erythema) :- د لاسونو Thenar او Hypo Thenar برخو کی د سرو کرویاتو څخه عبارت دی - چی د محیطی وینی د جریان د زیاتوالی څخه راپیدا کیږی.

دخیگر عدم کفایه یادکبد دوظیفو خرابوالی

(Hepatic Failure)

په تیر بحث کی مونږ دباب د Hypertention د کلینکی اعراضو په هکله بحث وکړ - اوس په دوهمه برخه کی دکبد د عدم کفایه په هکله بحث کوو:

1. **یرقان یا زیږی:-** په دی کی زیږی یا ډیر کم او یا هیڅ موجود نه وی - په هغه صورت کی چی پیدا شی علت ئی دبیلایروبین د میتابولیزم په کمزورتیا کی وی.

2. **دورانی تغیرات :-** دا تغیرات د محیطی دوران د زیاتوالی په سبب (Hyperdynamic دوران) رامنخ ته کیږی چی دلاندی کلینکی اعراضو سبب گرخی :

:Spider Nevi

دایو Telangictasis دی چی دکوچنی شریانونو پواسطه منخ ته راخی.



(15) نمبر فوتو

دلاسوندور غيوسوروالي ڪيڊاي شئي د زور خلڪوپه ور غوڪي ، روماتويد ارترايٽس، حاملگي او په Thyrotoxicosis ڪي هم موجود وي. 3. **داندوڪراين اينارملي گاني :-** په مذكر اشخاصو ڪي دسينو (ٽيونو) لويوالي له دي ڪبله پيدا ڪيري چي ڪبد داستروجن په استقلال قادر نه وي - او دا حالت امڪان لري چي ڊيوريتيڪ دواگانو جاني اعراضو ڪي لڪه: Spironolacton چي په Cirrhosis تري استفاده ڪيري هم منخ ته راشي - او لاندني تغيرات هم منخ ته راورلي شي: ڪ جنسي ميلان د لاسه ورڪول. ڪ دخصيو اتروپي او جنسي ناتواني. ڪ په بنحو ڪي دنڊيو اتروفي او Aminorrhea. 4. **خونريزي (ويني بهيدني) ته ميلان :-** دا ڪار د خيگر په پرمختللي عدم ڪفايه ڪي رامنخ ته ڪيري چي دتحتري فڪتورونو دناڪافي توليد له امله منخ ته راخي - په لاندني موادو ڪي چي د ويني دبهيديو (Bleeding) خواته تمايل موجود وي:

Bruising Purpura ڪ
 رعاف يا Epistaxis ڪ
 مينوراڙي (چي بعضي خلڪ دهمدي مرض دتداوي لپاره روغتون ته مراجعه ڪوي اوبيا وروسته د Cirrhosis په عنوان تشخيصيري). ڪ
 دمعدى د معائي لارو خخه خونريزي. ڪ
 5. **جلدي تغيرات :-** په سيروزيس ڪي خصوصاً هغه سيروزيس چي دڪروماتوزخخه منخ ته راغلي وي اوسيروزيس چي دهر علت له ڪبله وي دصفاو اي صباغاتو درڪودت خخه رامنخ ته ڪيري. ڪ
 ڪيڊاي شئي چي دلاسوندو رگونو او دپينودگوتو د نوڪانو Clubbing موجود وي. ڪ
 6. **Dupuytren's Contracture :-** دالڪولي سيروزيس له ڪبله وي چي ڊير ڪم ليدل ڪيري. ڪ
 7. **ڪبدي انسفالوپٽي :-** دماغي تشوش يا Encephalopathy ڪيڊاي شي چي د دوو فڪتورونو له وڃي پيدا شوي وي. ڪ
 ڪ **دجاني ورید دوران :-** په سيروزيس ڪي ڪبد جاني وریدونه ڪري وي او د نايٽروجن لرونڪو موادو ته اجازه ورڪوي چي سسٽميڪ دوران ته ورسيري - چي د هغه خايه خخه مستقيماً دماغ ته رسيري او د دماغي اختلال سبب گرڇي. ڪ
 ڪ **انسفالوپٽيڪ ڪلينيڪي اعراض :-** بي قراري ، دقهر حملي او د خوب راورونڪي حالت تر ڪوما فرق ڪوي چي په وروسته برخو ڪي به مفصلاً تشریح شي.

- حبن Ascites.
- Joundice.
- Spider Nivi او Palmer Erythema.
- داینوکراین سیسٹم اینارملی گانی.
- پھ نرانوکی دثدیو غتوالی جنسی ناتوانی اودخصیو اتروپی.
- جنسی میلان دلأسه ورکول.
- پھ بنخوکی دثدیو اتروپی اوپه بنخینه ناروغیوکی بی نظمی.
- خونریزی ته تمایل.
- Purpura, Burning ر عاف، مینور اژی، معائی معدوی خونریزی.
- جلدی تصبغ او Clubbing.
- Hepato Pulmonary Syndrome.
- **په سیروزیس کی معاینات:**
- - دکبوظیفوی تیستونه (LFT)
- AST, ALT, Serum Aminotransferases او الکلین فاسفتاز لوروی.
- Serum Albumin Test کم وی.
- دسیروم گلابولین لوروی دهمدی کبله دسیروم البومین تیست چی مهم تشخیصی انڈیکس دی تغیر خورلی وی (A/G Ratio) دگلابولین دزیاتوالی دادی چی البومین کاملاً کبدکی Synthesis کیری - په داسی حال کی چی گلابولین 20-40 فیصده په لمفاوی انساجوکی هم جویری - بنادکبدی وظایفو په اختلال کی دالبومین جوړیدل (سنتیز) کموالی مومی اودگلابولین جوړیدل په لمفاوی سسٹم کی دوام مومی.

8. **کلیوی عدم کفایه :-** په پرمختللی سیروزیس کی د کلیوی عدم کفایه چه اکثره د حبن (Ascites) سره یو خای وی - دا حالت د وینی د موثر حجم د کموالی په نتیجه کی منخ ته راخی.
- Hypertention د وعائی توسع (پراخوالی) په نتیجه کی د Nitric oxide دخیگر خخه د ازادیدو له امله رامنخ ته کیری چی جزیات ئی دحبن په اختلاطاتو کی ذکر شوی دی.
9. **Hepato Pulmonary Syndrom :-** په سیروزیس کی وریدی، شریانی اوریوی Shunt راپیدا کیری چی د Hypoxia اونهایاتو د Cyanosis سبب گرخی چی دا حالت دکبدریوی سندروم په نوم یادیری.

د سیروزیس تفریقی تشخیص

(Defferetial Diagnosis of Cirrhosis)

1. دیوقسم سیروزیس تشخیص دبل قسم سره.
2. د Hepatomegaly سره ئی تفریقی تشخیص.
3. دطحال دضخامی سره تفریقی تشخیص.
4. دحبن سره تفریقی تشخیص.
5. دوینی داستفراغ سره تفریقی تشخیص.
6. دانسفالویتی سره تفریقی تشخیص.

د سیروزیس مهم تفریقی کلینکی تظاهرات

(manifestation of Liver Cirrhosis)

1. دباب Hypertention په لاندی حالاتو کی راپیدا کیری:
 - دطحال ضخامه (splenomegaly).
 - Hypersplenism.
 - جانبی دوران (Collateral) او Variceis.

اتم فصل

- ♦ Pro thrombin Time (PT) اورڈ وی.
- ♦ دسیروم دبیلیروبین سویہ امکان لری چی نورمال وی اویالرخہ لوری.

پہ سیروم کی الیکٹرولایتونہ

- ♦ پہ سیروم کی دسودیم (Na^+) کموالی دخیگر دمہمی وخیمی ناروغی نبنہ ده ثانوی Hypo Natremia دازادو اوبو Clearance رقیق وی یعنی Dilution Hypo Natremia رامنخ ته کیری. هاپیونایتريمی اکیدای شی چی په تداوی کی دپیرزیات دیوریتی کونو خخه منخ ته راشی.

Blood CP

- ♦ دوینی کموالی دهایپرسپلینیزم یادوینی دکموالی (ضیاع) پواسطه منخ ته رخی.
- ♦ د WBC کموالی شاید د Hypersplenism له امله وی او یا دلورانتان (Infection) له کبله وی.
- ♦ دمویه صفحات په معمول پول د Hypersplenism په اساس وی.

دوی اردی چی ترخو دمعاینا تولاړی تعقیب کری - په داسی حالاتو کی عموماً د HCV RNA مارکر مثبت وی او تشخیص پری تائیدیری.

(RIA) Recombinant Immunity Assay: د تاییست ددی لپاره استعمالیری ترخو د Anti HCV د دو ب لپاره فعالیتدل و بنائی چی نوموړی تاییست ته Western Blast هم وائی.

ImmunoBlast Test دوی پنه بانکونو کی روتین تاییست دی خصوصاً په EIA تاییست کی Anti HCV Positive وی باید سمیل و مندل شی.

Immuno Blast Assay تاییست د Anti HCV Reactive د دقیق بنودلو لپاره په لوړه کچه وصفی او یا با اهمیت تاییستونه دی - البته نور نامطلوبه تاییستونه ایضاً تعقیبی تاییستونو ته اړتیا لری - چی په دی کی د قطعی تشخیص د تائید لپاره HCV RNA باید په تکراری ډول ولتول شی.

Direct Assay for HCV RNA

PCR او TMA کولای شی په سیروم کی په تاییست سوپه HCV RNA و بنائی - HCV RNA کولای شی چی د Hepatitis C دانتان موجودیت و بنائی او دا تاییست دانتان لپاره ډیر زیات وصفی دی - دا معاینه په خاصه توگه هغه وخت ډیره مفیده واقع کیږی کله چی د Aminotransferase سوپه نورمال او یا په کمه اندازه سره لوړ وی. کله چی Anti HCV موجود نه وی او یا کله چی د ځیگر د ناروغی د موجودیت لپاره ډیر دلایل موجود وی - همدارنگه دا میتود د تشخیص لپاره په هغه خلکو کی مرسته کوی چی معافیت ځپلی وی (Immunosuppressed) یا هغه

سیرولوژیک تاییستونه

Enzym Immuno Assay: - هغه اشخاص چی د Hepatitis C گمان ورباندی کیږی باید د دیولمرنی Screening تاییست په ډول د Anti HCV لپاره و پلټل شی چی د Anti HCV، Enzym Immuno Assay (EIA) په واسطه مندل کیږی په اوسنی وخت کی دریم نسل Third Generation Test (EIA2) د پخوانیو تاییستونو په نسبت حساس او وصفی دی - څرنگه چی ټول EIA کی کله کله د EIA3 سره Fals Positive نتیجه هم وی ولی بیا هم د تصدیق لپاره او یا اضافی معایناتو امیدوار کونکی دی.

Hepatitis C د تشخیص لپاره بهترین میتود د HCV RNA لټول دی لکه PCR یعنې Polymerase Chain Reaction او Transcription Mediated Amplification (TMA) یا تاییستونه ډیر مهم او ارزښت ناک دی.

په سیروم کی د HCV RNA موجودیت د فعال انتان بنودونکی دی همدارنگه په هغه ناروغانو کی چی EIA ټی Anti HCV لپاره منفی وی د HCV RNA معاینه کمک کولای شی که معافیت ځپلی ناروغان چی Anti HCV منفی وی سره له دی د HCV انتان به لری داځکه چی دا ناروغان کافی انتی بادی گانی تولیدوی ترخو د EIA په واسطه و مندل شی.

همدارنگه Acute Hepatitis په لمړنی تاییست کی د Anti HCV تاییست منفی بنائی تقریباً په ټول ناروغانو کی چی د حادی ناروغی د تاسیس څخه یوه میاشت تیره شوی وی انتی بادی به موجوده وی. نو د حاد Hepatitis ناروغان چی لمړنی تاییست ټی منفی وی.

هغه ناروغانوکی موجودوی چی د ځیگر دشدیدفیبروزیس یاسیروزیس لرونکی وی چی دادپر مختللی ناروغی لپاره زمینه برابروی.

- Creatinine او Lacted Dehydrogenase Kinase انزایمونو سویه معمولاً نورمال وی.

- دالبسومین، بیلیروبین او پروترومبین تایم. دناروغی دوروستی پوروترومبین او پروترومبین Late Stage Disease پوری نورمال وی.

- داوسپنی او Ferritin سویه په کمه اندازه کیدای شی لوره وی.

Quantification of HCV RNA in Serum

مختلف میتودونه موجود دی تر څو په سیروم کی دویروس غلظت او اندازه تعیین شی کوم چی Viral Load دڅیرنی لپاره یو غیر مستقیم میتود دی چی په دی تیستونوکی Quantitative PCR او DNA یو (B-DNA) شامل وی دی.

Genotyping and Serotyping of HCV

د Chronic Hepatitis C لپاره شپږ پیژندلی Genotype او ایضافه د 50 څخه Sub Type موجود دی چی دا Genotype د Hepatitis C د ایپیډیمولوژی بنونکی دی. ډیر مهم د HCV Genotype یا Serotype پیژندل دی.

د Genotype Specific Antibody چی دا په مشورتی درملنه کی ډیره مرسته کوی.

تصویری معاینات

د بطن د علوی برخې معاینه دالتراسوند په واسطه کیدای شی چی د لاندی مواردو په ارتباط معلومات راکړی.

ناروغان چی په تازگی (نږدی وخت کی) کوم غری پیوندکری وی په هغه ناروغانوکی چی د Chronic Renal Failure (CRF) ولری په اوسنی وختونو کی موجود PCR تیستونه په سیروم کی د HCV RNA اندازه حتی یو کمه اندازه ئی د 50 څخه تر 100 کاپی (Capy) په یو ملی لیتر کی بنودلی شی چی دا اندازه د 25-50 IU سره سمون خوری.

باید وایو چی په کمه اندازه حساس TMA تیست په دی وروستیو وختونو کی موجود دی - چی تقریباً ټول مزمن Hepatitis C ناروغان ددی تیستونو په واسطه مثبتته نتیجه ورکوی.

Biochemical Indication of Hepatitis C Virus Infection

- په مزمن Hepatitis C چی د ALT (Alanin TRANSFERASE) او AST (Aspartic Transferase) یا امینوترانسفیرازونه د صفر نه تر 20 څله د نورمال څخه د پورتنی اندازی څخه لوړی (معمولاً کم د پینځه څله څخه).

- د ALT سویه معمولاً د AST څخه لوره وی مگر په هغه ناروغانوکی چی Cirrhosis ولری دا حالت به معکوس وی (AST > ALT).

- الکلین فوسف تاز او Gamma Glutamyl Transpeptase سویه عموماً نورمال وی او که چیری دا سویه لوره وی نو د Cirrhosis خواته فکر کیری د Platelets او TLC ټیته سویه او د سیروم گلابولین لوره سویه او Rheumatoid Factor او Immunoglobulin مکرراً په

نهم فصل

- ♦ په ځيگر کې سيروتيک تغيرات.
- ♦ دباب دوريدپراخوالی.
- ♦ دطحال يا توری ضخامه.



Screening of the Liver in Hepatitis Patients (every two Weeks)

(16) نمبر فوتو

نهم فصل

اندسکوپي: Esophogogastroscopy د دويرسونو موجودي د دتائيد او Portal Hypertensive Gastropathy لپاره.

دځيگر بيوپسي Liver Biopsy

دځيگر بيوشيمي د مريضی په نوع او د هغی د شدت معلومولو لپاره ضروری ده.

دغلظت د تعینولو لپاره :

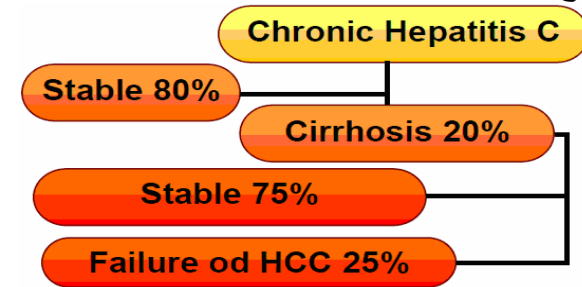
- ♦ وپروسی مارکرونه (نبنی).
- ♦ دسيروم اوتوانتی بادی گانی.
- ♦ Serum Immunoglobolin.
- ♦ دپلازما او د ادرارمس دويلسن (Wilson) دمرض تشخيصولو لپاره.
- ♦ دسيروم د Alfa-1 انتی تریپسين په ځوانو سيروتيک مريضانو کې بايد تعين شی.
- ♦ دسيروم اوسپنه او د سيروم فيبرين او د اوسپنی سره د اتصال تام ظرفيت (TIBC) دHeamochromatous دردکولولپاره بايدتعين شی.
- ♦ الفا فيتوپروتين :- که چیری د40mg/mL څخه لوړوی په قوي دليل سره د Hepato Celluler Carcinoma مطرح کونکی دی.
- ♦ اهتمامات :- هيڅ قسم تداوی د سيروزیس د متوقف کولو او يا د سيروتيک تغيراتو دمعکوس کولو لپاره نشته - نوله دی کبله يواځی د اختلاطاتو لپاره اهتمامات ضروری دی.

انزار يا Prognosis

دمرض انزار په ایتولوژی او د اختلاطاتو په موجودیت او په هغه مرحلی پوری چی تشخيص پکی صورت نیولی وی اړه لری.

نهم فصل

د PT طولانی والی د 6/sec دکنترول د اندازی. دحبن کبدی انسفالوپتی او خونریزی د معدی معائی سیستم دپورتتی برخی څخه دژوندی پاتی کیډو اندازه 50 فیصده په 6 میاشتو کی مطرح کوی.



(5) نمبر گراف

دهیپیتاییتیس سی انزار

(Prognosis of Hepatitis C)

دسیروزیس لپاره Child Pugh تعدیل شوی تصنیف

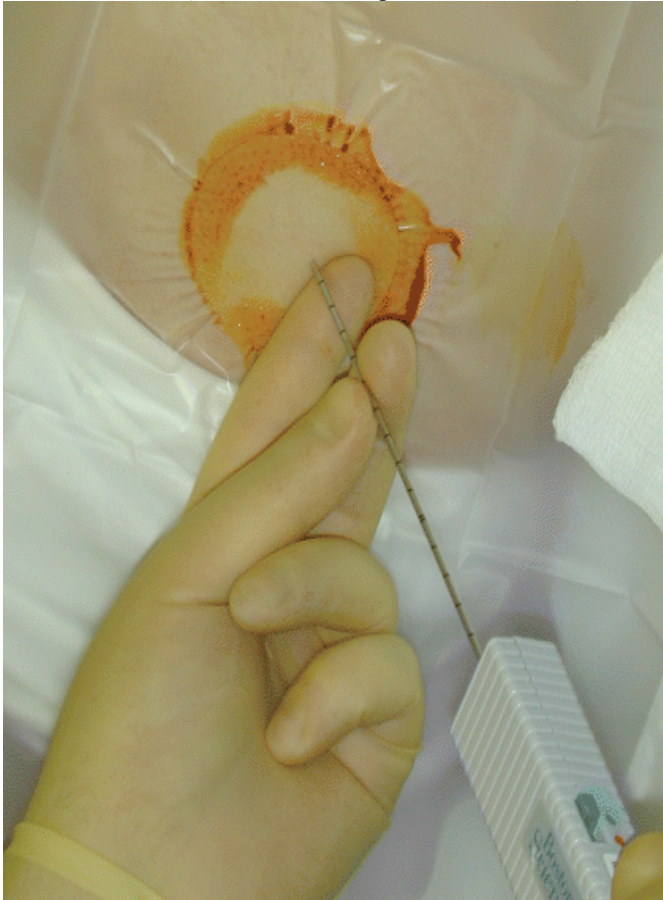
عددی درجه			پارامیترونه
3	2	1	حبن
متوسط تر شدید	خفیف	معدوم	انسفالوپتی
متوسط تر شدید	خفیف تر متوسط	معدوم	دسیروم بیلوروبین mgdL
>3	2-3	<2	دسیروم البومین
<3	3-3o5	>3o5	دپروترومبین وخت (دکنترول څخه ثانوی زیاتوالی)
>6sec	4-6sec	<4sec	

(10) نمبر جدول

نهم فصل

دانزار په نمبر ورکولو کی دوه سیستمه وجود لری :

- ♦ تصنیف (Child pugh).
- ♦ دکبد دپرمختللی مرض مودل.
- ♦ دوینی استفراغ کول ، زیروی او حبن (Ascites) دمرض خرابی علامی دی.
- ♦ دسیروم بیلوروبین د 3mg/dL څخه زیات وی
- ♦ دسیروم البومین د 3mg/dL څخه کم وی.



Liver Biopsy

(17) نمبر فوتو

نهم فصل

فیصدی د ژوندی پاتی کیدو Survival			کلاس Child Pugh	دمجموعی نمره کلاس Child Pugh
10 کاله	5 کاله	1 کاله		
25	45	82	کلاس A	<7
7	20	62	کلاس B	7-9
0	20	42	کلاس C	10+

(11) نمبر جدول

د ژوندی پاتی کیدل (Survival) د C چاپلډ کم له 12 میاشتو څخه دی.

لسم فصل

وارسینو د ریچر ډیر چانس موجود وی - په 1/3 برخه ناروغانو کی وارسینو ته خصوصاً په هغه ناروغانو کی چی لوی Varices، لوړ فشار او دخیگر ډیری شدید ناروغی ولری دمرینی اندازه تر 50 فیصده پوری وی.

کلینکی تظاهر :-

دوارسینو په خونریزی اخته مریضان دوینی د استفراغ بی له درده مگر حجیم (چی دوینی اندازه ئی زیاته وی او د Melena سره یو خای وی).

دوینی دجریان نور علتونه لکه Portal Hypertention, Peptic Ulcer او Gastropathy د وینی د جریان د اندازی په خاطر دوینی دجریان په وخت کی خای په خای شی.

فوری اندوسکوپي :-

فوری اندوسکوپي وروسته له دی چی مریض د هیموډینامیک له نظره یوڅه استواروی باید اجرا شی - چی دا کار ممکن (2-3) ساعته وخت په بر کی ونیسی.

اندوسکوپیک معاینات دلاندی مقاصدولپاره اجرا کیږی:

- د خونریزی دنور واسبابو در دلولوپه خاطر د معدی معائی سیستم پورتنی برخه مثلاً Peptic Ulcer یا احتقان (Portal Hypertention Gastropathy) Gastropathy.
- دوارسینو حاده اندوسکوپیک تداوی چی د Banding او Sclerotherapy په شکل اجرا کیږی.

لسم فصل

د خراب انزار بنودونکی فکتورونه

دوینی تیستونه:

- تیټ البومین (<2.5mg/dL).
- په سیروم کی دسودیم دسوئی تیټوالی (<120mMol).
- د PT او ردوالی.

کلینکی تغیرات :

- دوامداره زیږی.
- دتداوی په مقابل کی جواب نه ورکول.
- حبن (Ascites).
- د وارسینو څخه د وینی بهیدل په خاص ډول دخیگر د عملی کار په کموالی کی.
- دخیگر انسفالوپتی.
- دخیگر کوچنیوالی (Liver Atropy).
- دوامداره Hypotention (دوینی د فشار کموالی).
- ایتولوژی مثلاً : الکولیک سیروزیس (که چیری مریض د الکولو څکلو ته ادامه ورکړی).

دسیروزیس اختلاطات :-

1. دوارسینو څخه د وینی بهیدنه (Bleeding).
2. حبن (Ascites).
3. دخیگر انسفالوپتی (Liver Encephalopathy).
4. کلیوی عدم کفایه (Renal Failure).
5. Hepatoma.

دوارسینو څخه وینه بهیدنه (Bleeding of Varices) جانبی او عی یا Collateral چی د معدی او مری د اتصال په موقعیت کی چی په دغه خایونو کی د

اسم فصل

معاینات :-

- ♦ Blood CP (CBC) دھیموگلوبین اوصفحات دمویہ اندازہ کول.
- ♦ PT, APTT.
- ♦ دخیگر وظیفوی معاینات (LFT).
- ♦ پھ سیروم کی دالیکترو لایتونو سویہ.

اہتمامات (Prognosis) :-

وقایوی اقدامات دوینی دجریان دپیداکیو دمخہ باید و نیول شی – غیرانتخابی β -Blockers مثلاً Propranolol داو لین وار خونریزی Risk تہ کموالی ورکوی.

ہغہ ناروغان چی β -Blockers نشی تحمل کولای نو باید Isosorbide Mononitrate خخہ استفادہ وکری.

Propranolol دا حقتانی گاستروپاتی لپارہ ہم بنسٹیزہ دوا دہ.

وقایوی Sclerotherapy استطباب نہ لری دمرینی د فیصدی د لوروالی سبب کیری اگر چی ہغہ ناروغان چی د لور Risk لرونکی Banding کولای شی چی د لمری وار خونریزی تہ کموالی ورکری.

دفعالی خونریزی لپارہ اہتمامات

- ♦ نبض اودوینی فشار باید Manitor شی.
- ♦ وریدی کنولابایدخای پھ خای شی. د پلازما دحجم زیاتوالی (مثلاً: Gelafundin-Haemodes) دوران دا عادہ کولوپہ خاطر ناروغ تہ توصیه کیری.
- ♦ وینہ او د وینی محصولات لکہ تازہ (Fresh) منجمدہ پلازما مریض تہ باید تیارہ وی.
- ♦ منجمدہ تازہ پلازما (FFP) باید پھ ہغہ صورت کی تجویز شی چی PT زیات لہ 1-5 چنندہ

اسم فصل

Banding :-

- ♦ چوشل شوی وارسویونہ اویوربری نواردوار سینو دپاسہ اچول کیری.
- ♦ Banding پھ واسطہ دنداوی تکراری کورس د2-1 ہفتوپہ فاصلہ (Interval) دوار سینو دمحوہ کیدوتروختہ پوری اجرا کیری.
- ♦ Banding نظر Sclerotherapy تہ بہتر اود مرگ (مرینی) اندازہ پکی کمہ دہ اویوہ انتخابی اندوسکوپیکہ دنداوی دہ.

زرقی (Sclerotherapy) :-

دوار سینو پھ داخل کی Sclerosant یا تصلب ورکونکی مادہ لک _____

Ethanolamin tetradecyl Sulphate زرق کیری. چی دوعائی ترومبوز پھ تولیدولوسرہ خونریزی ودریزی یوستن دانوسکوپی دبیوپسی کانال خخہ داخلیری اودکرشوی مادہ پھ وارسینوکی زرق کیری.

- ♦ یوتکراری کورس دنداوی د7-3 ورخوپہ منخ کی بایدورکشی اونوردنداوی کورسونہ 3-1 ہفتوپہ فاصلہ دوار سینو دمحوہ کیدہ تروختہ تکراریری.

♦ Sclerotherapy اختلاطات عبارت دسینی درد، تبہ، Bacterimia، تقرح، تنقب (Porferation) اودمری تنگوالی – او Gastritis باید پھ نظر کی و نیول شی کیدای شی چی مریض ہاپیوولیمیک وی او ہاپیوتنشن خخہ تر شاک پوری حالت ولری. د مزمنی کبدی ناروغی دعلایمو د موندلو لپارہ باید معاینات وشی.

لسم فصل

گرځی - امکان لری چی په Cardiac Ischemia تشدد منځ ته راوړی.

:Dosage

20units/200mL (Injection Petrsin):Vaspresin
دکستروز کی د 20 دقیقو په موده کی ورکول کیږی
(150Drops/minut) - څرنګه چی دادو اډیر ژر په بدن
کی تخریبیږی - نوله دی کبله باید 3-4 ځلی تکرار
شی- دادوا خونریزی په 50 فیصده ناروغانو کی
کنترولوی.

بطنی کولیک :-

دکلموتخلیه اودمخ خسافت رابنیی چی
Vaspresin فعال دی به غیر له دی چی د ذکر شوی
دوا عدم موثریت راوښائی.

دVaspresin اختلاطات
Cardiac Arrhythmios Angin Pectoralis اوحتی
Myocardial Infarction څخه عبارت دی.
بناء په (IHD) کی ددی دواله استعمال څخه
باید جدا مځنیوی وشی.

دوینی د جریان دودریدو لپاره نور اقدامات

بالونی تامپوناد:-

• هغه وخت تری استفاده کیږی چی
Sclerothrapy ناکامه شی.

• Sangstoken Blackmore تیوب اول معدی
ته داخلیری او بیا بالون د هوا څخه ډک او بیرون
خواته کش کیږی او په دی ترتیب سره د خونریزی
دتوقف لپاره معدی په غور ناحیه او دمری په لاندی
برخه فشار راوړی او دا تیوب باید د 12 ساعتونو
لپاره ځای په ځای پاتی شی او مخکی د

لسم فصل

دنورمال څخه لوړ وی (حد اقل 7-14 FFP دوینی
د توقف لپاره ضروری دی).

• دمویه صفحات په هغه صورت کی د
Infusion په ډول توصیه کیږی چی د دمویه
صفيحاتو اندازه 50000/micL څخه کمه وی.
• دانفی معدوی تیوب (NG Tube) دمعدی د
تخلی په خاطر او زره بدوالی په وخت کی کینودل
شی.

فارمکولوژیکه تداوی

دمقبض الوعائی موادو پواسطه تداوی:

دادواګانی په عاجل ډول د خونریزی په کنترول
کی استعمالیری - دا دواپه Splanchnic ارترویول
کی استعمالیری چی ددی لپاره د فشار کموالی اوپه
باب کی دوینی جریان ټیټوی - اود Octeotid
پواسطه تداوی انتخابی ده او همدارنګه Vasopresin
څخه هم استفاده کیږی.

:- Octeotide

اوکتیوتاید د Somatostatin یو انالوګ دی چی د
Splanchnic او کبد د باب فشار په سیروتیک مریضانو
کی کمی اوکتیوتاید 80% مریضان په وارسینوکی
خونریزی کنترولوی اود موثریت له نظر ه
Sclerothrapy سره قابل د مقایسی دی.

دوارسی خونریزی په کنترول کی Vaspersin ډیر
موفق دی - اوله دی کبله چی په Splanchnic دوران
باندی ډیر موثر دی - کوم خاص جانبی اعراض هم نه
لری - په داسی حال کی چی Vaspersin غیر
انتخابی دوا ده په ټول بدن کی د او عیو د تقبض سبب

لسم فصل

فیصده څخه زیات دی چی په زیاته اندازه د نوی خونریزی و قوعات په لمړنیو شپږو هفتو کی وی. لاندنی اقدامات باید د نوی وینی تویدنی دمخنیوی لپاره په کار واچول شی :

– زرقی Sclerotherapy، داوړدوخت لپاره Banding :-

د Banding تکراری کورس یا Sclerotherapy دیوی هفتی په فاصله کیدای شی چی د وراسینو د لمنځه وړلو کی تری استفاده وشی (معمولاً 4-6 کورسه تداوی ته ضرورت وی). د 30-40 فیصده واریسونه په یو کال کی عودیا Relaps کوی له همدی کبله باید په پرلپسی ډول انډوسکوپي اجرا شی.

-: β -Blockers and Nitrates

غیر انتخابی بیتابلاکر مثلاً Propranolol دنوی خونریزی دکموالی لپاره د وارسینو او هم د گاستروپتی په بابی احتقان کی موثر دی. تداوی ئی په 20mg سره دورخی دوه ځلی شروع کیږی. او په تدریجی ډول ئی دوز تر هغه وخته پوری زیاتیری چی د زړه ضربان %25 کم شی او یا په دقیقه کی 55 ځلی ته راتیټ شی اوزیات تاثیر لونیکی نایتريټونه دنوی خونریزیگانو د واقع کیدو دکموالی لپاره موثر دی. او هغه ناروغانو لپاره تری استفاده کیږی چی بیتابلاکر نشی تحمل کولای مثلاً داستاماتیک ناروغانو په تداوی کی (Monis) Isosorbid mono Nitrate سره دورخی په 10mg اندازه باندی شروع کیږی اودا اندازه 20-40mg دورخی دوه ځلی ته رسیږی.

لسم فصل

Sclerotherapy څخه د انډوسکوپي په اطاق کی بیرون ته وه ویستل شی چی ددی کار کامیابی د وینی په کنترول کی 90 فیصده ده.

اختلالات Complication

دمری څیری کیدل اودمعدی مخاطی تقرح :-

عاجله جراحی :- که چیری نور اقدامات ناکام شول او یا Tips په لاس کی نه وی – خصوصاً که خونریزی د معدی د غور ناحیې د Varice څخه وی عاجله جراحی باید اجرا شی – د مری Transection او د مغذی او عیې Ligation وینه ورکونکی Varses مهم جراحی تخنیک دی.

ایضافه اهتمامات دحادی حملی لپاره

لکتولوز :-

کیدای شی چی د شدیدی خونریزی په اساس انسفالوپتی منځ ته راشی دانسفالوپتی د مخنیوی لپاره لکتولوز (Dophalic) چی د پروتین څخه امونیداسنتیز څخه مخه نیسی د 30mL په اندازه په هر شپږ ساعته کی یو ځل خورل کیږی – نوموړی دوا د اسهال سبب کیږی نو له دی کبله وینه د هضمی سیستم د کانال څخه پاکوی.

-: Vitamin K

په سیروتیک مریضانو کی چی PT پکی اوړد وی باید Vitamin K د 10mg په اندازه د IV لاری په هسته ډول تطبیق شی په دی امیدجی دتحتری فکتورونو په جوړیدو کی کومک کوی.

دنوی خونریزی (خونریزی مجدد) څخه مخنیوی هغه وخت چی دخونریزی لمړنی حمله کنترول شی د دوباره خونریزی رسک په غیر دتداوی د 60-80



Liver Transplantation operation
(18) نمبر فوتو

بیٹا بلاکر اور نائٹریٹ کولای شی ہمزمان یوحای ناروغ ته توصیہ شی بابی شننٹ (Portal Shunt)، سیسٹمیک یا (Portal Systemic Shunt) دباب شننٹ دوری—دجوف Portal Caval یا طحال، کلیوی (Spleno renal) سره دمجددی خونریزی وقوعات کموی-لاکن دنیا تروجنی موادوله امله چی حیگر Bypass کوی او Systemic دوران ته داخلیری دانسفالوپتی چانس زیاتوی.

د دورانی خونریزی په مقابل کی اہتمامات دلمرنی دوری وقایہ :-

- ♦ دیروپرانولول او Isosorbid mono Nitrate توصیه کول.
- ♦ دلویو وارسینو بانڈینگ.
- ♦ دفعالی خونریزی دحملی په مقابل کی دوینی دتوقف لپاره لازم اقدامات:
- ♦ دیلازمادحجم زیاتوالی (وینه ورکول، تازہ منجمده پلازما، دمویہ صفحات مریض ته ورکول).
- ♦ Octotide.
- ♦ Banding یا اندوسکوپی Sclerotherapy.
- ♦ بالونی Temponadse، Tips دلکتولوز او Vitamin K تطبیقول.
- ♦ دمجددی خونریزی لپاره لازم اقدامات :
- ♦ Banding یا Sclerotherapy په تکراری دول.
- ♦ بیٹا بلاکر او یا نائٹریٹ تطبیقول.
- ♦ وعائی شننونه منخ ته راورل په جراحی دول جوړول.
- ♦ دخیگر پیوند یا Graft.

یولسم فصل

1. دباب هایپر تینشن دلاندى اسبابو په واسطه رامنځ ته کیری :
سیروزیس، دخیگر صاعقوی عدم کفایه، الکلی هایپر تینشن (Alcolic Hypertention).



Ascites also Showing caput medusa
(19) نمبر فوتو

یولسم فصل

حبن یا Ascitis

دپتالوژیکي مایع جمع کیدل دپریټوان په داخلی جوف کی دحبن په نامه یادیری.

-:Pathogenesis

دخیگر په سیروزیس کی دحبن دپیداکیډومیکانیزم په لاندی ډول دی:

درنین انجیوتانسین سیستم دتحریک یا تنبه له امله د اروائی فشـار Perfusion Pressure کموالی په سیروزیس کی منځ ته راځی داوبو اوسودیم احتباس. چی دجمع شوی مایع دباب د فشار دزیاتوالی له کبله منځ ته راځی اوپه نتیجه کی حبن تشکیلوی.

Nitrate oxide او عیوته د Vasdilatator ورکونکی مادی په حیث فکر کیری - چی د اروائی فشار د کموالی سبب گرځی اگر چی نور مواد لکه Prostaglandine او ANP امکان لری چی په دی کی داخل وی.

-: Hypertenion دباب

په سیروم کی دخیگردناکافی فعالیت له کبله چی د البومین تولید کمیری دپلازما ازموټیک فشار ورسره هم کمیری - چی د مایع transodation دپریټوان په جوف کی رامنځ ته کیری او Ascites منځ ته راځی. که یو حبن لرونکی مریض د مایعاتو Tap اجرا شی نو په مختلفو کیسونو کی دوه ډوله مایع په لاس راځی.

← صافه مایع (Transoda).

← قیح لرونکی مایع (Exodate).

چی د یوه څخه ئی په خلص ډول یادونه کوو.

a. Transoda چی پروټین ئی د 2.5gm/dL څخه کم وی.

یولسم فصل

4. نیفروتیک (Nephrotic) سیندروم.

دحبني مایع دیول له نظر ه دحبني اسباب

شیلوس	رنگ:کاهی (بوسی)
داصلی لمفاتیک قنات	- خباثت
بندوالی (مثلاً Carcinoma)	- سیروزیس
پواسطه شیلومیکرونونه	- انتانی
موجود وی	- توبرکلوز
هیپوراژیک:	- اولیه یادویی
Ectopic امیدواری چی	- پریٹونایتیس
خیری شوی وی	- دخیگوری دی انسداد (بندش)
بطني ترضیض	(Budd Chiary Syndrome)
دیپانقراص حادالتهاب	- دیپانقراص مزمن
	- التهاب
	- دقلب عدم کفایه
	- فشارورکونکی
	Pericorditis
	Meigs Syndrom
	Hypo protenemia

(12) نمبرجدول

دحبني کلینکی تظاهرات

- ♦ دبطن د وړوکوالی پواسطه د Flank په خوا کی توسع.
- ♦ په بطن یعنی گیدی کی منتشر دردونه.
- ♦ ددی تظاهراتو اصلی علت د خیگر مزمن سیروزیس دی.

دفریکی معاینی پواسطه :-

1. نویا سُرَه بیرون ته راوتلی وی.

یولسم فصل

♦ Congestion Heart Failure دقـــلب

اختصاصی عدم کفایه.

♦ فشار ورکونکی Precorditis.

2. دلاندي علتونو څخه Hypo Albominemia
رامنځ ته کیری :

♦ Nephrotic Syndrome .

♦ دپروتین ضایع کونکی Enteropathy
(اینتروپتی).

♦ شدیدہ سوء تغذی (Male Nutration).

♦ **Exoda مایع :**

♦ انتانات: Bacterial Peritonitis,

Tuberclosic Peritonitis

♦ خباثت : کبدی یا پریٹونای کارسینوما گانی.

دحبني اسباب د SAAG په اساس

(SAAG: Serum Ascites Albomin Gradeint)

حبن کوم چی د SAAG > 1.1gm څخه وی:

1. دباب هایپرٹینشن (Transoda) .

♦ سیروزیس.

♦ دکبد مزمن احتقان.

♦ دبنی زره عدم کفایه

♦ فشار ورکونکی Pericorditis.

♦ دبدکیری (Budd Chiary) سیندروم.

2. مگزودیمما (Maxodema) .

3. نیفروتیک (Nephrotic) سیندروم.

حبن کوم وخت چی د SAAG < 1.1gm څخه وی

1. هایپوالبومینیا، ترانسودا.

2. پایوجنیک انتانات یا توبرکلوزیک (Exoda).

3. خباثت Exudate.

یولسم فصل

2. دحجراتو شمیرنه:

- نورماله حبنی مایع لرونکی $WBC < 500/mm^3$ او $Nutrophil < 250/mm^3$ وی.
- که چیری دنیوتروفیل اندازه $250/mm^3$ څخه زیات وی بایدپه قوی دلیل سره د Bacterial peritonitis په باره کی فکر وکړو.



Abdominal Paracentesis

(20) نمبر شکل

یولسم فصل

2. Fluid Thrill کوم چی حجیم حبن موجود وی- که د بطن یوه خوا د لاس په دوهمه گوته ووهل شی په بله خوا د بطن کی انعکاس تولیدیږی او د شحم د لیاری هم انتقالیږی.
3. انتقالی اصمیت Shifting Dullness یوه اصمیت لرونکی برخه چی د مریض په تغیر وضعیت سره حرکت کوی او یا خپل شکل ته تغیر ورکوی داهمیت په صورت کی په Flanks کی Resonance وی.

معاینات

دحبن دمایع معاینه

-: Diagnostic Paracentesis

تقریباً 10-20mL مایع د تشخیصیه معایناتولپاره ایستل کیږی.

1. دحبنی Ascites دمایع پلټنه :

ظاهر	سبب
تفاوت کاهی رنگ یاشین روشن	
- خونی	- سیروزیس
- تیره یا ابری	- خبیثه مرض
- تیره صفرائی رنگ	- انتان
	- د صفر اوی سیستم سره اړونده
- سپین د شیدو په شان	- لیمفاتیکي انسداد

(13) نمبر جدول

یولسم فصل

♦ $SAAG > 1.1 \text{ gm/dL}$ چی قوی دلیل سره د باب هایپر تینشن ورته زمینه مساعده کری وی. او که چیری $SAAG < 1.1 \text{ gm/dL}$ څخه وی دباب په غیر هایپر تینشن دلالت کوی. د $SAAG$ افت د 95% څخه زیات واقع کیری تقریباً په 4% ناروغانو کی مخلوط حبن چی د باب د هایپر تینشن او خباثت څخه منځ ته راغلی وی بناء د $SAAG$ لوړوالی دباب دلوړ فشار بنودونکی دی خو خباثت نشی ردولای.

♦ دحبنی مایع پروتین چی د 1 gm/dL څخه کم وی مریض بنفصیه (خودبه خودی) بکتیریال پریتونیت اماده کوی.

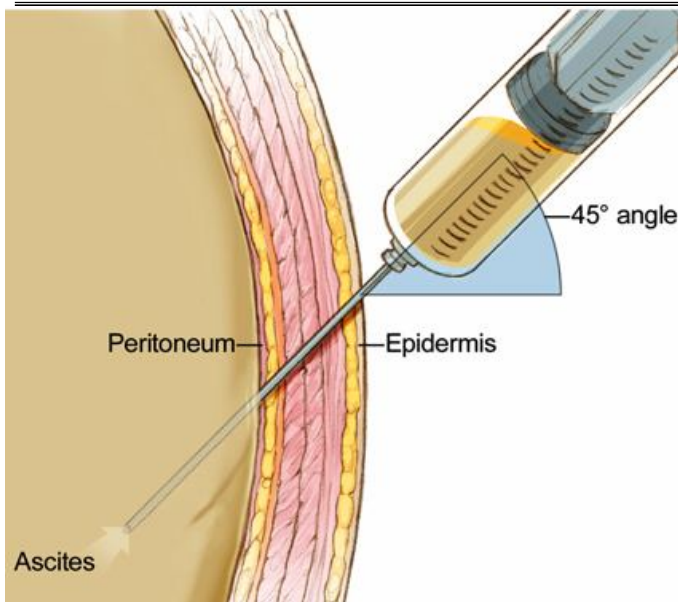
4. کلچر او تلوین گرام :

دانتان د مشخص کولو لپاره دحبن مایع تقریباً 5-10mL دمریض د بستر په سر په بوتل کی دکلچر لپاره اخیستل کیری - او په معمو شرایطو سره د کلچر لپاره لابراتوار ته استول کیری - دکلچر او حساسیت مثبت والی اکثر ا په هغه ناروغانو کی چی نیوتروفیل $250/\text{mm}^3$ څخه زیات وی اکثر ا 50% مثبت راځی.

نور تیستونه :

$RBC > 50000/\text{mic}$ رابنی چی حبن Haemorrhagic دی چی په معمول ډول دهغی علت توبرکلوز، خباثت

یولسم فصل



Process of Paracentesis in Ascites
(10) نمبر شکل

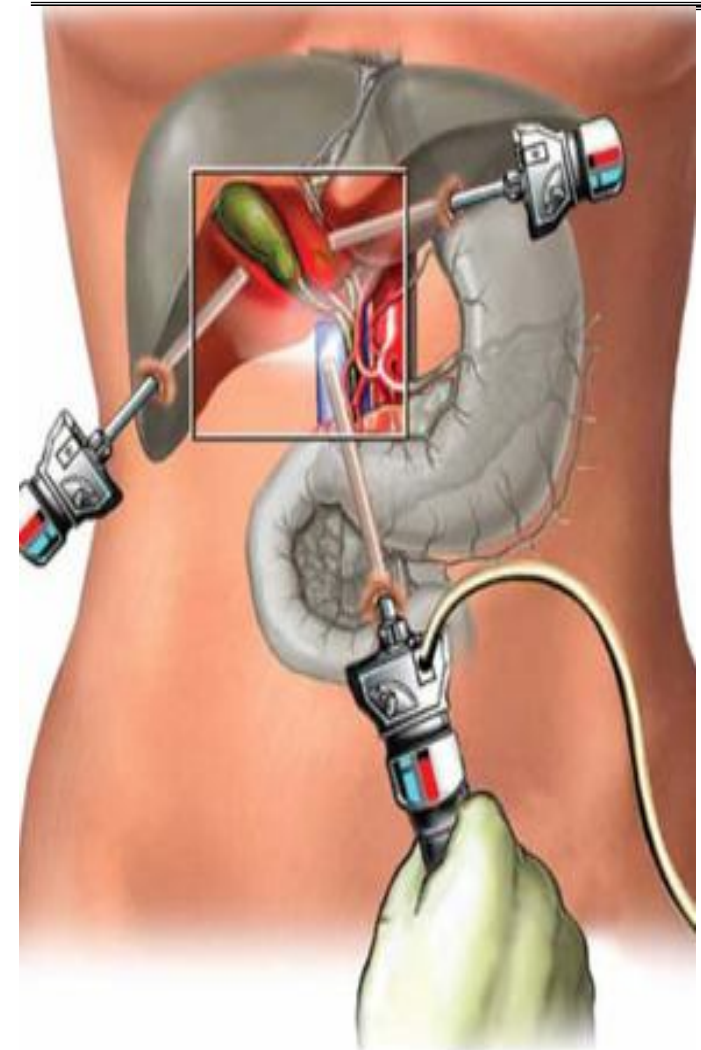
♦ د WBC زیاتوالی چی د Lymphocyte فیصدی پکی زیاته وی په بطنی توبرکلوز او یا Peritoneal Carcinoma شک کیدای شی.

3. البومین او مجموعی پروتین :

♦ سیرومی Gradient، حبنی البومین (SAAG) یواځنی تیست دی چی کولای شی حبن په دوه کلاسونو تقسیم کری :

♦ هغه حبن چی دباب د فشار څخه منځ ته راغلی وی.

♦ هغه حبن چی دباب د غیر فشار د علت څخه وی.



Laparoscopic evaluation of the liver and bile duct enables surgeons to determine the extent of disease prior to an open surgical procedure

(11) نمبر شکل

- ♦ او یا ترضیض دی.
- ♦ 7 څخه لوړ PH بکتریائی انتان مطرح کوی.
- ♦ سائیتولوژیکی معاینات دحبیثه حجراتو د موندلو په خاطر.
- ♦ په توبرکلوزیک Peritonitis کی دگلوکوز اندازه بنکته وی.
- ♦ Amylase په حبن کی دپانقراس دالتهاب له کبله وی.

-: Abdminal Ultrasound

دحبن موجودیت تایدوی،دبابی او غیربابی اسباب لیمفاتیک کولای شی دا معاینه دخیگر ساختمان او دباب د ورید اندازه (پراخوالی) بنودلای شی.

لاپراسکوپي (Laparoscopy)

دیوشمیر مریضانو دارزیابی لپاره چی دهغوی دپیداشوی حبن علت غیر بابی Non Portal وی یو دیر مهم تشخیصیه تیست دی. نوموړی معاینه د بدن مستقیم لیدل او دپریټوان بیوپسی، ځیگر او یومقدار لمفاوی عقداتو په داخل د بطن کی مموکینوی.

یولسم فصل

پوری په ذکر شوی دوز ورکول کیږی - دنوموری
دوا اعظمی دوز په ورځ کی تر 400mg پوری دی.
Aldoctone 25mg په بازار کی د
او 100mg تابلیتونو په شکل پیدا کیږی.
د Spironolactone جانبی تاثیرات Hyperkalimic او په
نرانو کی دثیدو لویوالی دی.
Ferosamid (Lasix 20-80mg) دا دپښتورگو د لوپ
قوی دیوریتیک دی چی جانبی اعراض ئی
Hypokalemia او Hyponatremia ده. او په زیاته
اندازه دحبن دکموالی سبب کیږی. همدارنگه په
Combine شکل چی Spironolactone 50mg او
Ferosamid 20mg د Spiromet په نوم په بازار کی
پیدا کیږی.

تیراپیوتیک پاراسینتیز (تداوی په هدف):-

هغه ناروغانو کی چی زیات حجم له کبله حبن
دتنفس زجرت سبب گرځی او یا د حبن هغه شکل
دیوریتیک په تداوی سره نتیجه نه ورکوی
پاراسینتیز په زیاته اندازه څلور یا شپږ لیتره د 1-2
ساعتونو په موده کی موثر دی - اگر چی ددی عمل
اصلی خطر د هایپوولیمیا په تولید کی دی - اگر چی
دحبن د مایع په خارجولو کی دا چانس شته چی بیرته
راپیدا کیږی.

په داخل د او عیو کی د حجم د ساتلو لپاره
دالبومین تجویز بی له مالگی دورځی 10mg چی په

یولسم فصل

اهتمامات (Management)

عمومی تدابیر:

- ♦ مونیټور، حیاتی علایم، وزن، دبطن قطر او
دا درار دهانه هره ورځ باید تعین شی.
- ♦ په غذائی رژیم کی تعدیل، دسودیم محدودول
په ورځ کی یو گرام (دوه گرامه مالگه) داوبو
محدودول په ورځ کی یو لیتر.

دبستر استراحت:

دبستر استراحت دپښتورگو ارواته فایده رسوی
او کیدای شی چی دیوریزدزیاتوالی سبب شی.

اختصاصی اقدامات

دیوریتیک :-

سپایرونولکتون (Tab Aldocton 100mg) یو دیرینه
د پوتاشیم (K) حفظ کونکی دیوریتیک دی او اولین
انتخابی دیوریتیک دی.

د تاثیر طریقہ :-

سپایرونولکتون دالدوستیرون ضد تاثیر لری دمالگی
او او بود دوباره جذب څخه مخنیوی کوی څرنگه چی
دوهمی Hyper Aldosteronism په سیروزیس کی
داوبو او مالگی په دوباره جذب کی یو عمده فکتور
دی. چی د حبن په کموالی کی کومک کوی.

تداوی Treatment

Spiramid په تداوی کی 25mg د ورځی څلور
ځلی ورکولو سره شروع کیږی - چی تر څو ورځو

یولسم فصل

بازار کی 20% Injection Albomin Human پیدا
کیبری چی دا امپولونه په دوه ډوله موجود دی
50mL چی 10mg البومین لرونکی وی او
100mL چی 20mg البومین لرونکی وی په تجارتي
مارکیټ کی موندل کیږی.

او که د ذکر شوی البومین د جذب طاقت مریض
ونلری کیدای شی چی د هغی په عوض Gelofundin
په اندازه د حین څخه د هر لیتر مایع دخاریجیدو
وروسته تطبیقیری.

دولسم فصل

کوی ، اوپه فعال ډول د مزدوج کیدو لپاره د حجرې مایکروزوم ته منتقل شوی وی.

3. په ځیگر کې دمزدویج کیدو کموالی: دبیلیروبین په مزدویج کیدو کې اختلال مثلاً په هغه انزایمونو کې کموالی چې غیر مزدویج بیلیروبین په مزدویج بیلیروبین بدلوی لکه چې د کتاب په لمرنیو صفحاتو کې تری یادونه شوی ده.

4. دبیلیروبین په اطراح کې کموالی (خرابوالی): دا امکان لری چې په داخل د ځیگر کې دکوم اختلال د کبله وی او یا میخانیکي بندوالی د ځیگر په خارج کې یعنی په Common Bile Duct کې رامنځ ته شوی وی.

← داخل کېدی کولیسټازیس :- په کېدی صفراوی قناتونو Canaliculi کې د ترانسپوټ یا انتقال دکوم مشکل له کبله رامنځ ته شوی وی لکه ویروسې هیپاټایټیس او دبعضو دوگانو د استعمال سره.

← د ځیگر په خارج کې کولیسټازیس :- د صفر ا په اصلی قناتونو کې بندش لکه صفراوی تیږی په Bile Combine Duct کې او یا د پانقراص د راس Carcinoma کې.

د زیری اقسام :

1. Heamolytic زیری.
2. Congenital Hyperbilirobenimia.
3. Cholestatic Jandice کیدای شی چې داخل کېدی یا خارج کېدی وی.
1. هیمولایټیک زیری :- دا حالت چې د وینی د سرو کرویاتو (RBC) د تخریب له کبله په

دولسم فصل

یرقان (Jaundice)

دسترگو د صلیب ودرنگ تغیر د پوستکی اودمخاظی غشاءد رنگ زیروالی چې دبیلیروبین د غلظت د زیاتوالی له کبله د وجود په مایعاتو کې رامنځ ته کیږی (زیات له 3mg/dL څخه) کله چې تاسی د ډاډول ناروغی سره مخ کیږی - کیدای شی چې ناروغی حاده او یا مزمنه وی اوداناروغی شاید Hemolytic Anemia, Congenital Hyperbilirubemia او یا عود کونکی زیری ولری.



(21) نمبر فوتو

د زیری د تولید (منځ ته راتلو) میخانیکیت

امکان لری چې په لاندی څلورو مختلفو طریقو رابنکاره شی:

1. زیات جوړیدل په وینه کې د بیلیروبین د اندازی زیاتوالی: په کېدی حجراتو کې مثلاً په Heamolytic حالت کې.
2. د ځیگر داخیستو کموالی: په هغه حالاتو کې چې بیلیروبین د Sinusoidal څخه حجراتو ته انتشار

دولسم فصل

- ♦ Splenomegaly دویڼی دلزله امله منځ ته راځی.
- ♦ غایطه مواد د Stercobilinogen دزیاتوالی له کبله چی د بیلیروبین په واسطه تولیدیری نو د غایطه موادو رنگ تاریک کوی.
- ♦ ادرار (Urine) د Urobilinogen دزیاتوالی له کبله د ادراررنگ ډیر تیره وی.

معاینات

1. دځیگر وظیفوی معاینات (LFT):- دپلازما Indirect بیلیروبین معمولاً لور وی مگرد 6mg/dL څخه کم وی - د ځیگرانزایمونه او البومین نورمال وی.
2. ادرار D/R :- که Bilirubinemia نه وی موجوده څرنګه چی Hyper Bilirubinemia دغیر مزدوج (Indirect) له قسم څخه وی په اوبو کی منحل نه وی نو له همدی کبله په ادرار کی نه اطراح کیری.
3. وینه (Blood) :- د RBC تعداد کم وی او د Reticulocytes اندازه لوره وی.
4. Heptoglabolin :- سویه په سیروم کی ټیټه وی.

ارثی هایپر بیلیروبینیمیا

-(Congenital Hyper Bilirubinemia):-

- a. غیر مزدوج بیلیروبینیمیا معمولاً په لاندی دوه سندرومونو کی موجود وی:

دولسم فصل

بیلیروبین کی زیاتوالی منځ ته راځی لکه داخل وعائی هیمولیز - (Intra Vascolar Hemolysis).

ایتولوژی (Etiology) :

a Exoerythrocytic اېنارملی گانی:

- ♦ ملاریا، Auto Immune، فزیکي ترضیض (سوختگی او دقلب مصنوعی دسام).
- ♦ کیمیاوی ترضیض (د دوا مثلاً Dopson) دمستحضراتو تطبیقول.
- ♦ میتابولیک (مثلاً یوریمیا).

b په داخل د اریتروسیت کی نقصونه:

- ♦ Spherocytosis.
- ♦ Thalassemia.
- ♦ G6PD انزایمونو کموالی.
- ♦ د Vitamin B12 او فولیک اسید کموالی.

کلینکی تظاهرات :-

- یرقان یازیری: کیدای شی چی خفیف وی څرنګه چی یو سالم ځیگردبیلیروبین Load یا اندازه تر شپږ چنده د نورمال اندازی څخه زیات اطراح کوی په غیر اختلاطی هیمولایتیک انیمیا کی بیلیروبین 4-6mg/dL څخه زیات نه وی - او که بیلیروبین د 6mg/dL څخه زیات وی نو په دغه حالت کی د ځیگر صدمه موجوده ده.
- ♦ خسافت د وینی د کموالی له امله (کم خونی) موجود وی.

دولسم فصل

له کبله چی هیپاتو سائتونو د تورم له کبله دکبد په متضرر شوی پارانشیم کی – او د صفراوی افرازاتو له کبله دقنیواتو په حجروی سطح کی رامنځ ته کیږی چی Hepatocellular زیږی په هیپاتایتیس کی تر بحث لاندی نیول شوی وه.

انسیدادی زیږی یا خارج کبدی کولیستاز په لویو صفراوی قناتونو کی د صفرا دجریان د بندیدو له امله راپیداکیږی چی د لپارو د بندیدو له امله بیلیروبین نه شی کولای چی صفراوی قنیواتو ته داخل شی – او دوباره وینی ته داخلیری په دی ډول په تدریج سره بیرقان یعنی زیږی ډیروالی کوی.

دکولیستاتیک زیږی اسباب په داخل دخیږکی :

- ویروسی هیپاتایتیس.
 - Auto immune وقوعات.
 - وروسته د عملیات څخه زیږی.
 - Alcoholic Jaundice.
 - حاملگی (Pregnancy).
 - Recurrent Cholestatic Hepatitis.
 - لمړنی صفراوی سیروزیس.
 - دصفراوی قناتونو اولیه تصلبی التهاب.
 - دواگانې مثلاً د حاملگی ضد درملو خورل لکه : Anabolic او Steroid دواگانې.
 - سیروزیس چی د هر علت له کبله وی.
- په خارج د ځیگر کی :
- دصفراوی مشترک قنات تیږی.

دولسم فصل

- Gilbert's Syndrome (په معمول ډول).
 - Crigler Najer Syndrome.
 - b. مزدوج هایپر بیلیروبینیمیا په لاندی دوه سندرومونو کی موجود وی:
 - Dubin Johnson Syndrome.
 - Rotor Syndrome.
- Gilbert's** :- مهمترینه ولادی HyperBilirobenimia ده چی %2-7 ټولنه ئی مصاب کږی ده. اکثر آکاها لان (ځوانان) مصابوی چی نور اشکال د Conj HyperBilirubinemia نسبی کمالی دی – چی بیلیروبین د Glucuronic Acid سره مزدوج کیږی نو ویلای شو چی په مزدوج کیدو کی تشویش موجود وی.

کلینکی تظاهرات :

داسندروم معمولاً بی اعراضوی چی په تصادفی ډول په معایناتو کی تشخیصیری (معمولاً د معایناتو په چک کی) بیلیروبین پکی 1-6mg/dL وی هیڅ نوع کلینکی اعراض نه لری – او په تاریخچه کی د 5-15 فیصده ناروغان د فامیلی یارثی بیرقان حکایه کوی. کولیستاتیک زیږی :- کولیستاز عبارت دصفرا په جریان کی دصفراوی طروقو د بندش دبی کفایتی څخه وی – چی دا دصفراوی قناتونو بندوالی چی یاداخل کبدی اویا خارج کبدی وی. انسدادی زیږی یاداخل کبدی کولیستازیس په صفراوی لویو قناتونو کی دصفرا د جریان د بندیدو

دولسم فصل

Chlorpromazin

Erythromycin

Cemitidin او Ranitidin

ناپتروفورانتین

Imipramin او Azathioprine

هغه دواگانی چی د وینی قند تیوی.

په حاملگی کی داخل کبدی کولیستاز:

دنورمالی حاملگی په جریان کی په خاص ډول په اخیری تراپیستر کی ځنی بی نظمی په عمل کی رامنځ ته کیږی - چی ورپسکی Alkaline Phasphatase حقیقتاً جگ وی چی دهغی منشه پلاستتاوی- په نورماله حاملگی کی Bilirubin جگ نه وی- اوکه پیداشی کم د 2mg/dL څخه وی- په کمو امیدوارو بڼو کی کولیستاز د کبد په داخل کی رابنکاره کیږی چی دا حالت معمولاً په دریم تراپیستر کی وی - اما کیدای شی چی په هر وخت کی د اوومی هفتی څخه وروسته راپیدا شی دا ډول مریضانو سره زیږی او خاربت ملگری وی. دسیروم بیلیروبین معمولاً د 6mg/dL څخه کم وی Phasphatase انزایم او کولیسترویل په کافی اندازه لوروی.

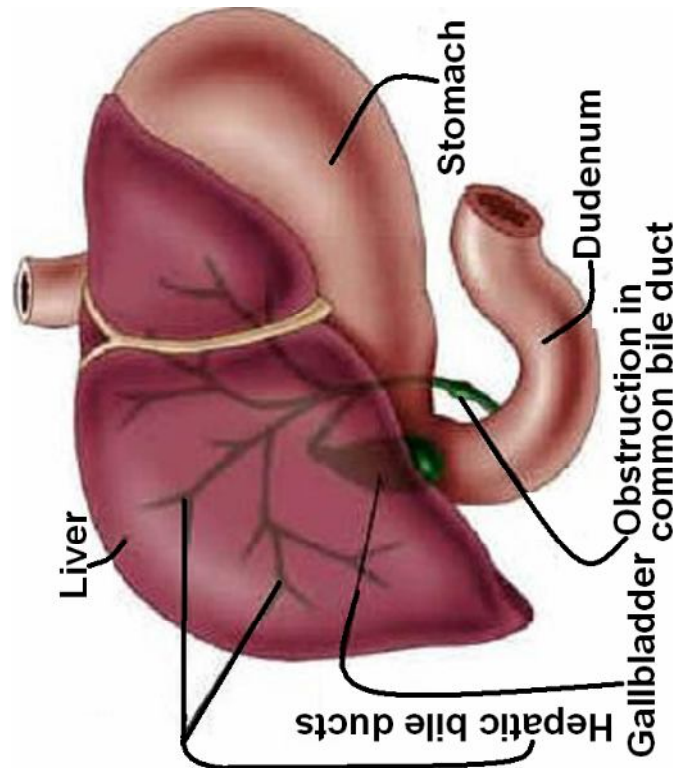
کلینکی تظار هرات او لابراتواری اېنارملتی گانی د ولادت څخه وروسته په تدریجی ډول کمیږی - او په معمول ډول 7-14 ورځو پوری نورمال حالت ته رسیږی - ددی علت نه دی پیژندل شوی او گمان کیږی چی ددی علت به د استروجن او پروجیسټرون د تناسب د زیاتوالی له کبله وی.

دولسم فصل

Carcinoma

دپانقراص دراس کارسینوما دصفرای

قناتونو لکه کولانجیوکارسینوما.



obstruction in Common Bile Duct causes jaundic

(12) نمبر شکل

دصفرای لیارو تضیق.

Systemic Fibrosis

هغه دواگانی چی دکبدی کولیستازس سبب گرځی:

جنسی هورمونونه.

Cyclosporin

Halloperidol

دولسم فصل

داخل کبدی کولیسٹازس د حاملگی د راجعه زیږی
Recurent jaundice اصطلاح ورکړ شوی ده دا
سندروم اغلباً په بعدی حاملگی کی نوی پیدا کیدای
شی.



Pregnancy and Hepatitis

(22) نمبر فوتو

دا اختلاط کیدای شی چی fatty Liver, Hepatitis په
حاده حاملگی او د هغه د دشحمی کبد څخه چی د
tetracycline دخورلو څخه منځ ته راغلی وی
دخارښت لپاره باید د Cholestrumin څخه استفاده
وشی.

دولسم فصل

دځیگر ضخاموی اسباب

انتانات:-

- ویروسی Hepatitis.
- Infectious mononucleosis.
- باکتریائی افات لکه: دکبدپایوجنیک ابسی، محرقه،
سالدانه، هایډیټیډ سیسټ (Hydatid Cyst) او داسی
نور.

مقدم سیروزیس :-

الکولی شحمی ځیگر، دزره احتقانی عدم کفایه،
فشار ورکورنکی Budd Chiary ، Pericorditis ،
Syndrome، دځیگر وریدی انسداد (بندوالی).

کانسر یا Neoplasm :-

- ♦ Hepato Cellular Carcinoma
- ♦ Bile Duct Carcinoma
- ♦ ثانویه یا میتاستیک تومورونه.

Leukemias :-

- ♦ Lymphoma
- ♦ Myelo-proliferative تشوشات.

ظاهری :-

- ♦ دحجاب حاجز ټیټوالی مثلا Emphysema.
- ♦ دځیگر Reidel لوب.

شایع ترین اسباب Hepotomegaly

Hepatomegaly، سیروزیس، دځیگر ابسی، احتقان یا
Congestion، نیوپلاستیک افات، هایډیټیډسیسټونه
(Hydatid Cysts) او داسی نور.

دولسم فصل



Hydatid Cystes
(13) نمبر شکل

دځيگر پيوند (Graft of Liver)

دځيگر پيوندداصلي ځيگر په عوض کوم چي په مرض اخته وي ديوبل شخص سالم ځيگر چي داشخص د بلي کومي ناروغي له امله مثلاً چي په مغزي انفارکت اخته وي اخيستل کيږي اوداگريفت ياپيوندصورت نيسي - دځيگر مزمن ياحادمرض لرونکي چي دمریض شخص ژوند په مرگ تهديدوي صورت نيسي - کوم چي په طبي تداوي سره ځواب نه وائي.

اودځيگر پيشرفته (پرمختللي) مريض چي په هغي کي دمریض ژوندپه تهديدونکو اختلاطاتو پواسطه دخطر سره مخامخ وي بايداجراء شي- که چيري

دولسم فصل

مريضی ډيره پرمختللي وي بياهم پروسيجر بايد دهرڅه نه مخکي اوژر اجراء شي - ترڅوچي جراحي پروسيجر ډير بڼه دکاميابي چانس ترلاسه کړي.



Liver Transplantation operation
(23) نمبر فوتو



Living Related donor Liver Transplantation
(24) نمبر فوتو

استطباب :- Indication

دځيگر پرمختللي عدم كفايه چي دهر علت له كبله

وي:

1. Cirrhosis يا Chronic Hepatitis
2. Chronic Hepatitis B and C
3. صفراوي لمړني اودوهمي سيروزييس
4. دځيگر وريدي ترومبوز.
5. Auto Imune Hepatitis
6. دالفا يو (1) انتي تريپسين كموالي.
7. دځيگر الكولي مرض.
8. دصفراوي طروقو تصلبي التهاب.
9. Wilson Disease
10. لمړني Hepato Celular Carcinoma كمتر له 3CM < يا نوډل منفرد > 5CM
11. كبدی يا Hepatic Adenoma

مضاد استطباب :- Countra Indication

- ◆ Sepsis خارج دصفراوي تشجرتدشخيص څخه.
- ◆ قلبي او يا ريوي پرمختللي مريضی گانی.
- ◆ دمخدره موادو د خراب مصرف يا د الكولو خورل.
- ◆ دځيگر ميتاستاز.
- ◆ HIV انتان.
- ◆ Hepato Cellular Carcinoma چي عود اندازه ئي لوړه وي.
- ◆ كه عمر د 65 كالو څخه پورته وي.
- ◆ Hepatitis B
- ◆ روانی ناروغی چي نه كنتروليري.

یعنی Immuno Suppressive (cyclosporine) جواب ورکوی - مزمن رد د 6 هفتو څخه تر 9 میاشتو وروسته د پیوند څخه چی د صفر او ی قناتونو دنایدید کیدو دشراینو په نری کیدو او بندیدو کی لیدل کیږی - دا ډول رد سیر ډیر کم مــــــــــــــــکن وی - د Immuno Suppressive تداوی سره معکوس کیدای شی - مگر اغلبا گذری پیوند ته ضرورت وی.

ډیری مهمی هیپاتوتوکسیک دواگانی

- ♦ Paracetamol.
- ♦ Halogen.
- ♦ فینوتیازین لکه : CholroPromazin.
- ♦ دتوبر کلوز ضد دواگانی مثلا isoniazid، Refampecin, Pyrazinamide، Methyldopa.
- ♦ اریترومایسین او سلفانیل امید.

دکبدورکونکی انتخاب (Donor Selector)

دا ډونران اکثر د قحفی ترضیضاتو قربانیان وی چی په مغزی مرگ (انفارکت) اخته وی ډونور باید دوینی له کبله ABO گروپونوسره مطابقت ولری اود Heamo Dynamic له نظره مستحکم وی - دځیگر، کلیوی او ریوی وظایف ئی باید نورمال وی. ډونور باید په کوم مرض اخته نه وی نسجی تطابق ته H.A Matching له نظره ضرورت ونه لری .

پروسیجر:

دالکترولایتی یخ محلول د Perfusion وروسته دډونور ځیگر باید ویستل شی او په کنگل کی کینودل شی. او دتحفظ وخت ئی تر 20 ساعتونو پوری باید وی. نوموړی عملیات 8ساعته وخت په برکی نیسی. داصلی ځیگرد ویستلو وخت دباب دهایپر تینشن، Trombocytopenia، په تحثری سیستم کی تشوشات دډیری خونریزی سبب گرځی-د عملیات څخه وروسته جدی مراقبت داخلاطاتو څخه مخنیوی کوی (مثلا اختلاطات او وضعیف هیموډینامیک حالت).

ردیاجداکیدل:

ردیاجداکیدل چی په معمول ډول دپیوند عملیات څخه 5-10 ورځی وروسته لیدل کیږی - ردیا جلاکیدل کیدای شی بی اعراضو وی مگر اکثر اتبه پکی موجوده وی.

دهستولوژی له نظره دباب ارتشاع، Eosinophilia، دصفر او ی قناتونو متضرر شوی حالت او دوینی داوعی د اندوتیل التهاب موجودوی داډول رد (بیرته جداکیدل) دمعا فیت د کمیدونکی حالت د تداوی لپاره

عمومي اعراض :-

- ♦ تبه په اول کی لوره وی او وروسته کمه او یا په متناوب ډول پیدا کیږی چی لړزه هم ورسره موجوده وی.
- ♦ بی اشتهاي، دبدحالی احساس او د وزن کموالی منځ ته راځی.
- ♦ مریض بدحاله، توکسیک او تبه لرونکی وی.
- ♦ ځیگر غټ احساس او دردناک وی، موضعی برآمدگی دکتلوور وی – چی Epigaster اوپه بنی طرف Hypochondrome کی لیدل کیږی شی.
- موضعی پرسوب: دصدر او بطن په جدار کی موجود وی.

د فشار تست: په قوی فشار سره د گوتو په نوکانو بین الضلعی ساحوکی احساس کیږی شی چی داتسټ د تشخیص لپاره ډیر بارز بنته دی.

- ♦ په معمول ډول زیری موجودنه وی.

اختلالات یا Complication :-

1. **دابسی پراخوالی:** دحجاب حاجز دلپاری سرو ته چی د Basal Pneumonia سبب کیږی.
2. **Pleural Effusion:** معمولاً دطبی تداوی پواسطه بهبود پیدا کوی.
3. **دپلورا داخل ته خلاصیدل:** چی دا Drainage او Chest Tube ته دتخلیې لپاره ضرورت لری
4. **کبدی فیستول:** چی دشدیدتوخی سبب گرځی او ډیر نیکروټیک مواد تولیدوی – امکان لری دا

دځیگر ابسی (Liver Abscess)

ډولونه: دځیگر ابسی په دوه ډوله دی.

1. دځیگر امیبی ابسی.
2. دځیگر پایوجنیک ابسی.

دځیگر امیبی ابسی:

دا ډول کبدی ابسی د Ent Amoeba Histolatica پواسطه منځ ته راځی چی د کلمو څخه د پورټال وریددلپاری ځیگر ته ورل کیږی چی دهغی د امله التهاب دابسیو سره یو ځای منځ ته راځی دا ابسی کیدای شی چی دمریض سره Amebic Dysentery تاریخچه موجوده وی.

کلینکی تظاهرات :-

په تدریجی ډول شروع کیږی لاکن کیدا شی چی په انی ډول هم منځ ته راشی- 50% کاهل ناروغان دځیگر دنورو اعراضو سره نه بلکه دناملومی تبی څخه ډاکتر ته مراجعه کوی.

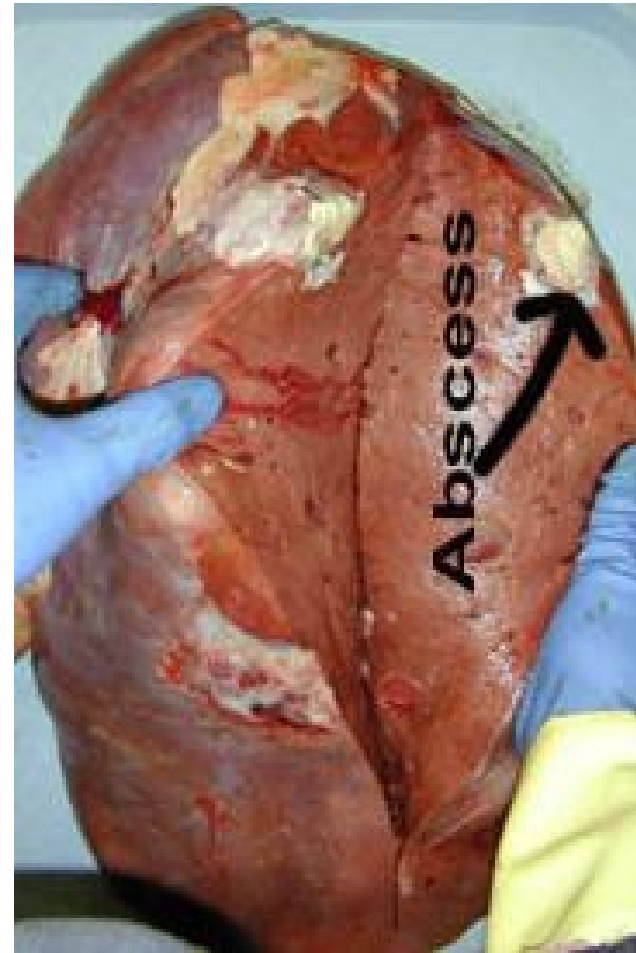
تاریخچه History :-

په کبدی ساحه کی شدیدردیانراحتی گانی:-

- ♦ په اول کی درد نا ثابت، مبهم او دوامداره وی او یا په بنی خوا هایپوکنډروم (Hypocondrome) کی ناراحتی او سنگین درد احساسوی- وروسته درد شدیدپری.
- ♦ هرکله چی ابسی دبنی لوب دپاسه اویاپه چپ لوب کی قرارولری درد دبنی اوگی څوکی اوچپ طرف ته انتشارکوی.
- ♦ کبدی درد چی د شدیدشهیق اویاتوخی سره شدت پیدا کوی – او کله چی ناروغ په چپه خوا استراحت کوی درد کموالی پیدا کوی.

ديار لسم فصل

- ♦ ابسي كاملا دالتراسونڊ په واسطه تشخيصيږي او تکراراً التراسونډ ته ضرورت نه شته د شپږو مياشتو څخه تر يو کال پوري ابسي رفع کيږي.
- 5. **CT Scan يا MRI** :- امکان لري چي په بعضي مريضانو کي دالتراسونډپواسطه تشخيص مشکوک وي. MRI او CT Scan تشخيص واضح کوي.



Liver Abscess (25) نمبر فوتو

ديار لسم فصل

- مواد داميب لرونکي وي - دا Dramatic اختلاط بڼه انزار لري .
5. **داخل دپريټوان ته خلاصيدل**: دحاد بطن په شان حالت رامنځ ته کوي او Lepratomy ته ضرورت لري.
 6. **Pericordium ته خلاصيدل**: معمولاً دځيگر دچپ لوب ابسي وي او جراحي مداخلې ته ضرورت لري.

طبي معاينات

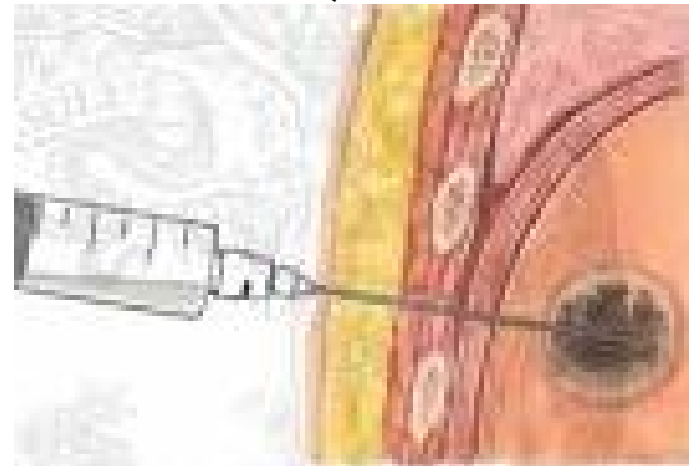
1. **Blood CP :- Leucocytosis** د Nutrophilia سره.
 2. **D/R غايظه مواد** :- امکان لري اميب موجود او يانه وي.
 3. **Chest X-Ray** :- دښي طرف حجاب حاجز پورته وي - کيدای شي تکاتف (Consolidation) يا Pleural Effusion په ښي خوا کي موجود وي.
 4. **التراسونډ** :- د ابسي د کشف لپاره فايده منده او او په تشخيص کي انتخابي رول لري.
- ♦ دځيگراميبي ابسي معمولاً منفرد (واحد) وي او په ښي لوب کي وي.
 - ♦ اکثر امريضان چي دلسوورځو څخه زيات اعراض لري - د ځيگر دښي لوب کي منفرده ابسي وي کيدای شي چي په اولو لسو ورځو کي ابسي متعددي شي چي وروسته سره يوځای کيږي او يوه لويه کبدي ابسي جوړوي.
 - ♦ متعددي ابسي بايد د Pyogenic ابسو څخه تفريق شي پايوجنيکي ابسي معمولاً متعددي وي.

ديار لسم فصل

- ♦ دچپ لوب ابسی Left Lobe Abscess دقلب پريکارډ ته Rupture څخه دمخنيوی په خاطر Aspiration کيږي.
- ♦ لويه ابسی (لويه د 10cm څخه) .

پروسيجر :-

- ♦ يوه معقمه ستن چي داخلي قطر دستني لوي وي په هغه ساحه کي چي اعظمي حساس وي د اتمی او نهمی بين الضلعی مسافی کي د بطن (Axiler Line) په متوسط کي داخليږي ټوله موجوده مايع د ابسی څخه بايد وويستل شي پروسيجر بايدالتر اسونددهدايت سره پای ته ورسول شي.



Percutaneous Drainage of Liver Abscess

(14) نمبر شکل

دخيگر پايوجنيک ابسی :-

دپايوجنيک ابسی لرونکی ناروغان اکثر ادعمر له نگاه نه يا زاړه وي اودمساعده کونکی زياتو فکتورونولرونکی وي چي دا فکتورونه په لاندی ډول دي :

ديار لسم فصل

6. داميب لپاره سيروولوژيک معاينات :- غير مستقيم Hemoagglutination تيسر د Ent Amoeba Histolytica ضدانتي بادی په 95% پيښوکی مثبت بنائي .

7. دتشخيصی مايع اسپريشن :- دا مايع راويستل کيږي او دکلچر (گرام تلوين) اوداميب دپيدا کولو لپاره لابراتوار ته ليږل کيږي - کيدای شي چي 50% ناروغانو کي پيدا شي.

تداوی Treatment :-

1. فلاجيل (ميترينيدازول) د 800mg په اندازه دخولي د لاری د لسوورخولپاره - که مريض دلبدی اواستقراغ درلوده نوپه دی صورت کي 500mg فلاجيل هراته ساعته بعددوري د لاری تطبيقيږي - اوکه دمريض حالت بهترشونوبيرته oral بايدشروع شي - تقريباً په 90% ناروغانو کي دميترونيدازول په مقابل کي په 72 ساعتونو کي په ډراماتيک ډول تبه اودردکی بهبودمنخ ته راوړي.
2. Diloxanide Furoate (Entamizol DS) د ورخي دري ځلي د لسوورخولپاره انتان محوه کوي.

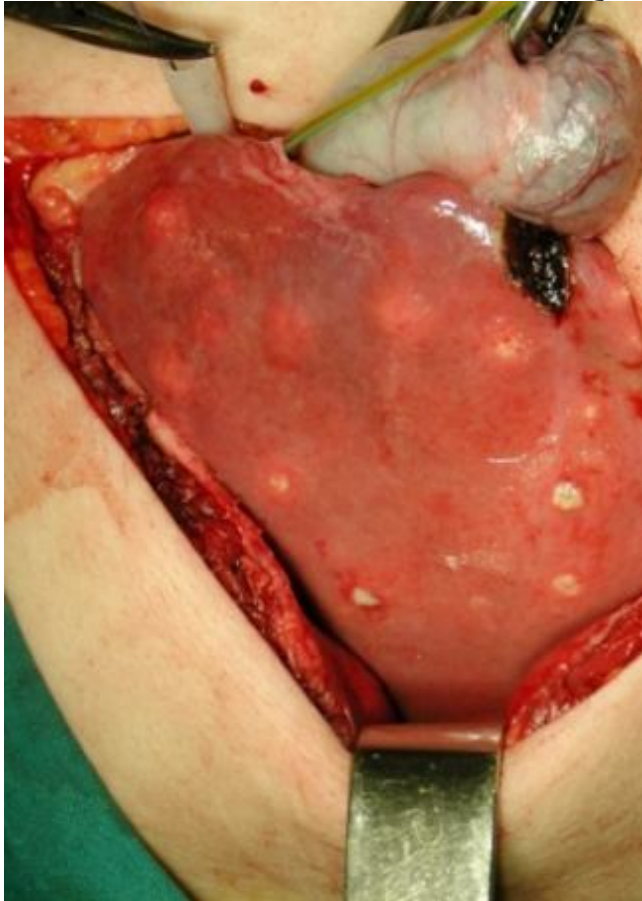
3. دکبدي ابسی (Aspiration) :-

- ♦ کلينکی ډول د 3-5 ورځو کي جواب نه ورکوي.
- ♦ په نږدی کي د چاودنی تهديد.
- ♦ دپايوجنيک ابسی په رد کولو سره خصوصاً په هغه ناروغانو کي چي متعدد دفعات موجود وي.

ديارلسم فصل

1. دصفاوای مجرا او پیشرفته التهاب: چی د صفاوای انسدادله امله چی دتیرویا Neoplasm له امله منخ ته راخی چی دخیگر دابسی لپاره دیر مهم دی .

2. Portal Pyemia : چی د Sepsis داخل یعنی لکه Appendicitis اویادهغوی د Perforation خخه منخ ته راغلی وی.



Multiple Pyogenic Abscess
(26) نمبر فوتو

ديارلسم فصل

3. بطني ترضیضات:-

ارگانیزم:-

- a. E-Coli (شایع ترین).
- b. Strepto Coccus Fecal
- c. Proteus Ulgaris
- d. An Aerobic باکتریوای.
- e. Staphylococcus طلائی

کلینکی تظاهرات :-

- ♦ ددی کلینکی تظاهرات دامیبی ابسی سره مشابه دی - چی ددی شروع په تدریجی شکل وی لاکن کولای شی چی حاد وی.
- ♦ تدریجی شروع :- همیشه لپاره تبه موجوده وی.

- ♦ تبه او حساسیت ئی بنی Hypochondrome کی موجودی وی (یا پاسنی ناحیه کی Epigaster) .
- ♦ لرزه، Anaroxia ، استقرار او د بدن دوزن بایلل.

- ♦ حساس Hepatomegaly ، دپلورا Effusion علایم یا نبنی دسینی په بنی لاندنی برخه کی.
- ♦ گرام منفی میکروبونو Sepsis کیدای شی د Shock سره یو خای وی.

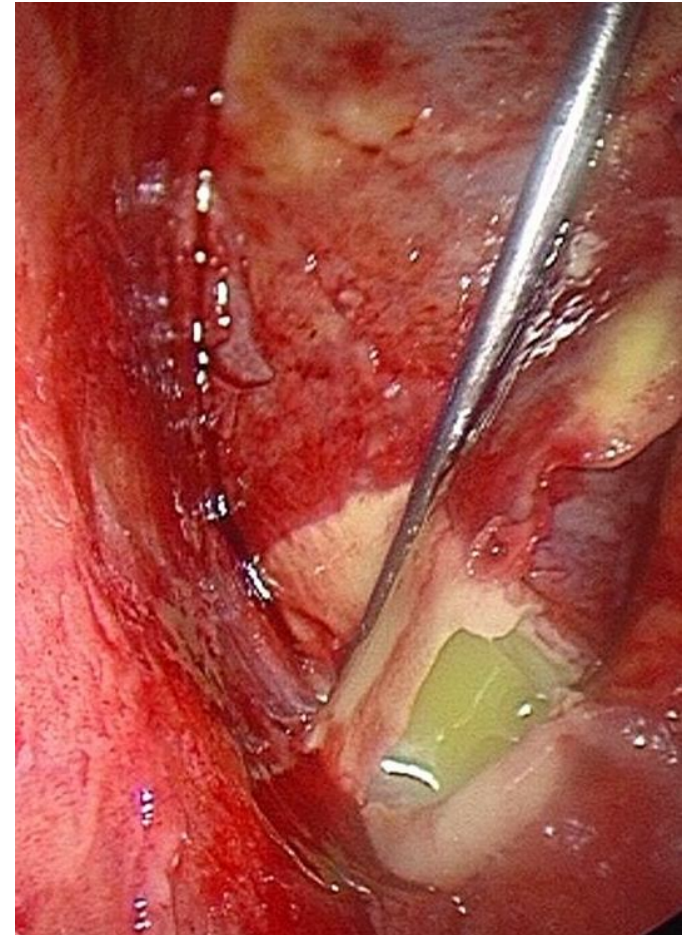
معاینات:-

1. Blood CP :- Leucocytosis
- ♦ Normocytic Normochromic Anemia
2. دخیگر وظیفوی معاینات :-
- ♦ دسیروم بیلیروبین سویه په % 50 ناروغانو کی لوړه وی .

ديار لسم فصل

دخيگر دابسي تخليه يا اسپايريشن

Aspiration بايد په هغه صورت کې وشي چې دابسي اندازه اقلا 5cm وي او يا انتي بيوتیک سره جواب ونه وائي (چې انتي بيوتیک سره په سريع ډول جواب ونه وائي) نو په دې وخت کې Drainage دکتيتر په واسطه پاروسکوپیک ډول دريناژ شي .



Aspiration of Liver Absce

(27) نمبر فوتو

ديار لسم فصل

- ♦ په سيروم کې د ALT سويه په 48% ناروغانو کې لوړه وي
- 3. په سيروم کې د Vitamin B12 سويه ډيره جگه وي (څرنګه چې Vitamin B12 په ځيګر کې ذخيره او مستقيماً ازادېږي).
- 4. دوينی کلچر په 30% واقعاتو کې مثبت وي.
- 5. دصدر اکسري په هغه صورت کې چې ابسي په بنی لوب کې وي دبنی طرف حجاب حاجز لوړ وي.
- 6. التراسونډ فايده مند دی خو کيدای شي چې CT Scan او MRI ته ضرورت پيدا شي.

تداوی Treatment :

- ♦ دريم جنيريشن سيفالوسپورين مثلاً Cefotaxim پيچکاري (يوگرام هر اته ساعته بعد)- کچيري د قيمت له کبله چې قيمت ئي لوړ دی کوم پرابل موجود وي په هغه صورت کې د لاندی رژيمونو څخه له دري ډوله ادويو نه په Combine شکل سره استفاده وشي .
- ♦ Inj Gentamycine 80mg په ورځ کې دري ځلي.
- ♦ ميترونيدازول 500mg هر اته ساعته بعدد IV لاری څخه .
- ♦ 1gm (Inj Penbretine 500mg) Ampicillin هر شپږ ساعته وروسته د IV لاری څخه .

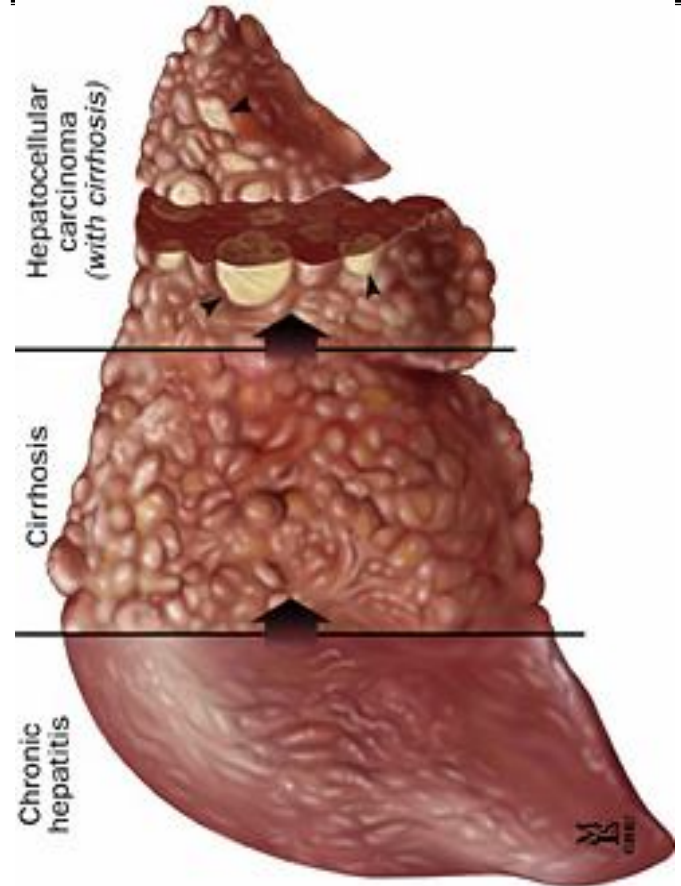
دیار لسم فصل

انزار یا Prognosis :

دمرینی اندازہ ئی تقریباً %25-10 تہ رسیری .
 دامیبی او یاپایوجنیکو ابسوغانو ترمنخ
 فرقونہ پہ لاندی جدول کی وگوری :

پایوجنیک	امیبی	فکتورونہ
معمولاً پہ زرو خلکوکی	پہ ہر عمرکی	عمر
اکثرا موجود وی	معمولاً نہ وی موجود	مساعدنکی فکتورونہ
امکان لری موجودوی	غیر معمول	زیری
معمولاً متعددی (زیاتی) وی	معمولاً واحدہ وی	تعداد
E Coli او غیر An Aerobec باکتریایوی	E.A Histolytica	ارگانیزمونہ
پہ معمول ڈول ضرور دی	پہ معمول ڈول ضرور نہ وی	Aspiration
دریم جنیریشن سفلوسپورینونہ او میترونیدازول	میترونیدازول	تداوی

(14) نمبر جدول



Chronic Hepatitis, Cirrhosis and Hepatocellular Carcinoma (With Cirrhosis)

(15) نمبر شکل

اعراض

1. دوزن بايلل (كموالى)، خفيفه بى اشتهاي او تبه ئى وصفى عرض دى.
2. ناراحتى او يا په بنى خوا Hypochondome كى درد او Ascitis موجود وى (د دا ډول سريع

Hepatocellular Carcinoma

(Hepatoma)

ايتولوژى

1. د HCV مزمن انتان .
2. د HBV مزمن انتان .
3. الكولى سيروزيس چى Hemochromatosis څخه منځ ته راغلى وى .
4. دسيروزيس په 80% واقعاتو كى موجود وى كه له هر قسم څخه وى - په اوليه صفراوى سيروزيس او دويلسن په ناروغانو كى Risk تيب وى.
5. دهغه غذا گانو خورل چى په افلاتوكسين (oflotoxin) سره الوده وى (افلاتوكسين ديوفنگس ميتابوليت دى چى په ځمكنى بادام كى پيداكيږي).
6. انابولىك اندروجنونه او ستيرايډونه او د حاملگى ضد تابليتونه .

كلينكى تظاهرات :

- ◆ هپياتوما د 50 كلنى څخه په تيب عمر كى پيداكيږي په مذكر او مونث كى 4:1 تشكيلوى.
- ◆ كيداي شى چى يو وى او يا د نوډلونو په شكل په ټول ځيگر كى وى.

ځوارلسم فصل

2. **دځيگر وظيفوي معايناتوکی دسيروم الکالين** فاسفتاز اندازه لوړه وي .

3. **Imaging** او الټراسونډاولينه تصويري معاينه ده او کولای شي چې 3cm څخه غټ تومورونه کشف کړي - MRI دډيريدونکی فريکونسي سره سره ډيره استفاده وکړي .

4. **دځيگر بايوپسي :-** کولای شي چې تشخيص دبايوپسي په اخيستلو سره دالټراسونډ يا CT Scan په واسطه تائيد شي .

تداوی:

1. **جراحی:** ددی لپاره چې تومور وويستل شي بايد تومور په يولوب کی محدودوی اوسيروزيس نه وی موجود .

2. تسکيني تداوی :-

• د عمر اوږدوالی په شيموتراپی کی نه دی ليدل شوی لاکن د ځيگر Embolization دشيموتراپی سره يو ځای امکان لری چې تسکين ورکونکی وی .

• دالکولو زرق کول په کوچنيو تومورونو کی (<3cm) امکان لری چې عمر يو څه اوږد کړی او دتسکين سبب شي .

• دځيگر دکپسول پراخوالی دشديد درد سبب گرځی چې opioid ته ضرورت پيداکوی - د درد تسکين ډير اهميت لری .

• راديوتراپی کومک کونکی نه ده .

دځيگر پيوند:-

دځيگر پيوندپه وړو تومورونوکی تر پينځه کالوپوری د ژوندی پاتی کيدوچانس تر 75% پوری ليدل شوی دی .

ځوارلسم فصل

تظاهراتو پيدا کيدل په يو سيروتیک ناروغ کی د Hepatoma سوال مطرح کوی).

3. پارانيوپلاستيک سيندروم په کم مقدار مريضانو کی لاندنی مشخصاتو سره را ظاهر يری .

• دهيماتوکريت لوړوالی Erythrocytosis له کبله د شبيه اريتروپويتين تومور د فعاليت په نتيجه کی .

• هايپرکلیميا د شبه تايرايډ هورمون د ترشح له کبله .

• هايپرگلايسيميا، Hyper Cholestrelemia او Dys Fibrinogenemia .

په معاينه کی:

1. لوی او نامنظم ځيگر او امکان لری چې حساس او قابل جس وی .

2. Hepato Cellular Carcinoma وعائي وی او امکان لری دځيگر دپاسه Bruit موجود وی .

3. حبن دوينی په سور رنگ او په 20% واقعاتوکی موجود وی - ميتاستاز په عمده ډول په ناحیوی لمفاوی عقدا توکی پيدا کيږی - په سرو او هډوکوکی هم رابنکاره کيږی - تومورونه Vena Cava او Portal Vein ته هم انتقاليدای شي .

لابراتواری معاينات :

1. الفافيتوپروتين (>500micg/L) يعنی کم د 500mg په يو ليتر کی په 70-80% واقعاتو کی لوړ وی او خفيف زياتوالی په حاد يا مزمن هيپايتيس کی موجود وی - او ميتاستاز په معدوی او کولونی تومورونوکی صورت نیسی .

ځوارلسم فصل

کلینکی تظاهرات :

حاد تظاهرات

دگیدې درد، دلبدی، استفراغ، حساس
Hepatomegaly، او حین، خفیف زیری، حین او د
توری ضخامه دباب دهاپیرتینشن سره.

لاپراتواری معاینه :

- ♦ دحین یعنی Acsites د مایع معاینه دپروتین
لوره اندازه راننای.
- ♦ دځیگر بایوپسی، دځیگر احتقان، Fibrosis او
سیروزیس راننای.
- ♦ التراسونډ، CT Scan او MRI د کبدی ورید بندش
په پرانثیم کی منتشر غیر نور مال راننای او حفظ
شوی او سالم لوب Coadet راننای او کیدای شی
چی د هغی Drainage نه وی ترل شوی.
- ♦ رنگه ډاپلر التراسونډ دوریدی انسداد د کشف
لپاره انتخابی معاینه ده.

تفریقی تشخیص Diff Diagnosis :

- ♦ د inferior Vena Cava ترل.
- ♦ دبنی زړه عدم کفایه.
- ♦ فشار ورکونکی Pericarditis.

تداوی Treatment :

- ♦ **حین** :- ددیوریتیکونو توصیه او داوبو او مالگی
کموالی.
- ♦ دزمینه مساعد کونکو فکتورونو تداوی.
- ♦ دباب ورید (Shunt) inferior Vena Cava
سره Portal Cava دTiPs پروسیجر امکان لری –
چی د کبدی احتقان درفع کولو لپاره ارتیا شی
دترومبوز په صورت کی په لنډه قطع په کبدی

ځوارلسم فصل

انزاریا Prognosis :

د تشخیص وروسته تر شپږو میاشتو پوری د ژوندی
پاتی کیدو چانس شته.

معاینه :

دسیروزیس مریضان هر شپږ میاشتو وروسته
الفافیتوپروتین اودس—ونوگرافی معاینه
Hepatocellular Carcinoma لپاره باید چک شی
Risk Hepatocellular Carcinoma په یو سیروتیک
ناروغ کی %3-5 په کال کی دی.

: Budd Chiary Syndrom

دبدکیری سیندروم یاد کیدو رید بندیدل چی سبب
د بندیدو دهغه کبدی وریدونو چی د کبدخه خارجیری
1/3 برخه ناروغانو کی ددی علت نه دی پیژندل
شوی.

ایتولوژی :

1. دوینی د تحتر زیاتوالی .
 - ♦ حقیقی پولیسایتمیا .
 - ♦ د حاملگی ضد تابلیتونو خوړل .
 - ♦ لیوکیمیا .
2. Hepatocellular Carcinoma .
3. دخلفی جدار Sarcoma .
4. کلیوی تومورونه او یاد فوق الکلیوی غدی
تومورونه .
5. کبدی انتان مثلا Hydatid Cyst .
6. رادیوتیراپی .
7. Hepatic Trauma (کبدی ترضیض) .

ڄوار لسم فصل

- وريد ڪي بالوني انجيوپلاستي Stent په ڪينبودلو سره ڪيداي شي چي پاي ته ورسيري.
- ◆ هغه ناروغان چي ڪبدي سيروز او ڪبدي اختلال لري بايد ڪبدي پيوند په نظر ڪي ونيول شي .
 - ◆ ضد تحثر تداوي ته ٽول عمر ضرورت دي .



Hepatic Coma

(28) نمبر فوتو

اگر چي د علماوونظر دځيگر دکتلوي نکر روز په حقله داسي دي چي ناروغ به مرکيزي - ولي په مجهز ترين روغتون کي چي مدرنيزه طبي وسايط او

دځيگر حاده عدم کفایه

(Acute Hepatic Failure)

د اېډول دځيگر عدم کفایه معمولاً د Viral Hepatitis په وځيمه مرحله کي رامنځ ته کيږي.

په دي کي دځيگر ټول وظيفي مختل او ورسره جوخت د غصويت په نورو حياتي ارگانونو هم پتالوژيک بدلونونه منځ ته راي چي په نتيجه کي د ټول بدن Hypothermy (يخوالي) او دمرگ سبب گرځي .

د دا ډول ويروسي Hepatitis وقوعات زيات نه دي او هميشه د 1% څخه نه لوريري . مگر په افغانستان کي دا فيصدي يو څه لوړه ده ځکه چي دا ډول ناروغان ناوخته روغتون ته رسول کيږي - او د عصري طبي کومکي افزارو کموالي هم د ذکر شوي فيصدي په زياتوالي کي کمک کوي او کله چي دا ناروغان روغتون ته (داخلي وانه) ته مراجعه وکړي دځيگر حاده عدم کفایه تاسيس کړي وي - او په کافي اندازه د اېډول ناروغانو سره کمک يو څه مشکل کار وي - او چي کله Hepatic Coma منځ ته راشي او عصري ترين وسايط او تداوي موجوده نه وي د وفياتو فيصدي ان تر 80-90% پوري لوريري.

ونـــــــه نیول شی بلکه حنی نورحالت لکـــــــه: Precoma, Secondary Infection، او Deep Coma چی دوخیم Hepatitis مهم اختلاطات دی هم دیاده ونه وخی. ذکرشوی کلینکی حالت دخیگر دعدم کفائی د Comogen په نوم یادیری چی د Hepato Cerebral Encephalopathy په نوم هم یادیدای شی. اکثر آدابول تشوشات (بدلونونه) لکه د شعور مختل والی کوم چی دخیگروظیفه ددی توکسینونو دبی ضرره کولو لپاره کم وی د وخامت درجه نوره هم لوریدلای شی – مثلاً غذائی موادو د جذب څخه وروسته Amonia خیگر ته جذبیری چی د دی مادی د Nutrilization لپاره سالم خیگر پکار دی او که خیگر روغ نه وی داوظیفه دخیگرمختل کیری – او په دوران کی د امونیا مقدار لوریزی او د دماغی حالت خرابوالی پیدا کیری – او شعوری حالت لمنځه ځی یعنی کله چی په Portal Vena Cava کی د وینی امونیا وکتل شی – نو د محیطی وینی دامونیا څخه تقریباً 5-6 ځلی زیاته وی – علت ئی دادی چی دا ماده په زیاته اندازه په خیگر کی Nutrilization یاخنتی کیری. همدارنگه په خیگر کی نور هغه مواد چی معائی منشاء ولری (فینول، سکتاتول، انیدول وغیره) په خیگر کی په استقلال رسیری اوبی ضرره کیری. خیگر د فلتر په شان دی چی د پورتال سیستم وینه د توکسیک موادو څخه پاکه او فلتر کیری – چی دمختلفو کیمیاوی تعاملاتوپه واسطه چی په خیگر کی صورت نیسی لکه Acetylation, Des (Amination, Hydro oxidation او داسی نور) چی ټول مواد په غیرتوکسیک موادو بدلوی اوبیا دمختلفو

مجبرب مسلکی ډاکتران یا پرسونل موجود وی دا نظر انتقادولای شی.

ویلای شی په دی موجوده عصر کی تجارب چی طبی (صحی) علماوته تر لاسه شویدی یوشمیر هغه ناروغانو سره چی د Hepatitis وخیم شکل لرونکی وی قناعت بښونکی کمک وکری - او هر ممکن غیر مناسب یا غیر Adecort تداوی او په عوض ددی چی ناروغ ته ئی فایده رسولی وی نور ئی هم وخیمتر کوی او د مرگ سبب گرځی.

نوله دی کبله بایدانتانی او داخله ډاکتران د Hepatology په عصری اساساتو باندی پوه وی – او له دی جملی څخه د خیگر د حادی عدم کفائی چی د Hepatitis په وخیم شکل او سیروزیس کی راپیدا کیری په پتوجنیزیس بڼه پوه وی – او وکولای شی چی په خپل وخت او زمان کی په ډیر دقت سره پورتنی تغیرات معلوم او په عملی میتود ونو سره ئی تداوی کری .

تعریف Diffination :- د ټولو نه مخکی ضروری ده چی د خیگر د حادی عدم کفائی اصطلاح تحقیق او تثبیت کیری او ډاکتر ور باندی بڼه پوه شی دا ذکرشوی ترمن یعنی څه او ددی ترمن پواسطه باید دخیگر مختلف تشوشات دخیف شکل څخه تر ډیر وخیم حالت پوری صنف بندی کیری – او وروسته دهغی تداوی دهغوی دوخامت د درجی په مطابق تداوی په ډیر جدی ډول د Intensive Therapy په اتاقو کی شروع کیری .

په تداوی کی یواځی د دابول ناروغانو وخامت چی دخیگر عدم کفائی ته ناروغ مخکی وری په نظر کی

پینځلسم فصل

په Hepatitis A کی کبدي کوما په 0.5-0.1% ناروغانو کی لیدل کیږی - همدارنگه د مختلف النوع زهری موادو په تسمم کی هم دا حالت منځ ته راځی ځنی غذائی مواد لکه : مرخیږی(سمارق) هم په ځیگر توکسیک تاثیرات لری - علاوه له دی څخه دالاندی دواگانو په تطبیق سره توکسیکی حالت رامنځ ته کیدای شی:

PASS, Indomethacin, chlorpromazin, Refampicin Tetracyclin, او داسی نور.

دکبدي کوما غیر انتانی اسباب کیدای شی چی د کولمو څخه د باب وریددوینی د جریان مشکل وی مثلاً: کله چی په Cirrhosis کی دجراحی عملیات پواسطه Anastomosis دپورتال ورید او Inf Vena Cava تر منځ اجراء شی - نو په دی وخت کی هغه مواد چی دکلمو څخه جذبیری په ځیگر نه ورځی او مستقیماً دوینی دوران ته داخلیری - نو له دی کبله هغه توکسیکی موادچی باید د ځیگر پواسطه Detoxification یا Nutrilization شی دا عمل نه اجرا کیږی او که لدی څخه بر علاوه د کبدي سیروزیس پواسطه د کبد Massive Necrosis هم رامنځ ته شی نو بیا د ډول کوما یو مختلف وصف اختیاروی.

دحادی کبدي عدم کفائی پتوجنیزیس

(Pathogenesis of Acute Hepatic Failure)

هیپاتیک عدم کفایه اکثرأ په Viral Hepatitis کی منځ ته راځی په معمول ډول لکه په څو واری تری ذکر وشو وایروس د دخولی (Parenteral) لاری

پینځلسم فصل

لاروپواسطه خارج ته اطراح کیږی اود ځیگر nutrilyzation-دوظیفی دلمنځه تللوسره توکسیک مواد نه بی ضرره کیږی - اودورانی وینی ته داخلیری او د Intoxication سبب کیږی لکه (تبه، سردردی، کسالت او Unactivity) څرنگه چی دهرقسم توکسین په مقابل کی دماغی انساج ډیر حساس وی لکه عصبی حجرات نوله دی کبله دهربل تغیر څخه مخکی ناروغ ته Neurotoxic بدلونونه راپیدا کیږی چی په خپل نوبت سره دشعوری حالت تشوش او Coma منځ ته راوړی. څرنگه چی دلته ددی کوما پتالوژی دکبدي تغیراتو څخه دی نو له دی کبله دا کوما د Hepatic Coma په نوم یادیری.

دانسانی ناروغیود کلینکی اعراضو او علایمو اساسی علت د Hepatomegaly له نظره دکبدي massive Necrosis دی-چی په حاد ډول دځیگر عدم کفایه منځ ته راوړی چی د Viral Hepatitis د وخیم سیر محصول دی .

دا ډول کبدي کوما د تخریب (Lysis) کوما په نوم یادیری او کیدای شی چی دا ډول کوما په تسممی حالاتو کی هم منځ ته راځی .

اسباب یا Eteology:-

په عمومی ډول ډیره مهمه ده چی بایدپوه شو چی کوم ډول Viral Hepatitis اویاکبدي توکسیک موادد ځیگر دمسیف نکروز او Hepatic coma سبب کیږی په افغانستان کی په عمومی ډول Viral Hepatitis B تقریباً 1% ناروغانو کی اوله دی وروس-ته non Hepatitis B او non Hepatitis A چی یو قسم د Hepatitis دی رامنځ ته کیږی .

پینخلم فصل

په واسطه جوړیږي رامنځ ه کیری - او ددی سره جوخت کله کله د T-Lymphocytes Sansibilazetion کیری او ددی پواسطه ویروس ازادیږي - او دوباره د وینی دوران ته داخلیری چی په نوبت سره نورحجرات بیا د حملی لاندی نیسی .

د Hepatitis B د عامل لپاره پیروصفی ده چی د عضویت په دی عکس العمل کی یو تعداد T-Lymphocyts اشتراک کوی - چی د معافییت د Reaction تنظیم کونکی دی T-Lymphocyts د ایمونیتی یا معافییت د جوړولو په میک-انیزم کی B-Lymphocyts شاملوی. هم دارنگه د T-Lymphocyts د معافییتی عکس العمل قدرت کموی . د T-Clears (قاتلین) د Phagocytes د جذب او تجزئی وظیفی دویروس انتی جنونه اطراح ته تمایل زیاتوی.

چی دفاگوسایتوزیس دتخریب په صورت کی دهغوی انزایمونه دماؤف Hepatocytes دلیزسبب کیری. اوپه ځیگرکی Massive Necrosis منځ ته راوړی چی په دی بدلون کی د HBV رول پیر عمده دی چی په دی کی د داخل الحجروی میتابولیزم تشوشات پیر مهم دی - دویروسنو د فعالیت له امله دکبدی حجراتو نفوذیه قابلیت زیاتیری او په وینه کی د Aminotransferase انزایمونو اندازه لوړیری .

پینخلم فصل

عضویت ته داخلیری او بیا د وینی د لاری ځیگر ته رسیږی .

د کبدی حجراتو د ماؤفیت میکانیزم په Viral Hepatitis B کی پیرتفاوت لری . ویروس یا د مرض عامل په کبدی حجراتو کی تخریب کونکی تاثیر لری .

سیتولیزدکبدی حجراتو د Immune Complement (T-Lymphocytes) چی د ویروس د Ag دپیژندلو وروسته په Hepatocytes کی Localize کیری - او ددی موضوع دپوهیدو لپاره چی کبدی نکروزپیشرفت کوی باید پوه شو چی عضویت ددی اجنبی جسم(ویروس) په مقابل کی څه عکس العمل بنائی - تاسی ته معلومه ده چی محافظوی غیروصفی فکتورونه چی دمرض په عامل تاثرکوی لکه: Lysosome Interferon صفاوی (فگوسیت شوی حجرات) یا Phagocytosis یابلع کونکی حجرات په عضویت کی معافییت جوړونکی سیستم هم موجود وی چی عضویت ته داخل شوی Ag په مقابل کی په شدید ډول مبارزه کوی.

انتی بادی دعضویت یومعافییتی عکس العمل دی او په دوه ډوله منځ ته راځی :

← د B-Lymphocyts تنبه یا Stimulate او خاص الخاص امینوگلابولینونه چی دپلازماتیک حجراتو

پینخلسم فصل

Hepatitis ویروس لپاره وصفی ندی چی دا رقم تغیرات په Toxic Hepatitis او دخیگر په نوروپتالوژیکی حالاتوکی هم - مخکی د مورفولوژیکی تغیراتو دپیدا کیدو څخه په Hepatocyt کی یعنی premorphologic مرحله کی دهغه سایتولیزیس چی دوظیفوی تغیراتو او انحرافاتو باندی متصف دی رابنکاره کیری .

په دی ډول تغیراتوکی داوبو او الیکترولایتونوبلانس خرابیری او هغه القلی او تیزابی بدلونونه چی دکبدی حجراتو دوظایفودخ رابیدو څخه منخ ته راخی او Cerebrotoxic موادو دجمع کیدو څخه Cerebro encephalopathy کوم چی Toxic Infection حالت څخه راپیدا کیری منخ ته راخی .

همدارنگه Hypooxide میتابولیک تغیرات لکه Metabolic Alkalosis او هایپوکلیمیاچی په دماغی انساجوکی د اذیما سبب کیری رابنکاره کیری - همدایول توکسیکی منشای دسرو په حاده اذیما (پرسوب) کی موجودی چی په معمول ډول دخیگر په حاد نیکروزیس کی په ترمینل فاز کی چی د انساجو په بین الخلائی اذیمائی میکانیزم سره راپیدا کیری هم موجود وی.

همدارنگه اکثرأ عصبی جراحان په دماغ کی د اذیما موجودیت په ریوی (سرو) اذیما کی هم مشاهده کوی - چی د هغی میخانکیت په Reflexia پوری مربوط

پینخلسم فصل

دخیگر په ارگانیک تغیراتو کی چی دکبدی حجراتو په داخل کی دتغیراتو سبب گرخی چی په نتیجه کی دفسفورس د oxidation سطح راتیوی - دپروتینونو کموالی یا HypoProtenemia هم را اظهاریری او په خاص ډول دپروتینی فرکشنونو تناسب خرابیری یعنی (دالبومین د مقدار کموالی او دگلوبولین لوړوالی او خاصتاً د α او β فکتورونه).

د Prothrombin داندازی او دتحر دنوروفکتورونو کموالی هم مشاهده کیدای شی چی دلته پتالوژیک Hypocoagulation تمایل راپیدا کیری او کیدای شی چی داخل د او عیو کی دوینی تحثر او نور د Coagulation تغیرات رامنخ ته کیری - د فاسفورس د oxidation دپروسی نهی کول په Hepatocytosis کی د ATP دتشکیل پروسه کموی چی په حجراتوکی دانرژی دتولیداندازه کمیری چی له دی کبله په کبدی حجراتوکی دغشاء دنفوذیه قابلیت تغیرات رامنخ ته کوی - چی په نتیجه کی دبدن دالکترو لایتونو تغیرات راپیدا کیری.

د Lysosome دغشماؤ فیت (دلایزوزوم انفجار) چی په 1969 میلادی کال کی د Duve پواسطه کشف شو چی دایر مهم ارزښت لری چی په ویروس پوری هیخ اړه نلری چی دسایتوپلازم د Active Hydrolytic انزایمونو د وتلوسبب کیری چی په اخرکی دکبدی حجراتو دنکروز سبب کیری . بایدوویل شی چی دکبدی حجراتو Cytolysis دمسیف نیکروز زیاتوالی د

پینخلم فصل

چی په اکثره واقعاتو کی ورسره پرمختللی بیرقان ملگری وی (ولی کیدای شی چی پیداشوی زیروی خفیف هم وی)



(29) نمبر فوتو _____ Hepatic Coma Patient
هغه کلینکی اعراض چی دویروس دوخیم شکل Hepatitis لپاره پیروصفی دی په شدت سره راپیدا کیږی لکه: (Anorexia, Headach, Adenamy)

پینخلم فصل

بولی - امکان لری چی په کیدی نکروز کی کوموناروغانو ته چی دماغی اذیما پیدا شوی وی کیدای شی چی په Reflexia ډول په سږو کی هم اذیما شروع شی .

دوینی په دوران کی د تحثری تشوشاتوپه رامنځ ته کیدو سره کیدای شی چی Hemorrhagic او Hypovolemic شاک راپیدا شی - Hypovolemic او Hypotonic حالاتو کی اکثر وخت د کلثی عدم کفایه منځ ته راځی لاندی تغیرات په یو بل پسې راپیدا کیدای شی :

- تغیرات په Acidobase بلانس کی تغیرات د عضویت په اوبو او الکترولایتونو کی.
- تغیرات په تحثری سستم کی په دماغ اوریتانوکی انکشافی (پرمختلونکی) اذیما.
- دکبدحاده عدم کفایه چی د کبد د حادی عدم کفائی په پتوجنستی شمه کی تری په بڼه ډول ذکر شوی دی.

دکبدحادی عدم کفائی دکومائی اشکالوکلینکی لوحه

علایم او دهغی وظیفوی تغیرات او له بلی خوا عصبی او سایکولوژیکی سریع السیر مشکلات په دی کی رابنکاره کیږی.

دویروسی Hepatitis ناروغانو کی ذکر شوی علایم په سرعت سره د انتانی Intoxication سره یو ځای رابنکاره کیږی.

پینځلسم فصل

– د کبډ Toxic Infection انسفالوپټی عصبی اوپسشکی تغیراتو راپیداکیدل چی دا تغیرات په څلورو فازونو کی په مسلسل ډول په Pre coma او Hepatic coma کی محدودیږی.

– مخبره مرحله چی دلمرنی تشوشاتو په Precoma کی راپیداکیږی لکه نیورولوژیکی اوپسشکی.

– دکوما تهدید کونکی مرحله Stupor یا (Coma).

– د Deep Coma مرحله د Areflexia سره. داسی ذکر شوی اساسی اعراض چی په ذکر شوی تابلو کی منعکس کیږی لکه دشعور انکشافی او Progressive تغیرات مخصوصاً رعشه او Electro encephalography بدلونونه چی په خاص ډول په خپل Combination کی د کبډی کوماپه رابنکاره کیدوکی نمایندگی لری رعشه یالرزه دلاسونوپه اوږدونیولوکی په واضح ډول لیدل کیږی چی دا حرکات څو ثانثی دوام کوی او وروسته له وقفی څخه بیابیا په غیر منظم ډول تکراریږی.

د Cordination دلمرنی تغیراتو دپیژندلو لپاره چی په خپل وخت سره معلوم شی لازم دی چی ځنی وظیفوی ټیستونه اجراء شی لکه په کاغذ بانندی خط لیکل، دگوگرد دپلټو څخه ساده هندسی اشکال جوړول او داسی نور.

دوخیم هیپټایټیس کلینکی شمه چی دنیورو پتالوژیکو پروسو دضمیمه کیدو له امله ډیر بدلون کوی مثلاً دماغی اذیما (پرسوب)، دپښتورگو عدم کفایه، دمعدی معانی سیستم پراخه خونریزی او

پینځلسم فصل

Hypotany، دقلبی اوزونو Deafness یا کونوالی، دبطن توسع (Destenion) او Intestinal Paralysis دپادولو وړ دی.

دیوریزیس کمیږی په بعضی حالاتوکی داسی وی چی مثانه ډکه وی خودیوریزیس کم وی – دکبډ Massive Necrosis له امله په سرعت سره کبډ Atropy کوی (دکبډ دزوب کیدو علایم) د کبډ دتیکی یا توتی په شان نرم او خمیر ډوله کیږی او لاندی څنډه ئی جس کیږی دناروغ د خولی څخه مخصوص کبډی بوی چی د Hepatic coma لپاره ډیر وصفی دی او تشخیصی ارزښت لری راوخی – چی دپروتینونو د تجزیی او پیشرفت څخه او د Dimethyl Mercuptan دتشکیل څخه همدارنگه Dimethyl sulphat و غیره منخ ته راخی.

دوخیم Hepatitis اعراض په لاندی ډول دی:

– Necrotic دردونه په بنی خوا تحت الضلعی کی.

– دوجود دحرارت ددرجی لوړوالی.

– د ESR داندازی لوړوالی Leucocytosis په خاص ډول Nutrophilia دا اعراض ځنی وخت دکبډی اتروفی او مخصوص بوی چی پورته تری یادونه شوی – دپیداکیډو څخه مخکی منخ ته راخی – همدارنگه دو عایي Prograsive عدم کفایه او کلیوی عدم کفایه چی دانزار له نظره ډیر خطرناک دی راپیداکیږی.

– د DBC په داخل داوعیو کی د دیسی منیشن سیندروم یا سندروم تحتر دیسمنی په داخل داوعیه کی

پینخلسم فصل

لپاره دمثنانی اورگونو Catheterization ته ضرورت پیداکیری.

لابراتواری معاینات

دوخیم وایروسی Hepatitis په ډولونو کی لاندی معاینات باید اجرا شی :

– دازاداو ترکیبی بیلیروبین معلومول په وینه کی

Direct او Indirect .

– د Aminotransferas انزایمونو تعینول .

– د پروتین او دهغی د اجزاو معلومول .

دامعاینات په عمومی ډول سره دنورو ناروغیو په تفریقی تشخیص کی اجرا کیری – دناروغی په ارزیابی او کبدی کوما په معلومولو کی روتین تیسټونه ډیر اهمیت نه لری – دنورو معایناتو لکه Coagologram داندازی کموالی اکثرأ مخکی د کبد د Massive Necrosis څخه منځ ته راځی . د ځیگر د عدم کفائی په Intensive کنترول کی باید Dynamic کنترول د تیزابی او القلی بلانس او همدارنگه د بدن داوبو او الکترو لایتونو کی صورت ونیسی .

د Precoma په مرحله کی ځنی بدلونونه د داخل الحجروی معایناتو په ترکیب کی لیدل کیری مثلاً د K کموالی – د Na زیاتوالی دا ارزښت د Na⁺ او K⁺ د جذب په میکانیزم کی اساسی رول لری .

د پوتاشیم اندازه د وینی په سیروم کی هم یوه اندازه کمیری او Precoma کی ځنی بدلونونه چی د Acido Base سیستم کی رامنځ ته کیری چی تنفسی الکولیزیس کی مطابقت کوی چی وروسته په

پینخلسم فصل

دنورو انتاناتو د ضمیمه کیدلو پوری مربوط کیدای شی – په ذکر شوو حالاتو کی په راپیدا کیدو سره دمرض شدت نور هم زیاتیری او Prognosis ډیر وخامت ته ځی .

د 27% څخه زیاته دماغی ادیما لیدل کیری د دماغی پرسوب تشخیص دکلینکی اعراضو له مخی تعین کیدای شی د دماغی سحایاوود تحروکیت اعراض رابنکاره کیدل دمخ دشعریه عروقو (Capillaries) هایپریمیا تقلصی فایبریشن، دسترگو د حرکاتو تغیرات ، دتنفسی سیستم پرمختللی تغیرات ، دوینی د فشار لوړوالی ، دهضمی جهاز پرمختللی خونریزی نظر اختلاطاتو ته لوړه فیصدی 21% تشکیلوی .

په اساسی ډول دهغه په رابنکاره کیدو کی دوینی دتحرر پرمختللی بدلونونه رول لری – چی د تاللی (ثانوی) انتاناتو له امله چی دکبدی کوما لپاره مساعدکونکی فکتورونه دی ډیر مهم رول لوبوی چی اکثرأ په کبدی کوما کی Pneumonia راپیدا کیری. اوپه بعضی وخت کی ددی Pneumonia علت aspiration وی چی د aspiration Pneumonia په نوم هم یادیری .

پدی وخت کی د غازاتو په تبادلله کی تغیرات راپیداکیری لکه Hypoxia، hypoCopnea چی د همدی کبله د عصبی مرکزی سیستم وظایف نهی کوی.

Pneumonia دکبدیه پیشرفته عدم کفایه کی د Pulmonary Edema سره یوځای وی-او کیدای شی چی septic حالت هم منځ ته راشی-چی ددی

پینخلم فصل

– دماغی عدم کفایه دنبنو او علایمور ابنکاره کیدل البته په Precoma کی. چی دلته دهرڅه دمخه تغیرات د Prothrombin Index تیتوالی دی. په دی او اخیرو کی په ثبوت رسیدلی ده چی 4-5 واری د Phosphotase انزایم زیاتوالی دتیزابی فعالیت لوړوالی په وینه کی د کبدی حادی عدم کفائی څخه منځ ته راځی – کیدای شی چی ددی مطلب څخه د Hypothergy په عواقبو کی په تیوریک ډول استفاده وشی.

Intensive Therapy of Acute Hepatic Failure

تر اوسه پوری Viral Hepatitis او په خاص ډول Viral Hepatitis B ایتوتروپ تداوی موجوده نه ده له دی کبله چی همیشه په وخیم ډول د کبد Massive Necrosis سره یو ځای سیر کوی په تداوی کی اساسی وظیفه داده چی د هغه بدلونو څخه چی په دی مرض کی راپیداکیږی باید د هغوی څخه مخنیوی وشی چی وخیم او وژونکی حالت منځ ته راوړی.

تداوی Treatment

جدی یا Intensive تداوی د Hepatitis د Comatouse د مختلفو فورمونوپه اساس شروع کیږی. هغه کومپلیکسی تداوی چی د معائی Auto intoxication دجلوگیری لپاره نیول کیږی ډیرلوی اهمیت لری (دغذائی پروتینونو محدودول، دمعدی لواژدهغه پروتینونو د جذب دمخنیوی په خاطر چی دوینی دتجزئی څخه منځ ته راغلی وی په Gastro Intestinal Bleeding سیفونی عماله، دهغه

پینخلم فصل

الکلوزیس یا میتابولیک اسیدوزیس چی په لکتیک اسید تبدیلیری ارتباط نیسی. الکلوزیس په خاص ډول په وخیمو یا هغه ناروغانو کی چی په هغوی کی دماغی اذیما موجوده وی لیدل کیږی. او کچیری داسیدوزیس بلانس دمعالج ډاکترانو لخوا په نظر کی ونیول شی داسی تغیرات چی کبدی کوماته نور هم شدت ورکوی منځ ته راځی. دالکلوزیس په موجودیت کی دامونیا توکسیک خاصیت ډیر لوړیږی او دوینی PH نور هم تیزابیت ته بیائی یعنی د Metabolic Acidosis سبب گرځی. چی د کوما د لا زیات عمیق کیدو سبب کیږی. د کبد Massive نکرور او دکوماتهدیدکونکی عواقب د ځیگر د عمیقی کوما په مرحله کی Motility د %85-90 په حدودو کی وی – دبلې خوا کله کله داسی هم لیدل شوی چی ډیرد %95 څخه دوپروسی هیپتاییتیس په وخیم سیر کی کوما منځ ته راځی – او اخیری نتیجه ئی هم بڼه وی نو مونږ دی ته مجبور یو چی د نکرورتهدید کونکی فکتورونو په مقابل کی په جدی ډول مقابله وکړو کوم چی په دی مقابله کی کامیاب شو تاسی شاید په دی کی زما سره هم نظر واوسی چی دکوما څخه مخنیوی ډیر اسان دکبدی کوما دتداوی څخه دی. دواپرال هیپتاییتیس کلینکی او لابراتواری انالیزونه رابنای چی د A.Hepatitis Failure مهمی معلوماتی نینی دا دی:

– د Prothrombin Index راتیتیدل د %60 څخه کم.

ورته په لازمه یا معینه اندازه توصیه او تطبیق شی او په ډیر جدیت سره ناروغ د Intensive Therapy په وخت کی تر کنترول لاندی وی او امکانی اختلاطاتو څخه لکه Hyperhydration څخه مخنوی وشی ځکه د مایعاتو Hyperload په صورت کی وخیم اختلاطات رامنځ ته کیدای شی .

Infusion معمولاً په قطره ئی (Dropping) ډول دمرکزی وریدی Cathetrazation پواسطه اجرا شی . اگر چی په اوس وخت کی د knola تطبیق زیات ارزښت لری .

Viral Hepatitis په وخیمو اشکالو کی د انفیوژن تداوی په جریان کی هغه مهم اختلاطات جی په پراکتیک کی ډیر راڅرگندیږی لکه د گلوکوز دمحلولاتو د زیات تطبیق څخه – نو که دی کار ته ادامه ورکړ شی او الکترولایتونه ورسره یو ځای نه شی نو یو څه وخت وروسته به د K^+ دکموالی علایم رابنکاره شی.

نو دلته پکارده چی هغه محلولات استعمال شی چی دهغوی په ترکیب کی گلوکوز %5-10، پوتاشیم کلوراید 1-2gm، انسولین د 5-10 واحد په اندازه په یولیترمقطر او ابوکی چی پایروجنیک مواد ونه لری تطبیق شی .

Corection of Hypoxia :- دلته باید هایپرباریک Oxygenation څخه چی دمخصوصو خیموڅخه استفاده کیری تطبیق شی یعنی O_2 دجگ فشار لاندی مریض ته تطبیقیری چی ډیر اهمیت لری – چی دتطبیق طریقه ئی د 40 دقیقو لپاره د 8-12 ساعتونو په وقفه د 7.6 اتموسفیر فشار لاندی تطبیقیری.

وسیع الساحه انتی بیوتیکونو تجویز چی د هاضمی جهاز څخه ښه نه جذبیری مثلاً neomycin د ورځی 4-5 گرامه د معائی فلورا دله منځه وړلو په خاطر)

همدارنگه په اثبات رسیدلی ده چی د مورفین، Barbitoruts، Aminazin حتی چی په ډیر کم دوز سره هم د Coma او یا pre coma سبب کیری. نو له دی کبله دتهپوجاتوپه وخت کی چی په Pre Coma حالت کی راپیدا کیری د ډاکترانو لپاره مشکلات راپیدا کوی .

چی په دی ډول واقعاتو کی لاندی دوه دواگانی ډیر انتخابی ارزښت لری :

Diazepam او Sodium oxy Buturates .

همدارنگه د ډیوریتیکونو مستحضرات په ډیر احتیاط سره باید تطبیق شی او د K^+ کموالی او یا Hypokalemia الکوزیس چی دامونیا د تجمع سبب په وینه کی او وروسته داخل د حجری او بیبا neurocytes ته داخلیری .

نو له دی کبله د ډیوریتیکونو په تجویز کی د سیروم K باید مخکی تثبیت شی .

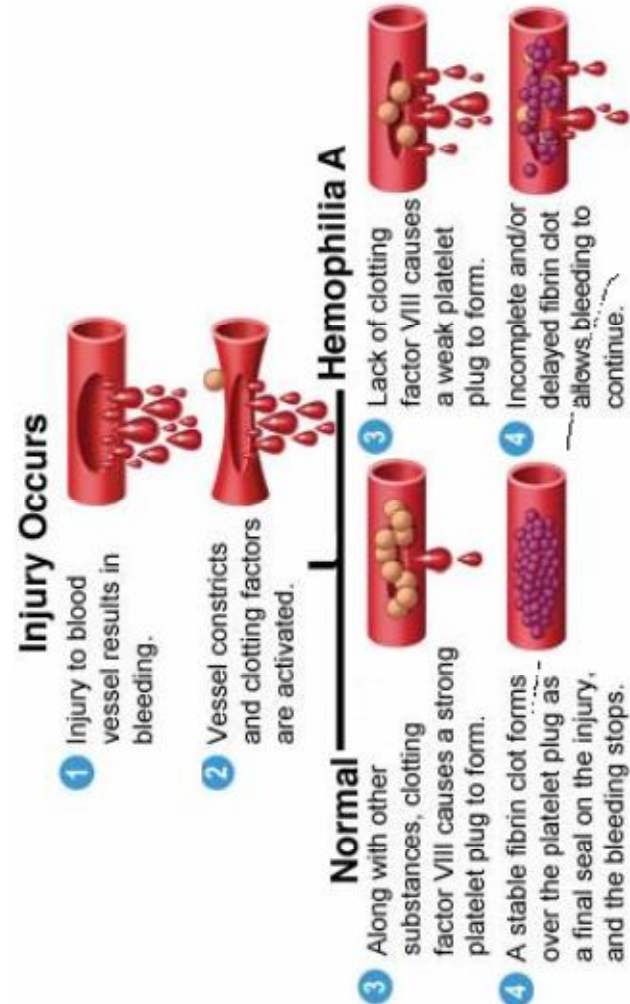
داخل وریدی تداوی IV Treatment

دمناسب محلول انتخابول د Infusion زرقیاتو لپاره دالکترولایتونو دتغیراتو Corection او داسیدوزیس تغیرات په نظر کی نیولو سره باید هایپوولیمیا او هایپوکلیمیا باید تامین شی او په قسمی ډول د Parenteral دلاری غذا باید توصیه شی .

دناروغ همه جانبه کنترول د ناروغی په جریان کی په نظر کی ونیول شی او لازم وریدی محلولات

پینخلم فصل

فکتورونو اعاده او د معدی معائی مخاط محافظه وشی .



Lack of Coagulation Factors
(15) نمبر شکل

دمعاوضوی تداوی په مقصد باید تازه وینه (Fresh Blood) مریض ته تطبیق شی - او

پینخلم فصل

په دوهمه ورځ دوه سیانسه د 60 دقیقو لپاره د 1.8 اتموسفیر تر فشار لاندی - او په دریمه ورځ یو سیانسه د 60 دقیقو لپاره د 2 اتموسفیر تر فشار لاندی تطبیقیری.

په همدی ډول د اکسیجن دسیانس اندازه دمرض په وخامت او د O₂ په ضرورت پوری ارتباط لری.

دتالی انتاناتو په مقابل کی مبارزه

ددی ناروغی په جریان کی که کوم بل انتان ضمیمه شی باید ډیر ژر وپیژندل شی- نو باید ډیر ژر د لازم انتی بیوتیک په شروع سره اقدام وشی او هم باد توجه وشی چی انتخاب شوی انتی بیوتیک Hepatotoxic تاثیرونه لری .

په عموی ډول سره دانتی بیوتیکونو استعمال د poly Synthetic Pencillium وی لکه: Ampicilin, Carbenicillin او داسی نور- همدارنگه د ناروغ په تاریخچه کی باید ددهغوی په مقابل کی حساسیت موجود نه وی او انتخابی دوا وی او دوردی لاری څخه باید تطبیق شی.

پروکتوز، تشخیص او تداوی ئی

دمعدی معائی Massive خونریزی تداوی ډیره مشکله ده چی په اول کی باید ددی اساسی منشا معلومه شی مثلاً: Hypo Coagulation او یا DBC-Syndrome موجودیت باید ډیر ژر معلوم او په ډیر جدی ډول لازمه تداوی شروع شی .

په هغه وخت کی که دخونریزی علت Hypo Coagulation وی یعنی هرکله چی په کلینیک کی دتحرر Desimenation - اعراض موجود نه وی. نوپه دی وخت کی لازم دی دCoagulation

دلته باید ذکر کړو چې دځیگر په عدم کفایه کی دکبدي حجراتو ممبران په Stibilization کی د Gluco Corticosteroid او Anti oxidants تطبیق ته تمایل وکړو.

چی ددی جملی څخه prednisolon د 20-30mg/kg وزن د بدن ناروغ ته په یو شپه او ورځ کی توصیه شی .

او د lysosomsomal انزایمونو د بلاکدکولو لپاره Contrecal, trasylol یا Gardox چی دری واره یو شی دی د ورځی 20-40 زرو واحدو پوری تطبیق شی او د Fibrenolase کموالی او خونریزی افسیلون (Epsilon) او Amino Capronic Acid څخه د 100cc په اندازه تطبیق شی – البته په 24 ساعتونو کی د IV لاری دورځی دوه ځلی.

دځیگر د خرابو شوو وظیفو موقتی بدلون

دځیگر د عدم کفائی په تداوی کی دوینی قسمی بدلون اویاتازه وینه ورکول اویاتازه سترات وینه چی ډیره موثره ده باید ناروغ ته ورکړشی. سترات د Corection دوقائی په خاطر او د Micro Cercolation دتغیرو اتو دکنترول لپاره ډیر مهم او یو ضروری عمل دی چی په موقتی ډول د ځیگر د عدم کفائی د عوض کولو لپاره ډیر مهم میتودونه په اوس وختونو کی موجود دی – چی یو دهغوی څخه Heamosorbition دی چی په دی اوخرو کی ئی ډیره توجه ځان ته رارولی ده چی په دی میتود کی دوینی

transfusion دتازه پلازما (FFP) او Thrombocytes تطبیقول استطباب لری . دمعدوی مخاط محافظه دوینی د جذب سبب کیږی. چی د خونریزی په وخت کی د معدی دپاسه یخ تطبیقات او د خولی د لاری د یخ تطبیقول هم ډیره فایده لری .

د Acid Amino Capronic او نور Heamostatic دواگانو تطبیق ډیر ارزښت لری او د معدوی مخاط دمحافظی لپاره باید د انتی اسید او H2 Blocker د مستحضراتو څخه باید استفاده وشی لکه : Cemitidin, Ranitidin, Famotidin او داسی نور – او د هغه DBC د موجودیت په صورت کی د Repolyglucin انفیوژن څخه باید استفاده وشی ځکه چی د Capillaries یعنی دشعریه او عیو دوینی دوران ښه کوی او دسرو کرویاتو لزوجیت کموی .

د DBC په لمړنی مرحله کی د Heparin تطبیق استطباب لری او د Hyper Coagulation مرحله کی چی دوینی دتختر وخت کم وی (CT) وی. د 4-6 دقیقو او Recalcification وخت د 50-70 ثانویو پوری د خونریزی وخت کمیری د 1.2-2 دقیقی د Thrombocytes تعداد زیاتیری. د 400000-800000 پوری رسیږی او دهیپارین 5000 واحده د دری ورځو لپاره باید تطبیق شی – او دتداوی په جریان کی باید دکلیوی عدم کفائی تداوی هم په پلان کی شامل وی – ځکه چی د پینتورگو عدم کفایه هم د ځیگر د عدم کفائی سره ملگری کیږی. د انفیوژن دتداوی په عدم موثریت کی یواځنی لاره Heamodialysis اکسترپورال وصول دی او یا Peritoneal Dialysis دی.

4. دپنټورگی مکمل Decompensation حالت کی.

باید په یاد ولرو چی د انتانی Hepatitis ناروغانو کی چی د هیموراژیک سیندروم راپیدا شوی وی لمړنی اندازه د Heparization د 10000Iu څخه زیات نه شی .

په Hemosorption کی لازمه ده چی په ډیر سرعت د Perfusion 100cc/min یعنی په دوه ساعتونو کی 10-15/Liters وینه (2-3) برابره د دورانی وینی د حجم په اندازه) باید اجرا شی .

نن د Viral Hepatitis په تداوی کی د interferon او Adenosin orabenzid-5mono Phaspat یعنی aseclofer څخه استفاده کیږی چی د Hepatitis د مزمن حالت څخه جلوگیری کوی - چی دنړی په پرمختللو مملکتونو کی فعلاً د امادگی او تجربی لاندی دی - مگر په نتیجه کی باید وویل شی چی تر اوسه د جهان په ډیرو پرمختللو هیوادونو کی د ځیگر د حادی عدم کفائی Intensive Therapy په پراکتیک کی د جهان په طبی مرکزونو کی موجود نه دی دوفیاتو فیصدی سره د تداوی په specific میتودونو سره چی نن په نړی کی صورت نیسی ډیره ده یعنی تقریباً %85-90 پوری رسیږی.

Detoxication یعنی دوینی څخه د توکسینونو د جذب کولو ډیر طاقت لری . په ډیرو عصری او مدرنیزه روغتونو کی موجودی تری استفاده کیږی - مگر دکوماڅخه ویستل ددی میتودپه واسطه امکان لری . د Therapeutic Hemosorption امکاناتو په ارزیابی کی یونه بلکه زیات Cerebrotoxic Agents باید په یاد کی ولرو - همدارنگه په اثبات رسیدلی دی چی بعضی توکسیکی مواد دځیگر په پرمختللی حاده عدم کفایه کی په وینه کی جمع کیږی چی دلته د Hemosorption میتود کومک کولای شی . په لاندی حالاتو کی د Hemosorbation میتود څخه استفاده کیږی:

- د Endogenic Intoxication Syndrome کموالی.

- د Bilirubinemia کموالی د 2-3 ورځو لپاره د Hemosorption څخه وروسته .

د Hemosorption مضاد استطباب

Contra Indication of Hemosorbation

1. پرمختللی هیموراژیک سندروم: ډیرو ترومبین انډیکس په کموالی کی د %30 څخه ډیرو ترومبین د اندازی کموالی د $150.0 \times 10^9 / \text{Lit}$ (150.000).
2. دمعدی معائی دخونریزی د علایمو بڼکاره کیدل.
3. دناروغ په ډیر وخیم حالت کی .

پینخلسم فصل

دیری کوما او د کبدي کوما مراحل

Stage of precoma and Hepatic coma

تغیرات په ECG می	ریشه	نیورالوژیکي او اوپسیکولوژیکي حالت	تصویر	Phas
اکثرأ موجود نه وی	په متوسطه اندازه موجود وی	پرمختللي Asthenia. دناروغ Emotional حالاتو بدلون (Ephoria) دغم او ویری احساس اوبال اخره په مرگ محکومیت) بی حالی مشوش حالت، دخوب خرابوالي او Vegetitive بدلونونه لکه ضعف، سرگرځینه، په لیدو کي خروالي په غوړونو کي برنگس او فازه د Cordenation تشوشات، په خط لیکلو کي بدلون، دگوگردپه پلتوساده هندسی اشکال نه شی جوړولای اوداسی نور	دشعور موقتي خرابوالي	Precoma-I مخبره فاز
ډیر پرمختللي وی	په شدید ډول موجود وی	د Stuper حالت، دشعور خرابوالي په تکراری ډول موجود وی، توازن یا Cordenation موجود نه وی، خبری او کرنی په Monotone ډول وی، صرف یو واری تکراروی periodec تقلصات او وتری ریفلکسونه یا کم وی چي اکثر احاد پسیکوموتور ، تهیج موجود وی اودروشنی په مقابل کي حدقي جواب نه وانی	دشعور خرابوی	Precoma-II کوما دتهدید فاز
ډیر پرمختللي وی	-	Reactions دتنبهاتوپه مقابل کي قوی وی دنهياتو Regidity یا سختوالي موجود وی Mydresis د حدقو لیدل کیږی، پتالوژیک ریفلکسونه مثبت وی، دکلمو اتونیک حالت موجود وی، بولي تغیرات او عضلي تقلصات او تهیوجات ناروغ کي موجود وی.	نه وی موجود	Coma-I بریفکسونو دمحافظی لری
خاموش	-	د Deep Coma سره د Areflexia ، دشعور مکمل نشتوالي دتولو تنبهاتو په مقابل کي	نه وی موجود	Coma-II عمیق کوما

(18) نمبر جدول

شپارسم فصل

- Anti Hypoxants ، sedative مستحضرات او داسی نور.
- 6. د قلبی او تنفسی سیستمونو د عدم کفایي تداوی او وقایه .
- 7. ددماغی توکسیکی اذیما وقایه او تداوی.
- 8. د Bacterial اختلاطاتو وقایه او تداوی.
- 9. دپروتین دقندونو او د انرژي دتامین ریگولیشن یاتنظیم).
- 10. D Detoxication وصفی میتودونه (Lympho, Hemosorption, Sorbition د Perotonal, دمعدی لواژ د Extracorporeal د عملی اجرا).
- 11. oxygenobaro Therapy.
- 12. Craneo-Cerebral hypothermy (د سردپاسه د یخ تطبیقول).

دخیگرد عدم کفایي د

intensive تداوی Specific میتودونه

- 1. هغه میتودونه چی په پراکتیکی استعمال کی هدایت ورکول کیږی:
- دوینی د بدلون عملیات، پلازموفوریزیس، هیموسوربشن.
- Hyper Baric oxygenation.
- 2. هغه میتودونه چی په دی ورستیو وختونو کی دتهیه کیدو او تجربی لاندی قرار لری:
- Cranial Cerebral Hypothermy.
- Tramumblical Infusion مستحضرات.
- Serum Anti Lymphocytes.
- دلمف د مایع برخی لری کول (جداکول).
- Extra corporal Hemodialysis.

شپارسم فصل

Viral Hepatitsd مریشانو

Intensive Therapy

- دخیگردحادی عدم کفایي د Intensive تداوی اساسی تدابیر:
- 1. دغشاؤ Stability، د داخل الحجروی انزایمونو بندول او د عضویت desinsibilization.
 - د Glucosteroid استعمال.
 - د Proteas Inhibitors مستحضراتو تطبیق.
 - دانتی هیستامینیک مستحضراتو تطبیق.
 - 2. Non Specifec desintoxication .
 - د Auto intoxication کمول.
 - د Perfusion مستحضراتو تطبیق.
 - د Desintoxication په خاطر.
 - د Neutrilyzation موادو مستحضرات چی د Cerebrotoxic د موادو د خنثی کیدو او یا بی تاثیره کیدو په مقصد استعمالیږی.
 - 3. داوبو او الکترولایتونو د بلانس کوریکشن او (او قلو ی بلانس).
 - دپوتاشیم او یا گلوکوز مستحضرات – Buffer محلولات لکه: Inhibitors, Corbo Anhydrase او داسی نور.
 - 4. دوینی دتختری سیستم دتغیراتو کوریکشن.
 - د وینه، پلازما، Fibrogen، Inhibitors، Prothease، Fibrinolysis (د انهیپیتورونه).
 - 5. وقایه یا Prevention : او د Hypoxia څخه دمخنیوی تدابیر .
 - Inhibitor of oxygen .

شیارسم فصل

د Hepatitis دوخیمی درجی دمریضانو نینی او علایم په خواناتو کی :

د ناروغ عمومی وضع نظر د مریضی شدت او درجی ته			کلینکی او لابراتواری علایم
شدید	متوسط	خفیف	
+	+	±	ضعیفی (Malaise)
+	±	-	په آرام حالت کی دسرگر حیدل
+	±	-	داشتها (Apetate) نشتوالی
+	+	±	زړه بدوالی یا Nausea
+	±	-	استفراغ (Vomiting)
+	-	-	Hemorrhagic Syndrome
172 څخه لوړ (10.1MG)	87-171mkcm (5.1-7mg)	86mkcm (5)	Bilirubin Michromol/Liter بیلیروبین په مایکرومول فی لیتر
د 55% څخه کم	55-60	د 60% څخه لوړ	Prothrombine Index %

(16) نمبر جدول

د Viral Hepatitis د دوخیمی درجی مریضانو نینی او علامی په خواناتو کی :

د ناروغ عمومی وضع نظر د مریضی شدت او درجی ته			کلینکی او لابراتواری علایم
شدید	متوسط	خفیف	
100mg یا کمتر	100mg څخه لوړ	100mg څخه لوړ	Cholestrol mg%
د 1.2 څخه کم	1.4-1.21	د 1.5 څخه لوړ	0.1% ملی لیتر بسلیمه

(17) نمبر جدول

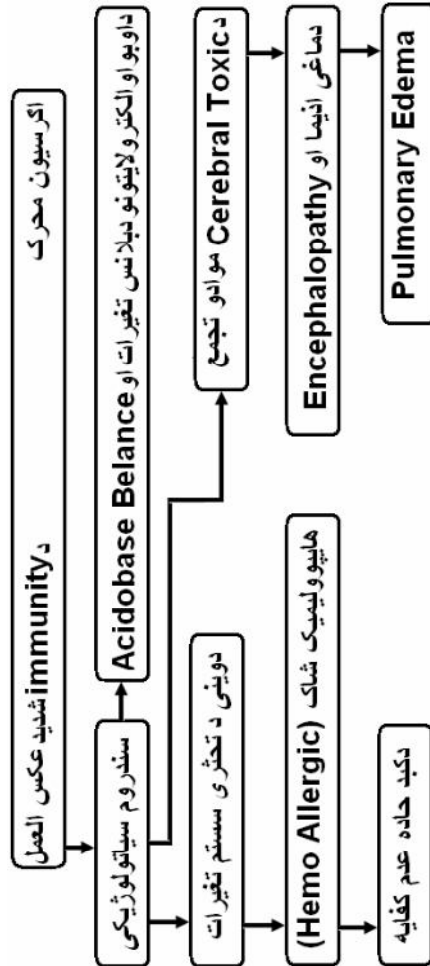
شیارسم فصل

- دانسان او حیوان په مابین کی Extracorporal اتصال.

دخیگر Outo یا Hetrotopic transplention یا تبدیلول.

دخیگر دحادی عدم کفانی پتوجنیزیس

Pathogenesis of Acute Hepatic Failur



(6) نمبر گراف

شپارسم فصل

د کتاب په دی برخه کی هغه دواگانې چی د ویروسی Hepatitis په درملنه کی تری استفاده کیږی په مختصر ډول راجمع شوی دی او د لوستونکو دپوره معلوماتو لپاره په مختصر ډول تشریح شوی چی استفاده تری وکړی اگر چی په کتاب کی د Hepatitis د هر ډول د تشریح په اخر کی لازمه تدای او د هغوی غوره میتودونه د علمی معیارونو په مطابق په خلاصه ډول لیکل شوی هم دی:

هغه ویروسونه چی دخیگر دالتهاب سبب گرځی عبارت دی له: A, B, C, D, E چی دپتوجنیزس لکه ویش او هیپاتوسایتونو تخریب له نظره یو له بله سره توپیر لري .

دپورتنیو ویروسونو له ډلې څخه B او C په زیاته پیمانته د ځندنې Hepatitis، سیروزس او دهیپاتوسیلولار کارسینوما سبب گرځی. ویروسی ناروغی په ځانگړې توگه ایډز HBV او HCV اوس دځانگړې پاملرنې وړدی. ددی ناروغیو دانتقال دمخ نیوی لپاره ډیری روغتیایي بڼوونې سرته رسیری .

د یادونې وړده چی دا ناروغی په مختلفو طریقو سره انتقال مومی ، چی د وینې دانتقال په وخت کی هم یو انسان څخه بل انسان ته سرایت کوی ، چی دویني ورکونکی د وینې ازموینې باید اجراشی .

دا دواگانې عبارت دی له :

1. **Interferone** :- انترفیرونونه تحریکونکی پروتینونه دی چی د تی لرونکو دحجروپواسطه جوړیری. او اوس د Recombinant DNA تکنالوژي دلاری هم په لاس راځی او دري ډولونه ئی پیژندل شوی دی الفا، بیټا او گاما .

شپارسم فصل

Hepatitis دویروسونو اساسی منظره

Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C	Hepatitis D	Hepatitis E	
Enterovirus	Hepadema virus	Flavi virus	Incomplete Virus	Caliciviruses	Virus Group
RNA	RNA	RNA	RNA	RNA	Nucleic acid
27nm	42nm	30-38nm	35nm	27nm	Size (diameter)
2-4	4-20	2-26	6-9	3-8	Incubation period په هفته
Yes	No	No	No	Yes	Spread (faeces)
Uncomm	Yes	Yes	Yes	No	Blood
Yes	Yes	Yes	Yes	No	Saliva
Uncomm	Yes	Uncomm	Yes	?	Sexual
No	Yes	Uncomm	Yes	No	Vertical
No	Yes	Yes	Yes	No	Chronic infection
Vaccin	Vaccin	No	Prented By Hep.B vaccin		وقایه Prevention
Immun Serum globulin	Hyper Immun Serum globulin	No	Prented By Hep.B vaccin	No	Passive

(18) نمبر جدول

شپارسم فصل

توپیر موجودې - جذب ئې دپوستکې او عضلې دلارې ورو صورت نیسي . د بدن څخه په پښتورگو کې دپروتینو لایتیک هایدرولایزس دلارې حذف کيزي . ددې دواعادې بڼې په اونۍ کې درې ځلې اويا هره ورځ تطبیقيزي . د انترفيرون Pegylated شکلونه (چې پولې اتلین گلايکول ورسره یوځای شوې وي) په اونۍ کې یو ځلې تطبیقيزي .

کلینیکي استعمال -

انترفيرون الفا د لامې ودين سره یو ځای او یا یوځای د ځنډني Hepatitis B په درملنه کې ورکول کيزي .

کله چې د ريبا ورین سره یوځای ورکړل شي نو دا خطر ډیر کميزي . چې حاد Hepatitis C په ځنډني شکل بدل شي .

Pegylated شکلونه ئې د ريباورین سره یو ځای د Hepatitis ددرملني لپاره یوستاندر رژیم دي .

اړخيزي اغيزي :-

دمعدې اوکولموتو خريش، فلوته ورته سندروم (Flu Like Syndrome)، نیوتروپيني،دتوجه ورسترتيا، عضلې دردونه، دویبښتانو تویدل، داوریډلو دحس موقتي له منځه تلل، اوتایرویدغدي ستونزې، دماغې پراگنده گي، او خطرناکه انحطاط .

د درملو سره متقابلې اړیکې :-

که تیوفالین ددې دوا سره یو ځای تطبیق شي نو په سمې توگه یې تراکم منځ ته راځي .
که دا دوا د نورو هغو درملو سره چې د هډوکو دمغز دانحطاط سبب گرځي (لکه زیدوودین) یوځای کارول شي نو دهغې د شدت یازیاتوالي سبب گرځي .

شپارسم فصل

کرنه :- که څه هم په پوره توگه ئې داغيزي میخانکیت څرگندنه دي خو بیا هم دکوربه حجرې انزایمونه تحریکوي چې دوی روس د Translation RNA نهې کړي چې په پایله کې ئې دویروس mRNA او tRNA تخریبيزي .

انترفيرونونه دویروسونو ضد او دمعافیتي سیستم تعدیل کونکي اغیزه لري .

دانترفيرونونو د استعمال ځایونه په لاندې جدول کې وگوري .

په لاندې جدول کې دانترفيرونونو د استعمال مهم ځایونه .

انترفيرون گاما	انترفيرون بیټا	انترفيرون الفا
ځنډني گرانولوماتوز ناروغي	راگرځیدونکي ملتې پل سکلیروزس	ځنډني Hepatitis B او Hepatitis C
		دجنسي برخي زخي چې د پاپلوما دویروس له کبله منځ ته راځي
		لوکيما (هیرې سبیل) لوکيما (ځنډني مایلو جنس)
		کاپوسس سارکوما

(19) نمبر جدول

د انترفيرون الفا ځانگړې اغيزې عبارت دي له :

- د کوربه حجرې رايو نوکلایز فعالوي چې له کبله ئې د ویروس mRNA تخریبوي .

- د هغه طبعي حجرو جوړښت ډیروي کومي چې دځيگر منتني حجرې وژني .

فارمکو کنتیک :- د انترفيرون الفا څو ډولونه موجود دي چې د امینواسیدونو په موقیعت کې لږڅه

حجروکي چي د Hepatitis B په واسطه ککړي شوي وي (نسبت هغه حجروته چي د HIV په واسطه منتن شوي وي) او ردداخل حجروي نيمائي عمر لري. يعني د Hepatitis B په واسطه په ککړشوو حجروکي نمائي عمر اوږد وي. نو ددې علت له مخي د Hepatitis B په درملنه کي (نسبت د HIV درملني ته) کم مقدار کارول کيږي . که دادرمل د Hepatitis B په درملنه کي يواځي استعمال شي نو د Hepatitis B وپيش کموي خو 20% مقاوم شکلونه ئي په کال کي منځ ته راتلاي شي. که د Hepatitis B DNA بيا په سيرومو کي وليدل شي. نو په دې صورت کي ئي ددرملني لپاره انترفیرون الفا يا اديفوویر ورکول کيږي .

4. Ribavirin :-

کړنه: دادو ادگن شمير وپرسونو (DNA او RNA وپرسونو) وپيش نهې کوي. چي عبارت دي له : انفلونزا او B، پار انفلونزا، تنفسي Syncytial وپرسونه ، پارا مکيز وپرسونه ، Hepatitis C او HIV څخه دا دوا د گوانوزين تراي فاسفیت جوړيدل نهې کوي او د RNA ډي پي نډينت RNA polymerase نهې کوي .
فارمکوکنتيک :- دخولي، وريداو دايروزول په واسطه تطبيقيږي. که دخولي دلاري ورکړل شي نو دانتي اسيد درملو د تطبيق څخه ډډه وکړي. د پښتورگودلاري خارجيږي . چي دپښتورگو د دندود نيمگرتياو په صورت کي بايد مقدار کم کړاي شي. دادرمل د انترفیرون الفاسره يوځاي د Hepatitis C په درملنه کي کارول کيږي .

2. Adefovir :-

کړنه: دادوا Polymerase Hepatitis B Virus DNA په رقابتي توگه نهې کوي . او د Chain Termination سبب گرځي .

دادوا د Hepatitis B په درملنه کي ديوکال لپاره استعمال شوي وه خو مقاومت ئي په مقابل کي ليدل شوي نه دي .

فارمکوکنتيک :- جذب ئي دخولي دلاري ډير بڼه دي. چي دخورو په واسطه په کي بدلون منځ ته نه راځي. دادوا دپښتورگودلاري خارجيږي. دپښتورگو ددندونيمگر تيا په صورت کي ددوا کم مقدار تطبيقيږي .
کارونه :- دادرمل د Hepatitis B virus وپيش کموي، دځيگر په هستولوژي او Fibrosis کي سمون منځ ته راوړي. خوديادوني ورده چي ددرملني دقطع کيدو وروسته په سيرومو کي د Hepatitis B DNA بيا ليدل کيږي.
 اديفوویر د Hepatitis B په هغه ډولونوچي د لامی وډين په مقابل کي مقاومت ښکاره کوي – اغيزه کوي .

ارخيږي اغيزي :-

په پښتورگوبدي اغيزي لري چي ددوا دمقدار سره تړلي دي . لکتیک اسيدوزس او ديني غټوالي (چي Steatosis هم ورسره وي) منځ ته راوړي .
3. Lamivudine :- دادرمل دايډز درملني لاندې مطالعه شویده. د Hepatitis B په ځنډني شکل هم اغيزه کوي. ديداوني ورده چي په هغو

شپارسم فصل

اړخيزې اغيزې :-

دسستمیک تطبيق په صورت کې هيمو لاتيک انيميامنځ ته راوړي چې د دوا د مقدار سره اړه لري. دايروزول دتطبيق له کبله دقصباتواو Conjunctiva تخریش منځ ته راوړي. دتيراتوجنتیک اغيزه له کبله اميندوارو بنځوته په مطلقه توگه نه ورکول کيږي.

مقدار :-

1000-1200mg په ورځ کې په دوو ویشل شوو مقدارونو ورکول کيږي. لاندی جدول هغه درمل او مقدار ئي چې د ویروسی هپاتیت په درملنه کې استعمالیږي .

Hepatitis B

Interferon alfa-2b	Chronic hepatitis B	5million units once daily or 10million units 3times weekly	Subcutaneous or intramuscular
Adefovir ¹	Chronic hepatitis B	10mg once daily	Oral
Lamivudine ¹	Chronic hepatitis B	100mg once daily	Oral

(20) نمبر جدول

شپارسم فصل

Hepatitis C

1	2	3	4	5	6
Pegylated Interferon alfa-2b	Pegylated Interferon alfa-2a	Interferon alfacon-1	Interferon alfa-2b	Interferon alfa-2a	Interferon alfa-2b
Chronic hepatitis C ¹	Chronic hepatitis C ¹	Chronic hepatitis C ¹	Chronic hepatitis C ¹	Chronic hepatitis C ¹	Acute hepatitis C ¹
40-150 µg once weekly, according to weight	180 µg once weekly	9µg 3times weekly (consider 15 µg 3times weekly if patient relapses or is unresponsive)	3million units 3times weekly	3million units 3times weekly	5million units once daily for 3weeks then 5million units 3times weekly
Subcutaneous	Subcutaneous	Subcutaneous	Subcutaneous or intramuscular	Subcutaneous or Intramuscular	Subcutaneous or intramuscular

(21) نمبر جدول

شپارسم فصل

1. د پښتورگو د پوره دندو د نشتوالي په صورت کې باید مقدار کم کړای شي .
 2. که دناروغ په واسطه تحمل شي نو ريبا ورين د وزن په نظر کې نيولو سره له 1000-1200 ملي گرامه په ورځ کې ورکول کيږي .
- يوشمير دواگانې چې د څيرني لاندې دې عبارت دې له :
- Clevudine, Entecavir —
 - Emtricitabine —
 - Thymosin Alpha-1 او Theradign-HBV —
- پورتنې دواگانې د HBV لپاره د څيرني لاندې دې .
- Boceprevin او Telaprevir د HCV ددرملنې لپاره د څيرنو لاندې دې .
- د Hepatitis B, Hepatitis A او Yellow fever د مخنيوی لپاره Vaccination صورت نيسي— معلومه شوی ده چې د Mesales ناروغانو ته د Vitamin A تطبيق په Mortality کې کموالی راوړی .

Anti viral

Abacavir : Oral (Ziagen): 300 mg tablets; 20 mg/mL solution Oral (Epzicom): 600 mg plus 300 mg lamivudine Oral (Trizivir): 300 mg tablets in combination with 150 mg lamivudine and 300 mg zidovudine

Acyclovir : Oral: 200 mg capsules; 400, 800 mg tablets; 200 mg/5 mL suspension Parenteral: 50 mg/mL; powder to reconstitute for injection (500, 1000 mg/vial) Topical: 5% ointment

Adefovir : Oral: 10 mg tablets

Amantadine : Oral: 100 mg capsules, tablets; 50 mg/5 mL syrup

Amprenavir : Oral: 50 mg capsules; 15 mg/mL

شپارسم فصل

solution

Atazanavir : Oral: 100, 150, 200 mg capsules

Cidofovir : Parenteral: 375 mg/vial (75 mg/mL) for IV injection

Darunavir : Oral: 300 mg tablets (must be taken with ritonavir)

Delavirdine : Oral: 100, 200 mg tablets

Didanosine : Oral (Videx): 25, 50, 100, 150, 200 mg tablets; 100, 167, 250 mg powder for oral solution; 2, 4 g powder for pediatric solution Oral (Videx-EC): 125, 200, 250, 400 mg delayed-release capsules

Docosanol : Topical: 10% cream

Efavirenz : Oral: 50, 100, 200 mg capsules; 600 mg tablets

Emtricitabine : Oral (Emtriva): 200 mg tablets Oral (Truvada): 200 mg plus 300 mg tenofovir tablets

Enfuvirtide : Parenteral: 90 mg/mL for injection

Entecavir : Oral: 0.5, 1 mg tablets; 0.05 mg/mL oral solution

Etravirine : Oral: 100 mg tablets

Famciclovir : Oral: 125, 250, 500 mg tablets

Fomivirsen : Parenteral: 3, 6, 9, 36 million IU vials

Fosamprenavir : Oral: 700 mg tablets

Foscarnet : Parenteral: 24 mg/mL for IV injection

Ganciclovir : Oral: 250, 500 mg capsules Parenteral: 500 mg/vial for IV injection Intraocular implant (Vitrasert): 4.5 mg ganciclovir/implant

Idoxuridine : Ophthalmic: 0.1% solution

Imiquimod : Topical: 5% cream

شپارسم فصل

Indinavir : Oral: 100, 200, 333, 400 mg capsules
Interferon alfa-2a : Parenteral: 3, 6, 9, 36 million IU vials
Interferon alfa-2b : Parenteral: 3, 5, 10, 18, 25, and 50 million IU vials
Interferon alfa-2b : Parenteral: 3 million IU vials (supplied with oral ribavirin, 200 mg capsules)
Interferon alfa-n3 : Parenteral: 5 million IU/vial
Interferon alfacon-1 : Parenteral: 9 and 15 mcg vials
Lamivudine : Oral (Epivir): 150, 300 mg tablets; 10 mg/mL oral solution Oral (Epivir-HBV): 100 mg tablets; 5 mg/mL solution Oral (Combivir): 150 mg tablets in combination with 300 mg zidovudine Oral (Trizivir): 150 mg tablets in combination with 300 mg abacavir and 300 mg zidovudine
Lopinavir/ritonavir : Oral: 133.3 mg/33.3 mg capsules; 80 mg/20 mg per mL solution
Maraviroc : Oral: 150, 300 mg tablets
Nelfinavir : Oral: 250, 625 mg tablets; 50 mg/g powder
Nevirapine : Oral: 200 mg tablets; 50 mg/5 mL suspension
Oseltamivir : Oral: 75 mg capsules; powder to reconstitute as suspension (12 mg/mL)
Palivizumab : Parenteral: 50, 100 mg/vial
Peginterferon alfa-2a : Parenteral: 180 mcg/mL
Peginterferon alfa-2b : Parenteral: powder to reconstitute as 100, 160, 240, 300 mcg/mL injection
Penciclovir : Topical: 1% cream
Raltegravir : Oral: 400 mg tablets

شپارسم فصل

Ribavirin : Aerosol (Virazole): powder to reconstitute for aerosol; 6 g/100 mL vial
Oral (Rebetol, generic): 200 mg capsules, tablets; 40 mg/mL oral solution Oral (Rebetron): 200 mg in combination with 3 million units interferon alfa-2b (Intron-A)
Rifabutin : Oral: 150 mg capsules
Rimantadine : Oral: 100 mg tablets; 50 mg/5 mL syrup
Ritonavir : Oral: 100 mg capsules; 80 mg/mL oral solution
Saquinavir : Oral (Invirase): 200 mg hard gel capsules, 500 mg tablets Oral (Fortovase): 200 mg soft gel capsules
Stavudine : Oral (Zerit): 15, 20, 30, 40 mg capsules; powder for 1 mg/mL oral solution
Oral extended-release (Zerit XR): 37.5, 50, 75, 100 mg capsules
Telbivudine : Oral: 600 mg tablets
Tenofovir : Oral: 300 mg tablets
Tipranavir Oral: 250 mg capsules
Trifluridine : Topical: 1% ophthalmic solution
Valacyclovir : Oral: 500, 1000 mg tablets
Valganciclovir : Oral: 450 mg capsules
Vidarabine : Topical: 3% ointment
Zalcitabine : Oral: 0.375, 0.75 mg tablets
Zanamivir : Inhalational: 5 mg/blister
Zidovudine : Oral: 100 mg capsules, 300 mg tablets, 50 mg/5 mL syrup Oral (Combivir): 300 mg tablets in combination with 150 mg lamivudine Oral (Trizivir): 300 mg tablets in combination with 150 mg lamivudine and 300 mg zidovudine Parenteral: 10 mg/mL

شپارسم فصل

نه شی اجرا کولای او ځنی توکسیک یا سمی مواد د وینی په جریان کی رامنځ ته کیږی - چی د بیلیروبین په نوم یادیری چی ددی مادی زیاتوالی دځیگر د نسج د تخریب پوری مستقیماً تناسب لری. او ددی مادی زیاتوالی د سترگو او جلددسکلرا د ژیروالی سبب گرځی چی د Jundice په نوم هم یادیری چی دلته علاوه د بیلیروبین څخه ځنی نور مواد لکه Pyloric acid او Taruvic Acid دوینی په داخل کی پیریږی چی ددی موادو په پیریډلو سره دا عصابونهایت د تخریش سبب گرځی او په زیږی کی دItching او خارښت سبب کیږی چی دا حالت په خاص ډول په Cholestatic form Hepatitis کی ډیر وصفی یا معمول دی - چی کله کله ورسره دلبدی (nausea) استفراغ او تبه ملگری وی.

3. Hepatitis C څه شی دی؟

بایدیادونه وکړوچی په افغانستان کی په معول ډول دری ډوله زیږی لیدل کیږی چی عبارت دی له Hepatitis A,B,C څخه. Hepatitis C معمولاً د مصاب شخص دوینی او یاد وینی د محصولاتو سره د مستقیم تماس پواسطه دیوشخص څخه بل شخص ته انتقالیری. مثلاً دمننتی سنتی(سوزن) پواسطه دخال وهل او یا کیمیاوی موادو زرق کول په غوبنه یاورید کی او یا دوینی دانتقال پواسطه چی د 1992 میلادی کال څخه مخکی داکار په ډیر عادی شکل په روغتونونو کی صورت نیوه چی اوس دا کار وروسته د HCV Ab,HBs Ag او HIV دمعایناتو داجرا وروسته دوینی هم گروپ اشخاصو ترمنځ تبادلته کیږی .

شپارسم فصل

Hepatitis یازیږی په باره کی څو پوښتنی او ځوابونه په مختصر ډول په لاندی ډول تشریح شوی دی:

1. hepatitis څه شی دی؟

Hepatitis دځیگر پړسوب یا التهاب (دیونسج پړسوب او درد) دی - کیدای شی دډیرو شیانو په واسطه دځیگر التهاب راپیدا شی لکه ځیگرته د وینی د جریان کموالی، تسمم او په ځیگر کی Auto immune تغیرات او دځنی طبی دوگانو خوړل دHepatitis سبب شی - څواکثره وخت دځیگر التهاب د ویروس په واسطه رامنځ ته کیږی. چی دا التهاب د کلینیک له نظره په دوه ډوله دی:

← حاده هیپیتاییتیس (Acute Hepatitis) .

← مزمن هیپیتاییتیس (Chronic Hepatitis) .

که چیری یوشخص په Hepatitis اخته وی نو ددی شخص ځیگر به ډیر ژر پړسوب پیدا کړی چی دAcute Hepatitis په نوم یادیری او که چیری تاسی ددځیگر التهاب ولری نو امکان لری چی استفراغ، خوابدی، تبه او دبدن درد هم ورسره موجود وی- او که چیری یو مصاب شخص چی دAcute Hepatitis ولری او په څو ورځو او یا څو هفتو کی دهغه کلینکی اعراض او شکایات بڼه نه شی نومرض ځنډنی کیږی او مرض په مزمنه صفحه کی داخلیری یعنی په Chronic Hepatitis بدلیږی چی معالجه او تداوی ئی د حاد شکل سره ډیر فرق لری.

2. څرنگه Hepatitis ځیگر متاثره کولای شی؟
کله چی په ځیگر کی تغیرات د ویروس له امله رامنځ ته شی نو ځیگر خپله وظیفه په صحیح ډول

ورکول، دځبنلو د اوبو گيلاس، فاشق پنډی، جان پاک، په یو حوض کی لامبل اودکوټی دستگیر نیلو پواسطه نه شی انتقالیدلای.

5. ایا کولای شو چی Hepatitis C نوروته انتقال کړو؟

مونږ په دی پوهیږو که یوله تاسی څخه Hepatitis C ولری کیدای شی چی دامرض له تاسی څخه نوروته انتقال شی که تاسی دا مرض ولری نو تاسی نشی کولای چی چا ته وینه ورکړی نو باید د ځنو سامانونو څخه چی د منتن اشخاصو په وینه منتن وی ځان وساتو مثلاً ډیریږی پاکي، دغابنونو برسونو او داسی نور همدارنگه دجنسی نږدیوالی په وخت کی باید Condom استعمال کړی.

او که تاسی په Hepatitis C مصاب واوسی خپل دژوند ملگری ته ووائی چی خپل ټیستونه اجرا کړی او که هغه Hepatitis C ولری نوییاد Condom استعمال هتمی نه دی.

6. که چیری Hepatitis مو اخیستی وی نو د ځان پاملرنه باید په څه ډول وکړی؟

تاسی باید صحی غذا و خوری او په منظم ډول سپورت اجرا کړی – بڼه غذا کولای شی چی تاسی سره په عمل کی ډیره مرسته وکړی نو د همیشه لپاره د خپل معالج ډاکتر سره د دوا په تطبیق او استعمال کی مشوره وکړی مثلاً د هغه دوا پا ارتباط چی تاسی ئی د همیشه لپاره تطبیقوی لکه Acetaminophen چی په زیاته اندازه استعمال سره دځیگر د تخریب سبب گرځی او زیری (یرقان) منځ ته راوړی او همدارنگه د الکولو زیات خوړل هم

چی په دی ډول ویروس اول وینی او بیا ځیگر ته ځی او هلته پتالوژیک بدلونونه په ځیگر کی رامنځ ته کوی – خو کله چی د Hepatitis C ویروس وینی او ځیگر ته رسیدلی وی تر ډیره وخته هیڅ قسم اعراض نه راپیدا کوی – او بیا په تدریجی شکل په ځیگر کی دتغیراتو سبب گرځی او مزمنی مرحلی ته داخل داخیږی او کله چی مرض مزمنی صفحی ته داخل شی په اسانی سره نه تداوی کیږی او وخیم سیر تعقیبوی چی دناروغ دمړینی سبب گرځی.

کچیری تاسی په دی مرض اخته شی نو تاسی په ډیر احتیاط سره دیومسلکی انتانی ډاکتر سره خپل حال شریک کړی ځکه چی ډاکتر تاسی ته د Liver Cirrhosis اود ځیگر د کنسر په باره کی صحیح معلومات درکوی چی ذکر شوی اختلاطات پیداشوی دی او که نه تاسی په صحیح ډول رهنمائی کوی.

4. که هیڅکله مو داخل وریدی درمل نه وی استعمال کړی او یا مو په یوه ملوټه ستن خال نه وی وهلی نو په Hepatitis C څرنگه مصاب شوی یاست؟

دامرض لکه څرنگه چی مخکی ترینه یادونه وشوه دمریض شخص د وینی د مستقیم تماس په واسطه سالم شخص ته انتقالیږی – دډیر وخت لپاره ددی مرض عامل په وینه کی نه تثبیتیری دمنتن جارحه الاتو دغوڅولو په واسطه، دخال وهلو د منتنو سنتو، ناخونگیر او غابنونو دبرسونو په واسطه چی په شریکه استعمالیږی ددی مرض عامل (ویروس) دیو څخه بل ته انتقالیږی – خو د ځنی تماسونو په واسطه لکه مریض په غیر کی نیول، ماچ کول، توخی، لاس

شپارسم فصل

تداوی کی لاندی دواگانی اساسی (Standard) دی چی په نړی کی ترینه استفاده کیری.

I. Peginterferon alfa-2b (PEG-intron)

II. Peginterferon alfa-2b (Pegasys)

دا دواگانی هفته وار زرقیری چی کولای شوچی په یواخی ډول او یا د Rebaverin سره یو ځای تطبیق کړو خو په Combine ډول تطبیق ئی بڼه نتیجه ورکوی – چی Rebaverin په بازار کی په مختلفو نمونو سره پیدا کیری چی عبارت دی له :

Virazol, Rebetol, Copegus, Rebazol او داسی نوروڅخه.

یوتعداد نوری دواگانی چی په دی مرض کی توصیه کیری دنومونوڅخه ئی په لاندی ډول یادونه کوو .

- Interferon alfa-2a (Roferon A)
- Interferon alfa-2a (Inferon A)
- Interferon alfacon-1 (Infergen)
- Interferon alfa-2b plus Rebaverin (Rebetron)

دا دواگانی دورخی په یو زرق سره ورکول کیری او یا یو ورځ بعد په هفتی کی دری زرقه توصیه کیری دخومیاشتو لپاره دمعالجی د وخت اوږدوالی په دی پوری اړه لری چی څه وخت دخیگر مرضی حالت بهبود پیدا کوی او خیگر د تخریب یا Demag څخه په امن کی کیری.

9. د Interferon په اړوند باید څه معلومات ولری؟

مخکی له دی څخه چی تاسی د مرض په تداوی کی په Interferon شروع کوی باید په هکله ئی یو څه معلومات ولری تاسی باید د تداوی څخه دمخه باید د Liver Biopsy نتیجه په لاس راوړی چی دا کار د یو

شپارسم فصل

دخیگر د انساجو د تخریب (Damage) سبب گرخی او د سگرتو څکلو څخه ځان ساتل هم ډیر ضروری دی.

7. ایا د Hepatitis C واکسین شته؟

تر اوسه ددی مرض واکسین نه دی کشف شوی په اوس وختونو کی یواخی د Hepatitis A and B واکسین په صحی مراکزو او بازار کی پیدا کیری – او سالمو اشخاصو ته تطبیقیری کی چی تاسی په Hepatitis C مصاب و اوسی او د Hepatitis B واکسین تطبیق کیری په گټه مو دی همدارنگه د Hepatitis A واکسین هم تطبیقولای شی دا ځکه چی تاسی په Hepatitis C مصاب اوسی په Hepatitis A او Hepatitis B که عامل ئی ستاسی وجود ته ورسیری هم مصاب کیدای شی که په دی مرضونو هم اخته شی نوپه خیگر کی به موډیر تخریبات رامنځ ته شی او ډیر بد عواقب به ولری اوناروغ کیدای شی په ډیرکم وخت کی کوما ته داخل او له منځه ولاړ شی.

8. ایا د Hepatitis C لپاره درملنه شته؟

دهغه چا لپاره چی په Hepatitis C اخته وی درملنه ډیره ضروری ده او ورته پکار دی چی دالکولو او بعضی هغه دواگانو څخه ډډه وکړی چی خیگر متضرره کوی – تر اوسه په پوره ډول د Hepatitis C درملنه نه ده ثابته شوی چی په کامل ډول ددی مرض څخه څوک جوړ شوی وی – ځنی مصابینو ته د تداوی په واسطه په نسبی ډول فائیده په برخه کیری په دی ارتباط همیشه باید مصابین دخپلو معالجو ډاکترانوسره مشوره وکړی ددی مرض په

● دزیره خرابوالی یا (Worsening of heart).

● دورانی پرابلمونه.

ذکرشوی جانبی اعراض اکثرآپه لمرنیوڅو هفتهو کی راپیدا کیږی او یا له دی څخه په کم او یا زیات وخت کی.

کچیری د دوا په استعمال کی شدید سرردی راپیدا شی نو ډیر ژر د خپل معالج ډاکتر سره په تماس کی شی نو هغه به تاسی ته ډیره بڼه لارښونه وکړی که د Hepatitis C په تداوی کی تاسی خپل ځان خراب احساس کړی نو بڼه ده چی دوا قطع کړی او د خپل معالج ډاکتر سره د هغه کلینیک ته مراجعه وکړی او په پوره ډول د بعدی دوا په هکله د ډاکتر مشوره واخلی او عملی ئی کړی.

11. ایا Interferon واخلو؟

دا انتخاب تاسی او ستاسی ډاکتر پوری اړه لری بعضی اشخاص چی په Hepatitis C باندی اخته وی هیڅ اعراض او علایم نه لری یواځی په کمه اندازه د ځیگر التهاب موجود وی – که چیری تاسی Hepatitis C ولری او اعراض موجود نه وی نو ستاسی ډاکتر به تاسی ته ووائی تداوی ته ضرورت نه شته او په کال کی باید یو یا دری ځلی ستاسی وینه د Hepatitis C Ab لپاره معاینه کړی – او کیدای شی ستاسی معالج ډاکتر به هغه دوه انزایمونه چی په ځیگر کی جوړیږی لکه SGPT(ALT) او SGoT(AST) معاینه کړی او که ددی انزایمونو سویه په وینه کی لوړه وی حتمی به تاسی ته لازمه دوا توصیه شی او که چیری فیصله په دی شوه چی

جراحی پروسیجر (عملی) پواسطه دځیگر څخه یوه باریکه مقطه اخیستل کیږی چی دا سمپل یا نمونه د پتالوژی دډاکتر پواسطه معاینه (Test) کیږی تر څو ولیدل شی چی په ځیگر کی څومره تخریبات رامنځ ته شوی دی – ځوان ناروغان د ځیگر د خفیفی ناروغی په لرلو سره چی د ویروس لږه اندازه ولری د Interferon تطبیق بڼه نتیجه ورکوی دا دوا ډیره قیمتی ده چی په کال کی تقریباً \$6000 ډالره پوری مصرف پری رایی که څوک په ژوند کی د کوم شرکت سره بیمه وی نو مصارف ئی د بیمی شرکت ورکوی.

10. کوم جانبی اعراض د Interferon دتطبیق په واسطه رامنځ ته کیدای شی؟

کیدای شی د Interferon دتطبیق څخه وروسته لاندی اعراض ولیدل شی :

● دوزن کموالی.

● تبه.

● دبدن درد.

● دخوب خرابوالی.

● دنهایاتو د سستوالی احساس.

● دسینی درد.

● تخرشیت، دلبدی او استفراغ.

● خفگان یا Depression.

د Rebaverin دتطبیق څخه وروسته کیدای شی دا لاندی اعراض ولیدل شی :

● د RBC کموالی په وینه کی انیمیا.

● د پوستکی Rash او خارښت.

شپارسم فصل

همیشه به په خپل ژوند کې بی علاقې واوسی - بڼه به دا وی چې خپل مورال لوړوساتو او خپل ځان ته په خپله ډاډ ورکړو ځکه ټیټ مورال ساتل په خپل ذات کې نور هم د صحت تهدیدونکی فکتورونه قوی کوی.

هغه خلک چې Depress وی هغوی همیشه دلاندی اعراضو لرونکی وی:

- دخفگان او ژړا احساس موجـــــــــــــــودوی (Depression Mood).
- په ورځنی ژوندکی دلچسپی او خوشحالی له لاسه ورکوی.
- په وزن او اشتها کې کموالی رامنځ ته کیری.
- دخوب زیاتوالی او په خوب کې ناراحتی گانی.
- دخفگان، سستی او تنبلی احساس کوی.
- انرژي دلاسه ورکوی او جنسی فعالیت ئی کمیری.
- دځان وژلو او مرگ په باره کې فکر کوی.
- که چیری د ذکر شوو اعراضو څخه کوم یو دمريض د خوانه یاداشت شی نو خپل معالج ډاکتر ته باید مراجعه وکړی کیدای شی ستاسی معالج ډاکتر تاسی ته سپورت او که د دوا ضرورت وی لازمه تداوی توصیه کړی.

شپارسم فصل

PCR Test هم Detected وی او Interferon توصیه کړی نو دا به ډیره مشکله وی چې یو په اقتصادی لحاظ قیمت ئی لوړ دی او بله دا چې Interferon باید په عاجل ډول توصیه نشی ځکه چې ددی دوا اختلاطات زیات دی په دی هکله باید عجله ونشی او دخپلی تجربی څخه کار واخیستل شی معالج ډاکتر باید د ویروس اندازه او نوعیت په نظر کې ونیسی ډاکتر باید ستاسی صحی وضع او د وینی د معایناتو نتیجی د ځیگر د Biopsy Result مخکی له دی چې Interferon شروع شی ډیره مهمه وگنی او د Test نتیجه بڼه وی باید Interferon شروع نشی.

12. څه به پوه شو چې زمونږ د درملنی نتیجه څه ده؟

دتداوی مقصد دادی چې مونږ باید پوه شو چې د Hepatitis C د ویروس اندازه ستاسی په وینه کې په 24 هفتو کې همغومره ده چې ټیسټ Undetected وینی.

Viral Load په وینه کې د ویروس اندازی ته وائی دتداوی په اخر کې ډاکتر په وینه کې د ویروس اندازه معلومه کړی نو ددی لپاره د ویروس اندازه او ځنی نور ټیسټونه څوڅو واری په وینه کې معلوم کړی.

13. که چیری Hepatitis C ولرو نو د خپلو احساساتو سره باید څه ډول کړنه وکړو؟

Hepatitis C په مقابل کې مجادله کول دومره اسان کار نه دی همیشه به تاسی د خفگان احساس کوی او مورال به مو ضعیفه وی خو ستاسی ټیټ مورال ساتل په میدیا کې به ستاسی ژوند تجرید کړی او

شپارسم فصل

په لاندی جدولونوکی د Hepatitis A او B د واکسینونو د تطبیق اندازه د عمر په مختلفو وختونوکی په واحد او کمباین شکل بنودل کیږی:

لاندی جدول د Hepatitis A څخه د وځانی لپاره د واکسین مناسبی اندازی راښی						
Vaccine	Age group	Dose	Volume	#Dose	Dosing interval	
Havrix (Glaxo Smith Kline)	1-18yrs	720ELISA Units	0.5mL	2	0.6-12mos	
	19yrs & older	1440 ELISA Units	1.0mL	2	0.6-12mos	
Vaqta (Merck)	1-18yrs	25units	0.5mL	2	0.6-18mos	
	19yrs & older	50units	1.0mL	2	0.6-18mos	

(22) نمبر جدول

شپارسم فصل

لاندی جدول د Hepatitis B څخه د وځانی لپاره د واکسین مناسبی اندازی راښی						
Vaccine	Age group	Dose	Volume	#Dose	Schedule/Dosing interval	
Engerix-B (Glaxo Smith Kline)	0-19yrs	10 µg	0.5mL	3	Age:brith*, 1-4,6-28mos Dose intervals for older , Children:0, 1-2,4most	
	20yrs & older	20 µg	1.0mL	3	Dose interval: 0, 1,6most	
Recombivax (Merck)	0-19yrs	5 µg	0.5mL	3	Age:brith*, 1-4,6-28mos Dose intervals for older , Children:0, 1-2,4most	
	11-15yrs	10 µg	1.0mL	2	Dose interval: 0,4-6most	
	20yrs & older	10 µg	1.0mL	3	Dose interval: 0, 1,6most	

Note : For adult dialysis patients, the Engerix-B dose required is 40µg/2,0mL (use the adulte 20µg/1,0mL formulation) on a schedule of 0,1,2 and 6months. For Recombivax HB, a special formulation for dialysis Patients is available. The Dose is 40µg/1,0mL and it is given on a schedule of 0,1 and 6 months.
*Birth dose administered prior to discharge from the newborn nursery.
*The schedule for administering Hepatitis B Vaccine is flexible and can vary.

(23) نمبر جدول

شپارسم فصل

لاندی جدول د Hepatitis A او B څخه د وځای لپاره دواکسین مناسبی اندازی په کمپاین شکل رابینی

Vaccine	Age group	Volume	#Dose	Schedule/Dosing interval
Comvax† Hib+Hepatitis B (Merck)	6Wks-4yrs	0.5mL	3	Age:2,4,12-15mos
Pediarix† DTaP+Hepatitis B+IPV (Glaxo Smith Kline)	6Wks-6yrs	0.5mL	3	Age:2,4,6mos
Twinrix† Hepatitis A+Hepatitis B (Glaxo Smith Kline)	18yrs & older	1.0mL 1.0mL	3 4	Dose interval: 0,1,6mos Dose interval:0,7,21-30days,12mos

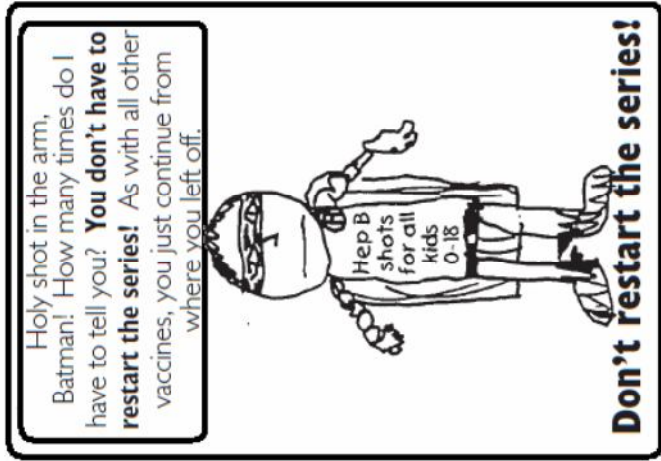
*Cannot be administered before age 6weeks. Bul may be used to complete the Hepatitis B vaccine series for all infants; including those of HBs Ag+mothers. Either Engerix-B or Recombivax HB should be used for the Hepatitis B vaccine birth dose prior to hospital discharge.

(24) نمبر جدول

شپارسم فصل



(16) نمبر شکل



(17) نمبر شکل

په پای کی دځمکی په سردبشری ټولنی دبنه صحت په امید:

Glossary

SGPT	Serum glutamic pyrovic acid transferase
SGOT	Serum glutamic oxalo acetic transferase
AST	Aspartate amino transferase
ALT	Allanine amino transferase
APTT	Activated partial thromboplastin
ICU	Intensive care unit
PCR	Polymerase chain reaction
EIA	Enzyme immuno assay
RIA	Recombinant immunity assay
MRI	Magnetic resonance image
CABG	Coronary artery bypass graft
CAD	Coronary artery disease
CBC	Complete blood count
BCG	Bacillus colmette guin
PT	Prothrombine time
APTT	Activated partial thromboplastic time
LFT	Liver function test
AMA	Anti moscels antibody
ASMA	Anti smooth muscle antibody
G-6-P-D	Glucose-6-phosphate dehydrogenase
ERCP	Endoscopic retrograde cholangio pancreatography
VEP	Visa evoked potential
CT scain	Compiufed thromgraphy scain
SAAG	Serum Ascites Albomin Gradeint
HBs Ag	Hepatitis B Surface Antigen
HbC Ag	Hepatitis B Central Antigen

Abbrivision

Fulminant	صاعقوی
Sub fulminant	تحت صاعقوی
Chronic persistent hepatitis	دخیرگز مزمن اودوامداره التهاب
Chronic active hepatitis	دخیرگز مزمن فعال التهاب
Subtype	فرعی نوعی
Viral load	دویروسونو اندازہ
Bridging fibrosis	فایبروتیک پُل
Upper limit of normal (ULN)	
Collateral	جانبی دوران
Gynecomastia	بہ نرانو کی دندنیو لوی والی
Ascites	حبن
Undetoxified	غیر تصفیہ شوی
End stage	آخرنی مرحلہ
Perfusion pressure	اروائی فشار
Compression test	دکیمندو ٹیسٹ
Coodate lob	چی پہ جلا دول دوریدی تخلئی لرونکی وی اوضرریکی موجودنه وی

Bibliography

- 1 – Short Textbook of Medical diagnosis and Management
(2012)
- 2 – Dr – Khalil Ahmad Ahrari (S.T.M.D and M) (دری ترجمہ)
9Th Edition
- 3 – Current Medical diagnosis and Treatment
(2010)
- 4 – Textbook of Harrison's Medicine 17 Edition March
(2008)
- 5 – Internet References :
 - WWW.yaur-doctor.com,.....(2014)
 - WWW.emedicine.com,.....(2014)
 - WWW.aasld.org(American Assuciation for the study
of Liver diseases).....(2014)
 - WWW.health.com,.....(2014)
- 6 – Pharmacology Volume3 (پوهنوال سیدقمبر علی) (حیدری)
(2014)

خلاصه بیوگرافی مؤلف

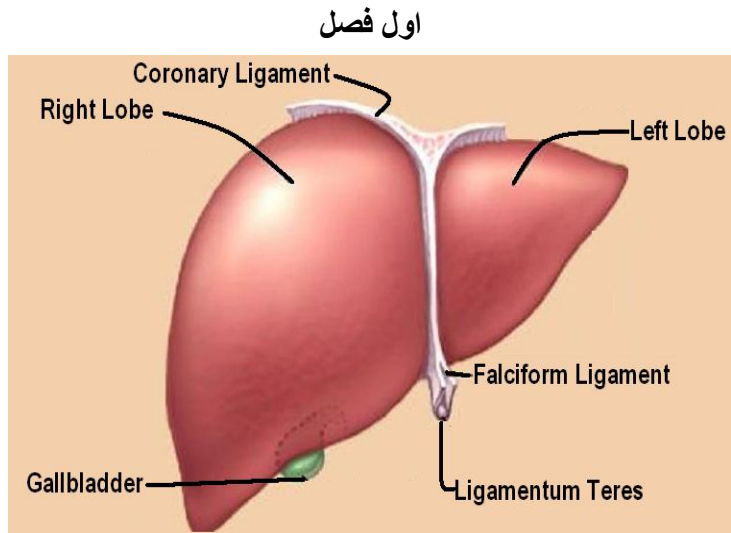


دوکتور محمد اسحاق ((شرفی))
فرزند خاکی محمد در سال
1335 هـ ش در قریه مسعود
ولسوالی چوکی ولایت کنرها در
یک فامیل تعلیم پرور متولد، و در
سال 1341 هـ ش شامل ابتدائیه
مکتب چوکی و در سال 1351 هـ ش
از لیسه جمعیت چوکی فارغ و در
سال 1352 هـ ش شامل طب
ننگرهار و در سال 1359 هـ ش از
طب ننگرهار با اخذ دیپلوم MD

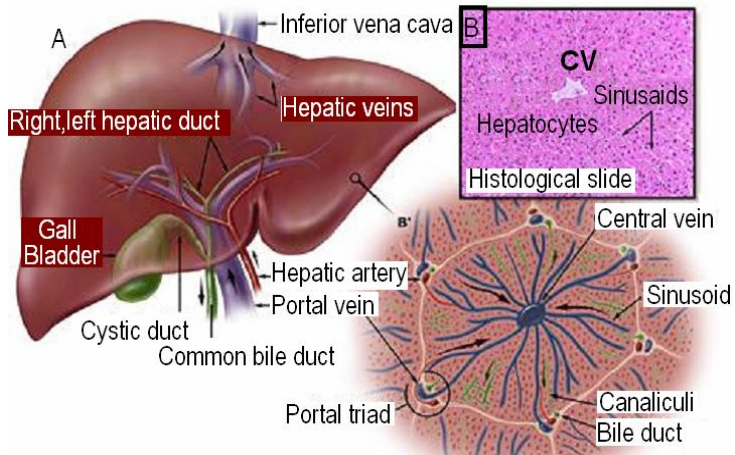
فارغ و به همان سال از طرف وزارت صحت عامه به وزارت دفاع
ملی معرفی و بعد از تثبیت رتبه نظامی در بست مرکز صحیه
قرارگاه قوماندانی عمومی قوای سرحدی توظیف گردید پنج سال ایفای
وظیفه نمود. بعداً نظر به لزوم دید وزارت دفاع ملی به اکادمی نظامی
علوم طبی در شفاخانه (چهار صدویستر) تبدیل گردید و به حیث
دوکتور انتانی در سرویس انتانی ایفای وظیفه نمود. موصوف در سال
1369 هـ ش غرض تعلیمات عالی به اکادمی نظامی علوم طبی به
اتحاد شوروی ان وقت اعزام و برای دوسال تعلیمات مسلکی را ادامه
داد. بعد از ختم قرارداد تعلیمی بین دولتین به مملکت خود برگشت و به
حیث سرطیب مکتب حریبه توظیف و در سال 1379 هـ ش به شفاخانه
نمبریک اوردو واقع در ننگرهار معرفی و در سال 1382 هـ ش بعد از
عملیات جراحی By-Pass قلب را اجراء و در سال 1385 هـ ش به تقاعد
ثوق گردید. فعلاً در کلینیک شخصی خویش مصروف در خدمت مردم
میباشد.

وصوف بر علاوه از این رساله علمی یک اثر علمی دیگر بنام
Viral Hepatitis (دخیر و ویروسی التهاب) نوشته و در آینده نزدیک
به هموطنان گرامی تقدیم خواهد نمود.

ددى كتاب دمحتوار ننگه عكسونه، شكلونه (Figs)
او رنگه گر افونه داطلس په ډول

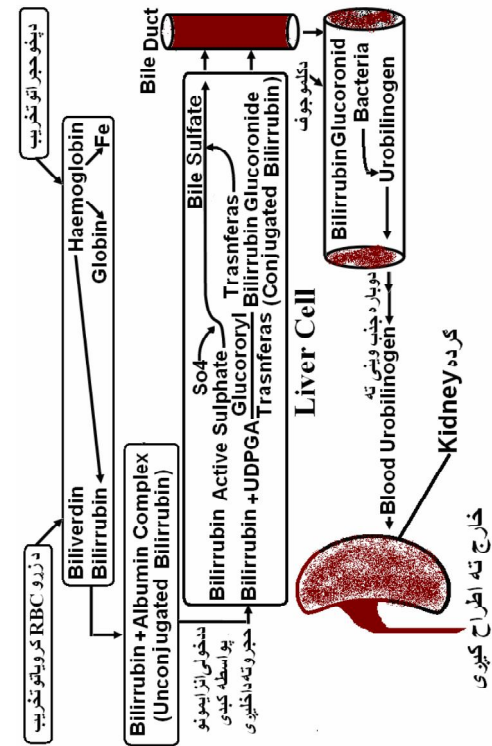


Liver anatomy
(1) نمبر شکل

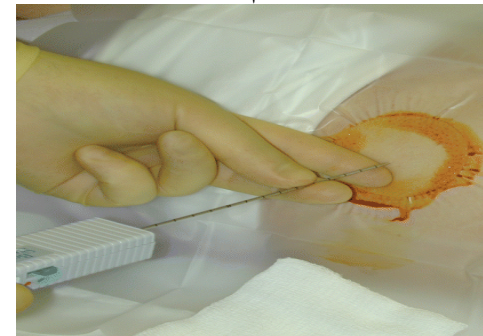


Anatomohistology of liver and Gallbladder ducts
(2) نمبر شکل

A



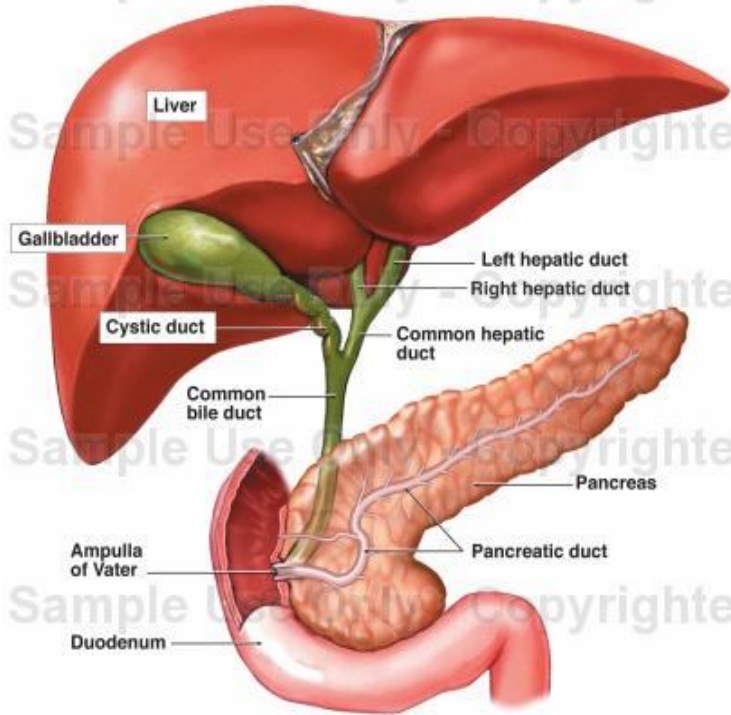
(1) نمبر گراف
خلورم فصل



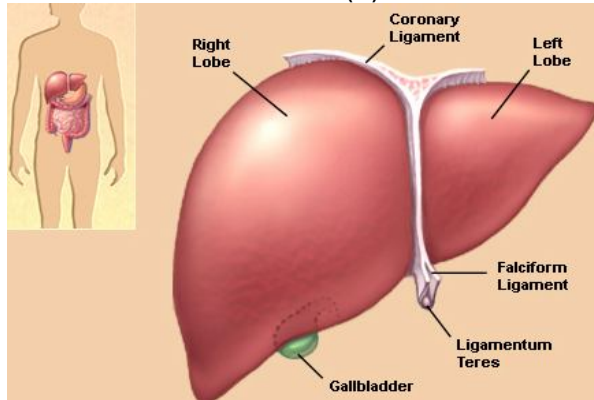
Process of Liver Biopsy
(1) نمبر فوتو

B

Anatomy of the Hepatic and Pancreatic Ducts



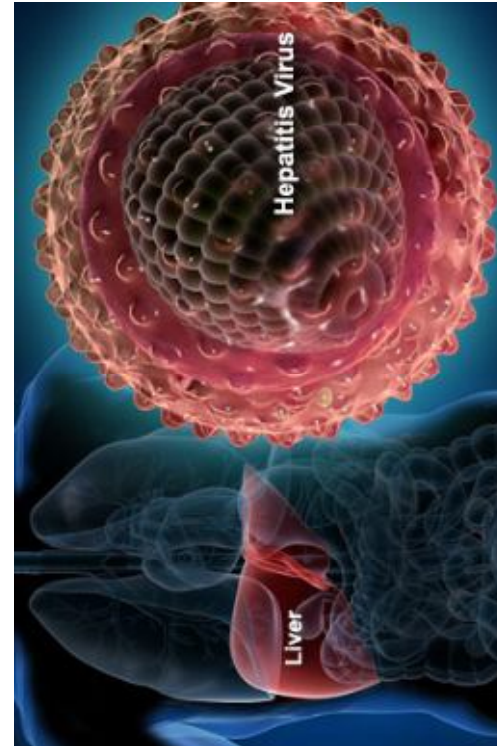
نمبر شکل (3)



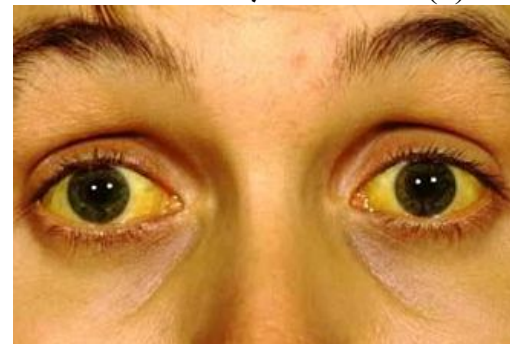
نمبر شکل (4)

C

پنجم فصل



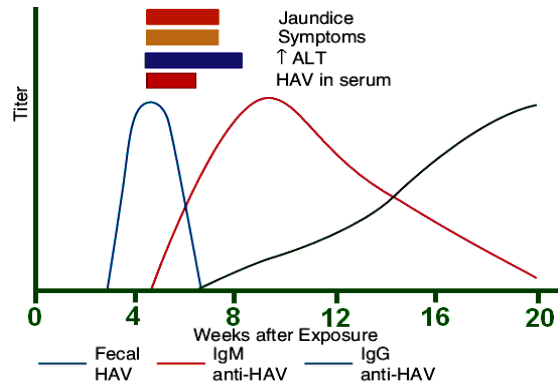
نمبر شکل دهیپاتایتیس وایروس



Jundice in Hepatitis patients

نمبر فوتو (2)

D



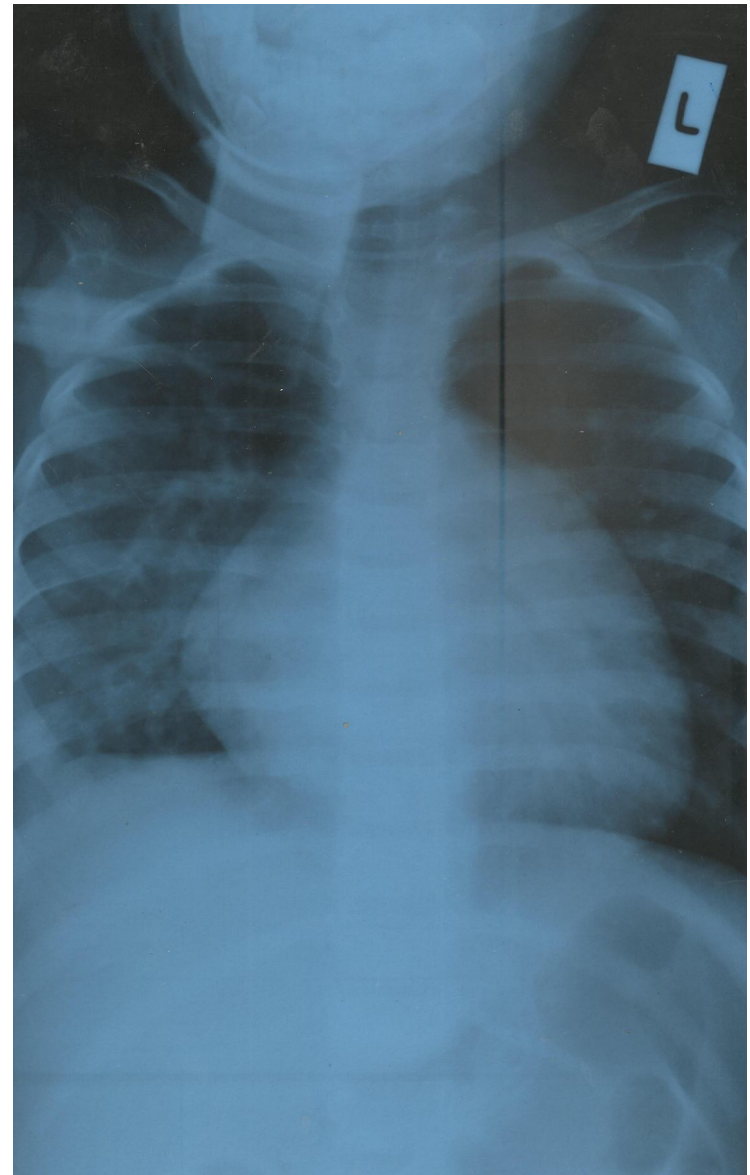
The typical course of of acute type A Hepatitis (HAV) o Hepatitis A virus, Anti HAV, antibody to Hepatitis A Viruso ALT (Alanin Aminotrans ferase)



Photographer: Elhamullah "Sharifi"

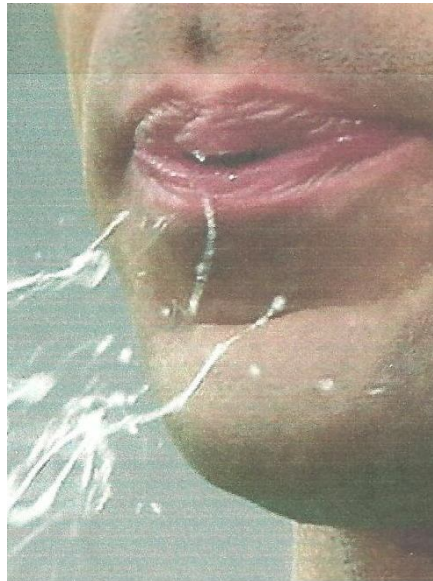
(3) نمبر عكس سلما

E



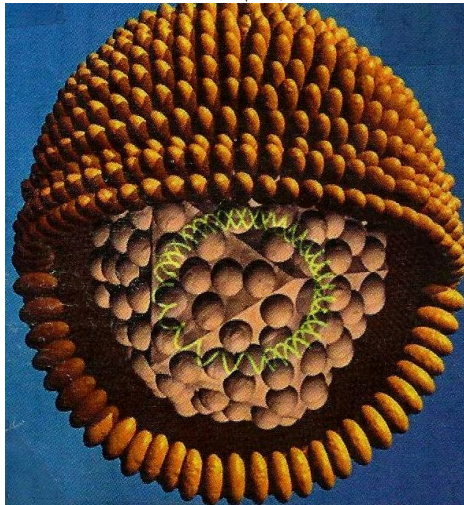
Chest X-Ray
(4) نمبر فوتو

F



Droplet transmission of Hepatitis A

(5). نمبر فوتو
شیرم فصل

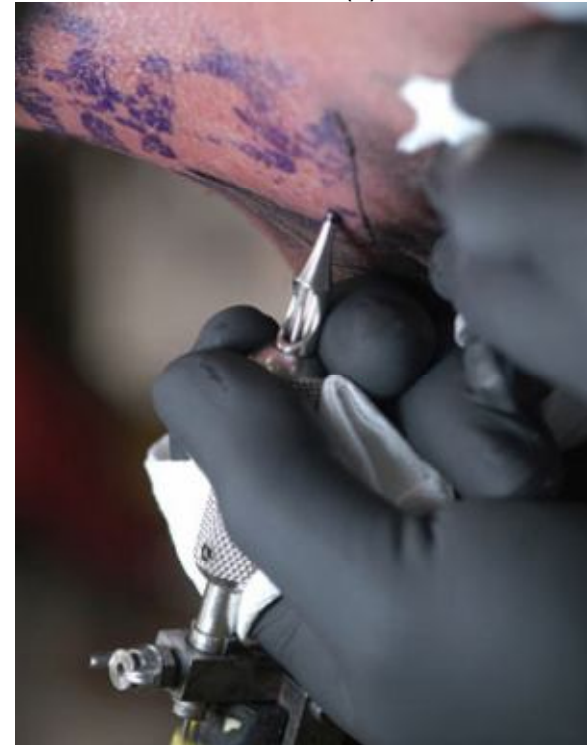


د Hepatitis B ویروس (6) نمبر فوتو

G



(7) نمبر فوتو



خال وهل (8) نمبر فوتو

H

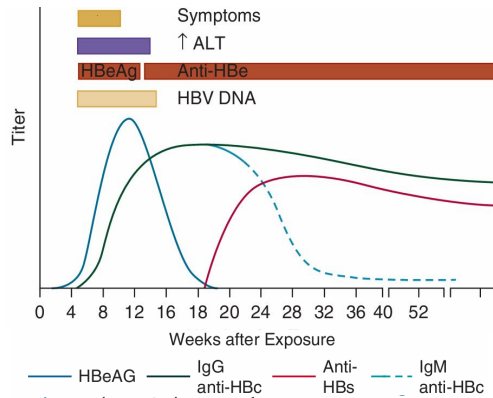
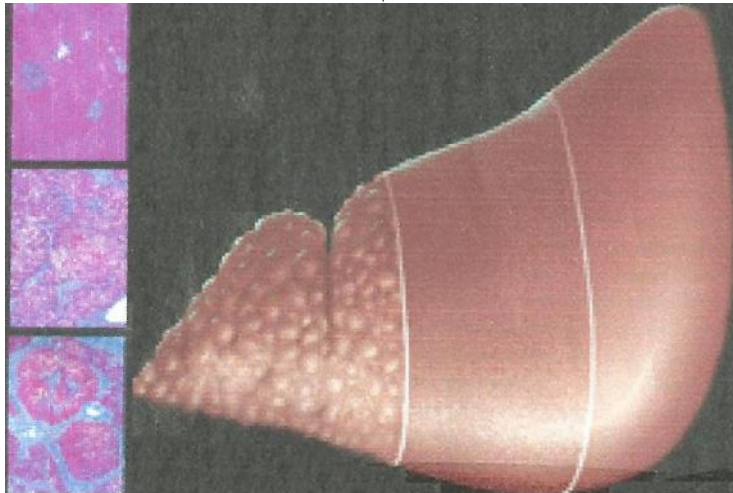


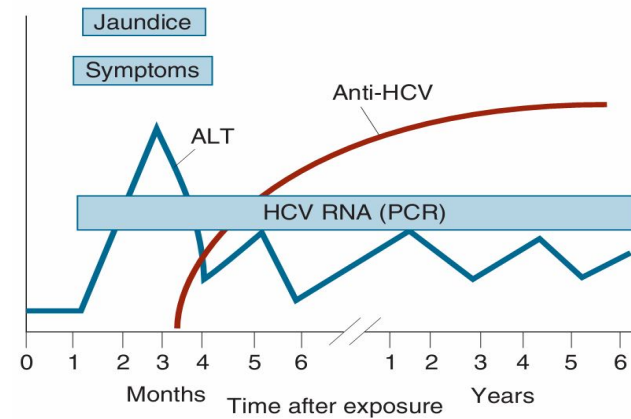
Figure The typical course of acute type B hepatitis. (anti-HBs, antibody to HBsAg; HBeAg, hepatitis Be antigen; anti-HBe, antibody to HBeAg; anti-HBc, antibody to hepatitis B core antigen; ALT, alanine aminotransferase.)

(3) نمبر گراف
 اووم فصل

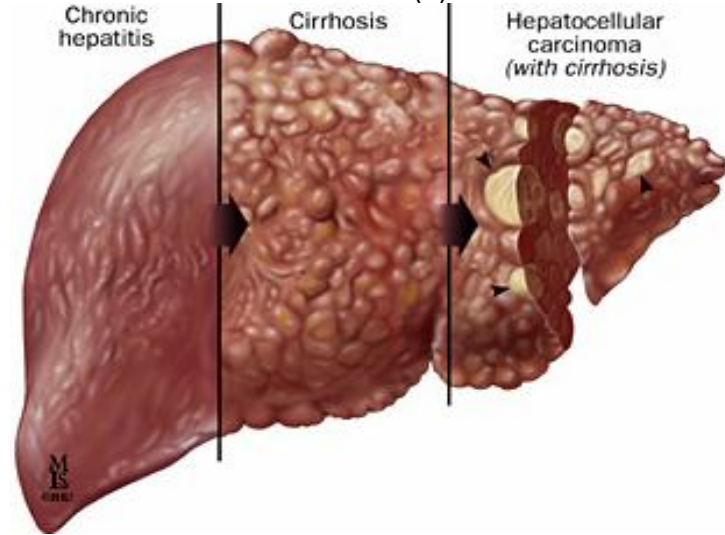


Hepatitis C
 (6) نمبر شکل

I

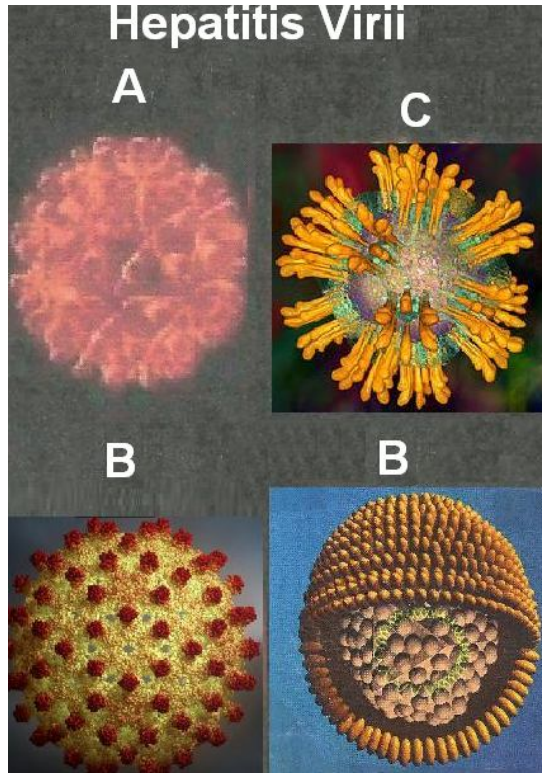


(4) نمبر گراف



(7) نمبر شکل

J



Hepatitis Virii

A

C

B

B

(8) نمبر شکل

Hepatitis C Virus



The Hepatitis C Virus (HCV) Viral Components

(9) نمبر شکل

K



Healthy

Fatty

Cirrhosis

(9) نمبر فوتو

L



(10) نمبر فوتو _____ الكوليك سيروزييس

M



(11) نمبر فوتو



(12) نمبر فوتو

N



(13) نمبر فوتو
اتم فصل



- Spider Naevi

(14) نمبر فوتو

O



(15) نمبر فوتو
نهم فصل



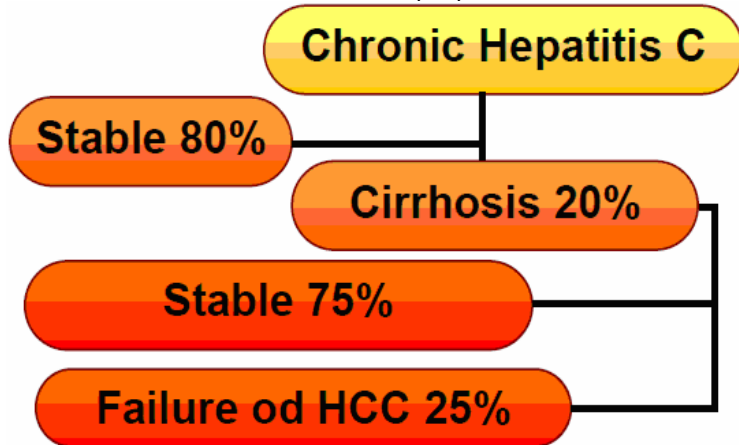
Screening of the Liver in Hepatitis Patients (every two Weeks)

P

(16) نمبر فوتو



Liver Biopsy
(17) نمبر فوتو



Q

(5) نمبر گراف
لسم فصل



Liver Transplantation operation

R

(18) نمبر فوتو
يولسم فصل



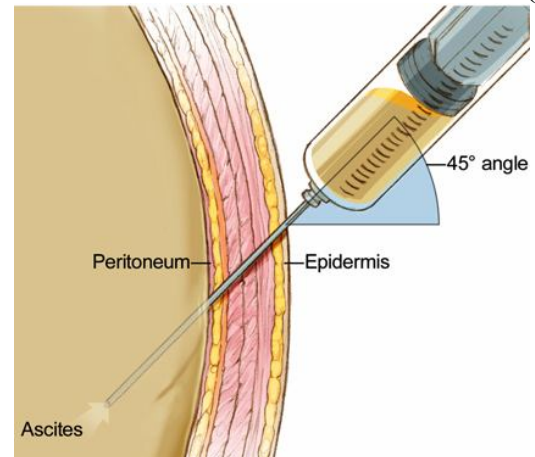
Ascites also Showing caput medusa

(19) نمبر فوتو



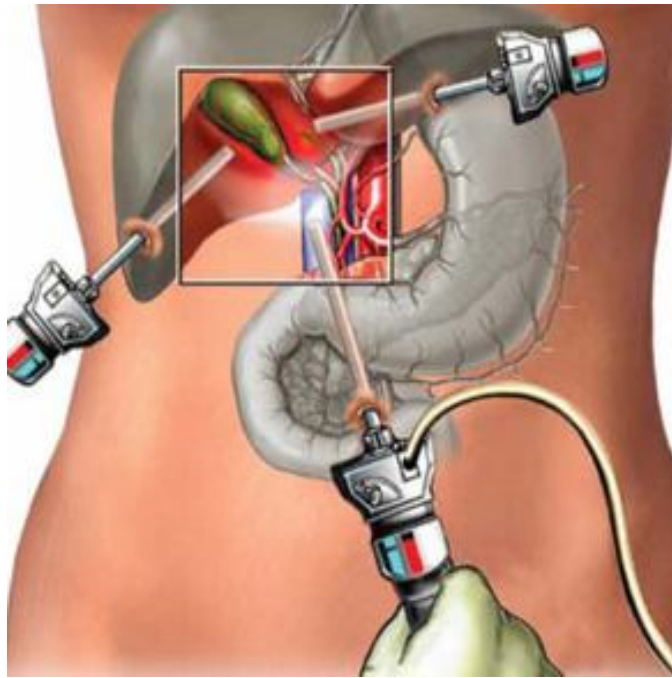
Abdominal Paracentesis

(20) نمبر شکل



Process of Paracentesis in Ascites

(10) نمبر شکل



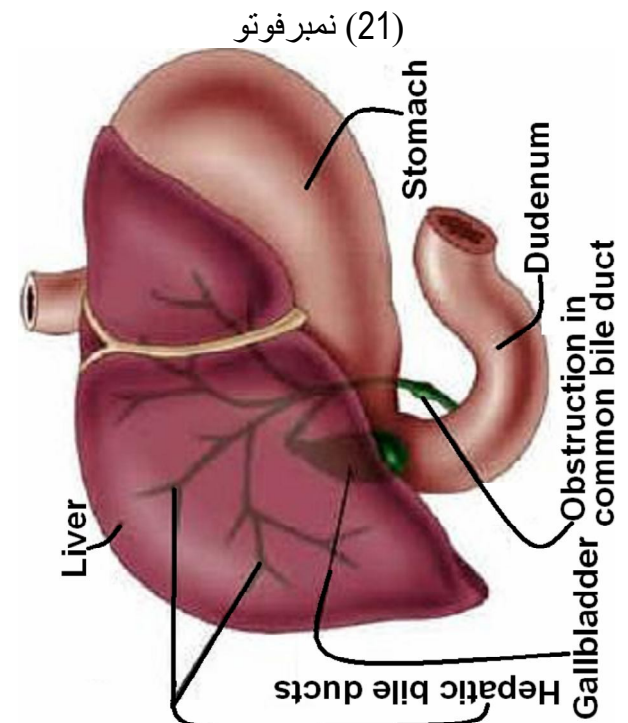
Laparoscopic evaluation of the liver and bile duct enables surgeons to determine the extent of disease prior to an open surgical procedure

(11) نمبر شکل

دولسم فصل



U



obstruction in Common Bile Duct causes jaundice

(12) نمبر شکل

V

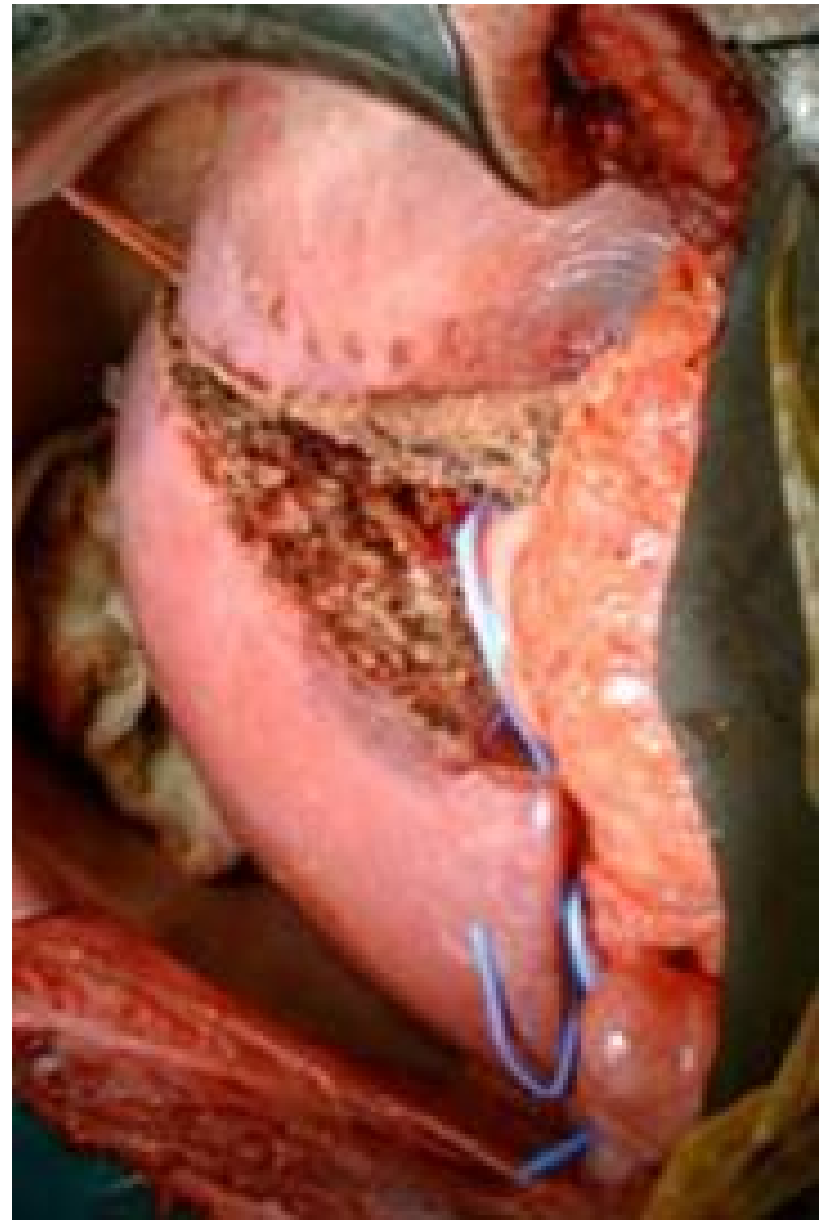


Pregnancy and Hepatitis (22) نمبر فوتو



Hydatid Cysts (13) نمبر شکل

w



Liver Transplantation operation (23) نمبر فوتو

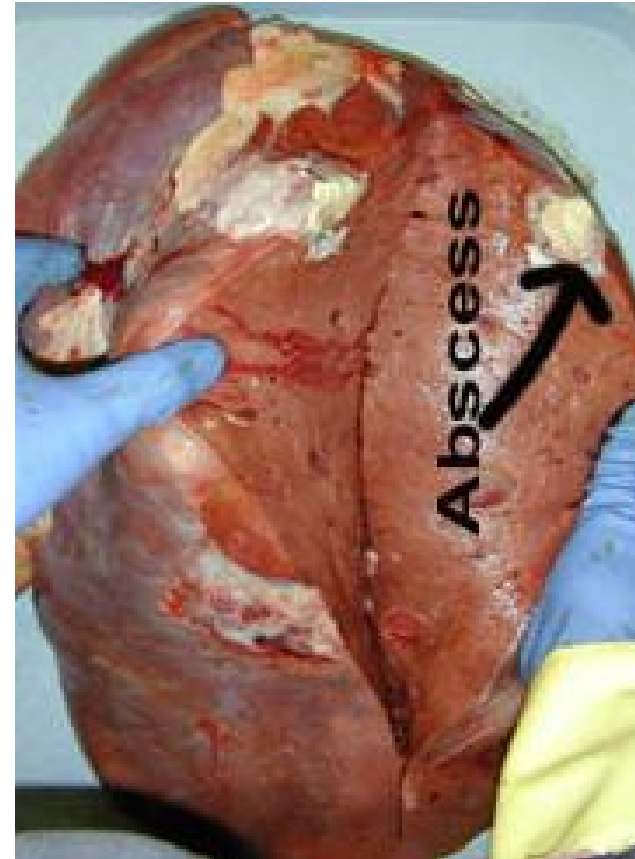
x



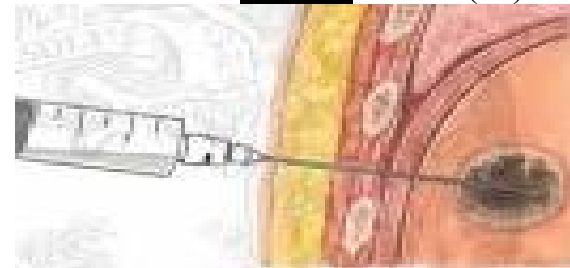
Living Related donor Liver Transplantation (24) نمبر فوتو

Y

ديار لسم فصل

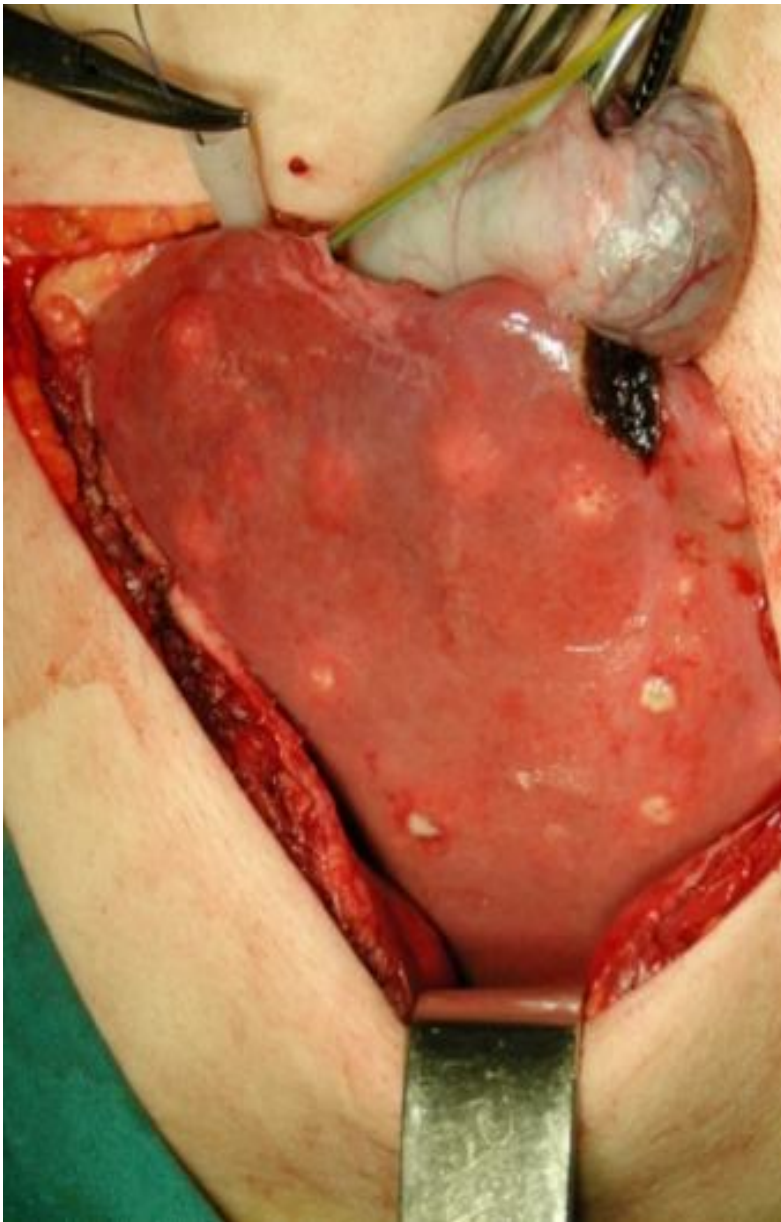


Liver Abscess (25) نمبر فوتو



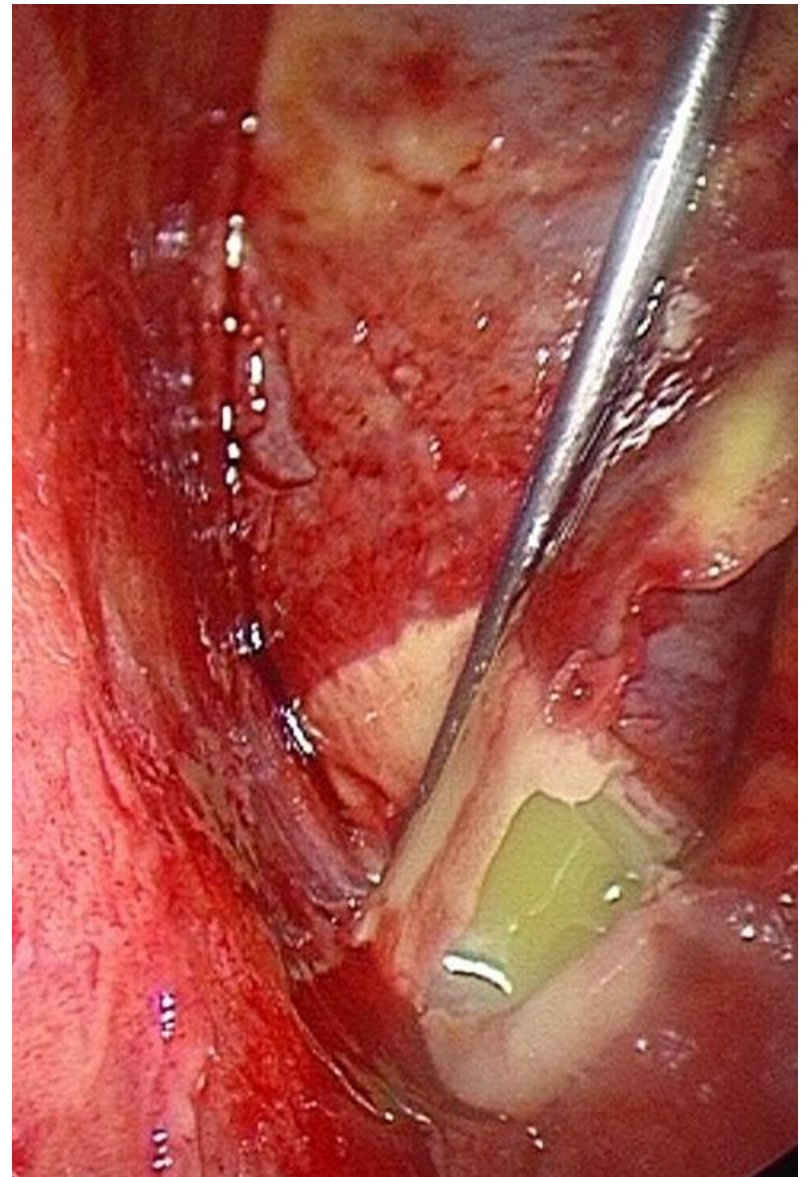
Percutaneous Drainage of Liver Abscess (14) نمبر شکل

Z



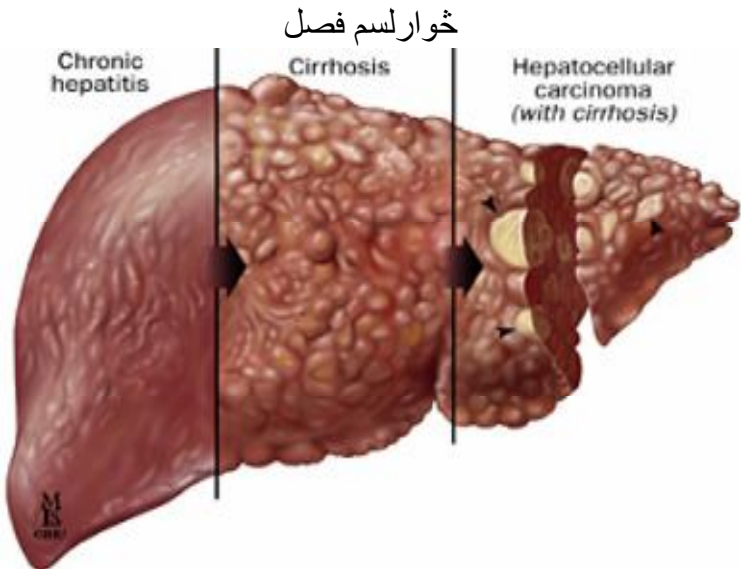
Multiple Pyogenic Abscess نمبر فوٹو (26)

AA



Aspiration of Liver Abscess
نمبر فوٹو (27)

BB



Chronic Hepatitis, Cirrhosis and Hepatocellular Carcinoma (With Cirrhosis)
(15) نمبر شکل

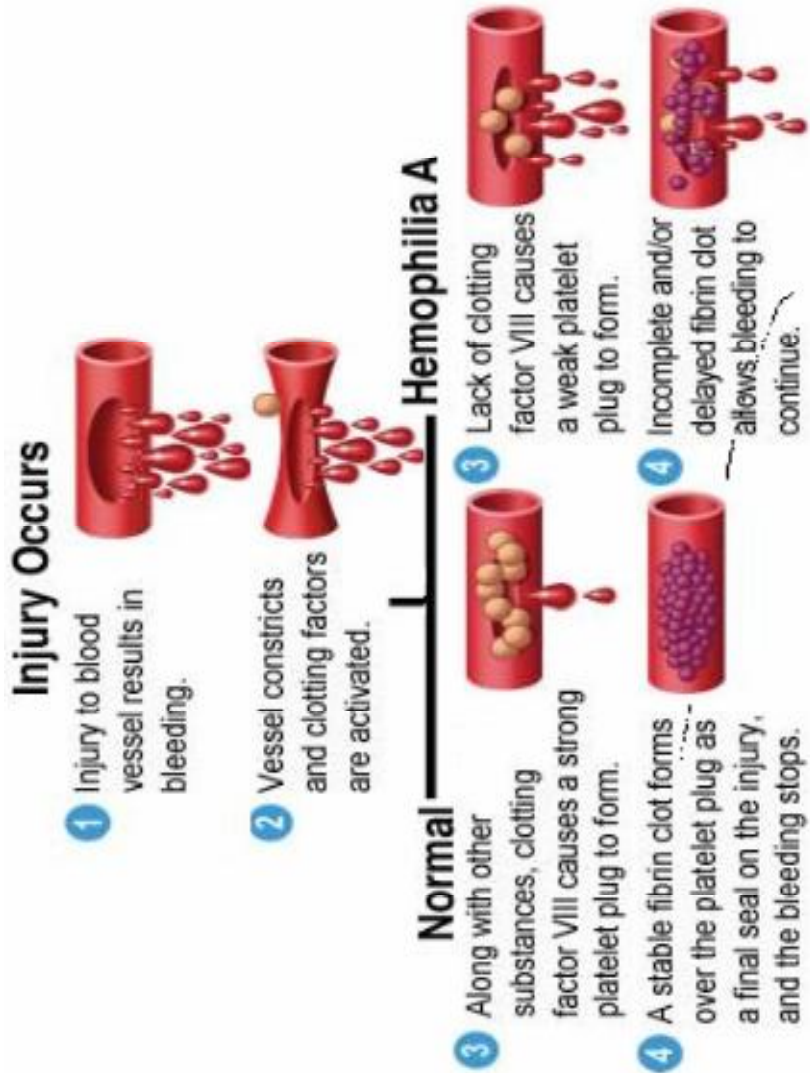


CC

Hepatic Coma (28) نمبر فوتو



DD



Lack of Coagulation Factors
(15) نمبر شکل

Publishing Medical Textbooks

Honorable lecturers and dear students!

The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. For this reason, we have published 156 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh and Kapisa medical colleges and Kabul Medical University. Currently we are working to publish 20 more medical textbooks for Nangarhar Medical Faculty. It should be mentioned that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost. All published medical textbooks can be downloaded from www.ecampus-afghanistan.org

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

“Funds will be made available to encourage the writing and publication of textbooks in Dari and Pashtu. Especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state – of – the – art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashtu is a major challenge for curriculum reform. Without this facility it would not be possible for university students and faculty to access modern developments as knowledge in all disciplines accumulates at a rapid and exponential pace, in particular this is a huge obstacle for establishing a research culture. The Ministry of Higher Education together with the universities will examine strategies to overcome this deficit.”

The book you are holding in your hands is a sample of a printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is the need to publish about 100 different textbooks each year.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students want to extend this project to the non-medical subjects e.g. Science, Engineering, Agriculture, Economics, Literature and Social Science. It should be remembered that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We will ensure quality composition, printing and distribution to the medical colleges free of charge. I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

It is worth mentioning that the authors and publishers tried to prepare the books according to the international standards but if there is any problem in the book, we kindly request the readers to send their comments to us or the authors in order to be corrected for future revised editions.

We are very thankful to **Kinderhilfe-Afghanistan** (German Aid for Afghan Children) and its director Dr. Eroes, who has provided fund for this book. We would also like to mention that he has provided funds for 60 other medical textbooks in the past three years which are being used by the students of Nangarhar and other medical colleges of the country. Dr. Eroes has made funds available for 20 additional books which are being printed now.

I am especially grateful to **GIZ** (German Society for International Cooperation) and **CIM** (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past five years in Afghanistan.

In our ministry, I would like to cordially thank Academic Deputy Minister, Prof. M Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, Dean of Nangarhar Medical Faculty Dr. Khalid Yar as well as Academic Deputy Dr. Hamayoon Chardiwal, for their continued cooperation and support for this project.

I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave us all these books to be published and distributed all over Afghanistan. Finally I would like to express my appreciation for the efforts of my colleagues Hekmatullah Aziz, Fahim Habibi and Subhanullah in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak
Advisor & CIM-Expert at the Ministry of Higher Education
Kabul/Afghanistan, January, 2015
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org

Book Name	Viral Hepatitis Medical Diagnosis & Treatment
Author	Dr Mohammad Es-haq Sharifi
Publisher	Nangarhar Medical Faculty
Website	www.nu.edu.af
No of Copies	1000
Published	2015
Download	www.ecampus-afghanistan.org
Printed at	Afghanistan Times Printing Press

This Publication was financed by German Aid for Afghan Children, a private initiative of the Eroes family in Germany.

Administrative and Technical support by Afghanic.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your textbooks please contact us:
Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul
Office 0756014640
Email textbooks@afghanic.org

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2015

ISBN 978 – 99969 – 0 – 026 – 6