

عصبي ناروغی

ډاکټر بلال پاينده

Afghanic



ننگرهار طب پوهنځی

Pashto PDF
2014

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

Neurology

Dr Bilal Payenda

Download: www.ecampus-afghanistan.org

www.ketabton.com



ننگرهار طب پوهنځی

عصبي ناروغی

Neurology

ډاکټر بلال پاینده

۱۳۹۳



Nangarhar Medical Faculty

Afghanic

Dr Bilal Payenda

Neurology

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

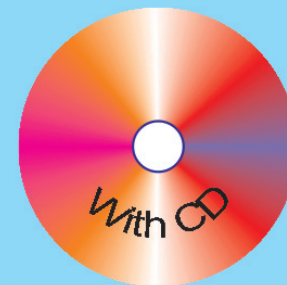


عصبي ناروغی



ډاکټر بلال پاینده

۱۳۹۳



2014

بسمه تعالی

عصبي ناروغی

دوهم چاپ

۱۳۹۳

پوهنمل ډاکتر بلال پاینده

د کتاب نوم	عصبي ناروغۍ
ژباړن	پوهنمل ډاکټر بلال پاينده
خپرندوی	ننگرهار طب پوهنځی
ويب پاڼه	www.nu.edu.af
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ کال	۱۳۹۳، دوهم چاپ
ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org
چاپ ځای	افغانستان ټایمز مطبعه، کابل

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمیټې په جرمني کې د Eroes کورنۍ یوې خیریه ټولنې لخوا تمویل شوی دی. اداري او تخنیکي چارې یې په آلمان کې د افغانیک لخوا ترسره شوې دي.

د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت د کتاب په لیکوال او اړونده پوهنځی پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبیق کوونکي ټولني په دې اړه مسؤلیت نه لري.

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له مور سره اړیکه ونیسئ:

ډاکټر یحیی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کابل

تیلیفون ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل textbooks@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي

ای اس بی ان ۸- ۲۹۵- ۱۱- ۹۹۴۲- ۹۷۸



د لوړو زده کړو وزارت پيغام

د بشر د تاريخ په مختلفو دورو کې کتاب د علم او پوهې په لاسته راوړلو کې ډير مهم رول لوبولی دی او د درسي نصاب اساسي برخه جوړوي چې د زده کړې د کيفيت په لوړولو کې مهم ارزښت لري. له همدې امله د نړيوالو پيژندل شويو ستندردونو، معيارونو او د ټولني د اړتياوو په نظر کې نيولو سره بايد نوي درسي مواد او کتابونه د محصلينو لپاره برابر او چاپ شي.

د لوړو زده کړو د مؤسسو د ښاغلو استادانو څخه د زړه له کومي مننه کوم چې ډېر زيار يې ايستلی او د کلونو په اوږدو کې يې په خپلو اړوندو څانگو کې درسي کتابونه تأليف او ژباړلي دي. له نورو ښاغلو استادانو او پوهانو څخه هم په درنښت غوښتنه کوم تر څو په خپلو اړوندو برخو کې نوي درسي کتابونه او نور درسي مواد برابر کړي خو تر چاپ وروسته د گرانو محصلينو په واک کې ورکړل شي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د گرانو محصلينو د علمي سطحې د لوړولو لپاره معياري او نوي درسي مواد برابر کړي. په پای کې د افغان ماشومانو لپاره د جرمنی کمیټی او ټولو هغو اړوندو ادارو او کسانو څخه مننه کوم چې د طبي کتابونو د چاپ په برخه کې يې هر اړخيزه همکاري کړې ده.

هيله مند یم چی نوموړې پروسه دوام وکړي او د نورو برخو اړوند کتابونه هم چاپ شي.

په درنښت

پوهاند ډاکتر عبيدالله عبيد

د لوړو زده کړو وزير

کابل، ۱۳۹۳

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 ټیټ کیفیت فوتوکاپي کېږي.

د دې ستونزو د هوارولو لپاره په تېرو درو کلونو کې مونږ د طب پوهنځیو د درسي کتابونو د چاپ لړۍ پیل او تر اوسه مو ۱۳۶ عنوانه طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځیو او نورو ادارو لکه عامې روغتیا وزارت، د علومو اکاډمي، روغتونونو او نورو... ته استولي دي.

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 افغانستان د طب پوهنځیو محصلین او استادان له ډېرو ستونزو سره مخامخ دي. نویو درسي موادو او معلوماتو ته نه لاس رسی، او له هغو کتابونو او چپترونو څخه کار اخیستل چې په بازار کې په ډېر ټیټ کیفیت

پیدا کړې، د دې برخې له ځانگړو ستونزو څخه گڼل کېږي. له همدې کبله هغه کتابونه چې د استادانو له خوا لیکل شوي دي باید راټول او چاپ کړل شي. د هیواد د اوسني حالت په نظر کې نیولو سره مونږ لایقو ډاکترانو ته اړتیا لرو، ترڅو وکولای شي په هیواد کې د طبي زده کړو په بنه والي او پرمختگ کې فعاله ونډه واخلي. له همدې کبله باید د طب پوهنځیو ته لا زیاته پاملرنه وشي.

تراوسه پورې مونږ د ننگرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ او کاپیسا د طب پوهنځیو او کابل طبي پوهنتون لپاره ۱۳۶ 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 شوی طبي کتابونه کولای شي د www.ecampus-afghanistan.org ویب پاڼې څخه ډاونلوډ کړي.

کوم کتاب چې ستاسې په لاس کې دي زمونږ د فعالیتونو یوه بېلگه ده. مونږ غواړو چې دې پروسې ته دوام ورکړو، ترڅو 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.

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.

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 چپټرونه ايډېټ او د چاپ لپاره تيار کړي. زموږ 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 زموږ په پته له موږ سره شريک کړي، ترڅو په گډه پدې برخه کې اغيزمن گامونه پورته کړو. له گرانو محصلينو څخه هم هيله کوو چې په يادو چارو کې له موږ او ښاغلو استادانو سره مرسته وکړي.

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 وجود ولري، نو له درنو لوستونکو څخه هيله مند يو ترڅو خپل نظريات او نيوکې مولف او يا موږ ته په ليکلې بڼه را وليږي، ترڅو په راتلونکې چاپ کې اصلاح شي.

د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کميټې او د هغې له مشر ډاکټر ايروس څخه ډېره مننه کوو چې د دغه کتاب د چاپ لگښت يې ورکړي دي دوی په تيرو کلونو کې هم د ننګرهار د طب پوهنځی د ۴۰ عنوانه طبي کتابونو د چاپ لگښت پر غاړه درلود.

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

د لوړو زده کړو له محترم وزير ښاغلي پوهاند ډاکټر عبیدالله عبید، علمي معين ښاغلي پوهنوال محمد عثمان بابري، مالي او اداري معين

بناغلي پوهنوال ډاکټر گل حسن وليزي، د ننگرهار پوهنتون رييس بناغلي
ډاکټر محمد صابر، د ننگرهار طب پوهنځی رييس بناغلي ډاکټر خالد يار،
د ننگرهار طب پوهنځی علمي مرستيال بناغلي ډاکټر همایون چارديوال، د
پوهنتونو او پوهنځيو له بناغلو رييسانو او استادانو څخه هم مننه کوم
چې د کتابونو د چاپ لړۍ يې هڅولې او مرسته يې ورسره کړې ده.
همدارنگه د دفتر له همکارانو احمد فهيم حبيبي، سبحان الله او حکمت
الله عزيز 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

کابل، فبروري ۲۰۱۴

د دفتر ټيليفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ايميل: textbooks@afghanic.org

wardak@afghanic.org

تقریظ

په وروستیو څو کلونو کې په هېواد کې د پوهې او علم په برخه کې یوڅه پرمختگونه شوي دي، چي ورسره د بنونځیو، مسلکي انستیتونو، پوهنتونونو او محصلینو په کمیت کې زیاتوالی راغلی دی.

که له یوې خوا پوهنتونونه د کمیت په لحاظ ډیر شوي دي، نو له بل پلوه اړینه ده چې د لوړو زده کړه کیفیت ته زیاته توجه وشي.

زمونږ په وطن کې علمی او نوی آثار لار اوسه هم ډیر کم دي، خدای وکړي چي د داسی تدریسي کتابونولیکل او چاپول به دغه تشه یوڅه ډکه کړي. هیله مند یوو چي زمونږ نور استادان هم تشویق شي، تر څو په خپلو مسلکي برخو کې نوي علمي کتابونه ولیکي.

دغه کتاب د تنگهار د طب پوهنځی لخوا وکتل شو، ښه معیاری او د محصلینو لپاره گټور کتاب دی.

مونږ د لیکوال دغه زیار ستایو، د لوی خدای ج له دربار څخه نوموړي ته د نورو بریاوو هیله کوو.

د تنگهار د طب پوهنځی

اهدا
زه دا کتاب د خپلی کورنی ټولو غړو ته اهدا کوم

مقدمه

څرنگه چې د ساینس په ساحه کې ډیره پراختیا را منځته شوی او ورځ په ورځ نوی مسایل او تخنیکونه د ساینس په بیلابیلو برخو کې را څرگندېږي او زیاتېږي نو دغه دا څرگندیدنه او تخنیکي وده د عصبي په علم کې هم ډیره شوی. نو بیا په همدې ملحوظه د ښه و هڅیدل چې د عصبي کتاب د خدای (ج) په توکل د دوهم ځل لپاره د نویو او تازه موضوعاتو په داخلولو سره ولیکم حاضر کتاب چې د عصبي ناروغی د تاریخچې د اخیستلو څخه پیل کېږي او نور مهم موضوعات لکه د شخصیت تشوشات، عصبي او عضوي ناروغی عصبي وظیفوي ناروغی پکې په پراخه توګه می ولیکلی، دا ځکه چې په اوسنی عصر کې د عصبي ناروغی زموږ په ګران هیواد افغانستان کې زیاته ده، نوزه هیله مند یم چې ددی کتاب په لوستلو سره د ننګرهار د طب پوهنځي محصلین او ځوان ډاکتران د خپلو وطنوالو د عصبي ناروغیو په تداوی کې مثبت ګامونه واخلي او ددغی لیکنی څخه اعظمی استفاده وکړي.

په پای کې غواړم چې د ننګرهار د طب پوهنځي د رئیس او د جلدی او عصبي د پیاوړتیا شرف پوهاند صاحب سعیدالدین صاحب څخه یوه نړی مننه وکړم کوم چې ددی کتاب په لیکلو کې ئی ما ته لارښونی کړی

په درناوی

پوهنمل دکتور بلال پاینده

د ننګرهار د طب پوهنځي د عصبي د پیاوړتیا غړی

تقریظ

د عصبي ناروغيو کتاب جی د محترم پوهنمل دکتور بلال پاینده لخوا لیکل شوی و می لوست نوموړی کتاب ډیر ښه او هراړخیز لیکل شوی چی لوستونکی په اسانی سره استفاده کولی شي همدا راز دې کتاب کې درسي مسایل لکه شیزوفرنیا P.M.D او Veuroses لیکل شوی چی وقوعات ئی زموږ په گران هیواد افغانتسان کې ډیر زیات دی. نو له دي کبله دا کتاب زه تائیدوم. ځکه چی یو خود ځوانو ډاکترانو لپاره په طبی پرکتس کی د استفادی وړ دی او له بلی خوا د ننگرهار د طب پوهنځی د عقلی عصبي دیپارتمنت ته داسی کوم لیکل شوی عصبي کتاب نه وه چی دا کتاب به له یوی خوا د پښتو ملی ژبی د غنا سبب او له بلی خوا به د ننگرهار د طب د پوهنځی د گرانو محصلینو درسی مشکلات لږ کړی.

په پاکی کی د محترم پوهنمل دکتور بلال پاینده لپاره د خدای (ج) له درپاره موفقیتونه غواړم.

په درښت

پوهاند دکتور سعیدالدین شرفزی

پاڻه	موضوع	شماره
1	لومري فصل	1
2	د قحفي ازواجو ناروغي (Cranial Nervous Diseases)	2
2	Trigmeinal	3
6	د مخ فلج كيدل Facial Paralysis	4
12	دوهم فصل	5
12	د خارج اهرامي سيستم ناروغي Extra Pyramedal System Disease	6
13	Chorea	7
20	Dystonia Musculorum Deformanes (Torsion Dysstonia)	8
21	Parkinsonism (Paralysis Agitons)	9
23	كلينكي تظاهرات	10
33	دريم فصل	11
33	سردرد يي گاني (Headaches)	12
37	نيم سري (Hemi Crania) يا (Migraine)	13
40	د نيم سري كلينكي انواع	14
47	خلورم فصل	15
47	د عصبي سيستم دا يروسي او بكتريائي ناروغي	16
49	Emeephalitis Lethergica	17
52	Meminingitis	18
57	د سحاي او د تخريش علايم	19
67	عمومي اهمامات	20
68	Tabes Dorsalish	21
74	د عصبي سيستم ولادي سفليس	22
74	د شوکي نفاع د مايع معاينه	23
79	پنغم فصل	24
79	Epilepsy	25

81	د مرگی مختلف انواع په ماشومانو کی	26
83	په کاهلانو کی مهم انواع د مرگی	27
100	شپږم فصل	28
100	د عصبي سیستم Demyalinated ناروغي	29
116	اووم فصل	30
116	د عصبي سیستم ناروغي (Traumatic Disease of the N.S)	31
120	Syringobulbia	32
123	اتم فصل	33
123	عصبي عضلي ناروغي	34
126	نهم فصل	35
126	د قحضي فشار زیاتوالی	36
131	لسم فصل	37
131	Symcope	38
139	یوولسم فصل	39
139	Coma او Stupor	40
150	دولسم فصل	41
150	Stroke	42
156	دیارلسم فصل	43
156	د عصبي سیستم (Acquired Immune Defeciency Syndrom) (AIDS)	44

لومړی فصل

د قحفي ازواجو ناروغی

(Cranial Nervous Diseases)

قحفي ازواج په يو سالم شخص کې (۱۲) جوړې دي کوم چې زیاتره د دوی څخه خپله منشه د Pons څخه اخلي او د مختلفو ثقبود لارې د قحف څخه خارج او مختلفو برخو د عضویت ته عصب ورکوي. نوموړې دولس ۱۲ جوړې (قحفي ازواج) په لاندې ډول دي:

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 1. Olfactory.n | 7. Facial.n |
| 2. Optic.n | 8. Acusticus.n |
| 3. Occlomotor.n | 9. Glosial.n |
| 4. Trochlear.n | 10. Vagus.n |
| 5. Trigeminal.n | 11. Accessory.n |
| 6. Abducens.n | 12. Hypogloseal.n |

د نوموړو دولسو قحفي ازواجو مطالعه د عملي او نظري درسونو په بنیاد

باندې کيږي يعنې عيني د نوموړو قحفي ازواجو مطالعه په عملي او عيني په نظري ډول سره مطالعه کوو.

I. د Trigeminal عصب ناروغی:

دا عصب چې د توام الثلاثه د عصب په نوم هم يادېږي په عضويت کې د ټولو قحفي ازواجو څخه غټ عصب دی او تقريباً مکملأ يو حسي عصب دی اما په ډيره کمې اندازې سره حركي الياف هم لري، د نوموړي عصب د ناروغۍ يا ماوښودو له کبله د شخص په مخ کې حسي مشکلات او دردونه پيدا کېږي چه نوموړی ناروغی عبارت دی له Tic Douloureux څخه او دا ناروغۍ په لاندې ډول سره مطالعه کوو.

Trigeminal Neuralgia (Tic Douloureux)

تعريف: د پنځم قحفي زوج په يو يا څو شاخچو کې د اشتدادي دردونو څخه عبارت دی کوم چې نوموړی درد د پنځم قحفي زوج د شاخچو څخه تجاوز نه کوي. زياتره پدې ناروغۍ کې د پنځم قحفي زوج کوم عضوي آفت موجود نه دی او هم د حسيت ضياع په ناروغ کې موجود نه وی.:

اسباب:

عمدتاً ددې ناروغۍ سبب ندی معلوم دا ناروغۍ زياتره د ۵۰ کلنۍ د عمر څخه وروسته ډير تصادف کوي او بنسټې نظر نارينه و ته ډير مصاب کېږي، عيني واقعاتو کې دا ناروغۍ ددغه لاندې آفاتو په تعقيب پيدا کېږي اما په کمو واقعاتو کې د ځوانۍ په عمر هم ليدل کيدای شي.

1. د Gasserien Ganglion تومورونه
2. د Post Fossa تومورونه
3. Multiple Sclerosis
4. د یخنی سره مواجهه کیدل
5. د دماغی ساقی احتشاً
6. په داخل د مغزو کی د وینی د رگونو سوټشکلات

کلینیک:

ددې ناروغی عمده کلینیکي لوحه عبارت دی له درد خنخه کوم چې د نوموړي عصب په یو یا څو شاخچو کې موجود وي ددې عصب اوله شاخچه ډیر په کمو واقعاتو په آفت معروض کیږي اما دوهمه او دریمه شاخچه ئې ډیر ماوف کیږي، ددې ناروغی درد په اوله صفحه کې د مخ په یوه قسمت کې موجود وي بیا تدریجي ډول سره د درد وسعت زیاتېږي، ددې ناروغی درد په دوه ډوله دی:

۱. تیز او اشتدادي دردونه

۲. Dull او دوامداره دردونه

په تیز یا اشتدادي دردونو کې ناروغ د Lightning او یا برق ماننده دردونه خنخه شکایت کوي او ناروغ وایي چې داسې یو درد دی چې په مخ کې یې سور شوی سیخ دننه ایستل کیږي او دا درد خود په خوده آرامیږي. د ناروغ د مخ دردونه د مخ او ژامې د حرکاتو په واسطه، د یخې هوا سره د تماس په نتیجه هم او د غاړې حرکات او فاژه ایستلو په ذریعه تحریک کیږي.

د غذایی موادو خوراک هم ناروغ ته درد پیدا کوي د ناروغی د درد دوام د

۱۵ ثانیو په حدود کې وي اما کیدای شي چې ترڅو دقیقو پورې دوام وکړي، کله کله دا درد ثابت او Dull درد وي چې پدې صورت کې د ناروغ په مخ کې د سپزم د تولید باعث گرځي نو لدې کبله دې ناروغۍ ته Tic Douloureux هم وایي. د درد د ختم څخه وروسته د ناروغ مخ حساس او دردناکه وي او نه شي کولی چې خپل وینستان رېمنځ کړي او یا رېبره اصلاح کړي ددې ناروغۍ شروع په اول شاخچه کې نادر دی اما کیدای شي چې د یوې شاخچې نه وروسته بله شاخچه هم په آفت معروض شي.

که چیرې پدې ناروغانو کې د پوزې څوکه، شونډې او وری تنبه شي نو ناروغ کې د درد د تحریک باعث گرځي چې دغې نقطو ته Trigger Zone ویل کېږي څرنگه چې دا عصب د Tensor Tympani د تعصیب مسؤلیت هم لري نو ددې ناحیې د ماؤفیدو له کبله ناروغ کې د اوریدو مشکلات هم موجود وي. که چیرې د عصب دوهمه شاخچه ماؤف شوی وي نو ناروغ کې درد د عطسې، او د پوزې د جریاناتو پواسطه تحریک کېږي او که چیرې دریمه شاخچه ماؤف شوې وي نو درد د ژوولو، خبرو کولو، د غذا تیروولو او د غاښونو د برس کولو پواسطه تحریک کېږي، اما د مخ لمس کول د ټولو شعباتو د تحریک باعث گرځي، کوم وخت چې درد تحریک شي نو ناروغ خبرې کول، ژوول او د غذا د تیروولو څخه ځان ساتي که چیرې د عصب دوهمه شاخچه په متبازو ډول په آفت معروض شوی وي نو د Orbite د جوف لاندې خفیفه اذیما د کتنې وړ وي او که چیرې دریمه شاخچه متبازو ماؤف شوی وي نو عین طرف د ژبې کې Furring نه لیدل کېږي، سره لدې ناگوارو واقعاتو له نیکه مرغه چې ددې ناروغۍ درد د شپې لخوا آرام وي.

تشخيص:

د ناروغۍ تشخيص د کلينيکي لوحې له مخې اېښودل کيږي اما دا ناروغۍ بايد د لاندې ناروغيو سره تفريقي تشخيص شي:

1. Frontal Sinusitis
2. Glucoma
3. Psychogenic دردونه
4. Teethache
5. Glossso Pharyngeal د عصب دردونو سره

اختلاطات:

ددې ناروغۍ عمده اختلاطات عبارت دي له:

1. د مخ د ماؤفه طرف د ويښتانو د رنگ تغيير ((که ناروغ نارينه وي))
2. د وزن ضياع
3. Depression

تداوي:

ددې ناروغۍ تداوي عرضي دي ددې لاندې دواگانو څخه نظر د ناروغ وضعې ته انتخاب او ورته توصیه کيږي:

۱ - (Tegretol) Carbamazepine:

ددې ناروغۍ په تداوي کې انتخابي دوا ده، د دوا دوز د کم مقدار څخه شروع او ورو ورو د دوز اندازه زياتيږي په ورځ کې د 100mg څخه شروع کيږي او نظر د ناروغ وضعې ته زياتيږي. مجموعي 24 ساعته دوز يې تر 1600mg پورې رسيدلی شي.

۲- Oxcarbazepine هم یوه مؤثره او انتخابي دوا ده ورغ کی د
300mg څخه تر 900mg پوری ورکولی شوز

۳- Phenotoin Sodium:

که چیرې ناروغ د اولنی دوا په مقابل کې معذرت ولري نو دا دوا په ورغ کې
300mg توصیه کیږي اما دا دوا ډیر ژر ناروغ ته د وریو پرسوب او نا آرامي
پیدا کوي.

۴- Phenobarbital:

په ورغ کې تر 300mg پورې ورکول کیدای شي.

۵- Vit B12:

په کتلوي دوز په ورغ کې $1000\mu\text{g}$ د لسو ورغو لپاره په زرقي ډول سره
ورکول کیږي.

۶. د الکولو او یا فینول زرق کول په مربوطه شاخچه کې.

۷. Gabapentine هم د Trigeminal Neuralgia په ناروغی. مؤثروي
خصوصاً که چیرې د ناروغی عامل Multiple Sclerosis وي نو نوموړې دوا
انتخابي دوا ده.

۸. Rhizotomy

۹. Sterotactic

د مخ فلج کیدل

اووم قفحي زوج د خپل د مسیر په مختلفو برخو کې د مختلفو امراضو
پواسطه ماؤفه کیږي د مخ فلج کیدل په عمومي ډول سره په دوه ډوله ده:

Bell's Facial Paralysis .A

دا هغه نوع وجهي فلج دی کوم چې په آني او يو طرفه ډول سره د مخ يو طرف عصب په محيطي ډول سره فلج کيږي.

وقوعات:

ددې ناروغۍ وقوعات په هر عمر کې وي د شيدو خوړونکي ماشوم څخه تر مسنو او کاهلو اشخاصو پورې پدې ناروغۍ مصاييږي پدې ناروغۍ کې سپړی نظر بنځو ته زيات مصاييږي او په ژمي کې ددې حادثې وقوعات زيات دي.

اسباب:

عمدتاً د ناروغۍ سبب نده معلوم اما ويل کيږي چې شايد ددې ناروغۍ په پيدا يښت کې لاندې عوامل رول ولري:

- (1) د انفي بلعومي ناحيې انتانات
- (2) Herpes Zoster
- (3) د ينجې هوا سره مواجه کيدل

کلينيکي لوحه:

دا ناروغۍ په آني او ناگهاني ډول شروع کيږي کله چې مربوطه شخص د خوبه څخه راپاڅيږي د خپل د يو طرف مخ دروندوالی محسوسوي يا دا چه دوستان او يا ملگري يې متوجه کوي کله کله ناروغ د غوږ د داخلي برخې د درد او حساسيت څخه شکايت کوي اما د ناروغ عمده شکايت په مفلوح

طرف کبسي د غذايي موادو د توليدو څخه وي ، په فزيکي معاینه کې د مربوطه طرف د تندي گونجې له مينځه تللی وي ، د جفن التوات هم معدوم شوی وي او که د ناروغ څخه خواهش وشي چې سترگې پټې کړه علاوه ددې څخه چې سترگه يې نه پټېږي د ماؤف طرف سترگه علوي او اونسي طرف ته انحراف کوي چه دپته Charles Bell's sign ويل کيږي. د ناروغ د سترگې څخه اوبنکې جاري وي چه دپته Bogorad Syndrom ويل کيږي ، د ماوفه طرف بار خوگ پرسيدلی بنکاري او انفي فمي التوا له مينځه تللی وي ، په ناروغ کې Whistle test او Inflation test مثبت او په عين طرف د ژبې 2/3 قدامي برخه کې د ذايقي حسيت له مينځه تللی وي. د ناروغ د ماوفه خوا د خولې وچوالی څخه شکايت کوي او د ماوف طرف د خولې د کنج څخه مايعات توپيري.

تشخيص:

د ناروغۍ تشخيص د تاريخچې او فزيکي معایناتو پواسطه ترسره کيږي او د Latency معاینه بايد وروسته د ناروغۍ د واقع څخه تر ۵ ورځو پورې وځنډول شي.

تفريقي تشخيص:

دا ناروغۍ بايد د لاندې ناروغيو سره تفريقي تشخيص شي:

1. Polio
2. Multiple Sclerosis

.B Facial Paralysis:

د مخ د هغه نوع فلج څخه عبارت دی کوم چې سبب يې معلوم او اووم قحفي زوج په مختلفو برخو د مسير کې په آفت معروضيږي ، هغه عمده فکتورونه چه اووم قحفي

زوج په آفت مصابوي عبارت دی له: Encephalitis, Meningitis، د قحف د قاعدې کسرونه، د منځني غوړ التهاب او اتانات، داخل قحفي خون ريزي او تومورونه، ځينې ناروغۍ اووم قحفي زوج په دوه طرفه ډول سره مصابوي چه دا ناروغۍ عبارت دي له: Leukemia, Sarcoidosis, Leprosy, Encephalitis، Myasthenia gravis, Meningitis, Fascio Scopolohumural dystrophy, Guillan barri او Poly Neuritis او Paget disease, Dystrophia myotonia، خنځه.

په ځنو واقعاتو کې مخ په مزمن ډول سره فلج پاتې کيږي چې دا حوادث عبارت دي له:

1. Milkerson syndrome:

مخ په مکرر او مزمن ډول فلج کيږي
هماغه طرف Nosolabeal Fold پرسیدلی وي او د ژبې هماخوا plication له لاسه ورکړی وي.

2. Wrisberg paralysis of face:

دا پتالوژيکي حالت زيات په بنځينه طبقه کې ليدل کيږي هماغه طرف مخ Gunt شکل ځانته غوره کوی او که نارينه وي نو د مخ د هماغه خوا وينستان رژيږي.

3. Cholethatoma:

په غوړ کې مشکل موجود وي نوموړی مرضي حالت يو رقم انزایم افرازوي چې د عصب د تخریش سبب او مخ فلجوي.
د مخ د فلج کيدو انواع نظر د عصب موقعیت ته:

۱. که چیرې د F.S.M په خارجي قسمت کې آفت موجود وي نو پدې صورت کې د Bell's palsy ټول اعراض او علايم په ناروغ کې لیدل کیږي چه دې سره یو ځای عمیقه حسیت هم له منځه ځي.

۲. که چیرې آفت د قحف په وجهي کانال کې وي او د هغې سره یو ځای د Chorda tympani عصب ماوف شوی وي نو پدې صورت کې په ناروغ کې د Bell's Palsy ټول اعراض او علايم موجود وي چه دې سره یو ځای د خولې وچولې په عین طرف کې په متبازر ډول موجود او د ژبې د عین طرف حسیت د ذایقې ((۲/۳ قدامي برخه)) په مشخص ډول سره له منځه ځي.

۳. Lession higher in facial canal او د Stapedius د عضلې ماوفیدل: ټول د محیطي فلج وجهي اعراض د Hyperacusia سره یو ځای وي.

۴. د Geniculate د عقدي ماوفیدل:

پدې صورت کې د ناروغ د غوږ د خلفي برخې د درد څخه شکایت کوي او امکان ددې موجود وي چه د Herpes اندفاعات د غوږ په صیوان او Tympanum کې ولیدل شي چې ددې ناروغۍ عمده مثال Ramsay hunt سندروم دی.

۵. که چیرې آفت په داخلي Auditory meatus کې موجود وي نو پدې صورت کې ناروغ د کونوالي او د مخ محیطي فلج څخه شاکی وي.

۶. که چیرې اووم قحفي زوج د Pons په قسمت کې په آفت معروض شي دا واقعه زیاتر وروسته د Meningitis څخه پیدا کیږي او دې سره یو ځای کله نا کله پنځم، شپږم، اتم، نهم او دولسم قحفي ازواج هم په آفت معروضیږي.

۷. د اووم قحفي زوج هستوي فلج:

پدې حالت کې په ناروغ کې Contralateral hemiplegia او د شپږم قحفي زوج فلج کيدل موجود وي چې عمده مثال يې Millard gubler syndrome دی.

د ناروغۍ انزار:

د ناروغۍ تداوي انزار ښه دی شايد ناروغ په ظرف د دريو هفتو کې جوړ شي او کله کله تر ۶ مياشتو پورې دوام کوي. خود ناروغ د ناروغۍ انزار هغه وخت خراب وي چې په ناروغ کې Hyperacusia موجود وي او يا عمر ئې ډير وي.

تداوي:

د ناروغۍ تداوي بايد سببي وشي او که سببي عامل يې معلوم نه وي نو په عرضي ډول سره په لاندې ترتيب تداوي کېږي:

a. د درد د مخنيوي لپاره د درد ضد دوا

b. Predenisolon ورغ کې 80mg په تدريجي ډول په ظرف د لسو ورځو کې قطع شي.

c. Short wave Diathermy.

d. Massage د سفلي طرف څخه علوی طرف ته.

e. V ماننده پلستر، او بالاخره که د پورتنی تداوي په مقابل کې ځواب ورنکړو نو بايد د جراحی عمليې پواسطه تخليه اجرا شي.

دوهم فصل

د خارج اهرامي سيستم ناروغۍ

(Extra Pyramedial System Disease)

هغه تشوشات چې د خارج اهرامي سيستم د ماوفيت څخه مينځته راځي لرونکي د ډير مغلقت اوصافو دي او هغه عمده ناروغۍ چې ددې سيستم د ماوفه کيدو له کبله مينځته راځي عبارت دي له Hemiblistmus, Dystonia, Parkinsonism, Chorea, او Athetosis څخه.

د خارج اهرامي سيستم هغه عمده هستې چې د هغوی ماوفيت څخه خاص کلينيکي لوحې پيدا کيږي ډيري دي کوم هستې چې مشخص شوې دي په لاندې ډول دي:

- | | |
|--------------------|---------------------|
| a. Caudate nucleus | d. Substantia nigra |
| b. Putamin | e. Sub thalamic |
| c. Globus palidus | f. Corpus striatum |

Chorea

Chorea عبارت د هغه ناروغۍ څخه دی کوم چې غیر ارادي حرکات پدې ناروغۍ کې متبازز اعراض دي. دا ناروغۍ عمدتاً د مختلفو پیتالوژیک تغیراتو په نتیجه کې مینځته راځي او په عمومي ډول سره Chorea په دوه ډوله دی:

1. Sydanham Chorea

2. Huntington Chorea

1. Sydanham Chorea

دا ناروغۍ په تدریجي ډول سره تاسیس کوي او زیاتره د روماتیک Faver د ناروغۍ سره یوځای وي او شروع د ناروغۍ زیاتره په ۵-۱۵ کلنۍ عمر کې وي.

وقوعات:

دا ناروغۍ په غربي مملکتونو کې ډیر کم وي اما په وروسته پاتې هیوادونو کې ډیر وقوعات لري او ددې ناروغۍ وقوعات په لاندې حالاتو کې زیات وي:

۱. په بنځو کې نظر نارینه و ته واقعات یې زیات وي.
۲. په غریبو خلکو کې وقوعات یې زیات وي.
۳. په سپین پوستکو کې نظر تور پوستکو کې ددې ناروغۍ وقوعات زیات دی.
۴. هغه اشخاص چې په چپ لاس کار کوي په هغوی کې یې زیات دی.
۵. په عصبي مزاجه او حساسو خلکو کې وقوعات یې زیات وي.
۶. په حامله بنځو کې یې وقوعات زیات وي.

۷. هغه ښځې چې د خولې له لارې د حاملګۍ ضد دوا استعمالوي پدوی کې وقوعات د ناروغۍ زیات وي.

اسباب:

ددې ناروغۍ عمده سبب *β-hemolytic streptococcus A* دی چې د ستوني د درد په تعقیب ناروغ ته Rheumatic Fever او Sydanham Chorea پیدا کوي اما عینې نورې ناروغۍ شته چې د Chorea په شان حملات په ناروغ کې پیدا کوي چې دا ناروغۍ عبارت دي له:

1. Thyrotoxicosis 8. د کاربن مونو اکساید (CO) تسمم

2. Diphtheria 9. وعایي ناروغۍ

3. Pertosis 10. د خارج اهرامي سیستم ناروغۍ او د

همدې ناحیې تومورونه

4. Encephalitis 11. Oral Contraceptive

12. مهبلي دوا ګانې چې لرونکي د

5. د وینې کلسیم کموالی

استروجن وي..

6. Encephalopathy with 13. د Ca زیاتولی

exanthom

7. Systemic Lnpus 14. د زړه Bypass

erythematosis

پتالوژي:

د Sydenham Chorea په ناروغۍ کې عمده پتالوژیک تغیر عبارت دی د اذیما او احتقان څخه په Corpus Striatum او د هغې په مربوطه ساختمانو کې او که چیرې ددې ناحیې Caseation مطالعه شي نو دا واضحه کیږي چه دا Caseation د *β-hemolytic* د Sydenham chorea له کبله مینځته راغلی. د

ناروغانو په Caudite Nucleus او C.S.F کې د Dopamine او د هغې د
استقلاب څخه حاصل شوي مواد لکه (H.V.A) Homo Vanilic acid کم
وي.

کلينیکي لوحه:

ددې ناروغۍ کلينیکي لوحه په اساسي ډول سره لاندې څلور برخې لري.

۱. غیر ارادي حرکات

۲. د انسجامي حرکاتو خرابوالی

۳. د عضلاتو ضعیف والی

۴. روحي تغییرات

د ناروغۍ د اعراضو شروع په تدریج سره وي اما کله کله کیدای شي چې په
آني ډول سره شروع شي د ناروغۍ شروع کې ناروغ د اطرافو په استعمال کې
مشکلات لري نو ځکه د یو شي په انتقالولو کې ډیر مشکلات لري او یا د
رفتار په وخت کې منظم تگ نشي کولی یعنې Awkward حرکت کوي.

خصوصاً هغه وخت نوموړي مشکلات زیات وي چې ناروغ د کومې روحي
فشار سره مواجه شي چې د نوموړو غیر نورمال اعراضو په موجودیت کې
ناروغ کوشش کوي چې مکتب ته لاړ نشي او نارام او خشن وضعیت ځانته
غوره کوي چه په دغه حالاتو کې د ناروغ والدین فکر کوي چې شاید ماشوم
ته یې روحي ناروغي پیدا شوې.

غیر ارادي حرکات د ناروغ په مخ، ژبه، اطرافو او تنه کې پیدا کیږي چې د
نوموړي غیر نورمال حرکات په مخ کې متباز او د ناروغ د مخ افادوي
حرکات خرابوي او ناروغ ته د خبرو کولو، بلع کولو او ځینې روحي حرکاتو د
اجرا مشکلات پیدا کوي.

دغه غیر ارادي حرکات په لاسونو کې د عضلاتو ((د Antagonist عضلاتو)) د تقلصاتو په نتیجه کې مینځته راځي او لکه د رقص یا Dance په شکل وي نو له همدې کبله دې ناروغۍ ته St. Vitus dance نوم هم ورکړ شوی.

د همدې غیر ارادي حرکاتو د موجودیت له کبله ناروغ په لاره کې سم تگ کولی نشي چه دا غیر ارادي حرکات د ارادي عمل د اجرا په وخت کې زیات اما د خوب په وخت کې له مینځه ځي.

د ارادي عضلاتو په تقلص کې د غیر ارادي د عضلاتو د تقلص د مداخلې په نتیجه کې ناروغ ته د حرکاتو بې انسجامي پیدا کوي. پدې ناروغانو کې د یو غیر نورمال حرکت په تعقیب بل عین حرکات ظهور نه کوي. کوم وخت چې دا ناروغان د یو حرکت کوشش وکړي نو د عضلاتو د Wax او Wan په وجه نوموړي حرکت بې انسجام کیږي، د Sydanham کوري خو نوعه پیژندل شوي چې لاندې ترتیب سره ورڅخه یادونه کوو:

1. Limp Chorea or Molis Chorea:

پدې شکل کې ناروغ په ظرف د 24-48 ساعتو کې په فلج معروض کیږي او یو Flacid یا نرم فلج به وي او سلیم سیر لري.

2. Psychological Chorea:

پدې ناروغانو کې مربوطه ناروغ روحي نا آرامي، د توجه عدم موجودیت او نور عقلي مشکلات وجود لري انزاريې ښه دی.

3. Rheumatic Chorea:

پدې نوع Chorea کې د روماتیزم اعراض او علایم هم موجود وي.

فزيکي علايم:

ددې ناروغانو په فزيکي معاینه کې د اطرافو Hyper extensibility موجود وي په ناروغ کې د عضلاتو مقاومت کم وي په سترگو کې Hippus ليدل کړی، د زنگانه عکسه د Panduller په شکل وي. او په ناروغ کې wax او wan موجود وي.

تشخيص:

د ناروغۍ تشخيص آسانه او بسيط دی چې د ناروغ کلينيکي لوحې، تاريخچې او فزيکي معایناتو پواسطه ايښودل کيږي، ليکن دا ناروغۍ بايد د Mycolonus, Tic او Athetosis سره تشخيص تفريقي شي.

تداوي:

ناروغ په بستر کې مکمل استراحت وي او کوته بايد آرامه وي او ورته اسپرين او Diazepam توصيه شي. کاهلانو ته په ورغ کې 5 – 10mg او ماشومانو ته 0,3mg/kg ورکول کيږي. همداراز reserpine، Cortisone او penicillin هم د ضرورت له مخې استعماليدی شي. ناروغ بايد په سپورت لرونکي چپرکت کې استراحت وکړي او په مفاصلو کې مالوچ تاوشي.

افزار:

ناروغ په ظرف د ۲-۳ هفتو کې شفایاب کيږي او کله، کله تر شپږ میاشتو پورې دوام کوي کله کله ناروغ تر لسو هفتو پورې په شفاخانه بستري پاتي کيږي ناروغ ته د حرکاتو تمرین توصيه او روحي فشار څخه وساتل شي ښه به

وي. کله کله په کال کې درې حملې ظهور کوي.

2. Huntington Chorea:

دا ناروغۍ په ارثي ډول (dominant) د والدينو څخه متولدینو ته انتقال کوي او واقعات يې په فاميلي ډول سره ليدل شوي خو کله کله په Sporadic ډول سرهم ليدل شوي.

دا ناروغۍ د اول ځال لپاره په ۱۸۷۲م کال کې د George Huntington پواسطه مطالعه شو دا ناروغۍ دواړه جنسه په مساويانه ډول اخته کوي.

د ناروغۍ د شروع مساعد عمر د ۳۰-۴۵ کلو په مينځ دی اما ددې عمرنو څخه مخکې او وروسته واقع کيدای شي د ناروغۍ شروع په تدريجي ډول سره دی او ورو ورو د ناروغۍ اعراض مخکې ځي کوم وخت چې د ناروغۍ اعراض په کتلوي ډول سره تاسيس ومونده نو ناروغ ته د ژبې بندش او Ataxia پيدا کيږي.

د څو محدودو کلو د تيريدو څخه وروسته ناروغۍ سره يادفرا موشۍ يو ځای او يا دا چه په يوازې ډول سره غير ارادي حرکات د ناروغۍ اعراض تشکيل کوي په ځينو واقعاتو کې ناروغۍ په کتلوي ډول سره مخکې ځي او د ناروغ د مرگ باعث گرځي اما عموماً دا ناروغان د ناروغۍ د شروع وروسته تر ۱۵ کلو پورې ژوند کولی شي.

MRI او C.T. د Caudate د هستې ورکې والی مشخص کوي P.E.T د گلوکوز کموالی په Corpus Striatum، او Substantia nigra مشخص کوي.

د پتالوژي له نظره پدې ناروغانو کې د (Substantia Nigra) په ناحیه کې د (Substance -p) مواد کميږي چې ددې په نتيجه کې د Dopamine د موادو

پواسطه ناروغ ته غیر ارادي حرکات پیدا کیږي ددې ناروغۍ عمده پتالوژیکي تغیر په Forebrain او Corpus striatum کې د استحالوي تغییراتو څخه عبارت دی.

دا ناروغۍ د Reserpin او Tetra Banazine د دواگانو په مقابل کې ډیر ښه ځواب وایي. د اولی دوا دوز په ورځ 2.75mg او د دوهمې دوز یې 20-25mg دی. Reversbal نه دی ورو، ورو (Gradually) مخکې ځي.

Dystonia Musculorum Deformans (Torsion Dystonia)

د یو ګروپ غیر نورمال حرکاتو څخه عبارت دی کوم چې په شدید، غیر منظم او دوامداره ډول سره پيدا او د عضلې عظمي ساختمانو د تشنج باعث ګرځي چې ددې په نتیجه کې د عضویت د موازنې د خرابیدو باعث ګرځي، دا حرکات کیدای شي چې د عضویت یو قسمت او یا ټول عظمي عضلي ساختمانونه مصاب کړي اما زیاتره د تنې، اوږې او حوصلې برخې مصابوي ددې ناروغۍ اصلي علت او سبب نده معلومه، په ځنې واقعاتو کې فکر کیږي چې شاید دا ناروغۍ په ارثي ډول سره والدينو څخه متولدینو ته انتقال وکړي چې دا شکل د ناروغۍ زیاتره د ۵-۱۵ عمر کې تظاهر کوي.

ددې شکل کلینیکي لوجه فرق کوي اما زیاتره ماشوم پېنې یو د بل سره نږدې او متمایل کیږي چې پدې صورت کې ناروغ خپلې پوندې په صحیح ډول سره په ځمکه نشي ایښودی او ورته د تګ مشکلات پيدا کیږي او ناروغ په سختۍ سره قدم اخلي او قوس ماننده قدمونه اخلي که چیرې آفت د پېښو ډیر نږدې برخې او د ملا عضلات ماؤفه کړي وي نو پدې صورت کې د ناروغ د حرکاتو مشکلات نور هم زیاتېږي.

که چیرې د عضویت د نږدې برخو ماؤفیت ډیر متبارزوي او ناروغ کې د حرکاتو مشکلاتو زیات وي نو پدې صورت کې ناروغ ته Lordosis او د حوصلې کوږوالی پيدا کیږي، که چیرې د غاړې او د اوږې عضلات ماؤفه شوي وي نو ناروغ ته Torticollis پيدا کیږي.

ناروغ ته د مخ کوږوالی او د خبرو کولو مشکلات هغه وخت پيدا کیږي چې ددې برخو عضلات ماؤفه شوي وي، پدې ناروغانو کې د عضلاتو Power, Tone او عمیقه عکسات نارمل وي.

ددې ناروغۍ هغه شکل چې د Autosomal Dominant په شکل انتقال کوي زیاتره د Axial musculature برخې مصابوي او ناروغ ته Torticollis پیدا کوي او زیاتره په یوه برخه د عضویت کې محدود پاتې کیږي او ډیر ورو پر مختګ کوي چې ددې ناروغانو د وینې په پلازما کې د Dopamine-β-hydroxylase فعالیت زیات وي.

ددې تفریقي تشخیص باید د Hepatolenticular Chorea, Tic, Athetosis, د degeneration سره وشي.

تداوي:

په تداوي کې Anticholinergic دواګانې لکه Levodopa په ورځ کې تر 3mg پورې مؤثر دی همدارنګه (Phenobarbital) او Carbamazepine هم مؤثر دی.

PARKINSONISM (Paralysis agitans)

دا ناروغی لرونکی د څلورو عمده اوصافو دی چې عبارت دی له:

۱. رعشه
۲. د عضلې شخوالی
۳. روحي تشوشات
۴. د حرکاتو ضعيفوالی
۵. غیر ارادي حرکات

پتالوژي:

ددې ناروغۍ پتالوژيک تغيرات نظر د ناروغۍ سببي عامل ته فرق کوي مثلاً د Paralysis agitans په نوع کې اساسي پتالوژيک تغير عبارت دی له: د ميلانين د صباغاتو د له منځه تللو څخه په عصبي حجراتو ((نيورونو)) کې همدارنگه پدې نوع پر کينسينيزم کې د نيورونو استحالوي تغيرات هم ليدل کيږي کوم چې د نوموړي تغيراتو باعث مختلف فکتورونه کيدای شي اما هغه پرکنسون چې د Encephalitis Lethergica په تعقيب پيدا کيږي د التهابي حالت په تعقيب استحالوي تغيرات رامینځته کيږي، خو په عمده ډول سره ددې ناروغۍ اساسي علت د Dopamine کموالی وی په Substantia nigra کې.

د پرکنسون ناروغی کله کله په ثانوي ډول د ځنو نورو عواملو له کبله پيدا کيږي چې دا عوامل عبارت دی دکاربن مونو اکساید تسمم، د Mn تسمم، د ځنو دواگانو د استعمال په تعقيب لکه Sulphrid, Reserpine, Chloropromazin, Methylidopa, او Tricyclic anti depressant څخه. حشره وژونکي دواگان، pulp، گرد و غبار او M.P.T.P د استعمال څخه. د Paralysis agitans شکل زیاتره وروسته د ۴۰ کلنۍ عمر څخه تاسیس کوي اما هغه پرکنسون چې د Encephalitis Lethergica په تعقيب پيدا کيږي زیاتره د ۴۰ کلنۍ عمر څخه مخکې وي چې دا نوع Encephalitis Lethergica د حملې څخه دوه کاله وروسته تاسیس کوي.

د پرکنسونيزم په ناروغۍ کې نارینه نظر بنځو ته ډیر مصایبېري اما ددې ناروغۍ فاميلي او ارثي شکل ليدل شوي همدارنگه په زړو خلکو کې د Arterio Sclerosis په تعقيب هم پرکنسون تاسیس کوي چې دا شکل زیاتره

محدود په طرف پاتې کيږي او نور اطراف نه مصابوي.

کلينيکي تظاهرات:

۱. مخ او د عضويت ظاهري ساختمان:

ددې ناروغانو د مخ افادوي حرکات له منځه ځي، او سپرې نشي کولی چې د دوی د مخ څخه خاص مفهوم درک کړي، نو له همدې کبله د پرکنسون د ناروغانو مخ ته Mask like face ويل کيږي.

د ناروغانو سترگو کې Starring ليدل کيږي او پدوی کې Blinking ((پلک وهل)) له مينځه ځي او يا کميږي د ناروغ اطراف او تنه په متوسط اندازه قدام ته متمایل وي يعنې د دوی عضويت Stopped ساختمان لري د لاسونو وضعيت يې په متوسط اندازه د تقرب او قبض په وضعيت کې قرار لري او د لاس مړوند مفصل د بسط په وضعيت کې وي. د لاسونو گوتې د Meta Corpo Phalangeal مفصل څخه د قبض په حالت او غټه گوته يې د تقرب په حالت کې وي.

۲. رعشه (Tremor):

د Paralysis agitans اولين يا لمړنی عرض رعشه دی او هغه نوع پرکنسون چې وروسته د Encephalitis Lethergia څخه مينځ ته راغلی دی لمړنی عرض يې عضلې شخ والی به وي رعشه هميشه د عضويت په علوي طرف کې پيدا او د يوې مودې له تيريدو څخه وروسته د عين طرف پښه او په ترتيب سره د عين مودې د تيريدو څخه وروسته بيا مقابل طرف په آفت معروض کيږي ليکن امکان لري چې ژبه شونډې او سر ماوف کړي او يا دا چې سالم پاتې شي.

دغه رعشه د Pill rolling وصف لري او تحريکیت يې 4-8cycle/sec دی کوم چې دغه رعشه د ارادي حرکت د اجرا په وخت او د خوب په وخت کې له مينځه ځي.

۳. عضلي شخوالی:

د پرکنسون د ناروغی په شروع شاید عضلي شخوالی په یو لاس کې محدود پاتې وي او وروسته، ورو ورو نور نواحی د عضویت په عضلي شخوالی مصاب شي، د عضلي شخوالی د معاینې لپاره باید د ناروغ اطراف په منفعله ډول سره قبض او بسط او یا د Supination او Pronation په وضعیتونو معاینه شي په مزمونو واقعاتو کې عضلي شخوالی امکان لري په منتشر ډول وي کیدای شي چې په همدې صفحه کې عضلي Contracture ناروغ ته پیدا شي.

۴. د حرکاتو تشوشات:

پدې ناروغانو کې د ارادي حرکاتو د اجرا قوت کم وي او کوم وخت چې ناروغ یو ارادي حرکت اجرا کوي نو په ډیر آهستگی سره ترسره کوي خصوصاً هغه ارادي حرکات په آهستگی سره پای ته رسیږي کوم چې د وړو عضلاتو پواسطه اجرا کیږي چې پدې صورت کې د ناروغ د سترگو د عضلاتو حرکات ټکان مائنده وي همداراز د مخ حرکات (چې د اجفانو رعشی سره یو ځای وي) هم ټکان مائنده وي خصوصاً دا حرکات هغه وخت متبارز وي چې ناروغ خبرې وکړي یا څه وڅوري (Mastication) او یا دا چې کوم شی د ستونې څخه بلع کړي. د ناروغ خبرې کول Monotonus او Slurred وي او د لاس د وړو عضلاتو د ماویدوله کبله ناروغ کې Micrographia د لیدو وړ وي د لاسونو نوساني حرکت د ناروغی په شروع کې کم او وروسته له مینځه ځي

پدې ناروغانو کې د مخ د روحي عضلاتو حرکات کم او محدود وي او د حرکت د اجرا په وخت کې د مخ عضلات نا مناسب کش او حرکت کوي چې ددې حرکاتو نا مناسب والی او محدود والی يې د پرکنسون په ناروغ کې د حرکاتو Akinesia پيدا کوي.

۵. قدم وهل (Gait):

د ناروغی په شروع کې د ناروغ د يو طرف لاس خپل نوسان او تحريکیت له لاسه ورکوي په هغه صورت کې چې دواړه اطراف په ناروغی کې مشترک ماؤف شوی وي نو حرکت د Shuffling په شکل وي يعنې ناروغ په لنډ او تنگو قدمونو سره حرکت کوي کله کله ناروغ په خميده وضعيت او لنډ قدمونو سره حرکت کوي چې دپته Festinant Gait ويل کيږي چې پدې صورت کې د اعراضو ډير متبازيت هغه وخت وي چې ناروغ کوشش وکړي چې د ځمکې څخه پورته شي.

دا ناروغان د حرکت شروع او د حرکت قطع په مشکلاتو سره کوي يعنې د Retro Pulsion او Propulsion په دواړه وضعيتونو کې کافي د کنترول حاکمیت نه لري اما کله کله ناروغ کولی شي چې په آسانی سره ځغاسته وکړي.

۶. عکسات:

د پرکنسون په ناروغ کې د حدقي عکسه نارمل اما په هغه صورت کې چې د ناروغی عامل Encephalitis وي نو د حدقي عکسه معيوب وي خصوصاً د Accomodation په وخت کې نومړي معيبيت په متبازو ډول ليدلی شو.

۷. نور اعراض:

په ناروغ کې حسي اعراض موجود نه وي يوازې د ناروغۍ په پر مخ تللی صفحه کې د عضويت دردونه ډير وي خصوصاً د ملا او د اطرافو دردونه، د پوستکي سوروالی او زیاته خوله کیدل په ناروغ کې موجود وي، که چیرې د پرکنسون عامل سببي Encephalitis نو د ناروغ مخ غوړ او د خولې لعاب يې ډير وي همدارنگه پدې نوع پر کنسونيزم کې Occulogyral Spasm هم موجود وي چې دا Occulogyral Spasm د سترگو د تشنجي انحراف له کبله وي، چې دا انحراف د سترگو معمولاً علوي طرف ته وي او وروسته د دقيقو او يا ساعتو څخه له مينځه ځي

تشخيص:

د ناروغۍ قطعي تشخيص آسانه دی اما دا چې د پرکنسون اصلي علت څه دی ددې خبرې وضاحت ضروري او حتمي ده. هغه نوع پرکنسونيزم چې وروسته د Encephalitis څخه مينځته راغلی وي په ناروغ کې د مخ غوړوالی د Occulogyral spasm موجودیت او د خولې د لعاب زیاتوالی موجود وي همدارنگه په دې نوع کې د حدقی عکسه هم معيوب وي.

Arteriosclerosis هم د پرکنسون د پيدا کيدو عامل کيدای شي اما پدې حالت کې اعراض يو طرفه وي او د شراینو د تصلب نور اعراض او يا د C.V.A واقع کيدو تاريخچه موجود وي اما په مجموعي ډول سره هغه اساسات چې د ناروغۍ په تشخيص کې مهم دي پنځه دي او په لاندې ډول سره ورڅخه يادونه کوو:

۱. د مخ افادوي حرکاتو له مینځه تلل:

د ناروغ افادوي حرکاتو له مینځه ځي او ناروغ Mask like face مخ لرونکی وي او هم پدې ناروغانو کې Gallabela tap test مثبت وي.

۲. رعشه:

منظم ډول سره پدې ناروغانو کې رعشه موجود وي.

۳. عضلي شخوالی:

د عضلاتو شخوالی د Cog wheal rigidity په شکل وي.

۴. Akinesia:

د ناروغ ارادي حرکات محدود او مختل کیږي.

۵. Postural abnormality:

د ناروغ وضعیت خمیده یا د Kyphotic په شکل وي.

تفريقي تشخیص:

دا ناروغی باید د لاندې ناروغیو سره تفريقي تشخیص شي:

1. Arthritis:

د مفصل دقیقه معاینه او د X-ray اجرا کمک کوي.

2. Familial رعشه:

دا په فامیلي ډول موجود وي.

3. Thyrotoxicosis:

د ناروغی نور علایم او اعراض موجود وي.

4. Shy dragger syndrome:

پدې ناروغی کې هم د پرکنسون اعراض او علایم موجود وي اما د

Autunum عصبی سیستم د اخته کیدو اعراض او علایم لکه د خولې کیدو نشتوالی Postural hypotension د معصرو تشوشات او عدم اقتدار جنسی موجودیت دا ناروغۍ د پرکنسون څخه تفریقي تشخیص کوي.

5. Progressive supra nuclear palsy

(Richard son steele olzewski syndrome):

چې پدې ناروغۍ کې بر علاوه پرکنسون د اعراضو څخه په ناروغ کې د سترگو د حرکاتو تشوشات Pseudobubar palsy او Axial-dystonia موجود وي.

6. Creutzfeldt jakob disease:

پدې ناروغۍ کې د پرکنسون د اعراضو څخه په غیر عینې نور اعراض لکه Myoclonic Alaxia Demanentia, Jerks, او د دموي سیستم د ماوفه کیدو علایم او اعراض موجود وي او E.E.G تشخیص واضح کوي.

7. Cortical basal ganglia استحالہ:

هم د پرکنسون اعراض ورکوي اما دې سره د قشری برخې د وظیفې خرابوالی لکه Aparaxia, Dementia, Sensory intention او Aphasia هم موجود وي.

8. Huntington chorea:

پدې کې د مزاج خرابوالی او Dementia متبارز اعراض وي او کله کله دا ناروغۍ فامیلی وي.

تداوي:

تر هغې پورې چې د پرکنسون د ناروغۍ سبب او پتوجینز معلوم نه وي نو پدې صورت کې د ناروغۍ تدری په لاندې ډول سره کېږي.

1. Symptomatic

2. Supportive

3. Palliative

د پرکنسون د ناروغۍ په ځنو خاصو ناروغانو کې چې د ناروغۍ سببي عامل معلوم وي او يا د ځينو نورو ناروغيو په سير کې پيدا شوي وي په سببي ډول تداوي صورت نيسي. نور د پرکنسون زياتره ناروغان د ژوند په اوږدو کې بايد تداوي شي چې پدې صورت کې مربوطه ناروغ ته خاص دواگانې، Supportive او يا روحي تداوي، فزيکي تداوي او بالاخره جراحي تداوي توصيه کيږي.

:Supportive Treatment

د پرکنسون ناروغان زياتره د روحي تشوشتو سره ملگري وي چې پدې حالاتو کې Psychotherapy ناروغ ته مشر ثابتيږي.

:Physical therapy

د گرم تطبيقات او Massage د ناروغ د دردونو د آرامۍ لپاره او هم د ناروغ د Flexion يا د قبض حالت د پيدا کيدو د مخنيوي لپاره مؤثر دی.

تداوي:

د پرکنسون ناروغۍ په شروع کې کوم خاص تداوي ته ضرورت نه لري اما که چيرې د ناروغۍ اعراض شديد شي او يا دا چې ناروغ ته مشکلات را مينځته کړه نو بايد د تداوي د شروع په ارتباط د ناروغ سره مفاهمه او مشوره وشي په تداوي کې دا لاندې گروپونه د دواگانو شاملې دي:

:Dopaminergic 1.

ددې گروپ د دواگانو نماينده Levodopa دی کوم چې د پرکنسون په تداوي

کې يو انتخابي دوا ده دا دوا د ناروغۍ اعراض کنترولوي اما د ناروغۍ د پرمختګ مخه نشي نيولی دا دوا ناروغ ته دلېدي، استفراغ، د وينې د فشار کموالی او د زړه بې نظمي گانې پيدا کوي. دا دوا په يواځنی شکل په عضويت کې تخريبي نو د نوموړي دوا د مؤثريت لپاره ورسره Carbidopa يو ځای استعمالیږي دوا د کم دوز څخه شروع او ورو ورو دوز يې زیاتیږي يعنې دا چې په شروع کې Carbidopa 25g او Levodopa 100 توصیه او دوز يې بيا د ورو ورو زیاتیږي دا دوا بايد په لاندې حالاتو کې تطبيق نشي:

Angle glaucoma (1)

Peptic ulcer (2)

(3) کوم هغه خلک چې M.A.O.I دواگانې اخلي

Malignant melanomas (4)

2. Dopamine agonist:

په دې گروپ کې دا لاندې دواگانې شاملې دي.

a. Bromocriptine: ورځنی دوز يې 1.25g ورځ کې دوه ځلې.

b. Pergolide: ورځ کې 0.05gr دوز يې د ضرورت مطابق زیاتیږي.

c. Pramipexole: ورځ کې 0.125gr ورځ کې درې ځلې.

d. Ropinirole: ورځ کې 0.25gr درې ځلې.

3. Amantadine:

يوه د ويروس ضد دوا دی ورځ کې 100mg دوه ځلې دا دوا دلېدي، استفراغ او Depression پيدا کوي.

4. Anti Cholenergic دواگانې:

پدې کې دا لاندې دواگانې شاملې دي:

a. Benztropine (cogentin) ورځ کې 1-6mg

b. Biperidine ورځ کې 2-12mg

c. Procyclidine 7.5-30g ورځ کې.

d. Trihexylphenadyl ورځ کې 6-20g

5. Selegiline:

دا د M.A.O.I.B گروپ دواگانو له جملې څخه دی دا دوا د Levodopa سره یوځای ښه نتیجه ورکولو وړ وځي 5-15g توصیه کېږي.

6. Catecholamine -o-Methyl-Tranferase Inhibitor:

ددې دوا عمده مثال یو Tolcapone دی چې په ورځ کې 100om درې ځلې توکيږي او بل Entacapone دی ورځ کې 200mg د Levodopa 100mg سره ښه نتیجه ورکوي.

7. که چیرې په ناروغ کې Confusion موجود دی نو 10-15g olanzapine، 25-100g quetiapine مؤثر دی.

په عمومي تداوي کې Speech therapy، Physiotherapy مؤثر دی. همدا راز کله کله جراحي عملیه Thalamotomy، Pallidotomy هم مؤثر دی. Transplantation د Substantia nigra هم مؤثر دی، Brain stimulatn د رعشي د کنترول لپاره بې اثره نه دی.

8. هغه نوع پرکنسون چې د مخدره موادو د استعمال له کبله مینځته راغلی وي نو د مغزو پیوند ډېر بریالی علاج دی. د پرکنسون د ناروغۍ په تداوی د Freez Stage د مخنیوی لپاره ناروغ ته باید Levetiracetam او په کم دوز Amantardine توصیه شي.

دریم فصل

سردردی گانی

(Headaches)

د سردرد په پیدا یښت کې ډیر فکتورونه رول لري اما په اوسنی عصر کې ډیر کم امکانات موجود دی ترڅو مونږ وکولی شو چې د سردرد عامل یا سبب پیدا کړو.

د سردرد په پیدا کیدو کې عمدتاً روحي فکتورونه ډیر رول لري یعنې روحي تشویشات ډیر زیات د سردرد عامل او باعث گرځي چې د اوعیې د موقعیت په لحاظ که داخل قحفي وي او یا خارج قحفي دواړه د سردردی باعث گرځي، همدا راز په سر کې ځنې دردونه د نورو ساختمانو څخه انتشار کوي لکه د غاښونو درد Temporomandibular د مفصل دردونه او نور.

د سردردی تصنیف بندي د انا تومیك ساختمان له مخې په لاندې سیستم او طریقې باندي دی:

۱. پوستکي او وینتان:

د سرد وینتانو د فالیکولونو او د پوستکي Cellulitis د سردرد باعث گرځي.

۲. هډوکي:

د سرد (کوپړې) د هډوکو التهاب او ناروغۍ لکه Osteomyolitis او paget disease د سردرد باعث گرځي.

۳. Duramater Arachnoid, Piamater:

د نوموړو غشاگانو آفات د سردردي باعث گرځي کوم چې پدغه نواحیو کې التهابات او خونريزي دواړه سردردي پیدا کولی شي چې نوموړی درد یا د وینې اوعیو د بې ځایه کیدو څخه او یا د وینې د اوعیو د جدار د توسع او تخریشیت څخه پیدا کیږي.

۴. دماغي نسج:

د دماغي نسج د آفاتو له کبله د سردرد پیدا کیږي البته خپله دماغي نسج حسي ساختمان نلري بلکه د دماغي نسج د آفاتو له کبله د اوعیې جدار تخریش او په ثانوي ډول سره نوموړی درد پیدا کیږي.

۵. د دماغي اوعیو ناروغي:

د دماغي اوعیو د ناروغۍ له کبله ناروغ ته د سردرد پیدا کیږي مثلاً Cranial Arteritis، د وینې د فشار جگوالی او ځنډو غذاگانو او دواگانو استعمال د وینې په جریان کې تغییرات پیدا او دا تغییرات د سردرد باعث گرځي مثلاً کوم هغه خلک چې Depression لري د هغه د تداوی دپاره

Nardil) Phniltzine (توصیه کیپی. نو پیدی صورت کی که چیری نوموړی خلک د پنیرو او کیلی خنجه پرهیز نشی نوموړی دوا د وینی د فشار د زیاتوالي باعث او ناروغ ته د سردرد پیدا کوي خکه چې پنیرو او کیله لرونکی د ډیر مقدار Tyramine دي او د Tyramine استقلاب د نوموړو دواگانو پواسطه نهی او د ناروغ د وینی فشار جگپړی.

:(Temporal arteritis) Craneal arteitis

زیاتره مسنو او زړو خلکو کی لیدل کیپی چې دا ناروغی د اول ځل لپاره د Hotchinson پواسطه په ۱۸۹۰ کال کی مشخص شو کوم چې پدی ناروغي کبې د سرد او عیو حساسیت، تبارزوالی (Streak) او سوروالی موجودیت وي دغه ناروغی زیاتره د صدغي فص او عیو مصابوي اما کیدای شي چې قفوي جبهې او جداری فسونه هم مصاب کړي دا ناروغی کیدای شي چې په داخل قحفي او خارج قحفي او عیو کی تصادف وکړي. ددی ناروغانو په سر کی کله کله زخمونه لیدل کیدای شي. او د سرد وینی رگونه په حس سره کلک محسوسیږي او نبضان ورکی کم او یا نه وي.

اسباب: Auto immune او Virus د ناروغی باعث کیدای شي.

کلینیکي لوجه: د کلینیک له مخې دا ناروغان د سردرد، مخ درد، او ژولو په وخت کی د ژامې د حرکتو د محدودیت او عدم تحرکیت خنجه په وقفوي ډول شکایت کوي یعنی په ناروغ کی Claudication د ژولو په وخت کی لیدل کیږي همدا راز دا ناروغان د نورو مفاصلو د دردونو او بی اشتهایی خنجه شکایت کوي. د ناروغ د وینی په معاینه کی د E.S.R زیاتوالی د ناروغ تشخیص مشخص کوي.

پتالوژی:

د پتالوژی له نظره ددې ناروغانو د وینې د رگونو په معاینه کې Skip lesson موجود وي اما دا حالت د ناروغۍ په تشخیص کې نهایی کومک کوونکی ندی. ددې ناروغانو د وینې په رگونو کې Atheroma موجود وي ددې ناروغانو رگ په Biopsy کې د Media طبقه کې زیات حجرات P.M.N او Gaint cell لیدو وړ وي.

تشخیص:

د وینې په معاینه کې ددې ناروغانو E.S.R په اول ساعت کې د 100mm څخه زیات او د Alkaline Phosphatase سویه لوړ وي.

تداوي:

دې ناروغانو ته باید انا تداوي شروع شي. کوم چې ناروغی تشخیص شونو باید ژر تر ژره ناروغ ته Prednisolone 60mg په ورځ کې د یو کال لپاره توصیه شي دا ځکه چې ځنې وخت که چیرې د داخلي ثباتي شریان (د بصري شریان Cillary Artery) ماوف شي نو دا ناروغ د رنډیدو باعث گرځي اما که چیرې روندوالی تاسیس موندلی وي نو دا دوباره نه اعاده کیږي اما د کورتیزون ورکړه د ناروغ د بلې سترګې د محافظت باعث گرځي، کورتیزون باید په منظم ډول سره تر یو کال پورې ورکړل شي او په ظرف د یوې میاشتې کې تدریجاً قطع شي.

۶. د سترګو ناروغی لکه Glucoma د سردرد باعث گرځي.

۷. Sinus: د سینوسونو آفات د سردرد باعث گرځیدای شي.

۸. د Temporo Mandibular ناحیې آفات هم سردردی پیدا کوي.

۹. د غابونو دردونه هم د سردردی باعث گرځي.
۱۰. د سینې ناروغی او ټوخي هم د سردردی باعث گرځي.
۱۱. د رقبې فقراټو ناروغی خصوصاً رقبی اولی او دوهم فقری ناروغی د سردردی باعث گرځي.
۱۲. د هضمې سیستم ناروغی لکه Gastritis او معند قبضیتونه، د سردردی باعث گرځي.

نیم سری

(Hemi Crania) یا (Migraine)

تعریف: د نیم طرف سردرد څخه عبارت دی کوم چې په اشتدادي ډول سره شروع کیږي د ناروغی شروع معمولاً د ځوانۍ په سن کې وي او تقریباً د ټولني 5% خلک ددې سردرد څخه شا کې وي دې سردردی سره ناروغ د سترگو د دید تشوش او استفراغات هم لري:

وقوعات: ددې ناروغی واقعات په کوم هغه هغه خلک چې ددې لاندې اوصافو لرونکي وي ډیر وي:

۱. په بنځو کې ددې ناروغی وقوعات نظر نارینه و و ته زیات دی.
۲. دا ناروغی په با وجدانه او با ضمیر خلکو کې ډیر واقع کیږي.
۳. ددې ناروغی واقعات په کنجاوو خلکو کې ډیر دی.
۴. ددې ناروغی واقعات په Perfectionist ((ځان ته فوقیت غواړي)) خلکو کې ډیر دی.
۵. دا ناروغی په عصبي مزاجه خلکو کې ډیر واقع کیږي.
۶. دا ناروغی په وسواسي خلکو کې ډیر دی.

۷. دا ناروغی په هغو خلکو کې ډیر دي کوم چې همیش پدې کوشش کې وي چې موقف یې د نورو خلکو څخه اوچت وي.

اسباب او پټولوژي:

دا ناروغی خارج قحفي او داخل قحفي اوعی مصابوي ددې ناروغی په پیدایښت کې ارثي، هورموني، پیوشمیکي ((د دواگانو د استعمال په شمول)) فکتورونه رول لري کوم چې نوموړي فکتور Hypothalamus قدمي ته تغییر ورکوي چې دا حادثه د درد پیدا کیدو باعث گرځي.

د ناروغی د حملې په شروع کې د دماغ په خلفي برخه کې د وینې جریان کمیږي چې بعد له یوې کمې مودې څخه نوموړی د وینې د جریان کمبود د دماغ قدامي طرف ته انتشار کوي چې دغه د وینې د جریان کمبود د موضعي اعراضو د ختمیدو څخه وروسته ختمیږي.

داسې فکر کیږي چې د موضعي اعراضو د پیدایښت مسول فکتور د عصبي نیورونو تشوشات دي نه د وینې د جریان کمبود.

داسې فکر هم موجود دی چې د سرد درد مسولیت زیاتره د دماغ د خارج قحفي او عیو کشش او توسع دی او ثباتي خارجي شریان نظر داخلي ثباتي جریان ته د ناروغی په پیدا کیدو کې ډیر رول لري یعنی ددې خبرې مطلب دا دی چې د نیم سري د پیدا کیدو مسولیت زیاتره خارجي ثباتي شریان اخلي نظر د داخلي ثباتي شریان ته.

ددې ناروغی د اعراضو په پیدایښت کې د اوعیو تقبض او توسع رول لري پدې معنی چې د اوعیو تقبض د سترگو د دید مشکلات او توسع د سرد درد پیدا کوي داسې یو فکر موجود دی چې د حملې په شروع کې ځنې Vasoactive او هغه مواد چې د وینې د رگونو د تقبض او توسع باعث گرځي

افرازيږي چې دا مواد عبارت دی د Histamine او Serotonine څخه دا مواد په اوله صفحه کې اسکيميا پيدا کوي وروسته د اوښې توسع او Hyperemia پيدا کوي چې دا توسع او Hyperemia ناروغ ته د سردردی باعث گرځي. په هغو واقعاتو کې چې د ثباتي شراينو برجسته گي والی موجود وي نو د اوښو د توسع له کبله د سمپاتيک اعصابو Coat تر فشار لاندې راځي ددې په نتيجه کې ناروغ ته Horner's syndrome پيدا کيږي. ددې ناروغی د اعراضو په تحريک کې تحييض، د خاصو غذاگانو استعمال، د الکولو څښاک، د خام نارنجو او شنو منو خوراک، د سمارقو خوراک، د چاکليتو خوراک، د ناروغ په مخ کې د رڼايي او خط داره رڼايي توليد، روجي تشوشات، حيواني شحم، هگی، پنير او حيواني محصولات رول لري. همدا راز سگرت ځکل هم د ناروغي د درد په تحريک رول لري..

اعراض:

د دې ناروغی اعراض په ۱/۴ برخه د ناروغانو کې د رویت په تشوش شروع کيږي کوم چې دغه د رویت تشوش Homonymous په شکل وي يعنې ناروغ د خپل د دواړو سترگو په يو طرف کې ديد له لاسه ورکوي، ناروغ د خپل د سترگو په مقابل کې منکسر خطونه گوري چې دا صفحه د وينې د اوښې Vasoconstriction څخه پيدا کيږي چې تقريباً 15-20 دقيقو پورې دوام کوي ددې څخه وروسته د ناروغ په شونډو، ژبه او علوي اطرافو کې د ستن چوځيدل يا Tingling او Numbness يا کرختی احساس پيدا کيږي. لدې څخه وروسته ناروغ ته د سردرد پيدا کيږي چې دا درد معمولاً د Boring يا سوري کولو په شکل احساس کيږي چې اول د سر په يو طرف او امکان لري چې سر مقابل طرف ته هم نشر شي او کوم وخت چې د درد شدت زيات شو نو

وصف ځي Throbbing, Ponding او يا نبضاني درد په شکل وي چې پدې صفحه کې د ناروغ په انفي غشا او منظمه کې احتقان پيدا کېږي دا درد امکان لري ترڅو ساعتو پورې وي ناروغ کوشش کوي چې پرمخې ځملي او ځان د رڼايي د کتو څخه لرې وساتي زياتره د نيم سري درد د سهار په وخت د خوب څخه د پاڅيدو سره مترافق شروع کېږي کله کله يوازې د سترگو د تشوش په اعراضو سره شروع کوي بې لدې څخه چې د سر درد موجود وي.

د نيم سري کلينک انواع

1. Ophthalmoplegic نيم سري:

پدې نوع نيم سري کې ناروغ ته د دريم قحفي زوج فلج پيدا کوي چې دا دريم قحفي زوج فلج کيدل امکان لري ترڅو ورځو پورې دوام وکړي يعنې دغه ناروغان د سر درد څخه په غير د سترگو د دريم قحفي زوج يا Occulomotor د عصب فلج هم لري داسې تصور موجود دی چې دا نوع نيم سري د داخل قحفي انيوريزم څخه پيدا کېږي.

2. Basilar Artery Migraine:

پدې نوع نيم سري کې د سر دردی څخه منځکې په ناروغ کې د دماغی ساقی د اخته کيدو اعراض لکه Giddness, Ataxia, Dysarthria او حتی د شعور ضیاع موجود وي دا نوع نيم سري زياتره په ځوانو جنکيانو او ځوانو بنځو کې موجود وي داسې فکر موجود دی چې ددې نوع نيم سري په پيدا کيدو کې د Basilar artery تشوشات رول لري.

3. Classic Migraine:

پدې نوع نیم سري کې عمده اعراض عبارت دي د سترگو په مقابل کې منکسر خطونه، د سر درد، استفراغ او کله کله د عضویت د نیم برخې فلج، Dysphesia او د خبرو د کولو مشکلاتو څخه.

تشخيص:

د دې ناروغی دوام او د ناروغی حملات د یو شخص څخه بل شخص ته فرق کوي کیدای شي چې د ناروغی حملات په مربوطه شخص کې په یو هفته او یا یو میاشت کې تکرار شي چې دا حودث ټول د ناروغی په تحریک کوونکي عوامل پورې مربوط دي.

تشخيص د ناروغی د کلینیکي لوحې له مخې کیږي چې دا ناروغی زیاتره د ځوانی په عمر شروع کیږي او کله تر زړښت عمر پورې دوام کوي اما دغه ناروغی باید د *lesion, Epilepsy, Space Occupying* او نورو عضوي ناروغیو څخه تشخيص تفریق شي کوم چې په سر کې د درد د پیدا کیدو باعث گرځي. دا خبره باید په یاد کی وي چی د سردرد پیدا کیدل وروسته د 35 کلنی عمر څخه د توجه وړی.

تداوی:

د دې ناروغی په تداوی کې درې عمده فکتورونه باید په نظر کې ونیسو:

A. د ناروغ عمومي حالت:

پدې حالت کې باید ناروغ د کومو هغو فکتورونو څخه لري وساتو کوم چې د ناروغی د اعراضو شروع او تحریک باعث گرځي یعنی ناروغ د روحي فشار څخه لیرې وساتو او غذایی رژیم یې اصلاح او د ځنو خاصو غذا گانو خوراک

چې مخکې ورڅخه یادونه وشوه محدود کړو. کوم هغه بنسټې چې د اول ځل لپاره د حاملګۍ ضد تابلیتونه استعمالوي او په هغه کې د نیم سري اعراض پيدا شي نو باید دوا ژر تر ژره قطع شي ځکه چې پدې صورت کې د دماغی ترومبوس د جوړیدو ډیر احتمال وي.

B. وقایوي تداوي:

په طبي تداوي کې ډیر زیات دواګانې استعمالیږي اما باید په یاد کې موي چې د کوم نیم سريو په بنیاد کې د شخصیت تشوش او ارثي فکتورونه موجود وي نو په تداوي کې مشکلات ایجادوي، په وقایوي تداوي کې دا لاندې دواګانې مورد استعمال دي:

1. Apirin په ورځ کې 600mg دا دوا د صفحات دمویه د یو ځای کیدو څخه جلوگیری کوي او هر سهار په نوموړي دوز استعمالیدای شي.

2. Propranolol (inderal) په ورځ کې 20mg درې ځلې توصیه کیږي او نوموړی دوا postural hypotension ناروغ ته پیدا کوي.

3. "Mosegar" Pitzotifan په ورځ کې 0.5mg درې ځلې توصیه کیږي دا دوا د هستامین د افراز څخه جلوگیری کوي.

4. Cyproheptidine (periactin) دا دوا په ورځ کې 2mg درې ځلې توصیه کیږي.

5. "Deseril" Methysergide maleate دا دوا ډیره بڼه دوا ده اما ناروغ ته Retroperitoneal Fibrosis پيدا کوي او په ورځ کې 6-8mg توصیه کیږي.

C. د حادثې حملې تداوي:

د استفراغ د مخنیوي لپاره 10mg Metoclopramid یا Maxolan توصیه

کیرپی.

2. "Motilium" Domperidon:

په ورغ کې 60mg توصیه کیرپی.

3. Erogotamine:

د tartrate په شکل په ورغ کې 1-2mg پورې توصیه کیرپی اما باید مجموعي د هفتې دوز د 10mg څخه زیات نشي، دا دوا د ثباتي خارجي شراينو کشش کموي او په ناروغ کې درد ورک کیرپی دا دوا که د ژبې لاندې په شکل استعمال شي مؤثر دی دا دوا ډیر خطرناکه اختلالات د Thrombo Philitis ورکوي دا دوا په هغه صورت کې چې په ناروغ حمله د تحیض په وخت کې شروع شي نو Diuretic سره یو ځای ډیر ښه نتیجه ورکوي. په وقایوي تداوي کې 2.5g Zolmitreptan هم مؤثر دی باید درد د احساس په وخت وخورل شي.

Migrainous Neuralgia "Cluster Headache"

دا ناروغی د خپل د پتوفزیولوژیکي ساختمان له مخې د نیم سري سره شباهت لري اما په دې ناروغی کې دغه لاندې خاص خصوصیات شته چې د نیم سري سره فرق کوي:

۱. ددې ناروغی واقعات په وسواسي خلکو کې ډیر دی.
۲. دا ناروغی په نارینه و کې نظر ښخو ته ډیر وقوع لري.
۳. ددې ناروغی حملې زیاتره د ماښام په وخت کې وي.
۴. پدې ناروغی کې ناروغ نا ارامه وي.

کلینیکي لوحه:

ددې ناروغی عمده کلینیکي لوحه عبارت دی د درد څخه چې ددې ناروغی درد د نیم سړی څخه بر خلاف د پوزې څخه شروع او د سترگو جوف طرف ته انتشار کوي ((د نیم سړي درد خپله مستقیماً په سر کې شروع کیږي)) او بیا وروسته ناروغ ته د سردرد پیدا کیږي دې درد سره یوځای Rhinorihea (د پوزې څخه د مخاط جریان) لري او د هماغه طرف پوزې څخه Mucus افرازیږي او ناروغ کې Nasal Congestion (د پوزې احتقان) موجود وي همدا راز د ناروغ عین طرف سترگې کې سوروالی او Lacrimation موجود وي. ددې ناروغی د رد تر دوو ساعتو وروسته پورې دوام کوي اما کله کله تر څو ورځو پورې دوام کوي د حملې د دوام او زیات تکراریدو په نتیجه کې ناروغ ته کیدای شي چې Horner Syndrome پیدا شي ((پدې سندروم کې هماغه طرف سترگه کې Ptoisis پیدا د سترگې کره د سترگې د جوف دننه خوا ته میلان پیدا کوي او د ناروغ د هماغه سترگې حدقه ثابت وي او هماغه طرف کې خوله کمیږي)).

تحریک کوونکي فکتورونه:

Cluster Headache ددې لاندې فکتورو پواسطه تحریک کیږي:

۱. د الکولو څښل.
۲. د ځنو خاصو غذاگانو خوراک.
۳. د تشعشع یا Glare سره د مواجهه کیدو په صورت کې.

نداوي:

څرنګه چې پدې ناروغی کې ډیر خرابه درد موجود وي نو باید چې ناروغ ته

دواگانې په زرقي ډول سره تطبيق شي او دا دوا گانې په لاندې ډولونو دي:

1. Ergotamine 1-2mg د پوستکي لاندې بايد زرق شي.
 2. Sumatriptan 6mg هم د پوستکي لاندې بايد زرق شي.
- که د پورتنې دواگانو په مقابل کې ناروغ معذرت ولري بايد ناروغ ته 7 liter خالص O_2 په في دقيقه کې د 15 دقيقو لپاره تطبيق.

وقايه:

د Cluster سردرد د وقايې لپاره يو د دغه لاندې دواگانو څخه په واحد ډول انتخاب او ورته توصيه کيږي:

1. "Inderal" Propranolol په ورځ کې 60-120mg.
2. "Periactin" Cyproheptidine په ورځ کې 2-6mg.
3. "Mosegar" Pizotfin په ورځ کې 0.5mg ځلې توصيه کيږي.
4. "Calan" Verpamil په ورځ کې 200-240mg پورې توصيه کيږي.
5. Prednisolon په ورځ کې د 20-40mg پورې په هر دوو ورځو کې د دوو هفتو دپاره او وروسته دوا په تدريجي ډول سره قطع کيږي.
6. Lithium په ورځ کې 60-300mg توصيه کيږي.

Muscle Contraction headache

پدې ډول سردردي کې ناروغ د خپل د مغزو د کشش څخه شکايت کوي دا درد د سر په هر قسمت کې توليديدای شي اما زياتره په جبهې، قفوي او صدغي نواحيو کې درد موجود وي دا درد دوامداره او ثابت وي نوموړی درد د Trapezius، (S.C.M) SternoClidomastoid د jaw عضلات او د فک د علوي برخې د عضلاتو د کشش په نتيجه کې پيدا کيږي د عضلاتو د

دوامدار کشش او تقلص په نتیجه کې د اوعیو توسع پیدا چه دا توسع د اوعیو Hyperemia باعث گرځي ددې ناروغانو د سرد پاسه د جس پواسطه Streak ((متبارز ساختمانونه د اوعیې Nodule جس کیږي چې ددې ساختمانو موجودیت ددې ناروغی لپاره مشخصه علایم دي که چیرې په نوموړي ساحې باندې فشار وارد کړو نو ناروغ ته دغه لاندې علایم پیدا کیږي:

Tinnitus .1

Vertigo .2

Lacrimation .3

ددې نوعی سردردی واقعات د سترگو په آفاتو کې او د غاښونو په درد کې Sinusitis او د ژامې په آفاتو کې ډیروي.

تداوي:

که چیرې ناروغ ته په ورځ کې 600mg Aspirin او 30mg Phenobarbiton توصیه شي نو مؤثر ثابتیږي.

څلورم فصل

د عصبي سيستم ويريوسي او بکتريايي ناروغي Viral & Bacterial Diseases of the Nervous System

ويروسي ناروغي:

د عصبي سيستم ويريوسي ناروغي خورا ډير زيات دي چې زياتره د مختلفو حيواناتو څخه د مختلفو طريقو له ليارې انسان ته سرايت کوي زموږ د عصبي مسلک په ارتباط درې نوع يې ډير مهم دي چې عبارت دي له:

- A. Equine Encephalitis
- B. Rabies
- C. Encephalitis Lethergica

د Equina Encephalitis ابتدايي او اساسي مخزن (Reservior) يونوع

مرغه چې د Heron ((ماهي خوړونکی)) پنوم یادېږي کوم چې نوموړی ویروس ددې مرغی څخه د Mosquito ((یو نوع میاشی دی)) پواسطه انسان ته انتقال او په انسان کې د ناروغی د پیدا کیدو باعث گرځي.

Rabies د لیوني سپي ناروغی

ددې ناروغی عامل یو نوع ویروس دی چې Rhabdo Virus نومېږي د گرمې وینې لرونکي حیواناتو څخه انسانانو ته انتقال کوي.

د لیوني سپي د ناروغی اساسي مخزن یو نوع شب پرک دی چې د ناروغی عامل د دې شب پرک د چیچلو پواسطه حیواناتو ته انتقال کوي دغه شب پرک زیاتره سپي، کیدره، Skunk ((یو قسم حیوان دی)) مورک او ځنې نور حیوانات چیچي چې پدې صورت کې نوموړی حیوان بیا انسان دارې او د دوهمې حیوان څخه انسان ته د نوموړي حیوان د خولې د لارو پواسطه انتقال کوي او په انسان کې د ناروغی د پیدا کیدو سبب گرځي.؛

کلینیک:

ددې ناروغی د تفریح دوره د ۴۰ ورځو څخه تر دوه کلو پورې دی د ناروغی په شروع کې ناروغ د چیچل شوي ناحیې د ستنې چوخیدو څخه شکایت کوي او د نوموړي ناحیې تماس د خارجي هوا سره ناروغ ته ناخوښه وي او کوښښ کوي چې ماوفه ناحیه د خارجي هوا څخه پټ وساتي. ناروغ کې تبه، خستگي، دلبدی، استفراغ، او د پوستکي حساسیت د گرمی هوا په مقابل کېښې موجوده وي.

لس ورځې د پورتنۍ صفحې د تیریدو څخه وروسته ناروغ ته د حنجري تشنج

له کبله Hydrophobia پیدا او ناروغ نشي کولی چې اوبه او یا ځنې نور غذایی مواد بلع کړي پدې صفحه کې ناروغ ډیر نا ارامه وي د مختلفو بویونو احساس کوي او امکان لري پدې صفحه کې د یوې ورځې له تیریدو څخه وروسته ناروغ ته فلج تأسس وکړي چې وروسته له څه مودې له تیریدو څخه ناروغ مري.

تداوي:

کوم خاص تداويه نشته ناروغ ته "Largactile" Tranquilizer توصیه کیږي او وریدي مایعات ورته تطبیق کیږي مگر کومه خاصه گټه نلري.

Encephalitis Lethergica

د مرکزي عصبي سیستم یوه ویروسي ناروغی ده کوم چې په شدید تبه او لرزې سره شروع او کله کله دا ناروغی په Sporadic او Endemic ډول سره شروع کوي.

پتالوژي:

دا ناروغی زیاتره د دماغ Cerebrum، دماغي ساقه او خارج اهرامي سیستم مصابوي کوم چې ددغو نواحیو رنگ گلابي په شان بنسکاري ددې ناروغانو د شوکي نخاع د مایع فشار لوړ اما کوم التهابي حجرات ورکې د کتنې وړ نه وي.

وقوعات:

ددې ناروغی زیاتره واقعات د ژمي په موسم او په هر عمر کې کیدای شي چې واقع شي ددې ناروغی د پیدا کیدو مسؤل Von Economus Virus دی.

کلینکي:

دا ناروغی په حاد ډول شروع کیږي د ناروغی په شروع کې ناروغ تبه، خستگی، قبضیت، سردردی، بې اشتهايي او د ټول ځان درد لري. ناروغ د اټکي وهلو څخه شاکي وي او ژبه یې بارداره او لرونکي د یوې سپینې پردې وي دغه ټول اعراض په انفلوانزا کې هم لیدل کیږي، اما د Diplopia موجودیت پدې ناروغی کې د انفلوانزا څخه دا تفکیک کوي د دوو هفتو له تیریدو څخه وروسته د ناروغ لوحه تغییر کوي ناروغ د خپل د محیط څخه خبر نه وي تشې او ډکې میتیازې نشي کنترول کولی اما د ډاکټر خبره ښه او صحیح مني او اوري، ناروغ د شپې لخوا وینښ او د ورځې لخوا ویده وي اما بیا هم د بې خوبې څخه شکایت کوي په ناروغ Waxiflexibility موجود وي یعنی که یوې عضوې ته یو موقعیت ورکړو عضوه یې په هماغه حالت تر ډیره وخته پورې پاتې کیږي که پورتنی صفحه له منځه لاړه نشي یا ناروغ کوماته ځي او یا دا چې نا آرامه کیږي چې د نا آرامی په صورت ناروغ له منځه ځي.

فزیکی معاینات: د ناروغ په فزیکی معایناتو کې دغه لاندې علایم مثبت وي.

۱. د سترگو مکمل فلج شاید په ناروغ کې تثبیت شي.
۲. د Accomodation یا تطابق تست امکان لري منفي وي.
۳. د سترگو Ciliary reflex له منځه تللی وي.
۴. دوه طرفه Ptois موجود وي.
۵. قیج یا Strabasmous امکان لري ولیدل شي.

۶. Diplopia موجود وي.

۷. د غاړې شخوالی موجود وي.

۸. په پر مخ تللي واقعاتو کې د محيطي عصبي سيستم د اخته کيدو اعراض او علايم په مشاهده شي.

اختلاطات:

ددې ناروغی عمده اختلاطات په لاندې ډول دي:

1. Parkinsonism

2. Depression

3. Derealization

4. Mental retardation

5. Psycho pathy

د ناروغی په پر مخ تللي واقعاتو کې د اهرامي، خارج اهرامي، مخيخ يا Cerebellum او د محيطي عصبي سيستم د اخته کيدو اختلاطات هم کيدای شي چې په ناروغ کې وکتل شي.

تشخيص: په تشخيص کې د ناروغی کلينيکي لوجه ډير اهميت لري خصوصاً د خوب تشوشات او د وينې په معاینه کې د لمفوسايتونو د زياتوالی په تشخيص کې مرسته کوي.

تداوي:

ددې ناروغی تداوي نظر د ناروغ د ناوړغی صفحې ته فرق کوي که چيرې ناروغ نا آرامه وي نو ناروغ ته Sedative دواگانې توصيه کيږي او که چيرې ناروغ خوراک نشو کولای نو ورته د Nasogastric tube پواسطه تغذيه کيږي

او که چیرې د ناروغ د وینې او یا C.S.F. څخه ویروسي تجرید شي نو Anti Viral دواگانې توصیه او تطبیق شي.

Meningitis

اسباب او پتالوژي:

Meningitis د دماغ د Leptomeninges د التهاب څخه عبارت دی کوم چې ورسره د تحت العنكبوتیه مسافي او مایع نخاع شوکي التهاب ضمیمه وي. د Meningitis د منځته دراتلو یا تأسس لپاره په یوه انسان کې درې لارې موجود دي چې دا لارې عبارت دي له:

1. د قحف د هډوکو د کسرو په تعقیب د کوپړی انتانات داخل د سحایا او (Meninges) ته انتقال کوي که چیرې کسر د قحف یا کوپړی په قاعده کې مینځ ته راشي نو پدې صورت کې انتانات د انفي بلعومي، منځنی غوږ او د مستوئید هډوکي د نواحیو څخه سحایا و ته انتشار کوي.

2. د عضویت په ځنو خاصو برخو کې د قیحي انتاناتو موجودیت هم کولی شي چې سحایا ته نفوذ وکړي او د نوموړو نواحیو د التهاب باعث وگرځي، کوم هغه ناحیې چې د هغې څخه انتانات انتشار کولی شي عبارت دي د پوزې د ناحیې د ساینوسونو التهابات، د منځنی غوږ، او د مستوئید د هډوکي التهاب.

3. د انتاناتو انتشار د وینې د جریان له لارې کیدای شي چې د سحایا و د التهاب باعث وگرځي لکه Meningo Coccil انتانات او Pneumococcal Pneumonia کې. د سحایا و التهاب کله کله د عضویت د ځنو برخو د موضعي انتاناتو څخه هم مینځته راتلی شي چې دا موضعي انتانات سحایا و ته انتشار او د هغې د التهاب باعث گرځي دغه موضعي

انتانات کله کله د Osteomyolitis, Pneumonia, Empyemia او محرقې
خنځه منځته راتلی شي.

TB Meningitis امکان لري د Melliary توبرکلوز خنځه منځته راشي په ځنو
واقعاتو کې انتانات د وینې جریان پواسطه مغزو ته ځان رسوي او پدې ځای
کې متعدد ابسي گانې (Tuberculoma) جوړوي کوم چې ددې ځای خنځه بیا
په ثانوي ډول د سحایاو التهاب مینځته راوړي اما دا خبره مو باید په یاد وي
چې د وینې د جریان له لارې د انتاناتو انتشار زیاتره د ویروسو د نوعې خنځه
وي.

کله کله د سحایاو التهاب د Encephalitis او Myelitis د نارغیو یوه مهمه
کلینیکي لوحه تشکیلوي لکه د Poliomyolitis په ناروغی کې چې دغه نوع
حالاتو ته Meningo encephalo myelitis ویل کیږي، په ځینو کمو واقعاتو
کې وروسته د Menangococcal meningitis او Tuberculosis meningitis
خنځه ناروغ ته Encephalitis هم تأسس کوي.

د سحایاو التهاب یوازې په نخاع کله، کله تأسس کولی شي چې دغه حادثه د
ستون فقرات د هډوکو د التهاب او یا د قطني بزل په تعقیب مینځته راځي
کوم هغه بکتریاگانې چې د سحایاو د التهاب باعث گرځي په لاندې ډول
ورڅخه یادونه کوو.

1. Neisseria meningitidis

2. Diplococcus pneumonia

3. Hemophylus influenza

4. Streptococcus

5. Staphylococcus

6. Escherichia coli

7. Mycobacterium TB

8. ټول هغه بکټریاگانې چې د قیحي التهاب باعث گرځي.
9. د ویروسونو مختلف انواع کوم چې د حاد Aseptic meningitis او یا Lymphocytic meningitis د ناروغی باعث گرځي.
- ځنې نور بکټریاگانې کوم چې په ډیر نادر ډول سره د Meningitis باعث گرځي او دا بکټریاگانې عبارت دي له:

Pseudomonous aeruginase (4) Salmonella typhosia (1)

Lepto Spira (5) Bacillus antheracis (2)

Brucella abortus (3)

Torul histolytic (Cryptococcus neoformans): لکه Yeast (6)

اما په عمومي ډول سره د سحایا و د التهاب درې نوع ډیر معمولي دي چې عبارت دي له:

Acute pyogenic meningitis .1

T.B meningitis .2

Acute aseptic meningitis .3

1. Pyogenic meningitis

پدې نوع Meningitis کې چې د هر مایکرو اورگانیزم پواسطه د هرې لارې څخه مینځته راشي یو ډول پتالوژیک تغییر لیدل کیږي چې پدې حالت کې قیح د تحت العنکبوتیه مسافې د لارې څخه ټول عصبي سیستم ته منتشر او په قشري برخو د دماغ کې خاصه طبقه جوړوي چې دا طبقه کله کله د دماغي میزابو طرفته هم نفوذ کوي چې لرونکی د خاكي مانند زیررنگ وي.

د دماغ د قشري برخو او عیبي احتقاني وي او شاید په ناروغ کې Hydrocephalus تاسیس وکړي په مایکروسکوپیک معاینه کې التهابي

حجرات د کتنې وړ وي چې د ناروغۍ په شروع کې P.M.N او وروسته لمفوسیت او Plasma cell ډیر وي Hydrocephalus د التهابي التصاقاتو پواسطه بند کیږي او د څلورم بطن څخه د نخاع شوکي مایع د خارجیدو څخه جلوگیری کوي هغه تقیحي Menangitis چې د Menangococcus پواسطه مینځ ته راغلی وي او Adrenal غدوات ماوف کړی وي نو دې نوعې ته Adrenal type ویل کیږي چې پدې صورت کې د ادرینال د غدې د پاسه نرفی نقاط او ترومبوس د کتنې وړ وي چې کله کله پدې صورت داخلي غوږ هم په التهاب معروض کیږي.

2. Tuberculous Meningitis

زیاتره داسې فکر کیږي چې T.B Menangitis د دماغ د Caseous د محراق څخه مینځته راځي کوم چې ددغې ناحیې انتانات د وینې د جریان له لارې ځان سحایا و ته رسوي او د نوموړي ناروغۍ د تأسس باعث ګرځي. په ماشومانو کې د منصف یا Mediastenum او Mesentric د نواحیو د لمفوي عقداو څخه نوموړی Menangitis رامنځته کیږي اما په نادرو واقعاتو کې د سپرو، هډوکو، مفاصلو او بولي تناسلي انتاناتو څخه هم مینځته راتلی شي دا نوع Menangitis په ماشومانو کې د 2-5 کلنی عمره پورې ډیر لیدل کیږي او زیاتره د انساني توپرکلوزیک بسیل پواسطه رامینځته کیږي.

د ناروغۍ په حاده صفحه کې ماغزه خاسف ښکاري او د دماغ د Convolution ساختمانونه ښوی او لرونکی د فرورقتګي کانې وي زیررنگه جلا تیني ماده په Leptomenigous برخه د دماغ کې د کتنې وړ وي کوم چې نوموړې ماده د دماغ د جنبي میزابو طرفته وسعت پیدا کړی وي.

Milliary T.B په دماغی او عیو کې خاصتاً په Middle Cerebral artery کې مشخص لیدل کیږي. په مایکروسکوپیک معاینه کې په مربوطه نواحیو کې Mono nuclear حجرات په زیاته اندازه او Gaint cell په کمه اندازه سره د کتنې وړ وي کله کله په مرکزي برخو د دماغ کې Caseation هم لیدل کیدای شي.

په دماغی حجرو Toxic degeneration د کتنې وړ وي او که ناروغ د اوږدې مودې لپاره تر تداوی لاندې ونیول شي نو دا ټول شوي Exudate ډیر کلک او لرگی مانده ساختمان غوره کوي د شرائینو د التهاب له کبله ناروغ ته دماغی احتشاً پیدا او التصاقات د هایدروسفالوس پیدا کیدو او د تحت العنکبوتیه مسافو د بندش باعث گرځي.

3. Acute Aseptic Meningitis

پدې نوع Menangitis تقیحي حالت نه لیدل کیږي او زیاتره د ویروسونو پواسطه منخته راځي ددې نوع Menangitis په مایع نخاع شوکي زیاتره حجرات موجود وي چې په زیاته فیصدي کې Lymphocytes وي. او کله کله د لمفوسایتو څخه د P.M.N اندازه لوړ وي دا ټول تغییرات په هغه مننجایتونو کې د کتنې وړ وي چې د هغوی سببي عامل Infectious Echo viruses, Herpes simplex, Coxacki virus, mononeuclosis Polomyelitis, Mumpus, (د سحایایي التهاب په دوران کې) وي. د پتالوژي له نظره د Leptomeninges په شاوخوا کې د Round Cell او ځنې نور پتالوژیکي تغییرات په مرکزي عصبي سیستم کې لیدل کیږي.

اعراض:

د سحایاود التهاب اعراض په ټولو کې مشترک او یو نوع وي یعنی د ټولو

هغو مننجايتونو اعراض سره مشترک او يو ډول وي کوم چې د هغوی عامل سببي متفاوت وي. اعراض د ناروغی کيدای شي چې په کتلوي ډول سره او يا په خفيف ډول سره شروع شي کيدای شي چې حادوي او يا تدريجي.

ددې ناروغی لمړنی عرض عبارت دی د سردرد څخه کوم چې شدت کې وخت په وخت زياتوالی راځي پدې ناروغی کې تبه موجود او درجه يې متفاوت وي د تبي نوسان د $100-102F^{\circ}$ پورې وي اما کله کله د ناروغی په اخري صفحه کې د تبي درجه ډيره لوړه وي د ناروغی په اولی صفحه کې د ناروغ نبض ورو اما په صاعقوي صفحه کې ډير تيز او شديد وي او په ډيرو پيشرفته واقعاتو کې نبض فوق العاده شديد او غير منظم وي د ناروغ تنفس په خفيفه اندازه ډيره وي اما په آخره صفحه د ناروغی کې غير منظم او مختلف اوصاف باندي ظهور کوي.

د ناروغ سردرد ډير شديد او Bursting ((طغياني)) کرکتر لري دا د سردرد زياتره د کوپړی په جبهی قسمت کې موقعيت لري اما کيدای شي چې غاړې، ملا او سفلی اطرافو ته انتشار وکړي، د ناروغی په شروع کې استفراغات موجود وي اختلاجات په ماشومانو کې معمول اما په کاهلانو کې په ندرت سره موجود وي ناروغ کوشش کوي چې د قبض يا Flaxion په وضعیت استراحت وکړي photophobia موجود وي ناروغ کوشش کوي ځان د بسترد کاليو لاندي پټ کړی او که ورسره خبرې وشي نو سخت عکس العمل ښکاره کوي يعنې د تنبه په مقابل کې ناروغ تخريشيت ښيي.

د سحایا و د تخريش علايم

Menangeal Irritation Sign

دغه لاندي علايم د سحایا و د تخريش په تشخيص کې ارزښت لري:

:Cervical sign

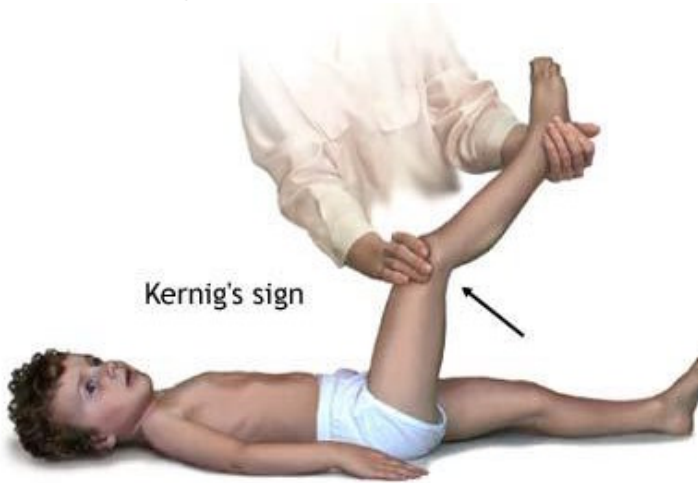
د Meningitis په ټولو انواعو کې د ناروغی په شروع کې نوموړی علامه مثبت وي. په پورتنی علامه کې معاینه کوونکی د ناروغ د سر د قفوي برخې سره خپل لاس ته استناد ورکوي او کوشش کوي چې د ناروغ غاړه قبض کړي او د ناروغ زړه سینې ته ورسوي اما د نوموړي علامې د مثبتوالي په صورت د ناروغ غاړه نه قاتیږي او ناروغ شدید درد محسوسیږي د ناروغ د سر کشش د Cervical rigidity په شدید واقعاتو کې موجود وي او معمولاً د نخاع د سفلی برخې د شخوالي سره یوځای وي.



:Kernig's sign

دغه علامه ډیرو کمو واقعاتو کې مثبت وي ددې علامې معاینه پداسې ترتیب ترسره کیږي چې د ناروغ ورون په حرققي مفصل قایمه وي او ساق په زنگانه بند باندي 90° قایمه وي پدې وخت معاینه کوونکی کوشش کوي چې

د ناروغ ساق د زنگانه د بند څخه بسط وضعیت ته راوړي پداسې حال کې چې د حرققي مفصل مکماً قبض په وضعیت ساتل شوی وي د نوموړي معاینې د اجراء په وخت د Harmstrings د عضلاتو تشنیج ناروغ ته درد پیدا کوي.



نورې علامې:

نظر د ناروغی صفحي او شدت ته د ناروغ دماغي حالت فرق کوي د ناروغی په شروع کې Delirium موجود او وروسته صفحه کې ناروغ ته Stupor او Coma پیدا کیږي.

د قعر عین یا Fundescopy په معاینه کې شاید د سترگو وریدونه احتقاني او په ناروغ کې Papilo edema مشاهده شي د ناروغ حدقي غیر مساوي او د رڼا په مقابل کې په ډیر آهستگی سره ځواب وایي او د ناروغی په وروستی صفحو کې حدقي متوسع او Fixed کیږي. په ناروغ کې Diplopia او Squint کله کله تاسس کوي او د غذايي موادو په بلع کولو کې مشکلات لري د عضلاتو Power یا قوت نارمل اما د Tone عضلې کموالی موجود وي په

ناروغ کې بې انسجامي د حرکاتو او رعشه لیدل کیدای شي او په عمومي ډول سره د نرم فلج مینځته راتگ د ناروغی په آخري صفحه کې وي د ناروغ وتري عکسات ضعیف او ډیر ژر له مینځه ځي د ناروغی په شروع کې د Babensky علامه منفي او وروسته شاید د یو طرفه په شکل مثبت شي د ناروغی په وروستی صفحو کې د معصرو د کنترول د عدم اقتدار مینځته راځي اما د ناروغی په اولی صفحو کې د دماغی حالت د خرابوالي له کبله شاید ناروغ ته د تشو میتازو د کنترول عدم اقتدار او یا د تشو میتیازو احتباس پیدا شي اما په ناروغ کې قبضیت معمولاً موجود وي.

خاص کلینیکي تظاهرات:

1. Meningococcal meningitis:

پدې نوع مننجایتس کې نزفي نقاط په ناروغ کې ډیر لیدل کیږي کوم چې دغه نزفي نقاط د عضویت په هغو برخو کې متبابرزوي چې تر فشار لاندې وي او کله کله په ناروغ کې Maculo popular اندفاعات لیدل کیدای شي. 10-15% واقعاتو کې ناروغ لرونکی د مفاصلو د التهاب وي او زیاتره دا ناروغی په Epidemic شکل تاسس کوي او ددې ناروغی په 5% واقعاتو کې کونوالی په اختلاطي ډول سره تظاهر کوي.

هغه نوع یې چې د ادرینال غدې ماوفه کړي وي نو په ناروغ کې د Water House Friderichson Syndrome مینځته راتلو باعث ګرځي کوم چې پدې سندوم کې د ناروغ د وینې فشار تپت او د Cyanosis لرونکی وي چې دې سره مترافق د ادرینال د غدې د قشري برخې عدم کفایه موجود وي.

2. Tuberculous Meningitis:

ددې ناروغی اعرای په تدریجی ډول شروع او معمولاً لرونکی د مخبره اعرای وی چې دا مخبره اعرای په ماشومانو کې د صحت خرابوالی، بې علاقگی، بې اشتهايي او د ناروغ د فکري وضعي خرابوالی څخه عبارت دی. په کاهلانو کې عمده ترین مخبروي عرض عبارت د دماغي حالت تغییر والی څخه دی دغه مخبروي اعرای په ظرف د دوو هفتو کې له مینځه ځي او په ځای کې د دماغ د تخریشت اعرای په ځای کېږي چې دغه اعرای نظر تقیحي Meningitis ته کم او ضعیف وي ددې ناروغی په 50% فیصده واقعاتو کې Choroidal Tubercle د کتنې وړ وي کوم چې نوموړي ساختمانونه زیررنگه او دایروي شکل لري دغه ساختمانونه د Ophthalmoscop پواسطه ډیر بنه او واضح لیدل کیدای شي کوم چې د Optic disc د نیمايي په اندازه جسامت لري.

ددې ناروغانو د صحیح او دقیق معاینې پواسطه د ناروغی اصلي منبع کشف کیدای شي چې زیاتره نوموړي منبع (انتان) په سپرو کې وي.

د شوکي نخاع معاینه (C.S.F):

د C.S.F فشار پدې ناروغانو کې زیات او د نوموړي مایع تغییرات په دريو مهمو منجایتونو کې په ۱-۲۳ چوکات کې ښوول شوي دي.

د منجایتونو انواع			
C.S.F	Pyogenic	T.B	Acute Aseptic
د C.S.F منظره	زیر او مکدر	صاف، کله کله جال ماننده تارونه لیدل کیږي	صاف، کله کله مکدر
حجرې	PMN 1000- 2000/mm3 او کله کله زیات وي	Mono nuclear Mono nuclear + P.M.N 10-350/mm2	Mononuclear نادرا P.M.N او یا دواړه 50- 500mg
پروتین	1-5gm/lit	1gm/lit	1-5mg/lit نادراً زیات دی
کلوراید	110- 115mmol/lit	100mmol/lit	120- 130mg/lit
Glucose	ډیر زیات کم او یا بلکل نه وي	3mmol/lit د شخه کم وي	4-6mmol/lit
د مایکرو اورانیزمونه	موجود وي	موجود وي او په Guneapig زرق مثبت وي	موجود نه وي او یا شاید د عینو وایروسسي تستونوپه واسطه تثبیت شي

تشخیص:

د کهولت د دورې عمومي انتانات د Meningitis پشان اعراض او علایم پیدا کوي خصوصاً چې د Meningesmus د پیدا کیدو باعث گرځیدلی وي چې پدې صورت کې ټول علایم مثبت وي اما د C.S.F معاینه نوموړي حالت

مورد ته تفکیک کوي نو پدې صورت کې که چیرې مشکوک حالت موجود وي باید حتماً ناروغ ته قطني بذل اجرا شي.

د Encephalitis مختلف انواع هم باید د Meningitis سره تفریقي تشخیص وکړو چې پدې ناروغی کې فزیکي علایم د Meningitis زیاتره موجود نه وي ابسي دماغي هم باید د Meningitis سره تفریق شي یو ځای وي یوازې د دماغي Abscess په وخت په ناروغ کې د قحفي فشار د زیاتوالي اعراض او علایم د کتنې وړ وي چې پدې حالت کې C.S.F لرونکی د حجراتو $(100/mm^3)$ وي چې زیاتره یې لمفوسایټونه وي د پروتین اندازه نا مناسبه اندازه کې لوړ وي اما د کلوراید او گلوکوز اندازه نارمل وي او په C.S.F کې اورگانیزم نه تثبیت کیږي.

تحت العنكبوتیه خونریزي په ناگهاني ډول مینځ ته راځي اما په C.S.F کې د وینې موجودیت (په کتلوي ډول) مونږ ته تشخیص وضع کوي. ((د Herpes Simplex د مداخلی سره له کبله چې د سحایا او التهاب مینځته راغلی وي هم C.S.F د وینې ډیر سری حجری به ولري))

انزار:

ددې ناروغی انزار په متعدد او مختلفو فکتورونو پورې مربوط دی چې ددې فکتورونو څخه په لاندې ډول یادونه کوو.

۱. د مایکرو اورگانیزم په نوعیت او د هغې مقاومت د دوا په مقابل کې.
۲. د ناروغی په صفحې پورې آیانا روغ د ناروغی په کومه صفحه کې تر تداوی لاندې نیول شوی.
۳. د کوپړی د هلوکو کسرونه او دماغي ابسي په موجودیت کې. که چیرې Menangococcal.M اختلاط نه وي ورکړی انزار یې ښه او د وفياتو اندازه

یې 5-10% دی او کله کله ناروغ ته کونوالی په اختلاطي ډول سره پیدا کوي د Meningitis هغه اشکال چې جراحي اختلالات ورکوي په حدود د 25-50% وفيات لري د pneumococcal M او H Inflaunza په اشکالو کې د وفياتو اندازه 10% ارزيايي شوې د T.B.M په شکل کې که چيرې ناروغ د ناروغی په اولو صفحو کې صحيح تداوي شي نو د وفياتو اندازه يې د 20% څخه کم وي او 70% ناروغان کښې معيبيت دايمي جوړيږي. په Acute Aseptic کې د وفياتو اندازه ډير کمه او معيبيت دايمي پکې معمول ندی.

تداوی:

د مننجايټس د تداوی اهماتامات يوه ډيره عاجله واقعه ده او بايد ژر تر ژره ناروغ تشخيص او تداوي شي، اما دا خبره مو بايد په ياد کې وي چې د قطني بذل څخه مخکې تداوي خصوصاً انټي بيوتیک شروع نشي، ځنې ناروغی لکه Bacterial endocarditis کله کله د Meningitis باعث گرځي او ځنې مايکرو اورگانيزمونه خصوصاً Listeria Meningitis ډير په آسانی سره د وينې کلچر څخه تجريد کيږي دا نوموړی مايکرو اورگانيزم د بکټريل اندوگارد ايتس او Meningitis د دواړو باعث گرځي.

د انټي بيوتیک زرق په داخل د نخاع کې مشکوک او حقيقي گټه يې نده معلوم څه څه وي هـ معلوم
 Benzyle Penicillin (Pencellin G) 12mg "2000 Iu" کاهلانو ته د 10cc سيروم فزيولوجيک سره مخلوط او زرق کيږي.

ماشومانو ته نظر د هغې وزن بايد تطبيقت او وروسته Ampeucillin 150mg/kg د خولې د لاي او يا د وريدي زرقياتو له لارې توصيه شي.

د Meningitis تداوي چې سببي عامل يې معلوم وي:

۱. د Meningococcal M او Pneumococcul.M د تداوی لپاره انتخابي دوا Penicillin G دی چې نوموړې دوا د کاهلانو لپاره 1mega unit هر درې ساعته بعد د عضلې زرقیاتو له لارې توصیه کیږي او که چیرې آفت ډیر شدید وي نوموړې دوا 20mega unit د وریدي زرقیاتو له لپارې په ورځ کې توصیه کیږي.

که چیرې ناروغ د پنسلین په مقابل کې معذرت ولري نو پدې صورت کې کلورامفینکول 50mg/kg او Ampicillin 500mg هر څلور ساعته بعد په 24 ساعته کې تطبیق شي باید نوموړې دوا گانې د وریدي زرقیاتو له لارې توصیه شي او که چیرې په نخاعي ډول تطبیق کول ضرورت وي نو 3-5mg په ورځ کې توصیه کېږي H.Influenza ته باید کلورامفینکول د عضلې زرقیاتو د لیاری توصیه شي.

سیستمیک انټی بیوتیک باید تر 5 ورځو پورې ناروغ ته تطبیق شي د تقيحي مننجایټس په صورت کې باید د اتان منبع ولټول شي او دغه د انتاناتو منبع زیاتره په غوږ او یا د پوزې ساینسونو کې وي چې پدې صورت کې باید د دماغی اېسي موجودیت ته هم فکر وي د تداوی ناکامیدل زیاتره د Hydrocephalus تأسس ته فکر وشي.

2. TB Meningitis

د TB Meningitis د مرک خطر هغه وخت ډیر زیات وي کوم چې ناروغ وروسته تر تداوی لاندې ونیول شي او د ناروغ د شعوري حالت خرابوالی مینځته راغلی وي په طبی تداوي کې I.N.H په ورځ کې 100mg درې ځلې د

خولي له لاري او Streptomycine 1gm د عضلي د زرقیاتو له لاري توصیه شي.

د Predenislone نخاعي زرقیات د التصاقاتو د پیداکیدو د مخنیوي لپاره ښه د واده او د یوې هفتې لپاره 10-25mg هایدرو کورتیزون باید زرق شي Vit-B6 یا Pyridoxine باید په ورځ کې 40mg توصیه شي. د اختلاج ضد دواگانې باید همیشه توصیه شي او که د هایدرو سفالوس موجودیت تثبیت شي نو باید تخلیه شي.

3. Acute Aseptic Meningitis

پدې صورت کې باید د ناروغ C.S.F ویرولوژي معایناتو پواسطه معاینه شي که چیرې د ناروغ د وینې گلوکوز نارمل او 100 حجرې ورکې موجود وي (چې زیاتره یې لمفوسایټونه وي نو پدې صورت کې انټي بیوتیکو ته ضرورت ندی). اما که چیرې وروسته له ۲۴ ساعتو څخه ناروغ بدل شي او په C.S.F کې P.M.N زیات وي نو پدې صورت کې باید انټي بیوتیک شروع شي.

4. Chronic Meningitis:

په ځنو واقعاتو کې د مننجایټس ناروغی جوړ او دوباره عود کوي چې پدې صورت کې ناروغی مزمن شکل ځانته غوره کوي پدې حالت کې که ناروغ ته قطني بدل اجرا شي نو د پروټین اندازه لوړه او لرونکی د التهابي حجراتو وي چې د پورټني حادثې عامل زیاتره لاندې اتانات او پرازیتونه او یا ځینې نورې ناروغی وي.

1. Sarcoidosis

2. Cysticercosis

3. Brucellosis

4. Crypto cocal infection

5. د سحایا و کانسری حالت.

Cryptococcal انتاناتو د تداوی دپاره Flucytosine په ورځ کې -100 200mg/kg د خولې له لارې او Amphotericine B د وریدي زرقیاتو له لارې د ۱۰-۲۰ هفتو پورې توصیه کیږي.

که چیرې د یو مننجایتس په ناروغ کې اتی بیوتیک شروع شي اما د ناروغ شعوري مزاج په خرابیدو شي نو پدې صورت کې باید مننجایتس مهم اختلاطات (داخل قحفي او Sub Dural انتانات) ته فکر وشي او پدې مرحله کې د قطعي تشخیص لپاره باید ناروغ ته C.T scan توصیه کړو.

په هغه صورت کې چې د ناروغ عمومي وضعه ډیره خرابه وي او د TB مننجایتس تصور موجود وي اما د ناروغ د وینې په سمیر کې د توبرکلوز بسیل تثبیت نشي نو باید ضروري ناروغ ته د توبرکلوز ضد دوا شروع کړو همداراز که چیرې د یو ناروغ د سینې X-ray نارمل، Mantox تست منفي او په C.S.F کې په معینه اندازه سره د P.M.N زیاتوالی موجود وي هم توبرکلوز ردولی نشو.

عمومي اهتمامات:

د ناروغ نرسنگ او مراقبت:

باید چې ناروغ په یوه تیاره کوټه کې تر مراقبت لاندې ونیول شي د پوزې د تیوب پواسطه تغذیه ترسره شي وریدي مایعات نظر ضرورت ته توصیه او که ناروغ نا آرامه وي نو آرامه کوونکی دواگانې توصیه شي که چیرې ناروغ کې تبه موجود وي نو باید د عصبي سیستم څخه په خارج نورو برخو کې د انتان

د محراق لټون وشي که چيرې ناروغ قبضيت او د ادارار احتباس ولري نو تداوي شي په هغه صورت کې چې ناروغ د ادرينال د غدې عدم کفايه ولري نو ورپدي Saline او Cortisone تطبيق شي.

Tabes Dorsalis

هغه ناروغان چې په Tabes Dorsalis مصاب دي زياتره د سفليس د انتاني حادثې څخه شکايت نه کوي او د ناروغی د تفریح دوره ډيره زياته اوږده وي چې دا د تفریح دوره په متوسط ډول سره ۱۲ کاله دی اما دغه دوره د نوموړي دولسو کلو څخه کميدای شي او زياتيدای شي.

ددې ناروغی شروع په تدريجي ډول سره وي او معمولاً د ناروغی لمړنی عرض درد وي چې وروسته له څو مياشتو او يا کلونو څخه ناروغ ته Ataxia يا بې موازنګي پيدا کيږي چې دا مونږ ته د بې موازنګي او د غير بې موازنګي د صفحو ترمينځ ډيره مشخصه خصوصيت رابنکاره کوي درد پدې ناروغانو کې د Lightning يا برق مانند کرکتر لري دغه دردونه په سفلی اطرافو کې د Stabbing په شکل په اشتدادي ډول سره پيدا کيږي دا دردونه د سفلی اطرافو په يوه نقطه کې پيدا او تر څو ثانيو پورې تکراريږي او يا کيدای شي چې يو ځل په يو قسمت کې نوموړی دردونه د Constricting درد په شکل تبارز وکړي چې دا نوع دردونه زياتره په سينه او يا گيډې کې په ظهور رسيږي له همدې کبله دې نوع درد ته Girdle Pain وايي.

د کرختې پيدا کيدل پدې ناروغانو کې غير معمول ندی خو کله کله چې دا ناروغان په ځمکه ګرځيږي داسې فکر کوي چې پښه يې په مالوچو باندي لګيږي او کوم وخت چې ناروغ په چوکۍ کښيني داسې نه محسوسوي چې په چوکۍ ناست دی او همدارنگه ناروغ د فعل تبول او تغوط په کنترول هم قادر

نه دی.

پدې ناروغانو کې بې موازنګي موجود او د عضویت په ثابت ساتلو کې عاجز دی ناروغ په لاره کې په ډیر آزادو قدمونو سره تګ کوي او د حرکت په وخت خپلې پښې ډیر زیات د ځمکې څخه جګوي او په شدت په ځمکه وهي د ناروغ تحرکیت بې د لرګي او یا امسا څخه مشکل او د ناروغی په ورسنتی صفحو کې ترڅو چې په دواړو خواوو کې استناد موجود نه وي تحرکیت یې نا ممکنه وي.

د سترګو د دید ضیاع د بصري عصب د اتروفي له کبله په ډیرو کمو واقعاتو کې پیدا کیږي اما دغه د دید ضیاع کیدای شي چې د ناروغ په وروستی او یا اولی صفحو کې تظاهر وکړي په فزیکي معاینه کې د ناروغ د تندي د عضلاتو د تقلصاتو په نتیجه کې د ناروغ په تندي کې چملکي موجود وي دو طرفه ptosis د کتنې وړ دی او همدارنګه د بصري عصب او Optic Disc اتروفي د مشاهدې وړ وي.

همدارنګه د ناروغ رویت او د دید ساحې متاثره وي د ناروغ د سترګو Pupile یا حدقي متقبض او غیر حساس وي او یا بالکل د رڼا په مقابل عکس العمل نه ښکاره کوي چې ورته Argyl Robertson pupile ویل کیږي په Iris کې یو اتروفیک Depigmentation د مشاهدې وړ دی د سترګو حرکات نارمل او Nystigmus موجود نه وي د د Occular m حرکاتو د موازنې د خرابوالي له کبله ناروغ کې Deplopia موجود وي د حسیت خرابوالی او معیوب والی موجود وي چې دغه د حسیت تغیر د Analgesia په شکل د پوزې په یو یا دواړه طرفونو کې وي.

دې ناروغانو کې کله کله ANOSMIA، کونوالی او د Larynx فلج کیدل واقع کیدای شي. دغه ټول تشوشات په اطرافو کې د Afferent برقي جریان د

خرابوالي له کبله پيدا کيږي دغه اعراض په سفلی اطرافو کې نظر علوي ته ډي متبارز او معمولاً متناظر وي عضلې مقويت کم اما د عضلاتو ضعيفي نه ليدل کيږي.

د انسجامي يا Coordinative حرکاتو معيوبوالی په ناروغ کې موجود وي او Heel Knee Test په ناروغ کې معيوب او نوموړی عمل د سترگو په پټولو سره تشديد مومي. WRomberg علامه په پټو سترگو سره مثبت وي د تنې بې موازنګي يا Trunk Ataxia موجود اما په ډير واقعاتو کې په علوي اطرافو کې هم نوموړی Ataxia موجود وي وتري عکسات کم وي او معمولاً د Ankle عکسه نظر د زنگانه عکسي ته مخکې مصاييږي او د ناروغی په اولو صفحو کې د علوي اطرافو وتري عکسات کميږي او نوموړی د سفلی اطرافو عکسات هم وخت لري چې معدوم شي.

د Babansky علامه منفي او د گيډې د جدار عکسه په غير معمول ډول مثبت وي، د حسيت خرابوالی زياتره د Post Column د پاتوي په ارتباط مينځته راځي يعنې اول د هغو حسيتونو ضياع مينځته راځي کوم چې د Post Column له لارې څخه تيريږي.

د اهتزازي حسيت Vibration sensation په مقدم ډول سره متضرر کيږي او دې څخه وروسته د Posture او Passive movement حسيت معيوب کيږي نوموړي اعراض او علايم اول په سفلی او بيا په علوی اطراف کې تبارز کوي اما ځنې خاصو واقعاتو کې علوي اطرافو کې نوموړي اعراض شروع کيږي چې دې نوعې ته Cervical tabes ويل کيږي همدارنگه عميقه حسيت هم په مقدم ډول له مينځه ځي همدا وجه ده چې د پوستکي حسيت سالم اما د عميقه انساجو حسيت له مينځه تللی وي او پدې ناروغانو کې د خصيو دردونو حسيت له مينځه تللی وي د عميقه حسيتونو له مينځه تلل د عضويت په

ټولو برخو کې يو شاتته نه وي بلکه کوم هغه قسمتونه چې دا رنگه خپل عميقه حسيت له لاسه ورکوي په لاندې ډول دي:

- پوزه
 - د ژند د هلوکي کنار
 - Fore arm
 - د ملا کنارونه چې د حليمې او اضلاعو په مينځ کې موقعيت لري.
 - د مقعد خارجي برخه
 - د وړانه وحشي کنارونه، د پښې خلفي برخې او د پښو تلې.
- چې په نوموړي نواحيو کې په اولو هفتو کې د تنبه او احساس ترمينځ مسافه ترڅو ثانيو پورې وي اما د ناروغ Touch Heat, Light، او Cold حسيتونه د ناروغۍ په اوله صفحه کې نارمل او يا ډير حساس وي.
- د مثاني تشوش معمولاً د ناروغۍ په شروع کې د عجزی عصبي ريښو د ماوفيت له کبله پيدا کيږي او امکان لري چې ناروغ د تشو ميتيازو د کنترول د عدم اقدام او يا د تشو ميتيازو د کولو مشکلات بيان کړي چې پدې صورت کې د ناروغ مثانه ډيره پراخيږي او مقويت يې کميږي اما عکسات يې نارمل وي همدارنگه د ناروغ په تغوط فعل کې پورتنی مشکلات ليدل کيږي او په دې ناروغانو کې Impotence موجود وي غذايي (Trophic Change) په ناروغ کې موجود وي Arthropathies او يا Charcot Joints په دې ناروغانو کې غير معمول ندی.
- دې ناروغانو کې مفاصل يې پرسيډلی او بې له درده څخه دی او د مفاصلو په مينځ کې اوبه ټولې شوې وي د مفاصلو X-Ray کې اتروفني او Hypertrophy دواړه ليدل کيږي. په مفاصلو کې ډيرزيات د زنگانه او حوصلي مفاصل مصاييږي او ددې مفاصلو څخه وروسته د ظهري او قطني مفاصل ډير

مصایبې په پوستکي کې ډیر معمولي تغییرات د زخم یا Ulcer په شکل وي او معمولي غایونه یې د پښې غټې گوتې او د پښو تلی دی. په Tabetic crisis کې ناروغ ته ډیر شدید دردونه د گیدې پیدا کيږي اما خوشبختانه چې ډیر معمول ندی چې پدې صورت کې زیاتره ناروغ ته معدوي اعراض لکه د Epigastric د ناحیې دردونه، شديده استفراغات پیدا چې دا تر څو ساعتو یا څو ورځو پورې دوام کوي همدارنگه حنجر وي، مقعدي او ځنې نور حشوي پرابلومونه هم کیدای شي چې ولیدل شي.

د Tabes د ناروغانو د خاصو اعراضو تداوي:

General Paresis

مقدم اعراض ددې ناروغانو عبارت د د ماغي اعراضو څخه دی کوم چې ډیر خفیف وي او دا هغه وخت ظهور کوي چې ناروغ سالم معلومیږي نو پدغه صفحه کې ډیر ضرور دی چې د ناروغ د ملگري څخه دقیقه تاریخچه واخستل شي په دغه صفحه کې ناروغ عقلي مشکلات، د حافظې ضیاع او د فکري تمرکز خرابوالی لري او په ناروغ کې د درک مشکلات موجود وي چې دغه مشکلات د ناروغ د خپلوانو لخوا درک کيږي او خپله ناروغ ور څخه بې خبره وي پدې ناروغانو کې anxiety یو متباز عرض دی پدې صفحه کې ناروغ ډیر زیاتې پیسې مصرفوي، ډیر الکول څکوي او ناروغ کې جنسي انحراف موجود وي همدارنگه ناروغ کې Dementia موجود وي ناروغ کې په ډیر کمې اندازې سره افکار تعظمي موجود وي ناروغ کې د Depression او Mania اعراض هم کیدای شي چې ولیدل شي.

پدې ناروغانو کې مرگي مانند حملات لیدل کیدای شي چې پدې صورت کې باید ناروغ تر مشاهدې لاندې ونیول شي د ناروغ په مخ کې Smile یا تبسم

ليدل کيږي او کله لکه مخ يې *maske like* وي پدې ناروغی کې د بصري عصب اتروفي نظر *Tabes* ته ډير کم معمول دی د ناروغ د سترگو حقيقي *Argyl Robertson* په شکل وي.

رعشه ددې ناروغانو په مخې کې ډير متباز وي چې دغه رعشه په شونډو، ژبه او گوتو کې ليدل کيږي، د ارادي حرکاتو ضعيفوالی په شدت سره موجود وي، د خبرې کولو طرزي يې *Sluried* په شکل وي، او د ناروغی په وروستی صفحو کې *Incoordination* ناروغ ته پيدا کيږي.

د ناروغ تحرکيت ثابت نه وي او د علوي اطرافو حرکات *Ataxic* وي چې ددې حادثې موجوديت مونږ ته د *Corticospinal tract* استحاله مشخص کوي وتري عکسات مشدد اما بطني عکسه موجود نه وي او د *Babensky* علامه مثبت وي.

د ناروغی په ابتدايي صفحو کې د معصرو تشوش موجود وي دا ناروغان په کتلوي ډول سره خپل وزن له لاسه ورکوي د ناروغی په وروستی صفحه کې د ناروغ د مزاج د خرابوالي له کبله د هغې کنترول په معصرو کې بالکل له مينځه ځي، *Taboparesis* هغه حالت ته ويل کيږي چې په ناروغ کې د *General Paralysis* او *Tabes dorsalis* اعراض دواړه موجود وي او دا حالت په هغو ناروغانو کې ليدل کيږي چې د سحيا سفليس او *Tabes* دواړه ولري.

Modified Neuro Syphilis

کلاسيکي نيورو سفليس په اوسنی عصر ډير کم او نادر دی ځکه چې د انتي بيوتيکو مقدم او منظم استعمال ددې ناروغی په واقعاتو کې ډير کمی راوستی مگر بيا هم د نيورو سفليس ځينې اختلاطي ناروغی لکه روحي پرابلمونه او مرگي ليدل کيدای شي.

د عصبي سيستم ولادي سفلیس

د نیورو سفلیس 8-10% واقعات په ولادي توګه په ماشومانو کې د کتنې وړ وي چې دا د پتالوژیکي او کلینیکي لوجې له مخې د کسبي سفلیس سره کوم فرق نه لري چې په ماشومانو کې Meningo Vascular او Paranchymatous دواړه نوعه واقع کیږي اما اولنی شکل یې ډیر زیات معمول دی چې پکې دماغي غیر نورمال حالت او اختلاجات دواړه لیدل کیدای شي.

پدې ناروغانو کې د بصري عصب اتروفي د بصري عصب د مستقیم ماوفیدو او یا د Choroido Rentinitis له کبله پیدا کیږي Reflex iridoplaga ((د حدقې فلج کیدل)) معمولاً موجود وي ولادي کونوالی شاید موجود وي، د Corticospinal tract د ماوفه کیدو له کبله په ناروغ کې Diplegia او یا Hemiplagia لیدل کیدای شي په متوسطه درجه Infantilism (د ورکتوب عادت او خصلت) په ناروغ کې د کتنې وړ وي.

Paranchymatous نوع ډیر نادر او کم وي د General paresis واقعه په 1% د ولادي سفلیس کې لیدل کیدای شي ددې اعراض او علایم عیناً لکه د ولادي سفلیس پشان دی ددې ناروغی اعراض او علایم د ۲۰ کلنۍ عمر په اولو وختو کې تظاهر کوي ولادي Tabes یوه اندازه وروسته تأسس کوي او د کهولت تر عمر پورې اعراض یې بروز نکوي.

د شوکي نخاع د مایع معاینه:

د شوکي نخاع مایع (C.S.F) او د وینې سیروولوجیکي معاینې مثبت وي ددې ناروغانو په C.S.F کې د W.B.C اندازه لوړه وي (خصوصاً لمفوسایټونه لوړ وي) همدارنگه د C.S.F د پروتین او 1gG اندازه لوړه وي د General Paresis په شکل کې د گلوبولین اندازه لوړه وي او د V.D.R.L تست د سفلیس په

ټولو ناروغانو کې مثبت وي.

تشخيص:

د عصبي سيستم د سفليس ناروغی په مختلفو شکلونو باندې تظاهر کوي نو لدې کبله د دغې ناروغی په تشخيص کې مشکلات پيدا کيږي اما د سيرولوجيکي معياناتو په اجرا سره د ناروغی په تشخيص کې آسانتياوې ترلاسه شوي.

اما دا خبره مو په ياد وي چې يو ناروغ که چيرې په دماغي نومور باندې مصاب وي کيدای شي چې ورکې د V.D.R.L تست مثبت وي Treponemal Microhemoagglutination (M.H.A.T.P) او Treponemal antibody absorption test (F.T.A.A.B.S) تستونه ددې ناروغی په تشخيص کې ډير مؤثر او مهم دي اما نوموړي تستونه د ناروغ د جوړښت څخه وروسته هم تر ډير وخته پورې مثبت وي.

مثبت سيرولوجيک معيانات د C.S.F او يا د وينې (او يا دواړه کې) کې د عصبي سيستم سفليس په لاندې ناروغانو کې ډير اهميت لري:

۱. په هغه ناروغانو کې چې په ډير کمې اندازې سره دماغي تشوش ولري او ډير کم او يا بالکل فزيکي اعراض او علايم په ناروغ کې موجود وي.

۲. په هغه ناروغانو کې چې مرگي ولري.

۳. په هغه ناروغانو کې چې موضعي وعايي آفت ولري لکه په ناروغ کې Hemiplegia موجود وي.

۴. په هغو ناروغانو کې چې د قحفي ازواجو ماوفيت او فلج موجود وي او يا خاص په ناروغ کې Optic neuritis موجود وي.

۵. د هغه Amyotrophy د تشخيص تفريقي لپاره ارزښت لري کوم چې د

سفلیس په تعقیب پیدا شي ((حککه ځنې نور عضلې ضعیوالی موجود دی چې منشه یې سفلیس نه وي)).

د سحایایي اوعیو سفلیس زیاتره په ناروغانو کې د متعدد نواحیو د ماوفیدو باعث گرځي یعنی د سحایایي اوعیو سفلیس په عصبي سیستم کې مختلفې نواحی مصابوي چې پدې صورت کې لکه د Multiple sclerosis پشان اعراض ورکوي اما دا ناروغ د Multiple Sclerosis (M.S) سره ددې لاندې اوصافو په موجودیت سره فرق کیږي:

۱. حسي مشکلات د عصبي سیستم په سفلیس کې موجود نه وي اما په M.S کې موجود وي.

۲. د حدقي عکسه په سفلیس د عصبي سیستم کې معیوب کیږي اما په M.S کې سالم وي.

۳. د اطرافو بې انسجامي په M.S کې موجود وي.

۴. Nystagmus په M.S کې موجود وي.

۵. د وتري عکساتو زیاتوالی په M.S کې موجود وي اما په سفلیس د عصبیسیستم کې کمیږي.

که چیرې د Tabes په ناروغ کې Ataxia موجود نه وي نو ددې ناروغی ځنې متبارز اعراض د ځنو نورو ناروغیو د اعراض سره مغالطه کیږي او کومې ناروغی چې د هغوی اعراض د Tabes سره مغالطه کیږي په لاندې ډول دي:

۱. General paralysis باید د هغو ناروغیو سره تقریقي تشخیص شي کوم چې د Dementia باعث گرځي.

۲. که چیرې یو ناروغ په دقیق ډول معاینه شي نو د Tabes د ناروغی د مفاصلو اعراض چې Lightning درد ولسري د Sciatic او Arthriis سره په

۳. Poly neuropathy:

په Poly neuropathy کې د ناروغ عکسات کمیږي او یا له مینځه ځي د ناروغ سفلی اطرافو کې بې موازنګي د کتنې وړ وي او Postural sens پکې معیوب کیږي همدارنګه د Poly neuritis په ناروغانو کې د عضلاتو ضعیف والی موجود او عمیقہ انساج په فشاري جس سره دردناکه وي او دغه حساسیت په Tabes کې نه وي.

۴. د معدې په آفاتو کې ناروغ ته د Tabes پشان دردونه پیدا کیږي.

۵. د معصرو تشوش یې د Prostatice د غټوالی سره مغالطه کیږي.

۶. که Optic atrophy موجود وي د Toxic Ambylophia سره مغالطه کیږي.

۷. همدارنګه په holmes adie syndrome کې د Tonic pupicl د موجودیت له کبله هم د نوموړی ناروغی سره تشخیص تفریقي وشي.

مشکوکو واقعاتو کې باید د C.S.F او د وینې معاینه او د عصبي سیستم

منظم معاینات اجرا شي.

انزار:

د پنسلین استعمال ددې د ناروغی واقعات ډیر زیات کم کړي او د ناروغی د

تاسس په صورت بڼه او مؤثر تداوي په نتیجه کې وفيات یې ډیر کم شوی.

د Tabes صاعقوي حادثه ډیر کم او معمولاً دا ناروغی ډیر ورو پشرفت کوي

د ناروغی تاسس د Ataxia څخه مخکې د ۲-۵ کلو پورې دوام کوي او که

چیرې General paresis تداوي نشي نو په ظرف د ۵ کلو ناروغ وژني.

د General paresis تداوي شکمن نتیجه ورکوي کله کله د تداوي نتیجه بڼه

وي د ولادي سفليس تداوي مشکل او ښه انزار نلري.
د يوناروغ د معاینې لپاره چې په Coma کې وي باید دغه ساختمانونه
معاینه او کنترول شي:



پنجم فصل

Epileps (مرگی)

تعریف: عبارت د هغه ناروغی څخه دی کوم چې د ناروغ د مغزو په قشری برخه کې یو غیر نورمال موصفی برقي دسچارچ پیدا او ناروغ ته شعوري، حرکي، حسي، روحي او اتونوميک او شعوري تشوش پیدا کیږي.

:Epidemiology

د جامعي ۱% خلک پدې ناروغی باندې مصاب دي او هر کال 20-50 نوي ناروغان په هر 100,000 خلکو کې تشخیص کیږي او کال کې 2 ناروغه په هر 100,000 ناروغانو کې مري.

اسباب:

I. Neonates:

چې پدې عمر کې لاندې عوامل د ناروغی باعث گرځي.

۱. ولادي مغزي. غیر نورمال حالت

۲. داخل قحفي خونريزي.

۳. Hypoxia

۴. Hypoglycemia

۵. Hypocalcemia

II. ماشومان:

پدې عمر کې دغه لاندې عوامل د ناروغی سبب گرځي.

۱. ولادي اېنارمېلې گايي.

۲. Tuberos sclerosis

۳. استقلابي Storage ناروغی.

III. Yong Adults:

پدې عمر کې دغه لاندې عوامل د ناروغی باعث گرځي.

۱. قحفي ترضييض.

۲. دواگانې او د الکولو استعمال.

IV. متوسط عمر کاھلان:

پدې عمر کې زیاتره دماغي تومورونه د ناروغی باعث گرځي.

V. زاړه خلک:

زړو خلکو کېنې د مغزو عايي او استحالو ناروغی لکه Alzheimer د ناروغی عامل وي.

همدا راز نورې ناروغی په مختلفو عمرونو کې د مرگی د ناروغی سبب گرځي او دا ناروغی عبارت دي له:

- Meningitis
- Encephalitis
- Absces
- Cysticercosis
- نورې التهابي ناروغی
- Multiple sclerosis
- Vasculitis
- استقلابي Encephalitis pathy

د مرگی مختلف انواع په ماشومانو کې:

1. Febrile convulsion:

عبارت د هغې ناروغی څخه دی کوم چې د تبې په وخت کې په هغو ماشومانو کې تظاهر کوي چې عمر يې د 4 څخه تر 5 کلو پورې وي او اختلاج په ظرف د 15 دقیقو کې له مینځه ځي د ناروغ E.E.G نارمل وی ځنې وخت په ناروغ کې موضعی عصبي نقیصی مینځته راځي چې د 15 دقیقو څخه زیات دوام کوي.

نوموړی حادثه تر 2-5% واقعاتو کې ناروغ ته مرگی جوړوي چې په عمومي ډول سره وقایوي تداوي ته ضرورت نه محسوسیږي.

2. (West syndrome) infantile spasm

دا نوع د مرگي لرونکي ددې لاندې دريو خصوصياتو دي:
۱. د ژوند په اولو مياشتو کې په ناروغ کې د لاسونو قابضه حرکت د سر،
او غاړه کشش مخ پورته طرفته د زنگانه خنخه چې د یته Salam attack
ويل کيږي.

۲. بلاهت عقلي.

۳. د E.E.G غیر نورمال کيدل.

ددې پتالوژيکي حادثې عامل زيات Perinatale asphyxia ،
Encephalitis ، ميتابوليک تشوشات او د مغزو سوا تشکلات دي ددې
حادثې تداوي د Vigabatrin ، Valoproate sodium او کورتيزون
پواسطه ترسره کيږي.

3. Absence (ptitle) مرگي:

دا نوع مرگي په هغو جنکيانو کې زياتره ليدل کيږي کوم چې عمري يې د 4-
8 کلو په حدودو کې وي پدې حادثه د ناروغ رنگ خاسف وي سترگې
Starring وضعيت ځانته غوره کوي په ظرف د ثانيو کې ناروغ شفایاب
کيږي که چيرې ناروغ د خبرې جريان کې وي نو خبرې کول پريږدي په
10% واقعاتو کې Generalized شکل ځانته غوره کوه تداوي يې د
Ethosuxamide ، Valoproate-Na او يا دواړو پواسطه ترسره کيږي.

4. (Janz syndrome) juvenile myoclonic

دا د لاندې خصوصياتو لرونکي وي.

• غیر معمول عمومي اختلاحي حالت خصوصاً د خوبه څخه د پاڅيدو

په وخت.

- د ورځې په اوږدو کې Absence حملات.
- ناگهان Shock like غیر ارادي ټکان ماننده حملات، ددې ناروغی حملات زیاتره د سهار په وخت کې تظاهر کوي ناروغ معمولاً د سحر ډوډی د خوراک څخه انکار کوي او یا دا چې ډوډی د کوتې مینځ کې پاشان کوي دا ناروغی د Valoparaoate پواسطه ښه تداوي کیږي اما که چیرې تداوي قطع شي دوباره حملات شروع کیږي.

1- په کاهلانو کښې مهم انواع د مرگی

ABSENCE (PTITMALE EPILEPSY)

عبارت د هغه حالت څخه دی کوم چې په ناروغ کې په گذري ډول سره د کمې مودې لپاره د شعور ضایع کیږي چې دې سره یو حای د ناروغ رنگ خاسف او سترگې ثابت پاتې کیږي. "Stare" ناروغ خپل د فعالیت په صفحه کې خپل فعالیت ته توفیق ورکوي او نه پوهیږي چې څه کوي اما ناروغ نه په ځمکه غورځیږي او نه ورباندې کوم اختلاج واقع کیږي داسې یو فکر او تصور موجود دی چې پدې حالت کې د ناروغ د مغزو په Diencephalome کې آفت موجود دی.

2- Tonic Clonic Epilepsy (Grandmal Epilepsy)

ددې تشوش عمده تظاهر عبارت دی د قوي او شدید اختلاحي حملاتو څخه کوم چې ددې اختلاحي حملو په 3/5 واقعاتو کې د اختلاحي حملې د ظهور څخه مخکې ناروغ Aura (مخبروي) لري او په 2/5 نورو واقعاتو کې

بې لډې څخه چې ناروغ کې Aura ولیدل شي آناً د شعور د ضیاع صفحې ته داخلېږي او وروسته ورباندې اختلاجات ظهور کوي د Aura نوعیت نظر د غیر نورمال برقي جریان د ساحې شروع ته فرق کوي یعنې دا چې برقي غیر نورمال جریان د دماغ د کومې برخې څخه شروع کیږي د همغې ناحیې په ارتباط محیطي Aura لیدل کیږي چې دا Aura د ډار، او یا برسام په شکل وي چې دا برسام عصبي، بصري، او ذایقوي په شکل وي او یا دا چې ناروغ د خپل د عضویت په ځنو برخو کې د ځنو خاصو احساساتو حسیت درک کوي خصوصاً زیاتره ناروغان خپل Epigastrium ناحیه کې د دردونو څخه شکایت کوي.

ځنې وخت د Aura شروع یا نوعیت پدې ترتیب وي چې ناروغ خبرې نشي کولی او یا دا چې د عضویت په ځنو برخو کې ځنې غیر نورمال حرکات محسوسوي.

د ناروغی حمله د چیغې په وهلو سره شروع چې دا چیغه په زیاتره واقعاتو کې موجود نه وي د Aura او چیغې وهلو نه وروسته ناروغ خپل شعور د لاسه ورکوي او په ځمکه بې اختیاره غورځیږي او شاید ناروغ د عضویت په کومه برخه کې زخم پیدا شي.

د حملې په شروع کې د ناروغ په عضویت کې Tonic اختلاج تظاهر کوي چې دا حمله تر څو ثانیو پورې دوام کوي (کله کله تر 30 ثانیو پورې دوام کوي) چې پدې صورت د ناروغ په ټول عضویت کې د Apnea له کبله Cyanosis یا کبودي تأسس کوي چې پدې صفحه کې د ناروغ سر او سترګې یو طرف ته انحراف کوي او د ناروغ خوله یو طرف ته خلاص پاتې کیږي چې دا یو دو طرفه او متناظر حمله دی ددې حملې په جریان علوي اطراف د تقریب په حالت او نور مفاصل د تقبض په وضعیت کې واقع

کيږي سځلی اطراف د توسع په وضعیت کې وي ددې حملې په تعقیب په ناروغ کې Clonic اختلاج ځای په ځای کيږي چې پدې صفحه کې ناروغ خپله ژبه چیچي ، د خولې څخه لارې بهیږي تکان ماننده حرکات ظهور کوي او د ناروغ څخه تشې میتیازې بې اختیاره خارجيږي په شديده اختلاجاتو کې ناروغ ته Sub conjunctival او یا تحت الجلدي نرف پیدا کيږي.

ددې اختلاجاتو په ختم کې ناروغ د نیم ساعت لپاره ویده کيږي او کله کله تر څو ساعتو پورې دوام کوي د حملې په ختم کې ناروغ شديد سردرد وي او د ناروغ وتري عکسات کم او د Babensky علامه مثبت وي.

3- Simple Motor Epilepsy (jacksonian)

دا نوع مرگي د اول ځل لپاره د Hughlings Jackson پواسطه مطالعه شو او نوموړي عالم وویل چې ددې نوع مرگي د اختلاحي حملاتو غیر نورمال برقي جریان د Precentral motor cortex څخه منشه اخلي دا نوع مرگي معمولاً د Clonic په اختلاج سره شروع کيږي اما په ډیرو نادرو او کمو واقعاتو کې د ناروغی شروع د Tonic Spasm په شکل وي.

ددې ناروغی حملات د آفت په مقابل طرف کې اول د لاس د غټې گوتې یا د Index Finger یا د خولې د کنج او یا د پښې د غټې گوتې څخه شروع کيږي او ورو ورو د هماغه طرف ټول بندونه مصابوي چې وروسته لدې څخه د عین طرف پښه یا لاس مصاب او وروسته مقابل طرف په اختلاحي موقف کې داخلېږي چې بعد ددې څخه د ناروغی شعور ضایع کيږي ځنې وختونه د Jackson د حملې په تعقیب ناروغ ته د هماغه طرف د عضلاتو ضعیفي تأس کوي چې امکان لري تر څو ساعتونو پورې دوام وکړي او کله کله تریو یا دوو ورځو پورې پاتې کيږي چې دیته Todd's paralysis ویل

Simple Sensory Epilepsy -4

دا نوع مرگي د حسي برساماتو په شکل شروع کوي ((کړختې او يا ستنو چوخیدلو په شکل)) او وروسته عیناً لکه Jacksonian د اختلاجاتو په څیر په ناروغ کې اختلاج ظهور کوي ددې نوع مرگي د حملاتو مرکز د Post Central Gyrus په نږدې کې ((په مقابل جداري فص کې)) وي.

Complex Partial Epilepsy (Temporal Lobe Epilepsy) -5

دا نوع مرگي د صدغی فص او یا د هغې د نږدې نواحیو د تشوشاتو په نتیجه کې مینخته راعي ددې ناروغی اساسي علت هغه سلیم آفت دی کوم چې د Perinatle په دوران کې د Hypoxia له کبله پیدا شوی وي او یا دا چې د Child Hood په دوران کې د اوږد او دوامداري اختلاجاتو په نتیجه جوړ شوی وي.

ددې ناروغی ثابت او صحیح کلینیکي لوحه عبارت دی د ناروغ د فکري محتوا د تشوش څخه کوم چې لرونکی د مختلفو اشکالو وي مثلاً دا فکري تشوش د حسي برسام په شکل وي ((خصوصاً د ذایقوي او بوی)) او یا دا چې د بصري برسام په شکل وي چې پدې صورت کې ناروغ موزیک گوري او د هغې مقابل ته عکس العمل ښکاره کوي.

همدارنگه پدې ناروغانو کې داسې تشوشات تظاهر کوي کوم چې ناروغ د خپل محیط په ارتباط معلومات نه لري یعنې پدوی کې Preceptual

illusion او Déjà vu phenomana موجود وي ځنې وخت په ناروغ ځنې ناموزونه روحي تشوشات لکه ډار، او Depression پيدا کيږي حركي تشوشات پدې ناروغانو کې مختلف وي په ځنو کې د ناروغ په ليدو کې يو Dazed يا وقفه پيدا کيږي چې شايد د تنبه په مقابل ځواب ورکړي او يا ورنکړي.

ددې مرگي هغه نوع چې د ذايقوي او يا Gustatory Aura سره شروع شوی وي نو په دوی کې ځنې وخت ځنې غير ارادي حرکات لکه Chewing (ژول)، Sucking (رودل) او يا د شونډو Smacking پيدا کيږي چې د یته Uncinate Attacks ويل کيږي.

دا ناروغان کله کله ځينې غير شعوري حرکات اجرا کوي کله په شکل د لباس ايستلووي يعنې ناروغ خپل لباس د ځانه اوباسي او ځنې نورو کې ډير نا آرامه مزاج ليدل کيږي ددې مرگي کوم حالت کې چې ناروغ هم عقلي او هم حركي مشکلات ولري دې نوع ته Psychomotor epilepsy ويل کيږي که چيرې د صدغی فص ماوفيت په متبارز ډول سره وي نو پدې ناروغانو کې Dysphesia هم ليدل کيږي.

-6 Reflex Epilepsy

په ځنو وختونو کې د مرگي حملات د خارجي تنبهاتو پواسطه تحريک کيږي چې دا خارجي تنبهات په لاندې ډول سره دي:

۱. د پوستکي د پاسه د تماس پواسطه د مرگي د حملې تحريک کيدل.
۲. د آني او لوړ آواز پواسطه د مرگي د حملې تحريک کيدل چې دې نوعې ته Acoustico motor مرگي ويل کيږي.
۳. د موزیک او يا ساز د آوريدو پواسطه د مرگي د حملې تحريک کيدل چې د یته Musicogenic ويل کيږي.

۴. د ځنې شيانو د ليدو پواسطه د مرگي حملې تحريك سبب گرځي چې عمده مثال يې تلويزيون دی چې دې ته Photic epilepsy ويل كيږي.

7- Self Induced Epilepsy

د ځينو خلکو مرگي د ځنو خاصو شيانو طرف ته د ليدو پواسطه تحريك كيږي لکه لمر ته کتل او يا د ناروغ مخکې د گوتو د تحريک پواسطه يعنې که د ناروغ د سترگو مقابل کې گوتې ته اهتزازي حرکت ورکړ شي نو په ناروغ باندې حمله ظاهرېږي.

8- Akinetic Epilepsy

پدې نوع مرگي کې ناروغ په آنې او ناگهاني ډول سره په ځمکه غورځيږي او کله کله د هډوکو د ماتيدو باعث گرځي او ناروغ يو ځل کولی شي دوباره راجگ شي، چې دغه نوع حملو ته Drop Attacks ويل كيږي چې دا نوع حملې بر علاوه د مرگي څخه په چاغو بنسټو او Cervical osteoarthritis کې هم ليدل كيږي.

9- Epilepsia Partialis Continua

پدې نوع مرگي کې د ناروغ د عضويت په يوه برخه کې Clonic اختلاجات تظاهر کوي چې دا اختلاجات تر څو ورځو پورې شايد دوام وکړي يا کيداى شي چې تريوې مياشتې پورې دوام وکړي.

10- Tonic Epilepsy

پدې نوع مرگي کې د ناروغ په عضويت کې شخوالی د شعور ضياع سره يو ځای ليدل كيږي چې پدې صورت کې (Jonic اختلاجات) د ناروغ سره

د بسط په وضعیت کې واقع کیږي د ناروغ دواړه لاسونه د هغې مخې ته د بسط په وضعیت او گوتې د قبض په وضعیت پروت وي او سفلی اطراف یې د بسط په وضعیت قرار لري دا نوع مرگي زیاتره د مغزو د عضوي آفاتو په نتیجه کې مینځ ته راځي اما کله کله Idiopathic نوع د مرگي کې هم لیدل کیږي.

11- Myoclonus in Epilepsy

Myoclonus کله کله د Idiopathic نوع د مرگي کې لیدل کیږي چې په ټکان ماننده ډول ظهور کوي او دا زیاتره د علوي اطرافو قابضه عضلات مصابوي او دا حملې ډیر زیات د سهار لخوا ظهور کوي چې دا Myoclonus یا خپله آرامیږي او یا د عمومي اختلاجاتو پواسطه تعقیب کیږي دا ناروغی زیاتره ارثي وي او د Dementia سره ملگرې وي ددې ناروغی اساسي عامل Lipidoses او په نادرو واقعاتو کې د دماغ استحالوي ناروغی دی.

12-

Automatism Associated with Epilepsy

ځنې وخت د مرگي په ناروغانو کې د مرگي د حملې نه بعد ځنې غیر ارادي او غیر نورمال حرکات ترسره کیږي چې خپله ناروغ د هغې څخه خبر نه وي.

13- Status Epilepticus

عبارت د هغه حالت څخه دی چې ناروغ کې مکررې حملې د مرگی واقع کیږي بې لدې چې شعور یې دوباره اعاده شي خصوصاً دا په هغه حالاتو کې واقع کیږي چې د باییتوراتو اعتیاد سره خلکو ته ددفعتاً دوا قطع شي

چې دا حادثه خو ورځې وروسته د باربيټوراتو د قطع څخه منځته راځي. مکرري حملې د توقف څخه وروسته ناروغ عمیق کوما ته داخل او په ناروغ تبه هم موجود وي.

د مرگی تشخیص:

د مرگی په تشخیص کې باید ډاکټر دوه مهم شیانو ته متوجه شي. اول دا چې باید ډاکټر دا ثابته کړي چې آیا ناروغ مرگي لري او که نه؟ دوهمه مرحله کې ډاکټر باید دا فیصله وکړي چې دا ناروغ مرگي لري نو ددې سبب یا علت څه دی ((د امکان تر حده)).

ددې ناروغی تفریقي تشخیص باید د Faints سره وشي همدا رنگه د هغو ناروغیو سره تفریقي تشخیص شي کوم چې د اختلاج پشان حملات په ناروغ کې پیدا کوي. د ناروغی د قاطعانه تشخیص لپاره باید ناروغ ته معاینات د سفلیس د ردولو لپاره، E.C.G د ویعني د قند معاینه د عضلاتو X-Ray ((د Cystocercosis د ناروغی د ردولو په منظور)) اجرا شي.

تداوي:

اول: عمومي اهتمامات او تدابیر:

په عمومي اهتماماتو او تدابیرو کې د ډاکټر وظیفه دا ده چې ناروغ د بعدي حملاتو څخه وساتي او ناروغ د پته آماده کړي چې د یو سالم شخص په صفت په ټولنه کې مسؤلیت خپل ترسره کړي او په همدې ترتیب ناروغ

ته هدايت وکړي.

د ناروغ د دوباره حملاتو د ظهور د مخنيوي لپاره بايد ناروغ د ښه آماده کړي چې ځان د روحي فشار او بې خوابي څخه وساتي او په عمومي ډول روښنايي ته کتل، تلويزيون ته کتل او نارامه حوادثو څخه ځان وساتي. همدارنگه ناروغ ته توصيه شي چې د هغو کارونو د اجرا څخه ځان وساتي کوم چې د اوبو په شاوخوا کې ترسره کېږي. دريوري په جگړو ځايونو کې د وظيفې ترسره کول او د واده په اول شپه کې بې خوابي پيدا کيدل د ناروغی د حملاتو د ظهور باعث گرځي اما خپله واده کول د ناروغی په مسير کې کوم مثبت او منفي اثر نلري.

حمل او حامله داري د ناروغی د حملو خطرات زياتوي، په ماشومانو کې د مرگي سير هغه وخت خراب انزال لري کوم چې فاميلي تاريخچه موجود وي اما که چيرې کوم عضوي تکليف د ناروغی سببي عامل وي نو پدې صورت کې د ناروغی انزال هم ښه دی په کمې اندازې سره سپورت کول کوم معذرت ناروغ ته نه پيدا کوي اما شديد سپورت کول مضر ثابتېږي.

دوهم طبي تداوي:

د طبي تداوي څخه زموږ دوه اساسي هدفونه دي:

۱. د اضافي برقي Discharge د پيدا کيدو څخه مخنيوی کول.
۲. نهی کول د Post Tatanic Potentiation دی. هغه دواگانې چې د Gamma Amino Butyric Acid (GABA) د نهی کوونکي Transmitter غلظت په وینه کې زياتوي د نيورونو د غشا د ثابت والي باعث گرځي او د اختلاجاتو د ظهور څخه مخنيوی کوي چې دا دواگانې عبارت دي د sodium Valoproat او Phenotoin Sodium څخه.

د الكولو خټښاك، Analgesic, Anti Rhumatic او د T.B ضد دوا په پلازما كې د اختلاج د ضد دواگانو غلظت زياتوي په همدې ترتيب سره د اختلاج ضد دواگانې ددې لاندې دواگانو تاثيرات فارمكالوژيكي كموي:

۱. د حاملگي ضد دوا.

۲. د Analgesic او Anti Rhumatic دواگانې.

۳. كورتيزون

۴. Anticoagulants

۵. Anti Depressant لکه د Nomifensine, Mianserin دواگانې.

هغه مهمې دواگانې چې د مرگي په تدوي كې استعمالېږي په لاندې ډولونو سره دي:

1. Phenotoin Sodium:

دا دوا د ټولو انواعو د مرگي لپاره انتخابي دوا ده اما يوازې د Myoclonic او Ptitmale په انواعو باندې چندان تاثير نه لري اما دغه دوا ډير توکسيک دی چې ناروغ ته تخريشيت او د وريو د پرسيدو باعث گرځي. ورځنۍ دوز يې د كاهلانو لپاره په واحد دوز او يا دوه كسري دوزونو سره 300mg وي يعنې يا 300mg په واحد دوز وركول كيږي او يا دا چې 150mg سحر او 150mg د شپې توصيه كيږي. نوموړې دوا ماشومانو ته 5-15mg/kg په عين ترتيب وركول كيږي.

2. Carbamazepine (Tegretol):

دا دوا خپل كيمياوي ساختمان له مخې Tricyclic Anti Depressant سره شباهت لري او د Complex Partial او Temporal Lobe د مرگيو په

تداوی کې انتخابی دوا ده.

دا دوا باید په کم دوز سره شروع او آهسته، آهسته دوز یې زیات شي چې دا د دوز زیاتول باید د دوه میاشتو په حدودو کې ترسره شي دا په ځوانو ښځو کې هم استعمالیدای شي ځکه چې Hersutism نه پیدا کوي اما د اوبو د احتباس باعث گرځي (نولدي کېله د اوبو د تسمم باعث گرځي). ددې دوا معمولي زوز د کاهلانو لپاره 200mg په ورځ کې درې ځلې دي او د ماشومانو لپاره 10-30mg/kg په ورځ کې توصیه کیږي.

3. (Epilim) Sodium Valproate:

دا دوا د هغو انزایمونو د نهی باعث گرځي کوم چې د G.A.B.A د Transmeter د نهی باعث گرځي لږې کېله د اختلاجاتو د پیداکیدو ضد عمل کوي.

نوموړې دوا د ټولو هغو مرکبو لپاره انتخابی عمل کوي کوم چې په عمومي ډول سره ظهور کوي یعنی د ټولو هغو مرکبو لپاره دوهمې انتخابی دوا ده کوم چې Generalized شکل لري. او خصوصاً د Ptitmale او Myoclonic لپاره اما دا دوا په ځگر باندې توکسیک اثرات لري ددې دوا معمولي دوز د کاهلانو لپاره 200mg په ورځ کې څلور ځلې وي او د ماشومانو لپاره 20-50mg/kg په ورځ کې توصیه کیږي. دا دوا په مامله ښځو کې د ماشوم سو تشکلاتو سبب گرځي نو له دې کېله باید د حامله داری په جریان کې باید استعمال نشي.

4. Phenobarbitone:

دا یوه ډیره ښه او مطمینه دوا ده د مرګې په ټولو انواعو باندې تاثیر لري دا د دماغ په قشر او Reticular Formation مؤثر تاثیر لري اما څرنګه چې خواب آلوده ګي پیدا کوي نو لږې کېله په ماشومانو کې د نا آرامی

باعث گرځي او که چيرې يو ناروغ کې د صدغی فص مرگي موجود وي نو پدې صورت کې په ناروغ کې د روحي نا آرامتيا باعث گرځي او دا بايد د Primidone سره يو ځای استعمال نشي نارمل دوز يې، د کاهلانو لپاره 60mg په ورځ کې دوه ځلې او د ماشومانو لپاره 2-6mg/kg توصیه کيږي.

5. Primidone:

دا دوا په عضويت کې Phenoobarbiton باندې بدلېږي په ورځ کې 250mg درې ځلې توصیه کيږي. څرنگه چې خواب آلودگي لري نو بايد نيم دوز توصیه شي.

6. Ethosoximide:

دا دوا د Ptitmale د نوعې لپاره بڼه دوا ده اما په Grandmale شکل باندې تاثير نلري ورځنی دوز يې 500-1500 په کاهلانو کې وي اما په ماشومانو کې 10-25/kg دی.

7. Clonazepam:

دا په Myoclonic نوع د مرگي کې مؤثر دی ورځنی دوز يې په کاهلانو کې 1-10mg او په ماشومانو کې 0.01-0.02 mg/kg دی. د مرگي په طبي تداوي کې بايد ډير کوشش وشي چې ناروغی يوازې د يوې دوا په واسطه کنترول شي او ډير کوشش وشي چې د Poly - pharmacy څخه ځان وژغورو او که په يوه دوا سره کنترول نشو نو بيا دويم او دريم دوا په ډير احتياط سره استعمال شي که چيرې د ناروغ د حملاتو په توليد کې مسؤول فکتور روحي تشوشات وي نو پدې صورت کې ناروغ ته Diazepam يا Valium توصیه شي اما Chlorpromazine بايد بالکل ورنکړ شي.

د Status Epilepticus تداوي:

ددې نوع اختلاجاتو مړينه تر 20% پورې وي خصوصاً په ماشومانو کې د صدغی فص د تخریب له کبله د Ammon's horn sclerosis او د Chronic temporal lobe د مرگی باعث گرځي ددې ناروغی د کنترول لپاره Diazepam انتخابي دوا ده چې 10mg د وريدي زرقیانو له لارې توصیه کيږي اما بايد چې د نورو موادو سره مخلوط نشي او دغه 10mg په دوو دقيقو بايد ورکړ شي وروسته لدې څخه 300mg Phenobarbitone د وريدي زرقیاتو له لارې او 500mg Phenotoin د N.G.T له لارې ناروغ ته ورکړ شي. که چيرې اختلاج آرامه نشو نو ناروغ ته بايد Diazepam هر 15 دقيقه وروسته توصیه شي چې دا دوز تر 40mg پورې په همدې ترتيب ورکولی شو اما بايد د Diazepam مجموعي 24 ساعته دوز د 100mg څخه زیات نشي که چيرې پدې ترتيب سره اختلاجات کنترول نشو ناروغ بايد عمومي انستيزي ته معروض شي او ناروغ ته Endotrachial تيوب د هوايي ليارې د خلاصون په منظور استعمال شي.

همدارنگه د ناروغ د مایعاتو او الکتروولایتونو موازنه او د حرارت د درجې لوړوالی په ارتباط اهمات و نیول شي که چيرې په حدود د یو ساعت د Diazepam پواسطه اختلاجات کنترول نشو نو ناروغ ته Phenotoin 50mg په هر ۵ دقيقه کې د ۵ دقيقو لپاره ورکړ شي او وروسته په هر ساعت د ۴ ساعتو لپاره تکرار شي البته Phenotoin همیش باید د وريدي زرقیاتو له لارې توصیه شي.

که چيرې د Diazepam مؤثريت موجود نه وي نو 5-10mg Paraldehyde په عضلی ډول توصیه کيږي همدارنگه د Clonazepam د Diazepam د دوز 1/10 برخه هم استعماليدای شي اما دومره مؤثر ندي. "Heminervin"

Chlormethiazole هم مؤثر دی چې ددې دوا 0.8% محلولات په دوامداره ډول سره ناروغ ته د وريد له لارې توصیه کيږي ترڅو چې عمومي دوز يې 800mg ته ورسېږي هغه Status چې د Petitmal شکل وي د Ethosuxamid پواسطه ښه کيږي.

جراحي تداوي د صدغی فص په مرگيو کې 50% ښه نتیجه ورکوي اما د نورو برخو په جراحي عملياتو کې دلچسپي موجود او کومې قاطعانه نتيجې ته ندي رسيدلي.

انزار:

د مرگي د ناروغی انزار په سببي عامل پورې مربوط دی خو دا ويلی شو چې که چيرې د ناروغی شروع وروسته د 20 کلنۍ څخه شوې وي نو انزار يې ښه وي همدارنگه که چيرې مرگي د صدغی فص د نوعې څخه وي نو ناروغ ته کيدای شي چې د Schizophrenia ناروغی پيدا شي دا ځکه چې ددې نوع مرگي او سکيزوفرنيا ناروغانو ماغزه يو قسم ساختمان لري کوم وخت چې ناروغی کنترول شي نو بايد ناروغ ته توصیه شي چې خپله تداوي تر 3 کلو پورې تعقيب کړي.

Drugs and syndromes of epilepsy	
Sezure type	Drugs of choice
Partial	Carbamazepine Sodium valproate Phentoin Lamotrigine
Absence	Ethosuximide Sodium valproate Lamotrigine
Myoclonic	Sodium valproate Clonazepam Lamotrigine
Generalized tonic-clonic	Sodium valproate Phenytoin Carbamazepine Lamotrigine
Newer anticonvulsants, other than lamotrigine, are not licensed for monotherapy, but have an important role as add-on therapy, particularly for partial seizures resistant to first line drugs alone.	



Major Anticonvulsant Drugs				
Drugs	Mode of Action	Pharmacokinetics	Side-effect	
			Dose-related	Allergic
Carbamazepine	Membrane stabilizer Limits repetitive firing of action potentials	Initial dosage controlled-released preparation permits twice daily regime blood levels limited value	Giddiness nausea drowsiness	Rashes Leucopenia
Sodium valproate	Uncertain	Controlled release preparation permits twice or even once daily regime blood levels no value	Tremor confusion Chronic toxicity: alopecia Weight gain	
Phentoin	Membrane stabilizer	Once daily regime Narrow therapeutic range Blod levels useful	Drowsiness Ataxia Rashes lymphadenopathy Chronic toxicity: - gum hypertrophy, acne, hirsutism coarsening of facial features, folate deficiency	
Lamotrigine	Membrane stabilizer	Half-life prolonged by sodium valproate Dosing schedule depends on concomitant anticonvulsant treatment	Nausea Dizziness Tremor Headache	Rash Fever Arthralgia Lymphadenopathy Eosinophilia Stevens-Johnson Syndrome

Other Anticonvulsants

Older anticonvulsants retaining specific uses:

Phenobarbitone (and primidone)

Many patients with long-standing epilepsy remain on these drugs

Primidone is metabolized to phenobarbitone

Withdrawal seizures are likely if phenobarbitone is stopped abruptly

Phenobarbitone retains a role in the management of status epilepticus (chapter 20)

Ethosuximide

Used in childhood absence epilepsy (petit mal)

May exacerbate tonic clonic seizures

Clonazepam

Effective in myoclonic and absence epilepsy

May be administered intravenously in status epilepticus

Clobazam

Add-on therapy in tonic-clonic and partial seizures, especially if parimenstrual

Newer drugs used predominantly as add on therapy for partial seizures

Vigabatrin

Also used as monotherapy for infantile spasms (west's syndrome)

Avoid in patients with a psychiatric history

Associated with peripheral visual field defects

Babapentin

Topiramate

Avoid in patients with a history of renal stones

Tiagabine

Most recently licensed (1998-in the UK) of the new drugs used as adjunctive therapy for partial seizures.



شپږم فصل

د عصبي سیستم Demyalinated ناروغی

Multiple Sclerosis (Disseminated Sclerosis) (Insuler Sclerosis)

د عصبي سیستم یوه معموله ناروغی ده کوم چې په وسیع ډول سره یو Demyalination ورکې پيدا چې وروسته د نوموړي عصبي سیستم په White matter کې Over growth of Nerve Gliosis تأسس مومي. ددې ناروغی صفحه په مکرر او پریوډیک ډول لیدل کیږي واقعات یې زیاتره د 20-50 کلنۍ عمره پورې ډیر زیات وي د نوموړو کلو څخه مخکې او وروسته د نوموړې ناروغی واقعات ډیر کم تصادف کوي دا ناروغی زیاتره په هغو منطقو کې چې خلک پسونه ساتي او دهقاني کوي ډیر زیات لیدل کیږي.

Etiology & Pathology

پدې ناروغی کې اساسي پتالوجیک تغییر عبارت دی د Plaque د تاسس خڅه د دماغ او Spinal cord په White Matter کې ددې پلکونو یو تعداد Peri Venuler Fat Granule دی د ناروغی په حاده صفحه کې Myalinesheet په استحاله باندې معروض او په Peri vascular space کې Axis cylinders او Lymphocytes د لیدلو وړ دی پدې ناروغی کې Sclerotic Plaque خواته میلان ډیر په ندرت سره مصابېږي د ناروغی په وروستی صفحه کې متضرر شوي میالین جوړ اما Glial ساختمانونه خواته میلان پیدا کوي چې په Gross سره خاکی رنگ لري. ددې ناروغی اصلي سبب ندی معلوم اما دغه لاندې فکتورونه ددې ناروغی په پیدا کیدو مسؤول گڼل کیږي:

1. Geographic Distribution

دا ناروغی زیاتره په معتدله مناطقو کې لیدل کیږي اما په Tropic مناطقو کې ډیر کم تصادف کوي.

2. Genetic Factors

دا ناروغی په 10% واقعاتو کې فامیلی منشه لري خصوصاً په هغو اشخاصو کې چې Monozygote منشه لري.

3. بنا په یو نا معلوم علت باندې که مساعد شخص د عینو اېنارمل حالاتو سره لکه Influenza د علوی تنفسي طرف اتانات، تبه، حاملگي، Pureperiam ((د ولادت خڅه وروسته د رحم بئرتنه نارمل حالت ته راتگ مرحله)) Lactation، جراحی عملیاتونه، د غاښونو ایستل، E.C.T او Truama سره مواجه شي نو د ناروغی د تحریک باعث گرځي.

4. Biochemical Factor:

د میالین غشا 75% لپید 25% د پروتین لرونکی دی کوم چې دغه پروتین د 170 امینو اسیدونو لرونکي او دا پروتین اولین مرکب دی چې د Demylaination په واقعہ پارچه کیږي. د شحمي اسیدونو میتابولیزم د M.S په ناروغانو کې اېنارمل دی کوم چې ددې ناروغانو په سیروم او دماغ کې Poly Unsaturated شحمي اسیدونه کم حال دا چې د عضویت په نورو ساختمانو کې نارمل وي. په کوم جغرافیایي مناطقو کې چې Poly unsaturated شحمي اسیدونه خلک کم اخلي نو پدې خلکو کې د M.S واقعات معمول او ډیر دي. بل عمده بیوشمیک فکتور چې تشریح شوی ندی د M.S په ناروغانو کې د صفحات دمویه Adhesiveness (التصاقات) زیاتېږي.

5. Immunological Factors:

د میالین د غشا عکس العمل د عینو اجنبي شیانو په مقابل کې د M.S یو عمده سبب فکر کیږي خصوصاً د ویروسونو په مقابل کې ((زیاتره شري ویروس)) همدارنگه د ناروغی د عود په صفحه کې د T-Lymphocyte سویه په وینه کې زیاتېږي.

6. Viral Factors:

یو تعداد زیات وایروسونه ددې ناروغی د پیدا کیدو په مورد مسؤول گڼل شویدی چې دا ویروسونه عبارت دي لسه Herpes Simplex, Measlese, Mumps او عینې نورو واکسینونه چې د وایروسونو څخه تشکیل شوي.

کلینیکي لوجہ:

۱. دا ناروغی په دوو عمدہ شکلونو سره خپل اعراض شروع کوي.
۲. کله کله د ډیرو محراقونو اعراض او علایم په ناروغ کې د لیدلو وړ وي.

کله کله یو طرفه Optic Neuritis ددې ناروغی لمړنی عرض وي ددې ناروغی نور اعراض عبارت دي د کرختې او بې حسي د یو طرف لاس او یا د پښې او یا د عین طرف د عضویت او یا کله کله دواړه سفلی اطراف یا یو طرف منخ مصابوي.

په ناروغ کې Diplegia او ضعیفي د اطراف ممکن ولیدل شي کله کله ناروغی په آهستگی سره شروع او په ناروغ کې ضعیفي د اطرافو تأسس کوي.

د ناروغی په اوله صفحه کې د آفت تشخیص د تاریخچې او فزیکي معاینې پواسطه ایښودل کیږي چې ډیره ښه علامه یې د Optic Disc خسافت په نیمایي قسمت کې دی نورې علامې یې خفیفه دوامداره Nystigmus په جنبي قسمت د یوه او یا دواړه سترگو کې خفیفه Intentional tremor په یوه او یا دواړه علوي اطرافو کې د بطني عکسي عدم موجودیت د وتري عکساتو زیاتوالی او د Babansky د علامې مثبتوالی په یوه او یا دواړه طرفونو کې.

په هغه حالت کې چې ناروغی په آهستگی پیشرفت وکړي په ناروغ کې زیاتره د نخاع د اخته کیدو علامې لکه Spastic paraplegia او په یو اندازه د سطحې حسیت زایل کیدل لیدل کیږي ((په سفلی اطرافو او تنه

کې)) او یا معیوبیت د Postural sense او Vibration sense په ناروغ کې به ولیدل شي ناروغ Ataxic او یا Spastic رفتار لري چې پدغه واقعاتو کې که چیرې په ناروغ کې د قحفي ازواجو ماوفیدل موجود نه وي نو د ناروغی تشخیص ډیر مشکلات پیدا کوي.

په غیر وصفی اشکالو کې ممکن ناروغ کې، Slurring speech, Scanning او Disociation of Conjugate Lateral Movement of Eye Speech موجود وي چې Tremor, Scanning speech او Nystegmus ته Charcot traid ویل کیږي.

د سترگو تبعد ورکول ډیر وي نظر تقرب ورکولو ته د ناروغ علوي طرف ضعیف او Ataxic وي همداراز په ناروغ کې شدید Paraplagia موجود او یا سطحې او عمیق حسیت معدوم وي او امکان لري چې ناروغ کې د ادرار او غایطه موادو د کنترول عدم اقتدار ولیدل شي او یا موجود وي.

اساسي تغییر د دماغی عقلي حالت عبارت د Euphoria څخه دی کوم چې په ناروغ کې به ولیدل شي د ناروغی په آخري صفحه د روحی حرکاتو کنترول هم ضایع کیږي. همدارنگه ممکن ناروغ کې نا آرامي او Depression هم ولیدل شي.

کوم وخت چې Brain stem او یا مخیخ ماوف شي نو د ناروغ په عین طرف کې Postural sense او Ostrognosis هم ضایع کیږي چې ددی حسیتونو ضایع کیدو له کبله ناروغ خپل د هماغې طرف د لاس څخه صحیح استفاده نشي کولی. Trigeminal Neuralgia او اختلاجي حملات ددی ناروغی نادر اعراض دي.

د C.S.F تغییرات:

د 50% څخه په کمو واقعاتو کې د C.S.F معاینه یو غیر نورمال حالت رابښي چې دا حالت عبارت د Lymphocyte د زیاتوالي څخه (په 10% واقعاتو کې). همدارنگه په کمه اندازه د پروتین او Gamma Globulin زیاتوالی او د Electro phoresis په معاینه کې د (C.S.F) Oligo clonal کې مواد په مشاهده رسیږي همدارنگه د IgG تایتر هم په C.S.F کې زیاتېږي چې دوامداره قطني بذل په M.S مضا د استطباب او د ناروغ لپاره مضر ثابتېږي CT scan د Ventricle په حذا Low density ښکاره کوي.

تشخیص:

دا ناروغی د کلنیکي لوحې له مخې (کوم چې مکررې حملې واقع کیږي) فزیکي معاینات، لابراتواري معاینات، خصوصاً د Oligo clonal موجودیت په C.S.F کې د ناروغی په تشخیص کې کومک کوي Scaning speech پدې ناروغی کې Spastic weakness د عضلاتو او د ژبې بندش Chorcot triad Tremor, Nystegmus د ناروغی په تشخیص کومک کوي اما دا ناروغی باید د Tabes dorsalis د ملا د تیرد آفاتو د Vit B12 فقدان او Freid rich ataxia سره تفریقي تشخیص شي.

تداوي:

دا ناروغی کومه خاصه تداوي نلري اما د ټولو څخه مهمه خبره دا ده چې ناروغ د اتاناتو د مداخلې څخه محافظه کړو او کوم هغه مهم طبي دواگانې چې ددې ناروغی لپاره مروج دي په لاندې ډول دي:

1. Steroids:

Prednisolon په ورغ کې 60mg توصیه کيږي او په ظرف د 2-3 هفتو کې تعقيب دوز ته رسول کيږي اما که چيرې A.C.T.H ناروغ ته Systemic ډول سره ورکړو ډير مؤثره ده چې دا دوا د دريو اولو ورغو لپاره 80Iu په داخل د سيروم گلوکوز 5% درې ورغې وروسته په ورغ کې 40Iu د عضلې له لارې ورغ کې دوه ځلې د 7 ورغو لپاره او وروسته دا دوز 10Iu هر درې ورغې وروسته اما که چيرې د ناروغی مکررې حملې وليدل شي نو دغه تعقيب دوز تر مياشتو پورې بايد دوام ومومي.

2. Immuno supersant دواگانې:

لکه Azathioprin او Cysclophosphamid هم مؤثر دي.

3. Vit B12: په ورغ کې 1000µg د عضلې له لارې توصیه کيږي.

4. ناروغ بايد د حيواناتو د شحم د استعمال څخه ځان وساتي اما Poly unsaturated شحمي اسيدونه لکه Linoleic acid په غذايي رژيم کې علاوه شي.

5. Theelimination of gluten from the diet:

د Toxic فکتور په Glutin کې a-glutin فکر کيږي کوم چې داسې فکر موجود دی چې د يو الرجن په صفت به عمل وکړي.

6. په Epidural space کې د نخاع تنبه کول د برقي جريان په واسطه کوم چې دا عمل د عضلې شخوالي په شدت کې کموالی پيدا کوي همدارنگه د مثاني وظيفه احيا کوي.

7. د مثاني د تشوشاتو د تداوی لپاره Probanthelin په ورغ کې 30mg

ډير مؤثر دی.

8. د عضلې د تشنج د کموالي لپاره 10mg Valium په ورځ کې درې ځلې همدارنگه 25mg Dantrolin Sodium په ورځ کې درې ځلې مؤثر دی.

انزار: د ناروغی په مقدم صفحه کې د انزار په ارتباط پیش بیني کول غلط او مشکل کار دی دا ځکه که چیرې ناروغی د یو عرض په واسطه شروع او صاعقوي ډول سره پیشرفت وکړي نو ممکن انزاري خراب وي نظر هغه حالت ته چې ناروغی په زیاتو اعراضو سره شروع او آهسته، آهسته پیشرفت وکړي همدارنگه که چیرې ناروغی د دوهم قحفي زوج د رویت په تشوش او حسي تشوشاتو سره شروع شي نو انزاري خراب دی نظر د یته چې ناروغی په حرکتی او یا د مخیخ د اخته کیدو په اعراضو شروع شي زیاتره ناروغان وروسته له اولې حملې څخه شفایاب کیږي اما د دوهمې حملې په ارتباط پیش بیني نشو کولای.

د ناروغی د شروع څخه پنځه کاله وروسته %70 ناروغان صحت او کولی شي چې خپل ژوند په منظم ډول سره مخکې یوسي اما که چیرې ځنې فکتورونه په ناروغی مداخله وکړي نوموړې فیصدي %50 ته کموي. اساسي مشکلات چې ناروغ ډیر زیات تحدیدوي عبارت دی له Spacity In coordination, د غایطه موادو او ادار کولو تشوشاتو څخه د ناروغی د شروع څخه ممکن ناروغ تر څو هفتو پورې ژوند وکړي او یا ژوند یې تر 50 کلو پورې دوام وکړي.

Motor Neuron Disease "Amyotrophic Lateral Sclerosis"

عبارت د هغه ناروغی څخه دی کوم چې په انتخابي ډول سره استحالوي
تغیرات په Corticospinal pathway او د نوموړي پاتوې په هسته کې
(کوم چې د Brain stem څخه شروع کېږي) او د نخاع د قدامي قرن په
حجراتو کې پیدا کېږي.

اسباب او پټالوژي:

د عصبي سیستم په ناروغیو کې وروسته د Multiple Sclerosis څخه دا
دوهمه ناروغی ده چې په خالص او ابتدایي ډول سره په نوموړي سیستم
کې تأسس کوي اما په ډیرو نادرو واقعاتو کې د ناروغی ارتباط د ارثیت
سره فکر کېږي په ځینو واقعاتو کې دغه ناروغی د نورو ناروغیو په مسیر
کې تأسس کوي اما ددې ناروغی عمده اسباب په لاندې ډول دي:

۱. مزمن مسمومیت د سرب Lead (مس) Triorthocresyl phosphate او
یا مگنیزم پواسطه.

۲. ځیني میتابولیک تشوشات لکه Hypoglycemia,
Uremia, Macroglobulinemia او وروسته د Gastrectomy څخه.

۳. په ډیرو کمو واقعاتو کې د یو طرف ضعیفوالی د ضربې څخه وروسته
پیدا کېږي.

۴. په ځینو نورو واقعاتو کې دا ناروغی د ځینو استحالوي ناروغیو سره
په نا معلوم انگیزه باندې یو ځای وي چې دا ناروغی عبارت دی د Pick's
Disease پرکنسون او د Creutzfeldt-Jakob ناروغی څخه.

۵. په ډیرو کمو واقعاتو کې ددې ناروغی فامیلی او یا Endemic

واقعات لیدل شوي دي ددې ناروغی ځنې واقعات د کهولت په دوران کې لیدل شوي چې د نخاع د عضلاتو اتروفي ورکې پیدا چې د Myopathy سره شباهت لري مثال یې Kugelberg welander syndrome دی. د همدغه Motor Neuron Disease پشان یو ډول Myopathy موجود دی چې د شیدو خوړلو یا Infancy په دوران کې موجود دی او ډیر زیات مزمن سیر لري چې د Werding Hoffan Disease پنوم یاد یږي. په خلاصه ډول سره ویلی شو چې ددې ناروغی اساسي عامل تر اوسه پورې نده معلوم او یو تعداد فکتورونه لکه ضربه، ارثیت، Toxic او ویروسي انتانات د ناروغی په تاسس کې رول لري.

نارینه نظر بنسټو ته پدې ناروغی د 1:2 په نسبت زیات مصایبې د ناروغی واقعات زیاتره د 70-50 کلنۍ عمره پورې ډیر دی اما دې څخه مخکې او وروسته هم واقع کیږي که چیرې نخاع ولیدل شي نو ورکې په ظاهري ډول کوم تغییر نه لیدل کیږي اما که مقطع یې وکتل شي نو د نخاع د قدامي قرن د حجراتو Gray mater وړوکی بشکاري او قدامي ریشې د نوموړي ساختمان ضعیف وي.

د مایکروسکوب له نظره د نخاع د قدامي قرن د حجراتو استحاله لیدل کیږي خصوصاً دا تغییر په رقبې ناحیه کې ډیر موجود وي اما کیدای شي چې نورو قسمتونو کې هم ولیدل شي په Ganglion حجراتو کې Chromatolysis موجود وي که چیرې نوموړی مایکروسکوپیک ساختمان د Weighert pal په میتود رنگ شي نو د White matter استحاله لیدل کیږي پدې ناروغی د Hypogloseal هسته، Ambigus هسته او د Trigeminal د عصب هسته، هم په استحاله معروضیږي ما د دریم او څلورم د قحفي ازواجو هستې کیدای شي چې سالم پاتې شي. د

نوموړي قحفي ازواجو هستې په Mid brain کې واقع دي همدا رنگه په اهرامي برخه د Medulla کې هم استحالوي تغيرات ليدل کيږي.

اعراض:

ددې ناروغۍ کليکي لوحه په تدريجي ډول سره شروع کيږي اما کله کله په تحت الحاد ډول اعراض يې شروع کيږي. ددې ناروغۍ په کليکي لوحه کې د علوي حرکي نيورون اعراض ليدل کيدای شي اما مهمه خبره دا ده چې آفت د نوموړي نيورونو کوم قسمت په متبارز ډول ماوف کړی وي د همغې نقطې اعراض په متبارز ډول سره موجود وي ددې ناروغۍ څلور ډوله موجود دي اما په يو ناروغ کې د څو انواعو اعراض او علايم موجود وي:

1. Progressive muscular atrophy:

پدې شکل کې د سفلی حرکي نيورون د اخته کيدو اعراض په ناروغ کې موجود وي او زياتره ناروغ د خپل د يو لاس ضعيفوالي، شخوالي او يا د هغې په استعمال کې د مشکلاتو څخه شکايت کوي او يا دا چې د ناروغ توجه د هغه د لاس ضعيفي او Fasciculation طرف ته وي کله کله ناروغ د خپل لاس د Cramp ماننده دردونو څخه شکايت کوي که چيرې پدې ناروغ کې Bulbar motor هسته ماوفه شوی وي نو ناروغ ته د خبرو کولو او ژولو مشکلات پيدا کيږي.

پدې ناروغۍ کې د ناروغ زياتره د يو لاس Tenar عضلات ماوفه کيږي بعد د څو مياشتو او يا کلونو څخه بل لاس مصابوي او يا کيدای شي چې دواړه لاسونه په عين وخت مصاب کړي.

ددې څخه وروسته د Fore arm قابضه عضلات مصابوي، قابضه عضلات نظر باسطة عضلاتو ته ډير مصايپري، کله کله په نادرو واقعاتو کې د اوږدې عضلات د اول ځل لپاره مصايپري. اما په مقدم ډول سره د پښو د عضلاتو مصاييدل نادر دی. په سفلي اطرافو کې د Anti – tibial group او Porone عضلات يو ځای او دو طرفه شکل سره مصايپري او ددې په وجه ناروغ ته دو طرفه ډول سره Food drop پيدا کيږي د ناروغی په آخري صفحه کې د ملا د تير عضلات او تنفسي عضلات مصايپري، Fasciculation د ناروغی متبارز علامه ده چې دا موضعي او عمومي وضعيت ليدل کيدای شي دا Fasciculation په عادي ډول هم ليدل کيدای شي اما که موجود نه وي نو د لاس د قرعي او يا د حرکت پواسطه توليدای شي.

2. Progressive Bulbar Palsy:

پدې حالت کې د Bulbar عضلات مصايپري د ناروغ ژبه متکمش او لرونکی د فولد يا Wrinkles وي د Orbicularis oris عضلات او د ژبې عضلات ماوفه کيږي اما د Orbicular oculi او د مخ د علوي برخې عضلات وروسته مصايپري د ژبې د عضلاتو ماوفه کيدو څخه وروسته په کم وخت کې د حنک عصب ماوفه کيږي همدا راز دې سره يو ځای د حنجرې او حلقوم خارجي عضلات هم مصابوي که چيرې د ناروغ څخه خواهش وشي چې ژبه رابنکاره کړه نو اول کې ضعيف حرکت د ژبې موجود وي اما وروسته د ژبې حرکت له مينځه ځي نو لدې کبله پدې ناروغانو کې د ژبې، شونډو او حنک د ماوفه کيدو له کبله د خبرو کولو طرز خرابيږي.

د بلع کولو مشکلات په ناروغ کې موجود او غذايي مواد د پوزې له لارې

خنه بیرته خارچیري.

3. Amyotrophic Lateral Sclerosis:

علوي حرکي نیورون په آفاتو کې عضلي ضعیفوالی د آفت سره یو ځای وي پداسې حال کې چې د سفلی حرکي نیورون په آفت کې عضلي ضعیفوالی د ناروغی په اوله صفحه کې په سفلی اطرافو کې نه وي د سفلی حرکي نیورون استحاله د ډیرې اوږدې مودې لپاره بې د کوم اختلاط خنجه موجود وي اما که چیرې د سفلی حرکي نیورون آفت موجود وي د عضلاتو ضعیف والی او Spacity ډیر وروسته په ډیر کم شدت سره به پیدا شي په علوي اطرافو کې د سفلی او علوي حرکي نیورونو استحاله په متفاوت ډول سره د عضلاتو ضعیفوالی پیدا کوي چې دا متفاوت والی د آفت په موقعیت او وسعت پورې مرتبط دی.

د عکساتو تغیر پدې ناروغی کې نظر د آفت ساختمان اناتومیکی پورې مربوط دی یعنی که چیرې سفلی حرکي نیورون ماوف شوی وي نو عکسات کم یا معدوم وي اما که چیرې علوي حرکي نیورون ماوف شوی نو عکسات به زیات وي که چیرې په یو ناروغ کې د علوی اطرافو د عضلاتو ضعیفوالی موجود وي او علوي حرکي نیورون یې ماوف شوی وي نو پدې صورت کې هم د عکساتو اشتدادي وضعیت به موجود وي نو لدې کبله دی حالت ته Tonic Muscular Atropy هم ویل کیږي.

4. Bulbar Pseudo Bulbar Palsy:

Corticospinal د پاتوي استحاله په هغو عضلاتو باندې مستقیم تاثیر لري کوم چې د Medulla پواسطه تعصیب کیږي چې دا حالت د عصبي ناروغی په ارتباط ډیر مهم دی چې پدې صورت کې مونږ شاید د سفلی

حرکي نیورون د استحالې سره مخامخ شو چې پداسې حال کې مونږ ډیر زیات د Pseudo Bulbar Palsy ((د علوي حرکي نیورون افت)) او یا د سفلی او علوي حرکي نیورونو آفت سره ډیر زیات مواجه کیږود Cortico Spinal Tract دو طرفه آفت چې د Medulla څخه پورته واقع شوی وي ناروغ ته د Bulbar د عضلاتو ضعیفوالي پیدا کوي چې ددې عضلاتو ضعیفوالي له کبله ناروغ ته Dysarthria او Dysphagia پیدا کیږي.

Progressive Bulbar Palsy نوع کې د عضلاتو ضعیفي موجود اما د ناروغ د عضلاتو کوچنیوالي او Hypotonia موجود نه وي اما Spastic Wrinkle وي د ناروغ ژبه د نارمل حالت په نسبت وړوکی ښکاري او پکې Fasciculation موجود نه وي د ژامې، حنک او د بلعوم عکسات مشدد وي که چیرې په ناروغ کې Pseudo Bulbar Palsy په شدید شکل سره موجود وي نو پدې صورت کې غیر نورمال خندا او ژړا موجود او په ناروغ کې د هغې کنترول په روحي حرکاتو باندې د مینځه ځي.

د ناروغی په شروع کې د معصرو تکلیف په ناروغ کې موجود نه وي اما د تبول مشکلات غیر معمول حالت به نه وي د سترگو د سمپاتیک د اعصابو فلج کیدل شاید ولیدل شي اما د حسیت ضیاع موجود نه وي تحت الجلدي نسج له مینځه ځي د ناروغ عضلات کوچنی کیږي چې ددې تغیر اثرات په E.M.G کې تثبیت کیدای شي.

تشخیص:

ددې ناروغی تشخیص د کلینکي لوحې له مخې ایښوول کیږي اما باید د هغو ناروغیو سره تفریقي تشخیص شي کوم چې د عضلاتو د وړوکی والي او ضعیفي باعث گرځي. او دا باید ددې لاندې ناروغیو سره

تشخيص تفريقي شي.

1. Syringomyelia:

د ناروغی په اوله صفحه کې Dissociation حسیت له مينځه ځي او Fasciculation په ندرت سره موجود وي.

2. Syphilitic Amyotrophy:

په ناروغ کې شديد درد موجود وي د حدقو اېنارمل حالت او سيرولوژيکي معاینات تشخيص وضع کوي.

3. Intra Medullary Tumor:

د حسیت ضیاع پکې موجود وي او د C.S.F په جريان کې مانعه تشييت کيږي.

4. Cervical Spandy Losis:

پدې حالت کې هم د علوي اطرافو د عضلاتو کوچنيوالي پيدا کيږي همدارنگه د عضلاتو تشنجي حالت موجود وي اما د نومورې ناحيې X-Ray تشخيص وضع کوي همدارنگه Mylography خلع شوي دسک مشخص کوي.

5. Cervical Rib:

پدې حالت کې د لاس کوچنيوالي پيدا کيږي اما په مربوطه طرف کې Fasciculation موجود نه وي همدارنگه ناروغ د Ulnar د عصب په کنار او Fore arm په نواحيو کې د درد څخه شکايت کوي همدارنگه په مربوطه ناحيه کې د حسیت ضیاع هم موجود وي او راديو گرافيک معاینات تشخيص وضع کوي.

6. د محیطي عصبي سیستم مافیت هم د عضلاتو ضعیفي منع ته راوړي اما د عصب پورتنی برخه نارمل وي.

7. Hereditary Myopathic ناروغی: چې ددې ناروغی اعراض د ژوند په لمړیو صفو کې پیدا کیږي.

8. هغه Myopathy چې د کانسري ناروغیو سره یوځای وي هم د عضلاتو ضعیفي پیدا کوي اما په دقیق ډول معاینات لکه E.M.G او Biopsy د ناروغی تشخیص وضع کوي.

9. Myasthenia:

هم د Bulbar د فلج کیدو باعث گرځي اما د عضلاتو ضعیفي موجود نه وي او د Anti Cholinesterase د دوا په تطبیق سره د ناروغی اعراض له مینځه ځي.

انزار:

دا ناروغی غیر وصفي خصوصیت لري د ناروغی انزار د یو شخص څخه بل شخص ته فرق کوي د ناروغی عمر د 6 میاشتو څخه تر درې کلو پورې دوام کوي او ځینې وخت چې دا ناروغی د Cervical Spondylosis سره مغالطه شوی وي تر لسو کلو پورې د ناروغی دوام راپور ورکړ شوی.

تداوي:

د ناروغی سبب نده معلوم او تداوي یې عرضي کیږي ناروغ باید د خستګی څخه وساتل شي سپړې هوا ته معروض نشي، په کمه اندازې سره کار وکړي Porridge غذا ((شوروا، آش)) ورته توصیه شي فزیوتراپی روجي تاثیر لري. شاید Vit E مؤثروي اما ثابت ندی او د برقي جریان پواسطه د عضلاتو حرکت مضر دی.

اووم فصل

د عصبي سيستم ترضيضي ناروغی

(Traumatic Disease of the N.S)

:Syringomyelia

ددې ناروغی نوم د دوو يوناني کلمو Syrinx (تيوب) او Myelos (مغز) څخه جوړ شويدي. پدې ناروغی کې سوري يا تيوب مائنده ساختمان په مرضي ډول سره پيدا کيږي کوم چې ددې سوري تيوب مائنده ساختمان شاوخوا د Glia پواسطه پوښل شويدي او دغه تيوب مائنده ساختمان کله کله ترميدولا پورې وسعت پيدا کوي، چې پدې صورت ورته Syringobulba ويل کيږي.

په هغه صورت کې چې نوموړي تيوب د مرکزي کانال د Ependymal

حجرو سره ارتباط پیدا کړي نو پدې صورت ورته Hydromyelia ویل کیږي.

اسباب:

Syringomyelia د نخاع د کانال د اېنارمل جوړښت څخه عبارت دی کوم چې زیاتره وروسته د ترصیضاتو (د مکمل او یا نامکمل) د هډوکي د قطع شوي یا مات شوي پارچې پواسطه د نخاع حبل قطع او ددې حبل د قطع کیدو په نتیجه کې نوموړې ناروغی مینځته راځي. په نخاع کې د Cystic excavation د جوړښت په ارتباط دوه نظریې موجودې دي:

۱. د څلورم بطین د C.S.F د جریان بندیدل.

۲. په څلورم بطین کې د نبضاني حرکاتو پیدا کیدل د شیریاني فشار د لوړوالي له کبله.

په ډیرو زیاتو واقعاتو کې د څلورم بطین د C.S.F د جریان بندوالي د مخیخ د تانسلونو نفوذ د Magnum د فوچې طرف ته دی یعنې دا چې کوم وخت چې د مخیخ تانسلونه د Magnum فوچه بنده کړي نو ددې له کبله د څلورم بطین د محتوی د خارجیدو په مقابل کې مشکلات پیدا کیږي چې ددې حادثې عمده مثال Arnold Chiar سؤ شکل دی همدارنگه د جنیني ژوند په دوران کې د Lushka او Mogendie د فوحو د سوري کیدو ناکامی همدغه حالت مینځته راوړي یعنې دا چې که د جنیني ژوند په دوران کې نوموړې فوچې په صحیح ډول سوري پیدا نکړي نو نوموړی حالت پیدا کوي چې ددې حادثې عمده مثال Dandy Walker سؤ تشکل دی چې دا حالت شاید د دماغ د بې ځایه

کیدو سره ملگری وي چې دا حادثه د هډوکو د سو شکل سره کله نا کله
 Klipple Feil (fusion of Atlanto occipital, ملگری وي لکه د
 Multiple, Arvial vertebra) او یا Basilar Impression ناروغی
 امکان لري چې غڼې نور ولادي سو تشکلات لکه Kypho Scoliosis او
 Spina Bifidia هم په ناروغ کې موجود وي.

پتالوژي:

عمده پتالوژيکي تغيير پدې ناروغی کې د رقبې فقراتو په سفلی او د
 صدري فقراتو په علوی برخه کې موجود وي د نخاع ساختمان په
 عرضاني ډول سره متوسع وي او که چيرې عرضاني ډول سره نخاع قطع
 شي نو د جوف په منع کې يې صاف او زيره مایع به موجود وي د میدولا
 د Tegmantum په خلفي جنبې برخې کې تغيرات د کتنې وړ دي د جوف
 وسعت او د Gliosis د زیاتوالي له کبله د Gray matter د برخې د قدامي
 قرن د حجراتو اتروفي باعث گرځيږي.

همدارنگه د همدې حجراتو د اکسون د برخې استحاله هم رامینځته
 کيږي. ددې ناروغی اعراض د کهولت تر دورانه پورې نه شروع کيږي
 همدارنگه ددې ناروغی اعراض د ۲۵ او ۴۰ کلنۍ په عمر کې شروع
 کيږي او یا کیدای شي چې ۱۰ او ۶۰ کلنۍ کې يې اعراض شروع شي.

اعراض:

د ناروغی په شروع کې ناروغ د خپل د یو لاس د ضعيفي او کوچنيوالي
 څخه شکایت کوي چې دې سره یو ځای د مربوطه لاس د درد حسیت هم
 موجود نه وي چې ددې له کبله د ناروغ د هماغه لاس او Fore-arm د پاسه

د سوځيدو زخمونه موجود وي. په معاینه کې هماغه طرف د ناروغ حقيقي کوچنيوالي او Hypotonia ښکاره کوي چې دا نوموړي تغييرات په علوی طرف د لاس خصوصاً ليرې برخو کې موجود وي او Faciculation په ثابت او دوامداره ډول سره موجود او په مربوطه طرف کې وتري عکسات موجود نه وي.

دا ناروغی په شروع کې د لاس زندې برخه او Fore-arm مصابوي وروسته کعبري برخه د لاس او بيا غاړه او سينه مصابوي. پدې ناروغی کې د Light Touch او Postural حسيت سالم وي اما د درد، حرارت او د یخنی حسيتونه معيوب وي چې دې حادثې ته Dissociation حسيت ويل کيږي ددې حادثې علت دا دی چې د درد حرارت او یخنی د حسيتونو الياف د ناروغی پواسطه تخریب اما هغه حسيتونه چې پورته ددې ناحیې څخه د Post Calumns سره ارتباط لري سالم پاتې وي که چيرې په سفلی اطرافو کې کومه ضعيفي مشاهده شي دا د Cortico Spinal پاتوي د ماوفيدو په ارتباط کوم معلومات نشي ورکولای دا ناروغی امکان لري تر ډيرې مودې پورې يو طرفه وي او ځينې وخت کيدای شي چې د ناروغی اعراض په دوه طرفه ډول سره شروع شي.

همدارنگه پدې ناروغانو کې Ptoisis او کوچنی Pupile د کتنې وړ دی. د سوځيدو زخمونه او نډبې شايد د ناروغ په گوتو او Fore arm کې مشاهده شي زیاتره د Syringobulbia ناروغان په Kypho-Scoliosis باندې مصاب وي په بعضې واقعاتو کې د رقبې فقراتو Arthropathy هم د ليدنې وړ وي د معصرو مشکل موجود نه وي او C.S.F نارمل وي.

Syringobulbia

د Syringobulbia په ناروغانو کې په کمې اندازې سره د ایلروي Nystagmus موجود وي د ناروغی شروع د رقبې فقراتو د سفلی برخې څخه وي او وروسته د کلونو د تیریدو څخه د میدولا طرف ته انتشار کوي چې دا حالت بیا د Syringobulbia پنوم یادېږي د پنځم قحفي زوج نخاعي پاتوي او د هغې هسته کیدای شي چې د ناروغی په شروع کې په یو طرفه او یا دوه طرفه ډول په ناروغی مصاب شي چې پدې صورت کې د ناروغ حسیت د Dissociated پشکل له مینځه ځي یعنی د پنځم قحفي زوج په عصبي ریښو کې د حسیت له مینځه تلل د Dissociated په شکل وي.

سرچرخي پدې ناروغی کې یو معمول عرض دی هغه قحفي ازواج چې حرکي وظیفه لري او خپله منشه د Pons او Medulla څخه اخلي د دوی ماویدل معمول ندي.

تشخیص:

ترڅو چې د ناروغی اعراض په مکمل ډول سره تاسس نه وي موندلي باید د ناروغ د رقبې فقراتو X-Ray د Klippel feil د اېنارملتي د تاثیر او یا ردلو په منظور اجرا شي. د ناروغ Myelography د Supine په وضعیت باید اجرا شي چې دغه Myelography مونږ ته د مخیځ د تانسلونو د آفاتو په برخه معلومات راکوي.

Air myelography پداسې یو وضعیت چې د ناروغ سر یو ځل بنسکته او بل ځل پورته وي باید اجرا شي ترڅو مونږ ته د نخاع د Collapse د Syringomyelia او یا Hydromyelia مشخص کړي یعنی نوموړی

وضعیت سره رادیوگرافي اجرا کول مونږ ته د نخاع کولپس د Syringomyelia او Hydromyelia په ارتباط معلومات راکوي (البته دا په هغه صورت کې چې نوموړی کولپس واقع شوی وي).

د C.T اجرا کول د Myelography سره یوځای مونږ ته د Arnold Chiari's Malformation په باره کې معلومات ورکوي. Syringomyelia

باید ددې لاندې ناروغیو سره تفریقي تشخیص شي:

1. د Median Nerve فشاري آفات

2. د Ulnar Nerve فشاري آفات.

3. Cervical Rib: X-Ray تشخیص وضع کوي.

4. Cervical Spndylosis: پدې کې Spastic paraplegia موجود

وي همدارنگه پدې ناروغی کې Dissociated په شکل د حسیت ضیاع موجود نه وي.

5. Spinal Tumor: حرکي او حسي اعراض دواړه موجود وي او C.S.F کې تغییرات موجود وي.

6. Motor Neurone Disease: پدې ناروغی کې حسي اعراض موجود نه وي اما د عضلاتو ضعیفي موجود وي.

انزار:

دا ناروغی په ډیر آهستگی سره مخکې ځي د ناروغ علوی اطراف ډیر ضعیف کیږي د ناروغ په ګوتو کې د Postural حسیت له مینځه تلل ددې باعث ګرځي چې په ګوتو کې د درد او حرارت حسیتونه له منځه لاړ شي او د ناروغ د ګوتو د زیات تخریباتو له کبله د ګوتو د قطع کیدو چانس رامینځته کوي. د اوږې د مفاصلو د تخریباتو له کبله د ناروغ د اوږې د

بند د خلع کیدو واقعات ډیروي.
Paraplegia شاید د ناروغی په آخري صفحه کې پیدا شي اما ناروغ د خپل د ژوند تر ډیر وخته پورې کوم خاص معیوبیت نه پیدا کوي. حتی کله کله تر شلو کلو پورې ناروغ به د کوم مشکل څخه خپل ژوند مخکې وړی شي.

تداوي:

د ناروغ د تداوی لپاره بهترینه کار د هغې جراحي عملیات دي او کوم هغه مایع چې په جوف کې راټول شوي باید ویستل شي او جراحي تداوي نتیجه نسبتاً ښه دی.

اتم فصل

عصبي عضلي ناروغی

:Myasthenia Gravis

دا Auto Immune ناروغی دي کوم چې اتني بادي د استیل کولین د اخذوپه شاوخوا کې راتولیري چې دا حالت کله کله د Thymus د غدې د ناروغی سره یو ځای وي ((شاید د نوموړي غدې Hyperplasia تومور او یا Thymoma موجود وي)) ددې ناروغی وقوعات ډیر کم او کیدای شي چې په کال کې %0,4 په یو لک خلکو کې وي.

کلینیک:

ناروغ کې Diplopia Ptosis د سترگو د حرکاتو محدودیت د منځ فلج کیدل، د سترگو د تیتیدو مشکلات، د Bulbar د ناحیې د ماوفه کیدو علایم، Dysphagia د پوزې څخه د غذایی موادو راتگ د ژبې بندش، د سینې د عضلات د ماوفه کیدو له کبله ناروغ ته تنفسي مشکلات

پیدا کیږي.

د لاسو او د پښو د عضلاتو ضعيفي خصوصاً د ماښام لخوا زیاتیري او وروسته د تمرین څخه ناروغ خسته معلومیري.

لابراتواري معاینات:

د وینې په سیروم کې د استیل کولین انټي باډي باید ولټول شي اما په 15% واقعاتو کې منفي وي.

Tensilon Test:

د ناروغی کلینیکي اعراض په گذري اواني ډول سره د Edro Phonium د وریډي زرق څخه وروسته له مینځه ځي دغه تست د اتروپین او د زړه د کنترول د دوا په موجودیت کې باید ترسره شي. ددې خبرې مطلب دا دی چې نوموړی تست خطرناکه دی نو باید د خطر مخنیوي لپاره اهمات ونيول شي.

• E.M.G

• Thyroid Gland د وظیفې ارزیابي.

که چیرې په ناروغ کې Thymoma موجود وي نو د Striated Muscle انټي باډي وینه کې مثبت وي. د سینې قدامي برخې C.T. scan د Thymoma د موجودیت اونه موجودیت لپاره باید وشي.

تداوي:

ناروغ ته باید Anti Cholin Estra se لکه Pyrid Stigmine تطبیق شي

د دوا دوز زیاتوالی ته هغه وخت ناروغ ضرورت محسوسوو کوم چې ناروغ ته Muscarinic اسید عوارض جانبی لکه زړه بدوالی او د خولې اوبو زیاتوالی او یا د گډې دردونه پیدا شي.

- Steroid که ناروغ د نورو دواگانو په مقابل خواب ونه وایي.

• Immuno Suprassive:

دا دوا گانې د کورتیزون سره یو ځای د ناروغی په هغو صفحو کې چې شدت یې په متوسط اندازه کې وي ښه اثر لري چې ددې دواگانو عمده نماینده عبارت له Azathioprin څخه دی.

Thymectomy هم ښه اثر لري. په شدیدو واقعاتو کې پلازما بدلول او یا د وریدي زرقیاتو له ليارې د امینو گلوبولین تطبیق ښه اثر لري.

نهم فصل

د قحفي فشار زياتوالی

(Benign Intra Cranial Hypertension)

(Pseudo Tumor Cerebri)

(B.I.H)

تعريف:

B.I.H عبارت د هغه حالت څخه دی کوم چې داخل قحفي فشار پکې لوړ وي ما شرط يې دا دی چې دغه لاندې حالات د ناروغی په سببي عامل کې شامل نه وي.

- a. د C.S.F د جريان په مقابل کې کومه مانعه بايد موجود نه وي.
- b. کوم بل انسدادی حالت د دماغي بطیناتو په منخ کې ایجاد شوی نه وي.
- c. اتتاني حالت په داخل د قحف کې د بحث وړ نه وي.
- d. او ناروغ کې، Hypertensive Encephalo Pathy واقع شوی نه وي. دا ناروغی زیاتره په خپله بڼه کېر، اما کله کله په صاعقوي ډول سره

مخکې ځي حتی د ناروغ دروښت د اخلال باعث گرځي.

اسباب:

د ناروغی د پیداکیدو په اسبابو کې ډیر فکتورونه دخیل دي چې عمده یې عبارت دي له:

1. Intra Cranial Venous Thrombosis

- a. Mastoiditis and Lateral Sinus Thrombosis
- b. وروسته له قحفي ترضیضاتو څخه.
- c. د حاملگی ضد دواگانې.
- d. Marantic Sinus Thrombosis
- e. Cryofibrinogenemia

2. اندوکرایني تشوشات:

- a. چاقي او د تحیض تشوشات
- b. حاملگی او وروسته له ولادت څخه بې لډي څخه چې د ساینسونو ترومبوس په نظر کې وي.
- c. Menarche
- d. Adisson's ناروغی
- e. Hypo Parathyroidism

3. دواگانې او توکسیکونه:

- a. کورتیزون او د هغې اني قطع کول.
- b. بنسټینه هورموني دواگانې.
- c. د Vit A زیاتوالی.
- d. Tetracycline او Nalidixicacid

4. د وینې تشوشات:

- a. د اسپني د فقدان کم خوني
- b. Infectious Mononucleosis
- c. Wiskott – Aldrich سندروم

5. Pulmonary Encephalo Pathy:

- a. Paralytic Hypoventilation
- b. Pulmonary Empysema
- c. Pick – Wickian Syndrome

6. د C.S.F د پروټين زیاتوالی:

- a. د نخاع تومورونه
- b. Poly Neuritis

7. متفرقه اسباب:

- a. Roseola in Fantunm
- b. Sydenham's Chorea
- c. ارثیت

8. نامعلوم اسباب:

کلینیکي لوحه: د ناروغی عمده کلینیکي لوحه عبارت د سردرد او د رویت د تشوش څخه، کوم چې دغه د سردرد سهار لخوا چې ناروغ د خوبه څخه پاڅېږي ډیروي چې دغه درد د زور وهلو په وخت او ټوخي په واسطه زیاتېږي د رویت خیره گي او کله کله په گذري ډول سره د رویت له مینځه

تلل او خیره گي د ورغې په اوږدو کې خو، خو ځلې پیدا کیږي چې د یته Amaurosis Fugox ویل کیږي کله کله ناروغ په ظرف د 24 ساعتو کې پندیري. د ناروغ سترگو ته نقطه، نقطه داغونه د سترگو مرکزي برخې د رویت له مینځه تلل، دویني د ناروغی د عمده اعراضو له جملې څخه دی د Diplopia موجودیت معمولاً یو طرفه او یا دو طرفه ډول سره د شپږم قحفي زوج ماوفه کیدل بڼیې دلبدی استفراغ او سرچرخي د ناروغی معمولي اعراض دي.

تشخیص:

Skull x-ray، C.T scan او د Ayala Index معاینه په تشخیص کې کمک کوي چې ددې اندکس فارمول په لاندې ډول دی.

$$\text{Ayala Index} = \text{FP/IP} \cdot 10$$

د ناروغی په تشخیص کې Fundoscopy ډیر عمده نقش لري کوم چې نوموړې معاینه په دو طرفه ډول سره Pipiloedema ښکاره کوي.

تداوی:

عامل سببي باید تداوی شي.

1. Acetazolamid ښه نتیجه ورکوي.
 2. Dexamethasone ورغ کې 4mg/6h ښه نتیجه ورکوي.
 3. C.S.F Digoxin افرازات کموي.
 4. د C.S.F تخلیه ورغ کې 20-30cc مؤثرې دي.
 4. د Topiramate استعمال 300 – 25 پوری هم مدد کونکی ثابتیږي.
- بالاخره که چیرې په ناروغ Dural Sinus ترومبوس موجود وي نو

Anticoagulant مؤثر دی که چیرې د Petrous bone په قسمت اتان موجود وي د جراحي عملیې پواسطه تخلیه مؤثر دی همداراز که چیرې د Vit A زیاتوالي له کبله پیدا شوي نو باید نوموړې دوا قطع شي او دا حالت زیاتره په هغو خلکو کې ډیر دی چې د خوگ ځگر ډیر استعمالوي Hypertonic محلولات او 25% Manitol هم مؤثر دی.

لسم فصل

Syncope

په گذري ډول سره د شعور د لاسه ورکولو ته Syncope ويل کيږي. کوم چې دغه حادثه د دوراني عدم کفايي له کبله رامنځته کيږي او ناروغ د عضلاتو د مقويت د لاسه ورکولو له کبله اناً په ځمکه غورځيږي.

اسباب:

- دا حالت ددغه لاندې حوادثو له کبله مينځ ته راځي.
1. د وينې د ضياع کيدو څخه وروسته
 2. د وينې د دوباره د رجعت د کمبود له کبله يعنې وينه زړه ته د اطرافو څخه په کمه اندازه دوباره رجعت کوي چې دغه حادثه په ځوانانو کې د Syncope عمده عامل دی او د وينې دوباره رجعت زړه ته ددې لاندې عواملو له کبله د مشکلاتو سره مخامخ کيږي:

- د حرارت د درجې زیاتوالي او عدم تحرکیت
- په دوراني سیستم باندې د عکسي د کنترول تشوش او عین حادثه په هغو اشخاصو کې د کتنې وړوي چې د Splanchnic د شریانو سمیاتیکی اعصاب قطع شوي وي.
- Ganglion Block د دواگانو استعمال.
- هغه اشخاص چې خپل رقبې فقراتو کې آفت لري.
- هغه اشخاص چې خپل وضعیت ته په ناگهاني ډول سره د افقي حالت څخه عمودي حالت ته تغیر ورکوي.
- هغه ناروغان چې Tebes Dorsalis او Polyneuro Pathy لري.
- د Valsalva Manoeuvre د اجرا کولو په وخت.
- په زړو اشخاصو کې د اشتدادي توخي له کبله سنکوب مینځته راتلی شي چې دیته د توخي Syncope او یا Laryngeal Epilepsy هم ویل کیږي (دغه اشخاصو کې د شراینو تصلب موجود وي).
- Micturition Syncope په هغو نارینه وو کې د کتنې وړوي کوم چې د شپې لخوا د ډکې مثانې د تشولو لپاره د خوبه څخه پاڅیږي.
- 3. د زړه ناروغی لکه Adams Stoke
- اشتدادي Tachycardia او Auricular Flutter.
- 4. Caroted Sinus Syncope
- 5. عکسوي سنکوپ هغه وخت مینځته راځي چې ځنې صغیره جراحي عملیاتونه لکه دپلورا Venopuncture او ناڅاپه ضربه یو چاته وارد شي.
- 6. روجي تشوشات لکه ډار او ویر. او یوازې د وینې لیدل هم سنکوپ مینځ ته راوړی شي.

7. Postural Hypotension هم دا حالت مينځ ته راوړی شي.

8. Shy – Drager Syndrome کې هم ليدل کيږي.

کلينکي لوجه:

د زړه په ناروغۍ کې ناروغ د زړه تپش او په سينه کې د ناراحتۍ احساس څخه شکايت کوي که چيرته په ناروغ کې ابهر تضيق موجود وي نو دغه اعراض ناروغ ته د تمرين په وخت پيدا کيږي او که چيرته ناروغ Adams Stoke ولري نو ناروغ ته Recumbent وضعيت کې سنکوپ پيدا کيږي. د محيطي دوران د عدم کفايي له کبله هغه وخت ناروغ ته سنکوپ پيدا کيږي چې د Recumbent د وضعيت څخه جگ شي او يا دا چې د يو وضعيت څخه انا ودریږي (ناروغ بايد د ودریدو څخه مخکې خپلې پښو ته تمرين او حرکت ورکړي).

Orthostatic Hypotension ددې لاندې عواملو له کبله پيدا کيږي:

۱. د عضلاتو شديده ضعيفي

۲. Varicose Vein

۳. په دوامداره ډول سره په بستر کې پاتې کيدل (د وريدونو مقويت له مينځه ځي)

۴. ځنې دواگانې لکه د وينې د فشار ضد دواگانې Phenothiazine
Diuretic او Nitrates

۵. Sympathotectomy له عمليات څخه وروسته.

۶. د ادرينال د غدې د قشري برخې عدم کفايه وروسته له Hypovulmia څخه.

۷. Primary Orthostatic Hypotension

د دماغ دوراني عدم کفایه زیاتره د Hyper Ventilation له کبله پیدا کیږي؛
ځکه چې دا حادثه د CO₂ اثر په مغزو کې کم او بالاخره Vasoconstriction
پیدا کیږي د سنکوپ د واقع کیدو څخه مخکې ناروغ کرختی او
Numbness په خپل لاسونو او پښو کې محسوسوي همدارنگه ناروغ کی د
گلوکوز کموالی مینځته راتلای شي چی ددی کموالی له کبله سنکوپ په
ناروغ حاکمیت پیدا کوي د گلوکوز کموالی دادرینال، نخامیه، Pancrus
او د ځگر ناروغی له کبله مینځته راتلی شی.

د سنکوپ اولنی اعراض په ناروغ کې سردردی، Dinphoresis، خسافت،
رعیشه، د لوړی احساس د گیلپی Cramp ماننده دردونه، تخرشیت او
صنیفی وی او که د وینی د گلوکوز سویه 40mg څخه کم شی نو ناروغ کی د
Babansky، Clonus او Decerebration مهم کلینکی علایم د کتنی وړ
وی.

تشخیص:

- د ناروغ تاریخچه کې باید دغه لاندی پوښتنو ته ځواب ویل شي.
1. تحریک کوونکی عوامل لکه روحی تشوشات، د لوړی حالت، تمرین او د
یو وضعیت څخه بل وضعیت ته د ځان عیارول.
 2. ممیز علایم لکه د زړه د ضربان زیاتیدل، د سینی درد، د سردرد،
سرچرخي په سترگو د تیاری راټگ.
 3. د حملی په وخت دی شعوری حالت د صفحی دوام.
 4. د عضلاتو د مقویت له مینځه تلل، Tonic اختلاج، فلج او
Mypclonons اختلاج.

5. په عضويت د زخمونو موجودیت.
6. د معصرو تشوش ((او دا باید په یاد کې مو وي چې کله کله په سنکوپ کې هم د معصرو تشوش موجود وي)).
7. د حملې څخه وروسته په ناروغ کې ځنې غیر نورمال حالت لکه Amnesia او Focal Defcit موجودیت.
8. د حملې دوام.
- د مرکزي عصبي سیستم د نیورونو نهی کول هم سنکوپ پیدا کوي او دا حادثه زیاتره د درد او Anxiety له کبله مینځ ته راځي.
- د Caroted Sinus فرط حساسیت هم سنکوپ مینځ ته راوړي او په دوه ډوله دی:
- Cardio in habitory چې د Brady Cardia سره ملګری وي چې دا د Atropine په تطبیق سره اصلاح کیږي.
- Vasodepressor نوع چې د تقریظ فشار سره ملګری وي. اما په ناروغ کې د زړه حرکات نارمل وي چې دا حالت معمولاً د Caroted Sinus د مساژ نه وروسته مینځ ته راځي.
- د ناروغ د وینې الکتروزلایتونه، ګلوکوز، د ۲۴ ساعتو لپاره د زړه د Endocardiogram E.C.G manitor اود وینې مکمل معاینات او کورټیزون اندازه تعیین شي.

فيزيکي معاینات:

په فزيکي معاینه کې باید خاصه توجه مهم ځایونو ته وشي:

۱. د ناروغ د وینې فشار باید د ولاړې او Supine په وضعیتونو ازریابي شي 10mmHg څخه د زیات تفاوت موجودیت Postural Hypotension مشخص کوي.

۲. د Carotid Sinus مساز د E.C.G په وخت کې اجرا ترڅو د نوموړي sinus فرط حساسیت رد شي.

۳. د ثیاتي شریان جس او صغاشي او همدارنگه د زړه اصغاد د زړه د ناروغیو په ارتباط لکه د ابهر تضیق د ابهر Hypertrophic sub aortic stenosis د منزال د دسام تضیق او Prolapse په ارتباط معاینات ترسره شي.

۴. ناروغ باید تر درې دقیقو پورې د Hyper Ventilation په صفحه وساتل شي چې ایا سنکوپ پیدا کېږي او که نه؟

۵. د ناروغ دقیق عصبي معاینات باید ترسره شي خصوصاً ناروغ کې باید Motorneuron, Myopathy ناروغی او Neuropathy او اتونومییک تشوشات ولټول شي.

تشخيص تفريقي:

دا ناروغی باید د مرگي سره تشخيص تفريقي شي چې په لاندې جدول کې خلاصه شوي:

علايم	مرگي	سنگوپ
د حملې راتگ د خوب په وخت	+	-
Aura	+	-
وضعيت	Opisthotone	Hypotona
تحركيت	منظم پکانونه	غير منظم په شکل Myoclonous
د ژبې چيچل	+	-
Incontinance	+	Rare
حملې نه وروسته حالت	دوامداره وي	گذري وي
ياد فراموشي	+	-
اختلال دماغی	+	-
موضعي نقيصي	+	-
E.E.G	Spike and Slow	Difuse Slow
د پوستکي رنگ	سور او Cyanotic	خاسف
سردردی	+	-
د عضلاتو دردونه	+	-

د ناروغی په تشخيص تفريقي کې C.T او M.R.I اهمیت نه لري ځکه زیاتره دا ناروغی د مغزو د تشوشاتو نه/نه بلکه د زړه ناروغی له کبله پیداکيږي په گذري ډول سره دا اسکیمیا مينغ ته راتلل (په مغزوکې) د سنگوپ باعث نه گرځي.

۶. د نخاعي قاعدوي د شريان عدم کفایه چې د Ventral Pons د برخې اسکیمیا منیغ ته راوړي او په ناروغ کې Drop Attack پیدا کيږي د Syncope سره پدې فرق کيږي چې په نوموړي اولني حالت کې د شعور ضیاع مینغ ته نه راځي نوموړی حالت د Drop Attack په معمر او متوسط عمر خلکو کې لیدل کيږي.

تداوي:

۱. ناروغ ته باید سببي تداوي شي.
۲. ناروغ ته باید Recumbent وضعیت ورکړی شي.
۳. حیاتي علايم کنترول شي.
۴. د ناروغ تنفسي طرق خلاصه وساتل شي.
۵. د ناروغ د وینې رگ کې Canola تطبیق او که د گلوکوز د کمبود شک وي نو ناروغ د Recumbent د وضعیت مقابل کې ځواب نه وایي باید قند لرونکی مایعات تطبیق شي.
۶. د خولې له ليارې باید څه ورنکړی شي.
۷. د امونیا تنفس ته ضرورت نشته.
۸. که چیرې د Caroted Sinus د فرط حساسیت شک وي باید غاړې ته مساز ورنکړی شي.
۹. ناروغ ته باید توصیه شي چې د ولاړې او یا ناستې د وضعیتونو د تغیر ورکولو په وخت د یر ورو ورو خپل وضعیت ته تغیر ورکړي او د ضرورت په صورت د ناروغ د پښو د ساق خلقي برخې (Calves) عضلاتو ته مساز ورکړل شي.
۱۰. کوم هغه خلک چې د اوعیې محیطي عدم کفایه لري باید جوراږې استعمال کړي.

يوولسم فصل

Coma او Stupor

Coma په لغت کې عميق خوب ته ويل کيږي او په اصطلاح کې د هغه حالت څخه عبارت دی چې ناروغ تر ډيري مودې پورې بې هوشه وي. Coma زياتره د Reticular Formation د افاتو څخه مينځ ته راځي چې دا ساختمان بنا په دغه لاندې دوو ملحوظاتو په افت د چارېږي:

- د نوموړو ساختمانونو د نيورونو د ميتابوليزم خراب والی.
- نوموړو ساختمانو ته مستقيم ضربه وارديدل.

د Coma اسباب:

۱. استقلابي تشوشات لکه Uremia او Hypoglycemia.
۲. دماغي ساقي ته مستقيم ضربه وارديدل او يا د قاعدوي شريان بنديدل.
۳. د دماغ په پرانشيمایي مينځ کې خونريزي، تحت العنكبوتيه خونريزي او

په Brain Stem باندي د اجنبي کتلي فشار او د بطیناتو په منع کې خونريزي.

۴. Brain Stem Encephalitis

۵. Wernicke' sencephalopathy او حاد Multiple Sclerosis

۶. د دماغ په نیم کرو کې د احتشاء پیدا کیدل.

۷. د Reticular Formation احتشا کوم چې زیاتره قاعدوي شریان ترومبوس پکې رول لري هغه coma چې منشه یې وعايي اوسپري زیاتره د Atheroma او Hypertension له کبله به وي چې په آنی ډول سره تأسس کوي او موضعي اعراض نظر د افت موقعیت ته فرق کوي همدارنگه د سحایاو تخریش هم په انی ډول سره coma مینځ ته راوړي اما په C.S.F کې د سرو حجرو زیاتوالي د پروتین زیاتوالي او Xan Thochroma ناروغی تشخیص وضع کوي.

Space – Occupying Lesson:

داخل قحفي تومورونه او Absce کوما مینځ ته راوړی شي په ناروغ کې د فرط فشار قحفي اعراض سردردی او مهمه علامه یې (Pappilo edema) موجود وي Subdural hematoma د ترضیض خخه ډیر وروسته د Fluctuateing په شکل ناروغ ته د شعور تشوش مینځ ته راوړي شاید Pappiloedama موجود وي او سردردی متبارز عرض دی.

قحفي ترضیضات:

قحفي ترضیضات هم د coma باعث گرځي دا خبره په یاد کې مو وي چې کله کله د قحفي ترضیض خخه ډیر وخت وروسته د تدریجي خونريزي له کبله ناروغ Coma ته ځي وروسته ناروغی Hemiplegia او اختلاجاتو سره

مترافق کیرپی دې حالت کې Hutchinsonian Pupil هم د کتنې وړ وي چې اول ماوف طرفته حدقه منقبض او بیا منبسط کیرپی او بیا د رنایې په مقابل کې بالکل عکس العمل نه ښکاره کوي وروسته عین حالت په مقابل طرف کې هم حاکمیت پیدا کوي.

Encephalitis او Meningitis:

Coma په تحت الحاد ډول تاسیس کوي او د غاړې شخوالی او Kernig's sign مثبت وي او د Encephalitis په صورت شاید نوموړي علایم هم مثبت وي.

دواگانې:

خصوصاً باریتورات او مورفین د ناروغی عامل کیدای شي چې د مورفین د تسمم په صورت د ناروغ حدقي Pin Point او عکسات یې معدوم اما Babansky علامه مثبت وي.

میتابولیک تشوشات:

لکه Hyperglycemia او Hypoglycemia هم coma منخ ته راوړی شي چې عکسات زیات او Babansky مثبت وي.

اندوکراینې تشوشات:

لکه دنخامی د غدې عدم کفایه Myxoedema او د Supra Renal Gland قشری برخی عدم کفایه.

د CO₂ تسمم:

د CO₂ تسمم coma مینخ ته راوړی شي اما باید دغه ناروغانو ته O₂ تطبیق

نشي.

د CO تسمم:

د CO تسمم د Coalgaas او يا د موټر د تيلو بوی له کبله مينع ته راځي تاريخچه کمک کوي او په مشکو کو واقعاتو کې Spectroscopic معاینه د وينې بايد اجرا شي.

مرگي:

د مرگي په مکررو حملو کې coma تاسيس کوي چې د Babansky علامه مثبت وي او د ناروغ تاريخچه ښه مرسته کوي.

Hysteria:

ددې ناروغانو دقيق معاینه ضروري دی.

Investigation

د ناروغ په ارتباط کوم هغه لابراتواري معاینات چې ضرور دي مخکې ذکر شو په مشکو کو واقعاتو کې بايد C.T scan او M.R.I هم ترسره شي.

دا خبره بايد په یاد کې مو وي چې ځنې ناروغان عمیق کوماکي نه وي بلکه د ځنو تنبها تو په مقابل کې ځواب وایي مثلاً که نوم یې واخستل شي نو ځواب وایي چې دیته Stupor ویل کیږي.

د coma درجې: coma پنځه درجې لري:

Alert: ناروغ د خارجي تنبها تو په مقابل کې ځواب وایي

Somnolent (Lethergic):

ناروغ خواب الوده وي ماغزه یې نسبي ډول عدم کفایه کې وي اما معمولاً شعوري حالت د ناروغ ښه وي که ناروغ بې د تنبه پاتې وي نو خوب ته ترجیح

ورکوي.

:Obtunded

ناروغ د لوړ آواز او خوزولو په مقابل کې ځواب وايي اما زياتره ناروغ د اختلال دماغي وضعیت کې ژوند کوي.

:Semi coma "stupor"

د ناروغ د ويخولو لپاره شديد تنبه ته ضرورت وي.

:Coma

ناروغ ته د درد تنبه په مقابل ځواب نه وايي اما که coma ډير عميق نه وي نو حرکت ورکې ليدل کيږي. ځنې نور حالات موجود دي چې د coma سره شباهت لري او د خاصو خصوصياتو لرونکي دي چې په لاندې ډول سره ورڅخه يادونه کيږي.

Coma Vigil

پدې حالت کې ناروغ د سترگو پواسطه تماس ساتي او زياتره د Mid Brain د افاتو څخه مينځ ته راځي کله کله ناروغ مکمل جوړ او ټول د ناروغی د دوران حوادث بيانولی شي.

Akinetic Mutism

دا حالت په دريم بطين کې د Cyst د پيدا کيدو له کبله مينځ ته راځي چې په دې حالت کې ناروغ خپل محيط تعقيبولی شي اما خبرې نشي کولی چې دا حالت د جبهې فصی د دو طرفه افت څخه مينځته راځي.

Loked – in – Syndrome

پدې حالت کې ناروغ حرکت او خبرې نشي کولی اما د تنبه په مقابل کې د سترگو د حرکت په ذریعه خواب وایي د ناروغی شعوري حالت بنه وي ځکه چې صاعده Reticular ساختمانونه سالم وي دا حالت د Pontin او د قاعدوي شریان د بندش له کبله مینځ ته راځي.

Catatonia

دا حالت د صدغی فص د افت له کبله پیدا کیږي ناروغ خبرې نشي کولی او حرکت یې هم موجود نه وي د ناروغ معاینات نارمل صرف عکسات یې مشتدد وي همدا راز نوموړي غیر نورمال حالت د Schizo Phrenia په ناروغانو کې هم لیدل کیږي.

Chronic Vagitative Syndrome

دا حالت وروسته د ترضیض قحف خخه رامنځته کیږي ناروغ تردیرې مودې په بستر پروت د سترگو حرکات موجوده وي کله کله چیغې وهي اما خبرې نشي کولی او حرکت یې موجود نه وي.

Coma د ناروغی فزیکي معاینات

1. Glasgow Coma Scale:

د کوما د ناروغ د ارزیابی لپاره تر ټولو د مخه د Glasgow Coma Scale مهم او د ناروغ د انزارد پوهیدو لپاره یوه مهمه رهنما دی پدې ارزیابی کې د ناروغ د سترگو حرکت مزاجي او فکري حالت او د ناروغ حرکت د تنبه په مقابل کې کتل کیږي او د هرې تنبه په مقابل ناروغ ته خاصې نمې ورکول

کيڙي چي د ناروغ د نمر و مجموعو ۱۵ کيڙي که چيري د ناروغ د نمر و مجموعو ۶ او يا د هغې خخه کم وي نو د ناروغ د ناروغی انزار بڼه ندي چي د نوموړي scale د تعينولو متود په لاندې ډول سره دی:

I. د سترگو خلاصوالی

نمرې

۱. په بنفسه يي ډول د سترگو خلاصوالی 4
۲. د خبرو په مقابل د سترگو خلاصوالی 3
۳. د درد په مقابل د سترگو خلاصوالی 2
۴. بالکل د هيڅ تنبه سره سترگې نه خلاصیږي 1

II. د خبرو کولو انداز:

نمرې

۱. شعوري حالت لري 5
۲. اختلال دماغي لري. 4
۳. د نامناسبه لغتونو استعمالول. 3
۴. بې معنی خبرې. 2
۵. هيڅ خبرې نشي کولی. 1

III. د تنبه په مقابل کې د حرکت ښودل:

نمرې

۱. د خبرو يا قوماندې په مقابل حرکت ښودل 5
۲. د درد د ځای مشخص کول 4
۳. د درد تنبه په مقابل د قابضه حرکت اجرا کول 3
۴. د درد د تنبه په مقابل د باسطه حرکت اجرا کول 2

2. د تنفس نوع:

که چیرې ناروغ Chyen Stoke تنفس ولري نو دا زیاتره د دماغ د دواړه برخو او دماغي ساقې په افت دلالت کوي او کله کله نوموړې نوع تنفس د زړه په ناروغیو کې هم لیدل کیږي د Cluster تنفس موجودیت د میدولا او Pontine د لاندې برخو په افت دلالت کوي.

3. حدقې:

که چیرې حدقې متوسع وي او د رڼایي په مقابل ځواب ونه وایي دا د Mid Brain په افت دلالت کوي او که چیرې یوه حدقه متوسع او Fixed وي نو د Tentorial Hernition په موجودیت دلالت کوي چې دا حادثه زیاتره د فرط فشار په تعقیب مینځ ته راځي دا خبره باید په یاد کې مو وي چې د Pontine افت په دو طرفه ډول سره د حدقو تقض مینځ ته راوړي.

4. د سترگو حرکات:

په غیر ارادي ډول سره د دواړو سترگو انحراف د عضویت سالم طرفته د دماغ د نیم کړو په افت دلالت کوي. د سترگو منحرف کیدل مفلوح طرفته د Pontine په افت دلالت کوي.

Oculo Cephalic (Doll Head Reflex)

د هغې عکس څخه عبارت دی چې که چیرې د ناروغ سر ته حرکت ورکړل شي نو د ناروغ سترگې مقابل طرفته منحرف کیږي په Oculo Vestibular کې

که د ناروغ غوږ ته یخې اوبه واچول شي نو ناروغ ته Nystagmus پيدا کيږي (دا حالت په نارمل ډول سره پيدا کيږي).

5. سر:

د ناروغ سر، مخ، غوږونه او پوزې بايد د زخمونو په ارتباط تفتيش شي چې ايا ناروغ زخمو نه لري او که نه د ناروغ مخ کې ندبي شته او که نه C.S.F د پوزې او يا غوږو څخه خارجيږي او که نه؟ د منځنۍ غوږ التهاب هم بايد رد شي.

6. تنفس:

د تنفس بوی د الکولو په ارتباط بايد ارزيايي شي د اسیتون بوی د شکري د ناروغی لپاره او اتتاني بوی د Uremia لپاره وصفي دی.

7. پوستگی:

په پوستکي باندې د Cyanosis موجودیت د CO₂ تراکم بڼې نصواري داغونه د Adisson Disease او که Multi Telengectia په ارثي ولادي ډول موجود سره موجود وي نو د نوموړي حالت موجودیت مونږ ته په مغزو کې د خونريزي مرضی حالت مشخص کوي. په پوستکي باندې د Purpura موجودیت مونږ ته Meningococcal – Meningitis – Thrombocytopenia او Endo Carditis مشخص کوي دا وروستی ناروغی په مغزو کې د امبولیزم له کبله coma مینځ ته راوړي.

د پوستکي ډبل والی Myxedema او د پوستکي نری والی Hypo pituitarism مشخص کوي او په پوستکي د باندې د ندبي موجودیت د

شکري ناروغی او اعتياد د دواگانو سره بښي Spider Noevi د ځگر ناروغی مشخص کوي.

8. عصبي سيستم:

بايد عصبي سيستم دقيق معاینه شي د ناروغ قعر عين عکسات د Kernig علامه او د غاړې شخوالی معاینه شي.

9. نور اعضاوي:

د ناروغ نور اعضاوي لکه سږې، زړه، ځگر او د پښتورگور معاینات بايد ترسره شي.

د Coma د ناروغانو لپاره اهمات

د coma د ناروغ په اهماتو کې تر ټولو د مخه د ناروغ په ارتباط معلومات حاصلول دي په تعقيب يې د ناروغ د تنفسي طرق خلاصول او يو غټ Caliber تطبیق په وريد کې تر ټولو مهمه ده خبره وروسته ناروغ ته 100mg B₁ د وريد له ليارې تطبیق ((Wernick Syndrome لپاره)) شي او ددې په تعقيب (50cc) سيرم گلوکوز 50% د Hypoglycemia د تداوی په منظور ورکړل شي ((که چيرې ناروغ د شکرې د ناروغی Acidosis ولري کوم خطر نه لري)) وروسته د ناروغ عمومي فزيکي عصبي معاینات اجرا شي، د ناروغ په اهماتو کې لاندې فکتورونه ډير مهم دي:

۱. نرسنگ:

ناروغ بايد په جنبي وضعیت په بتر کې واچول شي او وضعیت ته يې هر دوه

ساعته بعد تغییر ورکرل شی.

۲. تنفسي طرق:

د ناروغ طرق تنفسي خوله او Pharynx باید تر مراقبت لاندې وي او Suction ترسره شي د ناروغ د سپو قاعده باید قرع شي که چیرې طرق تنفسي ډیر ماوفه شوی وي نو Trachiotomy باید اجرا شي او ناروغ ته مصنوعي تنفس تطبیق شي پنسلین په وقایوي ډول تطبیق او که سینه بغل تأسس کړي وي نو وسیع الساحه اتني بیوتیک توصیه شي.

۳. Feeding (تغذیه):

که چیرې د ناروغ غیر شعوري حالت د څو ساعتو څخه زیات دوام وکړي نو باید ناروغ ته غذا او مایعات دواړه شروع شي دغه تغذی باید د N.G.T ((انفي معدوي تیوب)) پواسطه ترسره شي په تغذیه کې Fortified milk ښه رژیم دی کوم چې 2,5 لیتره شده Skimmed milk 220gm شده 110 gm د کستروز او دوه قاشقې د خمیر مایې لرونکې دي. پدې اندازه د نوموړي رژیم کې 160gm پروتین او نور د ضرورت وړ غذایی مواد شته که چیرې ضرورت وي نو ورسره اضافي مواد لکه Fe او ویتامینونه او نور غذایی مواد ورکړی شي نوموړې اندازه شده 2880 کالوري انرژي لري.

۴. د وینې الکترولایتونه معاینه او د ضرورت په صورت باید معاوضه شي.

۵. د ناروغ د معصرو مشکلات باید په نظر کې ونیول شي او کتیترورته تطبیق ((درې ورځې بعد باید تبدیل شي)) د قبضیت په صورت Enema استعمال شي.

دولسم فصل

Stroke

تعريف: عبارت د هغه سندروم څخه دی کوم چې د مرکزي سیستم عصبي سیستم د وظیفې ضیاع په موضعي او یا کتلوي ((کله کله)) ډول په ظرف د دقیقو یا ثانویو رامینځته کیږي. د نوموړې حادثې له کبله کوم هغه اعراض او علامې چې په ناروغ کې تأسس کوي ۲۴ ساعتو څخه زیات دوام کوي او یا دا چې د ناروغ په مرگ تمامیږي کوم هغه وعایي حوادث چې د ستروک باعث گرځي په لاندې ډولونو سره دی:

• Infarction ((ترومبوس او امبولی))

• Hemorrhage

که چیرې د ترومبوس، امبولي او یا د Hemodynamic تشوشاتو پواسطه ځینې عصبي اعراض (Retinal) د اعراضو په شمول را پیدا او نوموړي اعراض د ۲۴ ساعتو څخه مخکې له مینځه لاړشي دې ته Transient

Ischaemic Attack ویل کیږي.

عینې نور عصبي نقيصې شته چې ۲۴ ساعتو څخه زیات دوام کوي او وروسته ناروغ جوړیږي چې د ټه (R.I.N.D.S) Reversible Ishaemic Neurologic Difict ویل کیږي.

اپیدمیالوجي:

د Stroke د ناروغی زیاتره واقعات د انفارګشن په شکل وي او وروسته د زړه او کانسرد ناروغیو څخه د مرګ مهم علت ګڼل کیږي او په جهان کې په هر (1000) نفرو کې دوه نفره پدې ناروغی مصایبېږي.

احتشایه مغزو کې:

د دماغ په شرايينو او یا وريدونو کې ترمبوس د Virchow د اوعیو یو او یا زیات مرضي حالت له کبله پیدا کیږي. چې دغه مرضي حالت په لاندې ډول دی:

- د نوموړو اوعیو د جدار استحاليوي او یا التهابي حالت.
- د وینې ناروغی لکه Poly cyThemia
- د وینې د جریان تشوشات

امبولیزم:

دا حادثه شاید د اوعیو د استحاليوي ناروغی او یا د زړه د ناروغیو له کبله منع ته راشي کوم هغه د زړه ناروغی چې دا حادثه رامنځته کوي عبارت دي له:

- د سامونو ناروغی

- Atrial Fibrillation
- تازه د زړه احتشا

د Stroke ډیر عمده عامل د غټو او عیو Atherosclerosis دی کوم چې د ترومبوامبولیزم باعث گرځي همداراز د وړو او عیو Lipohyalinosis هم د ستروک باعث گرځي.

پتوفزیالوژي:

کله چې د مغزو شریان د ترومبوس او یا امبولي پواسطه بنده شي نو مربوطه ساحه د مغزو که چیرې جانبي دوران په مناسب اندازه نه وي په احتشا باندې دچارېږي کوم هغه ځای چې د دې ساحې په نږدو کې واقع وي او د وینې اندازه ډیره لږه ورته ورسپړي د Ischaemic Penumbra په نوم یادېږي او کیدای شي چې د وینې جریان د اعاده کیدو په صورت خپل وظیفه منظم کړي. د نوموړې حادثې په تعقیب په C.N.S کې بنا په دوو ملحوظاتو ازیما پیداکېږي.

• Cytotoxic ازیما:

د اوبو د راټولیدو له کبله په متضرر شوي Glial حجراتو او نیورونو کې.

• Vasogenic Oedema:

مغزونه د وینې د جریان د بندیدو له کبله په خارج الحجروي ساحو کې پیداکېږي.

د او عیو د استحالې د پیداکیدو Risk فکتورونه:

په لاندې اجزاو پورې مربوطه دی. عمر، د او عیو استحالو ناروغی فرط فشار د وینې، د شکرې ناروغی سگرت څکل، د وینې د کولسترول زیاتوالی، د حاملگی ضد تابلیتونه او د وینې د پلازما فایبروجن.

کلینیکی لوحه:

د ناروغی کلینیکی لوحه د افت په موقعیت پورې مربوط دی اما عمدتاً په ناروغ کې دغه اعراض او علامې د کتنې وړ دي.

د شریانونو د Perforating د Dysphasia, Hemi – anopia, Hemiplegia د ماوفه کیدو له کبله ناروغ ته خالص حرکتی او یا خالص حسی تشوش او Ataxic Hemiparesia پیدا کیږي د Lacunar احتشاء له کبله د قدم اختلو مشکلات او Gait Apraxia پیدا کیږي همداراز د دماغی ساقې د ماوفیت له کبله Diplopia او د شعوري حالت خرابیدل پیدا کیږي.

لابراتواري معاینات، متممه معاینات او تشخیص:

د وینې مکمل معاینات لکه E.S.R کولسترول، یوریا گلوکوز او الکترولایتونه باید ارزیابی شي.

د زړه E.C.G او Echo هم ضروري خبره ده، همداراز C.T scan او د سینې رادیوگرافي باید اجرا شي. د سفلیس په ارتباط هم معاینات باید ترسره شي. د Endocarditis په ارتباط معاینات اجرا شي. څرنګه چې کم خوني او د وینې زیاتوالی هم ستروک پیدا کوي نو دا موضوع هم په نظر کې وي.

اختلاطات:

د ناروغی اختلاطات عبارت دي له:

۱. سینه بغل د عمیقه وریدونو، ترومبوس او د سپروامبولی.

۲. د زړه احتشاء د زړه بې نظمي او د زړه عدم کفایه.

۳. د مایعاتو او الکترولایتونو بې موازنګي.

د دماغی احتشاء، 10%، مری، او 50% نوریې د دایمی معیوبیت سره

ژوندي پاتي کيږي او دا دايمي معيوييتونه عبارت دي له:

- د بستر زخم
- مرگي
- د هډوکو ماتيدل
- د اوږو دردونه
- روحي انحطاط

تداوي:

ناروغ بايد په روغتون کې بستر شي او په مقدم ډول سره C.T اجرا شي که چيرې Ischaemic حادثه وي نو ناروغ ته بايد اسپرين شروع شي او نور سببي تداوي بايد اجرا او د Anticoagulant د ورکړې څخه ډډه وشي همدارنگه Hypotension هم د احتشاء دماغي سبب چې د هغې تداوي بايد وشي Hypertention هم د فرط فشار قحفي او Hypertensive Thy encephalopa باعث گرځي چې ((بايد تداوي شي خو چې د ناروغ فشار ډېر ټيټ نشي)).

وقايه:

ناروغ د سگرت خلکو څخه حان وساتي همدارنگه د حيواني غوړي، مالگه، او الکولو د زيات استعمال څخه حان وساتي د احتشاء په صورت اسپرين په کم دوز ډير بڼه دی همدارنگه د امبوليزم په صورت Warfarin بايد دوامداره استعمال شي. خصوصاً که ناروغ Atrial Fibrillation ولري څرنگه چې ددې ناروغی په پيداينبت کې A.S.D، Aids، Atrialmyxoma هم رول لري د نوموړو ناروغيو تشيبت او د هغوی په برخه کې وقايوي اهمات ونيولی شي.

احياء مجدد:

ناروغ ته بايد فزيوتراپي توصيه شي همدارنگه Speech therapy هم د ژبې د حرکت د اعادي لپاره ضروري ده.

داخل قحفي خونريزي:

په داخل قحفي خونريزي کې د تحت العنكبوتيه مسافې خونريزي ډير واقعات لري او دا زياتره د Willis Circle په ناحيه کې ډير تصادف کوي اسباب يې شرياني وريدي سو تشکلات Angioma Aneurism د وينې تشوشات ضربي Endocarditis او Mycoticaneurism دي.

کلينيکي لوحه:

ناروغ کې د سردرد، دلبيدي او په فزيکي معاينه کې ناروغ د غاړې شخوالي لري او Kernig او Bruid Zensky علايم مثبت او په C.S.F کې وينه موجود وي.

تشخيص يې د C.T scan د وينې د معاينې C.S.F او (Pipiloedama) Fundoscopy پواسطه کيږي کله کله Glucos urea هم موجود وي.

تداوي:

په عاجل ډول سره د Nimodipin تطبيق د دوباره خونريزي شخه جلوگيري کوي او جراحي عملي که امکان ولري د انيوريزم په بندولو او له منځه وړلو کې مرسته کوي.

ديارلسم فصل

د عصبي سيستم AIDS

(Acquired Immune Deficiency Syndrome)

د Aids ناروغی په 80% واقعاتو کې محيطي او مرکزي عصبي سيستم ماوفوي او دا ناروغی په مستقيم او غير مستقيم ډول په عصبي سيستم کې مشکلات پيدا کوي.

د Aids مستقيم اثرات:

خرنگه چې د Aids د ناروغی ویروس یو Neurotropic ویروس دی نو ناروغ ته یاد فراموشي، روحي، او جسمي ستړیا د تمرکز فکري خرابوالی بې علاقه گي او Depression مينع ته راوړي ناروغ کې بې موازنګي او بې انسجامي موجود وي د C.S.F په معاینه کې Lymphocytosis او Pleo cytosis موجود وي د ناروغی په مقدم صفحه کې C.T scan کوم خاص تصور نه ورکوي د ناروغی په وروستی صفحه کې ناروغ ته Myoclonous او

د تشو متيازود کنترول مشکلات پیدا کيږي.
په تداوی کې (Zidovudine) (Azi dothymidine) ښه اثر لري.

د نخاع: Myelitis

دا ناروغی په شوکي نخاع کې Vacular Necrosis مینځ ته راوړي او نخاعي
اعراض هم په صحنه کې حاکمیت پیدا کوي.
د پښو ضعیفي، کرختي د Radiculopathy له کبله مینځ ته راځي دا ناروغی
Polymyositis هم مینځ ته راوړي. غیر مستقیم اثرات د HIV ((د نوموړي
ویروس د موجودیت په صورت)) (Toxoplasmosis) فنکسي انتانات
Myocobacteria او Herpes Simplex د ناروغی فعالیتدل دي. داسې یو
فکر موجود دی چې شاید د مغزو نیوپلازم هم د Aids په واسطه مینځ ته
راځي.

Refrence

- 1- Brains Disease (1984)*
- 2- Current Diagnosis and Treatment (2004)*
- 3- Merits Ext Book of Neurology (1995)*
- 4- Lecture Notes on Neurology (2001) London*
- 5- Essential of Neurology (2001)*



د پوهنمل دکتور بلال پاینده لنډه پېژندنه

پوهنمل دکتور بلال (پاینده) د مرحوم پاینده محمد زوی پر ۱۳۳۴ل کال د ننگرهار د سره رود د ولسوالۍ معروف کلا په کلي کې زیږېدلی، خپلې لومړنۍ زده کړې یې د چارباغ صفا په لومړني ښوونځي او ثانوي زده کړې یې د ننگرهار په عالي لیسې سرته رسولې دي. په ۱۳۵۴ل کال کې د ننگرهار طب پوهنځي ته بريالی شو او په ۱۳۶۱ل کال کې له نوموړي پوهنځي څخه او نمره فارغ او په کې د استاذ په توګه غوره شو. چې تر ۱۳۶۷ل کال پورې یې په کې خپله سپېڅلې نډه ترسره کړې ده.

په همدې کال کې پاکستان ته مهاجر شو او په A.H.S.A.O کې یې څلور کاله دنده ترسره کړه او بیا په ۱۳۷۵ل کال کې د دعوت او جهاد پوهنتون د طب پوهنځي په علمي کدر کې ونیول شو او د عقلي، عصبي ناروغیو تدریس یې پیل کړ. بیا یې په احمد شاه ابدالي او افغان پوهنتونونو کې د استاذ په توګه دنده ترسره کړې ده.

ښاغلی پوهنمل بلال "پاینده" اوس په پېښور کې د آریانا پوهنتون د عقلي او عصبي ناروغیو د مدرس او استاذ په توګه دنده ترسره کوي.

ښاغلی بلال تردې دمه پر عصبي ناروغی سرپرېره عقلي ناروغی، د عصبي ناروغی د تاریخچې اخستل او فزیکي معاینات او د دماغ د اوعیو (رګونو) او اختلاجي ناروغی کتابونه ژباړلي او لیکلي دي.

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. In the past three years we have successfully published and delivered copies of 136 different books to the medical colleges across the country.

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. One approach is to mobilize Afghan scholars who are now working abroad to be engaged in this activity.”

Students and lecturers of the medical colleges in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to updates and new teaching materials are the main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the situation of the country into consideration, we desperately need capable and professional medical experts who can contribute to improving the standard of medical education and Public Health throughout Afghanistan. Therefore enough attention should be given to the medical colleges.

For this reason, we have published 136 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 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 cost. 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 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 40 other medical textbooks in the past three years which are being used by the students of Nangarhar and other medical colleges of the country.

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 four years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like to cordially thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, Chancellor of Nangarhar University Dr. Mohammad Saber, Dean of Medical Faculty of Nangarhar University Dr. Khalid Yar as well as Academic Deputy of Nangarhar Medical Faculty 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 Ahmad Fahim Habibi, Subhanullah and Hekmatullah Aziz in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak

CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, February, 2014

Karte 4, Kabul, Afghanistan

Office: 0756014640

Email: textbooks@afghanic.org

wardak@afghanic.org

Message from the Ministry of Higher Education



In history books have played a very important role in gaining knowledge and science and they are the fundamental unit of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of Higher Education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to those who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields so that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students. Finally I am very grateful to German Committee for Afghan Children and all those institutions and individuals who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am confident that this project should be continued and textbooks can be published in other subjects too.

Sincerely,

Prof. Dr. Obaidullah Obaid
Minister of Higher Education
Kabul, 2014

Book Name Neurology
Translated by Prof Dr Bilal Payenda
Publisher Nangarhar Medical Faculty
Website www.nu.edu.af
No of Copies 1000
Published 2014, second edition
Download www.ecampus-afghanistan.org
Printed by 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 2014

ISBN 978 – 9942 – 11 – 295 – 8