دافغانستان اسلامی دولت

دلوړو زده کړو وزارت

ننگرهار پوهنتون

طب پوهنځی

د تنفسی سیستم اودزړه روماتیزمل ناروغی

Ketabton.com

مولف پوهاند دوکتور سیف الله هادی

۱۳۹۵

(c) ketabton.com: The Digital Library

لیکلړ

لومړی فصل

ACUTE TRACHIOBRONCHITIS ....14..
Tracheitis ....14..
کلینیکي لوحه ....14..
درملنه : ....15..
Acute bronchitis ....15..
اسباب: ....15..
پتالوژي ....15..
کلینیکي لوحه : ....16..
تشخیص: ....16..
مخنیوي : ....16..
درملنه : ....16..
انزار ....16..
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE(COPD) ....1............
تعریف: ....1..
مزمن برانکایتس: ....1..
تعریف ....1..
پتا لوژي ....2..
مساعدونکی فکتورونه ....2..
اسباب: ....2..
کلینیکی لوحه: ....3..
لابراتواري معا ینات: ....4..
الف :سپایرومیتري ....4..
ب:دشریاني ویني د ګازاتو اندازه کول ....4..

(c) ketabton.com: The Digital Library

ج :د بلغمو معاینه : 5
د : ECGبدلونونه 5
ه :راد یولوژیک معاینات 5
اختلاطات: 6
تفریقي تشخیص 6
مخنیوي 6
درملنه: 6
انزار: 12
Emphysema 12
تعریف 12
پتالوژی 13
مساعدونکی فکتورونه 13
اسباب 13
کلینیکی لوحه : 13
لابراتواری معاینات: 14
تشخیص 14
اختلاطات 15
درملنه 15
BRONCHIAL ASTHMA 16
تعریف 16
اسباب 16
INCIDENCE 16
پتوفزیالوژي 17
دهوایي لارو تنګوالي تشدیدونکی فکتورونه 17
کلنیکي لوحه 17
دسیني رادیوګرافي : 20
تفریقي تشخیص: 20
تشخیص 21

(c) ketabton.com: The Digital Library

داستما اختلاطات ....23....................
مخنیوي : ....23....................
درملنه: ....24....................
انزار : ....30....................
STATUS ASTHMATICUS ....30....................
COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA (CAP) ....33....................
تعر یف ....33....................
اپیدیمولوژي او پیښېدل ....33....................
د کپ اسباب ....34....................
کلینیکي لوحه ....34....................
تشخیص ....35....................
لابراتواري پلټني : ....35....................
درملنه : ....36....................
streptococcuspneumonia(pneumococcal pneumonia) ....37....................
تعریف ....37....................
اپیدیمولوژي او پیښېدل ....37....................
پتا لوژي: ....37....................
کلینیکی لوحه ....38....................
لابراتواری معاینات : ....39....................
اختلاطات ....41....................
تشخیص : ....41....................
تفریق تشخیص: ....41....................
تدا وي ....42....................
مخنیوي ....45....................
Hospital Acquired Pneumonia (HAP) ....48....................
اپیدیمولوژی ....48....................
تعریف ....48....................
پتوجینیزس ....49....................

(c) ketabton.com: The Digital Library

د HAP اسباب 50
کلنيکي لوحه 50
تشخيص 51
مخنيوي: 51
درملنه: 51
BRONCHIECTASIS 53
تعر يف: 53
اسبا ب: 53
Pathogenesis : 53
پتا لوژي: 54
کلنيکي لوحه: 54
CHEST X-RAY 54
تفريقي تشخيص 55
لابراتوارى معاينات: 55
درملنه: 55
LUNG ABSCESS 57
تعر يف 57
اسباب 57
پتالوژی 57
کلنيکي لوحه : 57
لابراتواري معاينات: 58
پتوجينيزس 59
اختلاطات 59
تشخيص : 60
تفريقي تشخيص 60
تداوي 60
مخنيوی : 60
انزار: 61

(c) ketabton.com: The Digital Library

Atelectasis 62
(کولپس 62
اسباب : 62
پتالوژی : 62
پتوفزیالوژی : 62
و یشنه 62
کلینیکي لوحه: 63
دسیني راډیو ګرافي: 63
تشخیص 64
مختلوی : 64
درملنه : 64
PLEURAL DISEASE 66
PLEURITIS 66
تعریف: 66
اسباب 66
کلینیکی لوحه 66
رادیوګرافی: 66
درملنه 66
Pleural Effusion 67
تعریف : 67
اسباب : 67
کلنیکي لوحه 68
لابراتواری معاینات: 70
راډ یولوژي 72
درملنه: 74
EMPYEMA 75
EMPYEMA. .... **Error! Bookmark not defined.**

(c) ketabton.com: The Digital Library

اسباب : 76
تشخیص : 76
تداوي 76
Pneumothorax 77
تعریف 77
Primary spontaneous pneumothorax 77
Secondary spontaneous pneumothorax 77
TRAUMATIC PNEUMOTHORAX 77
TENSION PNEUMOTHORAX 79
BRONCHOGENIC CARCINOMA 81
هستوپتالوژیک ډولونه 81
اسبا ب: 81
لابراتواري تستونه: 83
دسیني رادیوګرافي: 83
اختلاطات : 83
تشخیص 85
درملنه: 85
PULMONARY THROMBOEMBOLISM 89
مسا عد ونکي فکتورونه: 89
کلینیکي لوحه: 90
لابراتوارى معاینات : 90
۱- EKG 90
تشخیص 91
تفریقي تشخیص: 92
درملنه: 92
په ښکتني وریدي اجوافو کي فلتر کینښودل 92
Thromboendarterectomy 93
انزار 93

(c) ketabton.com: The Digital Library

IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS(IPF) 94
کلنیکی لوحه : 94
هستولوژی : 94
تشخیص : 94
لابراتواری معاینات 95
د رملنه 96
RESPIRATORY FAILURE 98
تعریف : 98
ویشنه 98
اپیدیمولوژی 98
اسباب: 99
کلینیکی لوحه 97
درملنه: 99
انزار 102
ACUTE LUNG INJURY (ALI) (ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME(ARDS) 103
تعریف : 103
اسباب: 103
پتوفزيالوژي: 103
کلینيکي لوحه: 104
تفريقي تشخيص: 104
تشخيص: 105
درملنه 105
انزار: 105
دسږو وظيفوي ناروغي 107
ASBESTOSIS: 107
SILICOSIS: 107
PNEUMOCONIOSIS 108
BERYLLIOSIS: 109

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواری معاینات ....110........
دسږو دوظیفوی ناروغیو تشخیص ....110........
درملنه : ....110........

دويم فصل

ACUTE RHEUMATIC FEVER ....113........
تعریف ....113........
اسباب : ....113........
پتو جنیزس: ....113........
وقوعات (INCIDENCE) ....113........
اپيديمولوژي: ....113........
پتالوژي: ....114........
كلنيكي لوحه: ....114........
لابراتواري معاينات ....116........
سير او انزار ....117........
تشخيص ....117........
تفريقي تشخيص ....118........
درملنه: ....118........
MITRAL STENOSIS(MS) ....121........
اسباب : ....121........
پتالوژي ....121........
كلينيكي لوحه ....121........
تشخيصه معاينات ....123........
٢- راديوگرافي ....123........
٣- ايكو كارديوگرافي ....124........
تفريقي تشخيص ....124........
اختلاطات ....124........
درملنه ....124........

(c) ketabton.com: The Digital Library

MITRAL REGURGITATION (MITRAL INSUFFICIENCY) 126
اسباب : 126
ابنارمل فزيالوژي : 126
کلنيکي لوحه : 126
تشخيصيه تستونه 127
تشخيص 128
تفريقي تشخيص 128
اختلاطات : 128
تداوي 128
MITRAL VALVE PROLAPS SYNDROME((*MVP*) 129
تعريف : 129
اسباب: 129
کلينيکي لوحه : 129
اختلاطات : 130
تشخيصه معاينات 130
ECG – 1 130
۲- ايکوکارديوگرافي 130
درملنه : 131
AORTIC REGURGITATION(AR) 134
اسباب 134
:pathalogy 134
ابنارمل فزيالوژي 134
کلينيکي لوحه 135
تشخيص معاينات : 136
تشخيص 137
تفريقي تشخيص 137
اختلاطات : 137
درملنه 138

(c) ketabton.com: The Digital Library

AORTIC STENOSIS(AS) ....140....................
اسباب: ....140....................
: Pathophysiology ....140....................
کلینیکي لوحه : ....141....................
پلټني : ....143....................
خ- انجیوګرافي ....144....................
تشخیص : ....144....................
اختلاطات : ....144....................
درملنه : ....144....................
TRICUSPID STENOSIS(TS) ....148....................
اسباب : ....148....................
پتوفزیالوژي: ....148....................
کلینیکي لوحه : ....148....................
درملنه : ....148....................
TRICUSPID REGURGITATION(TR) ....149....................
اسباب ....149....................
کلینیکي لوحه : ....149....................
تشخیصیه معاینات : ....150....................
درملنه : ....150....................
PULMONARY STENOSIS(PS) ....150....................
اسباب : ....150....................
کلینیکي لوحه ....151....................
تشخیصیه معاینات: ....151....................
PULMONARY REGURGITATION(PR) ....151....................
اسباب ....151....................
کلینیکي لوحه ....152....................
تشخیصیه معاینات ....152....................
درملنه ....152....................

(c) ketabton.com: The Digital Library

MULTI VALVULAR HEAR DISEASE ....153..
Combined mitral stenosis and aortic regurgitation ....154..
Combined mitral stenosis and aortic stenosis ....154..
Combined aortic stenosis and mitral regurgitation ....155..
Combined mitral regurgitation and aortic regurgitation ....155....................................
Heart Valve Replacement ....156...
INFECTVE ENDOCARDITIS ....158..
تعریف ....158..
ویشنه ....158..
اسباب: ....158..
Pathogenesis And Pathalogy ....159..
کلینیکي لوحه : ....160...
تشخیص: ....162...
تشخیص : ....163...
Modified Dukes Criteria ....166..
تفریقي تشخیص : ....166...
اختلاطات: ....167...
وقایوي درملنه: ....167...
درملنه : ....168..
ریفیرینسونه ....171..

(c) ketabton.com: The Digital Library

لومړی فصل

تنفسی سیستم ناروغی

(c) ketabton.com: The Digital Library

ACUTE TRACHIOBRONCHITIS

Tracheitis

دترخيا التهاب ته وايي .كه څه هم ترخيا دښکتني تنفسي لاري غړي دي خو د پورتني تنفسي لاري دحادو انتاناتو تر سرليک لاندي شميرل کيږي . معمول بکتريايي سبب يي Staphylococcus aureu دي .بکتريايي لاملونه يي دتنفسي لاري دانسداد لامل هم کيږي .وايروسي انتانات هم دترخيا يتس لامل کيږي .دانفلوانزا له کبله اختلاطات نادر وي . په ماشومانوکي زيات وي او دترخيا دقطردکوچني والي له امله دپړ سوپ له کبله ژر بنديږي .

کلينيکي لوحه :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملنه :

۱- په شديد حالت کي وريدي انتي بيوتيک ورکول کيږي .

۲- په شديد حالت کي عاجله څارني کوټه کي بستريږي

۳- که هوايي لاره بند وي عاجل انتوبيشن او *supportive ventilation* اجراکيږي او *invasive and non-invasive monitoring* تر سره کيږي (دزړه ګراف مانيتورينګ ، اکسيجن غلظت اندازه کول ، شرياني ويني فشار اندازه کول او کپ نوګرافي تر سره کيږي .)

Acute bronchitis

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

اسباب:

۱- معمول اسبا ب يي وايرسونه دي (*respiratory syncytial virus, rhinovirus, influenza*)

۲- بکتريا ګا ني يي غير معمول اسباب دي لکه (*Mycoplasma pneumoniae, Chlamydophila pneumoniae, Bordetella pertussis, Streptococcus pneumoniae, and Haemophilus influenzae*

پتالوژي :

۱- دهوايي لارو دتخريش له کبله هوايي لاري التهابي کيږي او دسږو په انساجو کي نتروفيل انفلتريشن کوي .

۲- دګابليت حجراتو زياتوالي له کبله هوايي لاري بنديږي .

۳- دنتروفيل له کبله مخاط افرازات زياتيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلینیکي لوحه :

۱- بلغم لرونکي ټوخي .۲- سا ه لنډي .۳- ویزینګ .۴- تبه .۵- سیني درد ۶- ستوماتتیا ۷- هضمي اعراض .۸- دتنفسي اوازونو شدت کم وي ۹- ویز او رانکي اوریدل کیږي .۱۰- شهیق اوږد وي .۱۱- دوامداره وچ یا لوند توخي

تشخیص:

۱- فیزیکي معاینه اوتاریخچه ۲-*chest X-ray* دنمونیا دردولو لپاره ۳- دبلغمو معاینه کي نتروفیل ګرانولوسیتونه وي . ۴- دبلغموکلچر معاینه د *Streptococcus species* لپاره ۵- دویني معاینه دویني سپین حجراتو لوړوالي او *(C-reactive protein* لوړوالي لپاره .

مخنیوي :

د *Haemophilus influenza* لپاره واکسین وشي .

درملنه :

۱- انتي بیوتیک په عمومي ډول دحاد برانکایتس درملني لپاره که بکتریا نه وي نه کارول کیږي . انتي بیوتیک کاروني سره ټوخي ژر ښه کیږي ،خو دهضمي سیستم اعراضو لامل کیږي او انتي بیوتیک مقاوم حالت رامینځته کوي .

۲- سګرټ څکل بند شي .

انزار : حاد برانکایتس دڅو ورځو څخه تر څو اونیو بوري دوام مومي . دا کیداي شي وروسته دیخ وهلو یا زکام یا پخبله پیدا شي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE(COPD)

د سږ و ځنډنی انسدادي ناروغي

تعریف:

i. د سږو دهوايي لاروږ مزمن ورو پرمخ تلونکي انسدادي ناروغي دي چي اکثرا ثابت پاتي کیږي او غیر رجعي وي
ii. دسګروټو اخکلو تاریخچه دلسو کالو څخه زیات وي
iii. په سي او پي ډي کي مزمن برانکایتس . امفزیما او کله کله برانکیل استما هم په کي شامل وي.
iv. مزمن ټوخي ، بلغم اوسا ه لنډي په کي وي .
v. رانکي اورید ل کیږي ،تنفسي اوازونه ښکته وي ،شهیق اوږد وي
vi. دسږو په وظیفوي تستونو کي دهوايي لارو تنګوالي وي
vii. ډ یر کموپیښنو کي د برانکودایلاټور سره ځواب وايي
viii. د FEV1/VC نسبت کم شوي وي .

مزمن برانکایتس:

تعریف :

1. د مزمن برانکایتس تشخیص کلنیکي دي متصف دي په بلغم لرونکي ټوخي چي کم تر کمه د د ري میاشتو لپاره په هر ژمي کي د دوو کالو تا ریخچه ولري .په دی شرط چی دبلغم لرونکی ټوخی لپاره بل لامل موجود نه وی لکه برانکیکتازس اوناتداوی شوی مزمن استما .

(c) ketabton.com: The Digital Library

2. زياتره د سګرټو څکلو تاريخچه موجود وي
3. ساه لنډي وي
4. ويزينګ اوريدل کيږي
5. زياتره امفيزيما او مزمن برانکايتس سره يو ځاي وي دمزمن برانکايتس ډولونه:
   i. Simple mucoid bronchitis
   ii. Mucopurulent bronchitis
   iii. Chronic obstructive bronchitis

پتا لوژي:

۱- د مخاطي حجراتو هايپر تروفي.۲-د ګابليټ حجراتو هايپر تروفي.۳-د سليا حرکت خرابيږي.۴- الاستيک ريکويل کميږي .۵- دغه پورته ټول د سږو هايپر تنشن ، ښي زړه هايپر تروفي او بلا خره د ښي زړه عد م کفاييه او کور پلمونل لپاره لاره هواروي .

مساعدونکی فکتورونه :

الف- انتانات (ستريپتو کوک نمونيا ، ايچ انفلو انزا ،موروکزيلا کتراليس اووايروسونه) .
ب- دهوا ککړتيا .
ت- دندي (د دندي په ځايي کي د دوړو شتون).
ث- په جنيتيتک ډ ول د انتي ترپسين کموالي .

اسباب:

الف- سګر ټ څکل :سګرت څکل دځنډني برانکايتس لومړني مهم لامل دی چی لاند ي اغيزي لري :۱- د سليا حرکي تشو شا ت وي .۲- مخاطي حجرات هايپر تروفي کوي .۳-دبرانکسونوالا ستيستي خرابيږي .۴- يوريز او الاستيز انزايمونه فعا ليږي .۵- الفا يو انتي تريپسين فعا ليت کميږي .۶- د نوي الاستيکي انساجو جوړيدل کميږي.۷- د واګس عصب فعاليت زياتيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلینیکی لوحه:

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

بلغم :لومړی بلغم لږ ،مخاطی او چسپناکه وی ،که بلغم خیرن شی داتتان ښودونکی دی .

ساه لنډی :ساه لنډی لومړی ددروند فیزیکی کار سره وی وروسته دلږ فعالیت سره زیاتیږی .
ساه لنډی داتتان ،سګرټ اخکلو او دهوا بدلون سره زیاتیږی .

Blue bloater:دمزمن برانکا یتس شد ید شکل دي چي لاندي اوصا ف لري .۱-سیا نوزس وي ۲- داتتا ن نښي موجود وي .۳- ناروغ د ږر سوپ له کبله چاغ ښکاري .۴- په سږو کي ویزینک اورید ل کیږي ۵- هایپو کسیمیا وي(اکسیجن ۴۰-۶۰ملي متر سیما ب کي وي) ۶- هیموګلوبین ۱۵-۱۸ګرام في دیسي لیتر وي .۷- هایپر کپنیا وي(کاربن داي اکساید ۵۰-۶۰ملي متر سیماب کي وي) .۸- ناروغ ساه لنډي لري .۹- سږو کي کریپیتشن اوریدل کیږي ۱۰- د ریوي دسام په سا حه کي دزړه د ویم غږ لوړ وي .۱۱- د ښښو ږر سوپ وي ۱۲- تنفسي او زړه عد م کفا ییه وي .۱۳- FEV_1 , FEV_1 /VC ښکته وي .

د اکزاسربیتید سي او پي ډي اعراض اوعلایم:۱-دبلغم مقدار او خیرن والي زیاتیږي ۲-نفس تنګي زیاتیږي ۳-دسیني نیوونه زیاتیږي

د اکزاسربیتید سي او پي ډي تفریقي تشخیص دلاندي ناروغیو سره کیږي : ۱- نمونیا ۲- نموتوراکس ۳- د کیڼ زړه عد م کفایي سره ۴- دسږو امبولیزم سره ۵- تنفسي عد م کفایي سره

دسي اوپي ډي د شد ت د رجي:

	Spirometric forecast	دناروغي شدت

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

لابراتواري معا ينات:

الف :سپايروميتري :

- د سږو د وظيفوي تستونواو د تداوي د رسپانس په اړوند پوره معلوما ت ورکوي .
- دسي او پي ډي په لومړي وخت کي يوازي د د سږو حجم ابنارمل اودکم شوي expiratory flow rate په اړه معلوما ت ورکوي .
- دناروغي په وروستي وخت کي په اول ثانيه کي forced expiratory valium 1(FEV1)کم شوي وي ،د FEV1 او forced vital capacity (FVC) نسبت کم شوي وي (FEV1/FVC ratio)
- دناروغي په شد يد حالت کي په څرګند ډول FVCکم شوي وي

ب:دشرياني ويني د ګازاتو اندازه کول :

a. دناروغي په لومړي وخت کي دګازاتو بد لونونه نه وي
b. د شرياني ويني د ګازات په لاندي حالاتو کي اندازه شي
   i. هايپوکسيميا وي
   ii. هايپر کپنيا وي
   iii. FEV د ۴۰٪څخه کم شوي وي
   iv. په کلينيک کي د ښي زړه دعد م کفايي ښبي وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

c. هایپوکسیمیا په شد ید مزمن برانکا یتس کي وي
d. معا وضوي تنفسي اسیدوزس په مزمن تنفسي عد م کفاییه کي وي (په تیره د مزمن برانکایتس حاد اکزاسربیشن په وخت کي)
e. هیموګلوبین اکثراً لوړ وی(۱۸-۱۵ ګرام فی دیسی لیتر)

ج :د بلغمو معاینه :

– دبلغمو معاینه د ستریپتو کوک نمونیا ، ایچ انفلو انزا اومورروکزیلا کترالیس په اړه معلومات ورکوي .
– دبلغمو کلچر مثبت والي د ناروغي د شد ید اکزاسربیشن سره نیمګړي ارتباط لري .په شدید اکزاسربیشن کي وایروسي انتانا ت وي

د : ECGبدلونونه : د زړه ګراف په واسطه لاندي معلومات څرګندیږي

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

ه :راد یولوژیک معاینات

1. د سیني ساده رادیو ګرافي : دا د ومره حساس معلومات نه ورکوي . په مزمن برانکایتس کي vascular marking(dirty lungs وی .
2. سي ټي سکن : د سیني high resolution CT scan (HRCT scan) ډیر حساس او وصفي معاینه ده

ډاپلر ایکو کاردیوګرافي د سږو دهایپرتنشن په اړه معلومات ورکوي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

اختلاطات:

1. Acute bronchitis
2. Pneumonia
3. Pulmonary thromboembolism
4. Atrial arrhythmia
   a. Atrial fibrillation
   b. Atrial flutter
   c. Multifocal atrial tachycardia
5. Pulmonary HTN
6. Cor pulmonal
7. Chronic respiratory failure
8. Hemaptysis
9. Osteoporosis
10. د چپ بطين عد م كفايي تشد يد ل .

تفريقي تشخيص:

۱- برانکيل استما :دهوايي لاروتنګوالي رجعي وي ۲-برانکيکتازس : متکرر نمونيا ، وينه لرونکي بلغم ،دګوتوکلابينګ ۳- الفا يو انتي تريپسين فقدان : کورني تاريخچه وي ، د پانکراس ناروغي ،دځيګر سيروزس ۴-د زړه عد م کفاييه ۵-کيستيک فا يبروزس ۶-دهوايي لاروميکا نيکي انسداد ۷-د سږو تبرکلوز

مخنيوي:

۱-د سګرټو څکلو او توکسيک مواد و انشاق څخه مخنيوي .۲- د نمونيا او انفلو انزا لپاره واکسين وشي

درملنه:

(c) ketabton.com: The Digital Library

الف :د ستېبل ناروغانو درملنه:دروغتون څخه دباندي درملنه :

۱- دسګرټو پرېښودل .

۲- اکسیجن ورکول .که داسترحت په حالت کي هایپوکسیمیا وي اکسیجن توصیه شي .اکسیجن د ما سک(face mask)یا د پوزي(nasal prong)دلاري ورکول کیږي ، د پوزي دلاري ښه دي . اندازه يي په يود قيقه کي ۱-۳لیتره دي ترهغه وخته ورکړل شي تر څوچي د ويني داکسیجن اندازه د ۵۵ملي متر سیمابو څخه لوړ شي .
اکسیجن هغه ناروغانو ته ورکړل شي چي هایپوکسیا د لاندي حالاتو سره یوځا يي وي ۱- دسږو هایپرتنشن ۲- مزمن کورپلمونل ۳- اریترو سا یتوزس ۴- دماغي حالت خربوالي ۵- تمرین توان نه درلودل ۶- دشپي له خوا نارامي ۷- دسهار له خوا سردردي

۳- انشاقي برانکو دایلا تور :

الف- لنډ تاثیر لرونکي برانکو دایلاتورونه :

1. انتي کولینیرژیک (ipratropium bromide)
2. بیتا ۲ اګونست (albuterol, metaproterinol)
3. انتي کولینیر ژیک نظر بیتا ۲ اګونست ته ښه دي ځکه چي او ږد اغیزه لري او سمپا تیک عصب نه تنبه کوي . دواړه يي د metered dose inhalation (MDI) او یا مایع يي د نیبو لایزر دلاري انشاق کیږي .اپراتروپیوم بروماييد (36-72mcg) هر ۶ساعته بعد توصیه کیږي

- لنډ تاثیر لرونکي بیتا ۲ اګونست د تریمور ،تکي کاردیا اوهایپو کلایمیا لامل کیږي (د سمپا تیک عصب دتنبه ښبي) .

(c) ketabton.com: The Digital Library

- په مخلوط ډول لنډ تاثیر لرونکي بیتا ۲ اګونست او اپراتروپیوم دانشاق په ډول ورکول کیږي .

ب- اوږد تاثیر لرونکي انشاقي برانکو دایلاتور:

– بیتا ۲ اګونست لکه(salmeterol,formoterol indacaterol) او اوږد تاثیر لرونکي انتي کولینیر ژیک لکه tiotropium

۴- انشاقي کورتیکوستروید : انشا قي کورتیکوسترید یوازي یا د بیتا ۲ اګونست او یا د انتي کولینیر ژیک سره یو ځا ي ورکول کیږي . که چیري ناروغ ته د خولي دلاري پیل شوي وي وروسته د ښه کیدو څخه بیرته په انشاقي کورتیکوسترویید باندي بد لیږي .

۵- تیو فیلین :که چیري د بیتا ۲ اګونست ، انتي کولینیر ژیک او کورتیکوستروید سره ښه نه شي تیو فیلین توصیه کیږي .

۶- انتي بیوتیک : انتي بیو تیک په لاندي حالاتو کي توصیه کیږي

1. حاد اکزاسربیشن
2. حاد برانکایتس
3. دمزمن برانکایتس دمخنیوي لپاره

هغه انتي بیو تیکونه چي د خولي دلاري کارول کیږي عبارت دي له

1. doxicycline ۱۰۰ملي ګرامه هر ۱۲ ساعته بعد ،
2. trimethoprim sulphamethoxazol ۸۰۰/۱۶۰ملي ګرامه هر ۱۲ساعته بعد
3. cephalosporin (cephodoxime ۲۰۰ملي ګرامه هر ۱۲ساعته بعد ،
4. cefoprozil ۵۰۰ملي ګرامه هر ۱۲ ساعته بعد)
5. مکرولید (ازیتروما یسین لومړي ۵۰۰ملي ګرامه او بیا ۲۵۰ملي ګرامه د ورځي یو ځل د ۵ ورځو لپاره)
6. فلوروکینولون (سپرو فلوکزاسین ۵۰۰ملي ګرامه هر ۱۲ساعته بعد

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

دتداوي دوام موده ۵-۷ ورځي دي

لاندي خطري فکتورونه د تداوي دپایلو د نیمګړ تیا لامل کیږي :

1. عمر د ۶۵کالو څخه زیات وي
2. FEV1< 50%
3. داکزا سربیشن څو حملي یي تیرکال تیر کړي وي
4. د ري میاشتي مخکي انتي بیوتیک درملنه شوي وي
5. نوري ضمیموي ناروغي لکه دزړه ناروغي ورسره وي

۷- د سږو احیاي مجد د :

1. ایروبیک فیزیکي فعالیت اجرا کول (په اوني کي د ري ځله د۲۰د قیقو لپاره قد م وهل یا بایسیکل چلول) دنا روغ د فیزیکي حالت د خرابیدو څخه مخنیوي کوي او دکارکولو قدرت زیا توي
2. دشهیقي تنفسي عضلاتو په کار اچول په دي ډول چي د تنګ شوي تنفسي لاري په مقابل کي ژور شهیق اجرا کول ترڅو چي شهیقي تنفسي عضلات قوي شي
3. Pursed –lib breathing exercise دتنفس شمیر کموي

Abdominal breathing exerciseداضافي تنفسي عضلا تو ستړیا او نفس تنګي کموي

۸- نور اهتما مات :

1. مایعا ت توصیه شي ترڅو افرازات اوبلن شي په اساني سره خارج شي
2. سینه قرع شي ترڅو بلغم خارج شي
3. وضعیتي د رینا ژ اجراشي . دغه مانوري په خالص امفیزیما کي ګټه نه لري
4. مقعشع شربتونه مرسته کولاي نه شي

(c) ketabton.com: The Digital Library

5. دټوخي ارامونکي او خوب راوړونکي درملو کارولو څخه ډډه وشي .
6. که امفیزیما په ولادي ډول د الفا یو انتي تریپسین فقدان له کبله وي نو الفا یو انتي تریپسین توصیه کولاي شو البته د ا په ځواني عمر کي وي دا ۶۰ملي ګرامه نظر په وزن د بد ن اوني کي یوځل درګ دلاري ورکول کیږي

۹- په شدید نفس تنګي کي لاندي دواګاني ورکولاي شو خو دناروغ دخوبوړي سبب کیږي اوتشویش له مینځه وړي .

1. Opoids(مورفین ۵-۱۰ ملي ګرامه د خولي دلاري هر ۳-۴ ساعته بعد oxycodone، ۵-۱۰ملیګرامه هر ۳-۴ ساعته بعد د خولي دلاري ، د وامداره ازادیدونکي مورفین ۱۰ملیګرامه د خولي دلاري دورځي یوځل)
2. سیداتیف- ها یپنو تیک دواګاني (د یازیپم ۵ملیګرامه دورځي دري ځله)
3. په کور کي دپوزي دلاري اکسیجن ورکول دنفس تنګي دکموالي لامل کیږي

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

۱- اکسیجن : مشبوع اکسیجن ۹۰-۹۴٪ یا pao_2 د ۶۰-۷۰ملي متر سیما بو تر مینځ وي . اکسیجن د تنفسي اسیدوزس دپیدا کید و د ویري لپاره قطع نه شي هایپوکسیا نظر هایپر کپنیا ته ډیر خطر ناک دي .

۲- انشاقي اپراتروپیوم بروماید (500mcgد نیبولایزر او یا 36mcgد metered dose inhalar(MDI) د spacer دالي په واسطه هر ۴ ساعته بعد) او بیتا ۲ اګونست (البیو تیرول ۲.۵ملیګرامه د۳ملي لیتره سلین سره یو ځاي د نیبو لایزر دلاري او یا د MDIپه واسطه چي 90mcg في پف کي وي ۴-۸پفه هر ۱-۴ساعته بعد د spacer دالي په واسطه ورکول کیږي) سره یو ځایي تو صیه کیږي

۳- کورتیکوسترويد : پريد نيزولون دورځي ۳۰-۴۰ ملیګرامه ۷-۱۰ وروځو لپاره توصیه کیږي

(c) ketabton.com: The Digital Library

۵- انتی بیوتیک: الف- هغه ناروغان چي دسودو موناس لپاره خطري فکتورونه نه لري انتي بیوتیکونه یي عبارت دي.

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

ب- هغه ناروغان چي سود وموناس لپاره خطري فکتورونه لري

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

۶- تیوفیلین : په حاده مرحله کي نه ورکول کیږي.

۷- د کورپلمونل د رملنه :دسږو د شریانو فشارپه لاندي ډول ښکته شي . ۱- اکسیجن ورکړل شي. ۲- اسیدوزس اصلاح شي. ۳- دبستر استراحت توصیه شي. ۴- مالګه محدود شي. ۵- دایوریتیک ورکړل شي

۸- دزړه داریتمیا درملنه : ۱- ملتي فوکل ازیني تکي کاردیا دسي او پي ډي تداوي سره ښه کیږي ۲- ازیني فلتر د ډي سي شاک سره تداوي شي.

۹- تنفسي عدم کفاییه درملنه : ترخیل انتوبیشن او میکانیکي وینتلیشن سره تداوي شي

هغه سي او پي ډي چي دحاد هایپرکپنیک تنفسي عدم کفایي سره یوځایي وي دمخ دماسک له لاري noninvasive positive pressure ventilation (NIPPV). دانتوبیشن ضرورت کموي او عاجله کوټه کي دپا تي کیدو موده کموي (په سي او پي ډي کي نازوکومل نمونیا پیښي او دانتي بیو تیک استعما ل کموي

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱۰- د سي او پي ډي جراحي درملنه : ۱- دسږو ترانس پلانتيشن ۲- دسږو حجم کمول ۳- بوليکتومي

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

انزار:

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

دبستر استطبابات:

۱- اعراض شديد وي او د روغتون څخه دباندي دتداوي وړ نه وي

۲- هايپوکسيا ،هايپر کپنيا ،محيطي ازيما ، دماغي خړپړ تيا موجود وي .

۳- په کور کي مراقبت خراب وي

۴- ناروغ خوب ونه شي کولاي

۵- هايد ريشن اوتغذيه ونه شي کولاي

۶- نور ضميموي ناروغي موجود وي

Emphysema

تعريف :

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

پتالوژی : ۱- په امفزیما کی دسږو دانساجو تخریب اوتوسع له کبله ضفیری هوای جریان محدودیږی اوهوا بندیږی .۲- دسږو الستیکی حلقی (recoil) خرابیږی چی ددی له کبله د total lung capacity (TLC) زیاتیږی (یعنی دسږو حجم زیاتیږی) او داسناخو دتخریب له کبله دګازاتو تبادله خرابیږی .

مساعدونکی فکتورونه :

۱- سګرټ څکل ۲- عمر (۴۰-۶۰کلنی کی وی) ۳-دویم لاس سګرټ څکل(پاسیف څکونکی)۴- وظیفوی ځا ی کی د هوا ککړتیا او دوړی .۵- دکور دننه او دباندی دهوا ککړتیا .

اسباب :

۱- سګرټ څکل په سږو کی دنتروفیل حجراتو(دelastase څخه غنی دی) شمیر زیاتوی چی داسناخو د جداردتخریب لامل کیږی . ۲- alpha 1 anti trypsin deficiency ددی له کبله د elastase –antielastaes imbalance پیدا کیږی . ددی انزایم دکموالی له امله antielastaes کمیږی او elastase زیاتیږی په نتیجه کی داسناخوجدار تخریبیږی .

کلینیکی لوحه :

ساه لنډی دامفیزیما لومړنی اعرض دی چی ورووړو زیاتیږی ،لومړی دتمرین سره وی وروسته داستراحت په وخت هم وی .ټوخی نه وی اویا وروسته په لږه اندازه وی .

pink puffer : د امفيز يما شديد ډول دي چي لاندي اوصاف لري

1. expiratory pursed-lip breathing په تړلي شونډ و زفير كول

(c) ketabton.com: The Digital Library

2. دښه ساه اخیستلو لپاره نا روغ کیښیني قدام خواته ټوخ شوي وي او په دواړو لاسو نو تکیه کوي
3. شدید ساه لنډي وي
4. بلغم لږ او یا نه وي
5. داستراحت په حالت کي لږ ها یپو کسیمیا وي
6. سږي خاموشه وي اضافي اوازونه اوریدل کیږي
7. وزن کم وي
8. دپښو پړسوب نه وي
9. مخلوط ډول بلو بلا تر او پنګ پفر سره یو ځاي وي
10. RV, FRC, TLC نارمل یا لږ زیا ت وي

د امفیزیما ډ ولونه:

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

لابراتواری معاینات:

۱- هیموګلوبین نارمل وی ۲- اکسیجن او کاربن دای اکساید نارمل یا لږ کم شوی وی . ۳- دسږو اکسری (سږی hyperluscence او hyperinflation وي او بولا ښای موجود ، vascular marking کم شوی وی او TLC (total lungs capacity) زیات وی .زړه کوچنی ښکاری . که چیری د residual valium (RV) او total lung capacity(TLC) نسبت زیات وي (RV/ TLC ratio) دهوا په بند ید و (امفیزیما) باندي دلالت کوي

تشخیص :

تشخیص دتاریخچی ،فیزیکی معاینی او لابراتواری معایناتو په واسطه کیږی .

(c) ketabton.com: The Digital Library

اختلاطات :

۱- Collapsed lung (pneumothorax)

۲- cor pulmonale

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

درملنه :

دځنډنی برانکایتس ددرملنی لاندی تشریح شوی .

(c) ketabton.com: The Digital Library

BRONCHIAL ASTHMA

تعريف

1. دهوايي لارو يوځنډني التهابي ناروغي دي چي دالارژيک اغيزوله کبله مينځ ته راځي ،په دي کي ترخيا اوقصباتو فرط حساسيت وي چي د برانکو سپزم لامل کيږي کلنيک يي عبارت دي له ،ساه لندي، ټوخي، ويزينګ ، رالونه(رانکي)اود سيني نيونه .
2. که حمله دومداره وي د(*status asthmatics*) په نوم ياديږي
3. اعراض حملوي (پريود يک) او يا ځند ني وي
4. دهوايي لارو انسداد پخپله او يا د برانکو ديلاتورونوسره ښه کيږي .
5. اعراض دشپي او يا سهار وختي وي .

اسباب :

1. ***exogenous (atopic)***: خارج المنشا ،مقدم پيليږي ، ماشومانو کي وي ، فرط حساسيت يي د د ***IGE*** په مينځګړتوب وي ، کورني تاريخچه مثبت وي داکزيما ،الرژيک رينيتس او اسپرين فرط حساسيت تاريخچه مثبت وي
2. ***endogenous (non-atopic)*** ، موخر پيليږي اوغټانو کي وي

INCIDENCE

استما يومعمول ناروغي دي چي دټول وګړو نژدي ۸-۱۰٪تشکيلوي .استما زياتره په نارينه هلکانو کي (د۱۴کلني څخه کم عمر کي)او ځوانوانجينو کي و ي. په دي وروستيو ۲۰کلنو کي په امريکا کي داستما پيښي ،په روغتون کي بستريدل او مړينه په امريکا کي ډيري شوي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

پتوفزیالوژي :

1. دهوايي لاروملسا عضلاتو سپزم
2. دهوايي لارو مخاطي ازيما
3. دمخاط دافرازو زياتوالي
4. په هوايي لارو کي دالتهابي حجراتو ازونوفيل انفلتريشن
5. دهوايي لارو داپيتيليوم زخمي کيدل

دهوايي لارو تنګوالي تشديدونکی فکتورونه :

1. الرژيک مواد عبا رت دي له: د کور د دوشکو ،قاليني او فرنيچر دوړي ،کورني حيوانا ت اوحشرات،دسګرټو لوګي،نور پاکونکي توکي(پوډر تيزاب،کلورين
2. ددرملو له کبله تنبه :اسپرين، بيتا بلاکر ،اسپرين هايپر سنسيتيف سندروم(اسپرين الرژي ،دپوزي پوليپ،الرژيک رينيتس) ،دواړه اسپرين او بيتا بلاکر دبرانکوسپزم لامل کيږي . سلفيت لرونکي مواد لکه پوتاشيم سلفات سوديم سلفات.
3. محيطي فکتورونه او دهوا ککړتيا د برانکوسپزم لامل کيږي
4. وظيفوي فکتورونه لکه په ځيني فابريکوکي کارکول (دوړو ،سيمينتو)
5. انتانات :وايروسي انتانات
6. مشق اوتمرين :دتمرين په وخت کي په قصباتو کي دتودوخي د د رجي بدلون دبرانکوسپزم لامل کيږي
7. روحي فشارونه بنايي د واګس عصب تنبه کړي .

کلنيکي لوحه:

1. داستما وصفي اعراض اوعلايم عبارت دي له:
2. ***Dyspnoea***
3. ***Cough***
4. ***Wheezing***

(c) ketabton.com: The Digital Library

5. ***Chest Tightness***
6. ***Sibilant Rales***
7. داستما سه‌پا یه ***(Dyspnoae,Cough,Wheezing)***

دشدت له نظره داستما ویشنه

	Intermittent	Persistent		
		mild	moderate	sever
اعراض	په اوني کي دوه ورځي او یا کم وي	په اوني کي دوه ورځو ځخه زیات وي	هر ورځ	توله ورځ وي
دشپي له خوا ویښیدل	په میاشت کي دوه یا کم وي	۳-۴ په میاشت کي	په اوني کي د یو ځل ځخه زیات	هره شپه وي
داعراضو دکنترول لپاره د لنډ تاثیر لرونکي بیتا۲ اګونست استعما لول	په اوني کي دوه یا کمي ورځي	په اوني کي دوه ورځو ځخه زیات	هره ورځ	دورځي څو ځله
نارمل فعالیت سره مداخله	محدود یت نشته	خفیفا محدود وی	متوسط محدود **وی**	شدید محدود **وی**
دسږو د ندي	FEV1>80%	FEV1>80%	FEV1<60%	FEV1<60%
د تداوي توصیه	اول مرحله	دویم مرحله	دریم مرحله	۴-۵ مرحله

داستما د کنترول ارزیابي

اوصا ف	ښه کنترول شوي	قسمي کنترول شوي	**خراب کنترول**	
اعراض	**په هفته دوه یا کم ورځي وي**	**په هفته کي ۲ ورځو ځخه زیات وي**	**توله ورځ وي**	
فیزیکي فعالیت محد ود یت	**محد ود نه وي**	**لږ محدود وي**	**زیات محدود وي**	
دشپي له خوا اعراض او ویښید ل	**میاشت کي ۲ځله ځخه کم وي**	**هفته کي ۱-۲ ځله وي**	**په هفته کي ۴ځله یا زیات وي**	
د نجات ورکونکي د رملني ضرورت (سا با	**په هفته کي ۲ځله ځخه لږ ضرورت وي**	**په هفته کي ۲ ځله ځخه زیات ضرورت وي**	**د ورځي څو ځله ضرورت وي**	
PEV1	**>80%**	**60-80%**	**60%>**	

(c) ketabton.com: The Digital Library

دتداوي توصیه	• روان رژیم تعقیب شي • ۱-۶میاشت کي کنترول تعقیب شي • که کنترول شي یو ستیپ ښکته شي	• یو ستیپ پورته شي • ۲-۶ هفتو کي ارزیابي شي	• لنډي مودي کورتیکوستروئید ورکړل شي • ۱-۲ ستیپ پورته شي • ۲ هفتو کي ارزیابي شي • که جانبي عوارض و بل دوا شروع شي	

دشدید اکزاسربیتید استما ویشنه او ارزیابی

الف :اعراض	خفیف	متوسط	شدید	تنفسي عدم کفائیه او ژوند تهد ید ونکي حالت (**STATUS ASTHMATICUS**
۱- سا لنډي	کار سره وي	خبرو سره وي	داستراحت سره	استراحت سره
۲- خبري	اوږده جملي سره	لنډ جملي سره	کلیمي سره	خاموش
۳- دماغي حالت	غالبا ن مخرش وي	اکثرن مخرش	اکثرن مخرش	drowsy
ب:علایم				
۱- د بد ن وضعیت	ملاستي کولاي شي	کښني	ملاسته نه شي کولاي	ملاسته نه شي کولاي
۲- تنفسي عضلاتو فعالیت	نه وي	وي	وي	Paradoxical respiration
۳-Respiratory rate	↑	↑	> 30/mint	>30/mint
۴-Resp. sound	Mid /end expiratory wheezing	Wheezing with all exp	High ins/exp wheezing	Without wheezing
۵-H.R/mint	<100/mint	100-120/mint	>120/mint	
Paradoxical PULSE6-	<10/mnt	10-25/mint	>25	Relative bradycardia No usually

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

دسيني راديوگرافي :

a. سږي ښا ئي نارمل وي

b. سږي ***hyperlucency*** (توروالي زياتوالي) وي

c. د يافراګم ښکته او حرکت يې محد ود وي

d. بين الضلعي فاصلي زيا ت وي

e. استما ناروغانو ته په لاندي حالت كي دسيني اكسري توصيه كيږي

   i. تداوي په مقابل كي رسپانس ښه نه وي

   ii. دلاندي ناروغيو په رد ولو كي ١-نموتو راكس ٢-نمونيا ٣-نموميډ يا ستينوم

٧- دپوستكي دحساسيت تستونه دحسا س الرژن معلوممولو لپاره اودپارا نزل ساينسونواو ګاسترو ازوفاژيل ريفلوكس لپاره معاينات وشي(دمقاوم استما په حالت كي)

تفريقي تشخيص:

الف : دپورتنی هوایی لارو ناروغی :

١- vocal fold paralysis

٢- vocal fold dysfunction syndrome

٣- foreign body aspiration

(c) ketabton.com: The Digital Library

laryngotracheal mass -۴

tracheal narrowing – ۵

airway edema - ۶

tracheomalacia – ۷

ب – دښکتنی هوايي لارو ناروغی :

COPD – ۱

bronchiectasis – ۲

allergic bronchopulmonary mycosis – ۳

cystic fibrosis – ۴

eosinophilic pneumonia – ۵

bronchiolitis obleterans – ۶

Cardiac Asthma - ۷
Uremic Asthma - ۸

ج: *systemic vasculitidis with pulmonary involvement*

churg-straus syndrome – ۱

د: *psychiatric asthma*

Hysteric Asthma - ۱

تشخيص:

۱- :د ويني معاينات :

1. په خفيف اکزا سربيتيد استما کي د ويني گا زات نارمل وي لاکن تنفسي الکالوزوسس وي او د اسناخو او شرياني اکسيجن تفا وت زيات وي (***Alveolar Arterial Oxygen Difference A- A - D 02)***
2. په شديد اکزاسربيتيد حالت کي هايپوکسيا وي او شرياني کاربن داي اکسايد نارمل ته راگرځي
3. په تنفسي عدم کفايه کي شرياني کاربن داي اکسايد لوړيږي او تنفسي اسيدوزس وي چي ميکانيکي وينتيليشن ته اړتيا پيدا کيږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. **Eosinophilia**
5. متوسط اندازه **leukocytosis**
6. سيروم **Ig E** لوړ وي

۲ : دسږو وظيفوي تستونه : سپا يرو متريک معاينات په لاندي ډول دي

1- Forced expiroratory volume in 1 second(FEV1)
2- Forced vital capacity (FVC)
3-FEV1/FVC ratio

4-سږو وظيفوي تستونه مخکي او وروسته دبرانکو دايلاتور د تداوي څخه اندازه کيږي . د دوي داندازي څخه دهوايي لارو دانسداد شدت معلوميږي .

5-هغه وخت پوهيږو چي هواي لارو انسداد رجعي دي او دبرا نکو دايلاتور په واسطه ښه والي پيدا شوي چي **FEV1≥ 12%** او ۲۰۰ملي ليتره وي او يا **FVC ≥ 15%** او ۲۰۰ملي ليتره وي

6-په شديد حالت کي هوا په سږو کي بنديږي **Residual volume**زياتيږي او په نتيجه کي **FVC**کميږي

۳- : Bronchial provocation test

1. دا هغه وخت تر سره کيږي چي استما مشکوک وي او د سپايرو متريک معا يناتو په واسطه تشخيص نه شي ، د دي تست تر سره کولو لپاره انشاقي هستامين يا ميتا کولين کارول کيږي ، که **FEV1**د ۶۵٪څخه کم وي نه توصيه کيږي ، ميتا کولين تست هغه وخت مثبت وي چي که ناروغ ته **8mg/ml** او يا کم ميتا کولين توصيه شي **FEV1≥20%** څخه ښکته شي
2. که تست منفي وي ۹۵٪ **negative predictive valume** داستما لپاره ښي .

۴- : دبلغمو معاينه

1. التهابي حجرات وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

۵- دزړه برقی ګراف :

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

داستما اختلاطات:

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

مخنيوي :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

دتداوي مرحلې:

۱ - **مرحله** :انشاقي لنډ تاثیر لرونکي بیتا ۲ اګونست *short acting beta agonist(SABA)*

۲ **مرحله** :که اعراض د *SABA* سره ښه نه شي کم د وز انشاقي کورتیکوستروييد د ورځې*200-800mcg* ورسره یوځایي کیږي . متبادل د وا یي *cromolyn,LTRA,nedocromil, theophylin* دي.

۳ - **مرحله** :ښه دوا يي :کم د وز انشاقي کورتیکوستروييد +اوږد تاثیر لرونکي بیتا ۲ اګونست (*LABA*)یا *metered dose ICS(MDI inhaled corticosteroid)* متباد ل دوا يي کم د وز *ICS+LTRA* یا *theophylin+ziluton*

۴ - **مرحله** :ښه د وا يي :متوسط د وز انشاقي کورتیکوستروييد +اوږد تاثیر لرونکي بیتا ۲ اګونست او متبادل دوا يي کم دوز انشاقي کورتیکوستروييد + *LTRA(leukotrien receptor antagonist) or theophylin* دي .

۵- مرحله:ښه دوا يي لوړ دوزانشاقي کورتیکوستروييد(*LTRA+ICS* او که ناروغ الرژي ولري *omalizumab* هم په نظر کي وي .

۶ - **مرحله**:ښه دوا يي لوړ د وزانشاقي کورتیکوستروييد(*LTRA+oral +ICS corticosteroid* او که ناروغ الرژي ولري *omalizumab* هم په نظر کي وي

درملنه:

دتداوي اهدا ف:

1. د مزمن اعراضو کمول ترڅو ناروغ تمرين وشي کولاې
2. د متکرر اکزسربیشن څخه مخنیوي
3. دشفاخاني دبستریدو څخه مخنیوي

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. دسږو وظیفوي تستونه نارمل یانژدي نارمل کي ساتل
5. National asthma education and prevention program 3(NAEPP 3) داسي وړاندیز کوي چي د دوامداري استما تداوي لپاره اساسي درمل انشاقي کورتیکوستروييد دي .

داستما د درملني لپاره درمل:

داستما د د رملني پلان په د وو کتګوریو باندي ویشل شوي دي .

۱- **RELIEVER DRUGS**:QUICK RELIEVER DRUGS:

دا دواګاني په چټکي سره داستما حمله ارامو ي .

۲ - **CONTROLER**:LONG TERM CONTROL

دادواګاني د اوږدي مودي لپاره ورکول کیږي ترڅو حمله دوامداره توګه کنترول کي وساتي

الف : داوږدي مودي کنترول درملنه

1- Anti inflammatory drugs

Corticostroids: لاندي ګټي لري

1. حاد اومزمن التها ب کموي
2. اعراض کموي
3. هوایي لاري ښه کوي
4. هوایي لاروحساسیت کموي
5. اکزاسربیشن کموي
6. دبیتا ۲اګونست قوت زیاتوي

دکورتیکوستروييد مستحظرات په دوو ډولو پیدا کیږي

۱- انشاقي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

په ټول persistent asthmaکي لومړني درمل دي ،جانبي عوارض يي عبارت دي له ټوخي ،اواز خرابولي ،دخولي اوفرنکس کند ي د يازس ،

۲- سيستيميک :

1. دخولي دلاري :دخولي دکنديدازس لامل کيږي
2. درګ دلاري :سيستيميک عوارض يي عبارت دي له :ادرينا ل دغدي عدم کفاييه ،اوستيوپوريزس ،دپوستکي نري کيدل ،ژرژر وينه بهيد ل اوکترکت ،د دي د رمل داستعمال په وخت همزمان کلسيم ،ويتا مين ډي ورکول کيږي همدارنګه باي فاسفونات هم استعماليږي

د کورتيکوسترويد مستحظرات

1. ميتايل پريد نيزولون :تابليتونه يي ۲،۴،۶،۸،۱۶،۳۲مليګرامه دي .۷.۵-۶۰مليګرامه دورځي يوځل يا يو ورځ بعد توصيه کيږي ترڅو کنترول شي .لنډ کورس (burst coursيي د شد يدي حملي کنترول لپاره ورکول کيږي . يو ورځ بعد يي د اد رينال غدي عد م کفايي لامل نه کيږي
2. پريد نيزولون : ۵مليګرامه تابليتونه ، امپولونه يي 5mg/5ml,15mg/5ml دي د لنډ کورس لپاره ۴۰-۶۰مليګرامه يو ځل يا ۲ کسري د وزونو باندي د ۳-۱۰ورځو لپاره توصيه کيږي .
3. پريد نيزون : ۱، ۲.۵، ۵، ۱۰، ۲۰، ۵۰مليګرامه تابليتونه دي او امپول يي 5mg/ml دي.
4. مخلوط يي : DPI(dry powder inhalation): fluticasone/salmetrol 100mcg/50mcg,250mcg/50mcg,
5. 500mcg /50mcg يو انشاق دورځي ۲ځله داستما شد ت پوري اړه لري.

2-اوږد تا ثير لرونکي برانکوډايلاتور:

۱- mediators inhilar(cromolyn sodium,nedocromil) په لاندي حالاتو کي استعماليږي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

1. خفيف دوامداره استما
2. دتمرين په واسطه پيدا شوي اعراض
3. رسپانس نظر كرتيكوستروييد ته كم وي
4. د كرومولين انشاقي يي په يو پف كي ۸.۰ مليگرامه دي . دوه پفه د ورځي ۴ ځله استعماليږي كي . نيبولايزر يي ۲۰مليگرامه په يو امپول كي دي . يو امپول دورځي ۴ ځله استعماليږي .
5. نيد و كروميل انشاقي يي ۱.۷۵ مليگرامه په يو پف كي دي ۲پفه دورځي ۴ ځله .

۲- **beta 2 agonist**:د تمرين په وخت او دشپي له خوا اعراض وي اغيزمن دی .

اوږد تاثير لرونكي بيتا ۲ اگونست : يوازي نه استعماليږي دبيد سونيد سره يوځايي وركول كيږي. سلميترول په يو بلستر كي ۵۰مايكروگرامه دي د ورځي ۲بلستره استعماليږي

۳- *anticholinergics* دواگاني :اوږد تاثير لرونكي درمل يي *tiotropium*نوميږي ۱۸مايكوگرامه په يو بلستر كي دي دورځي يو بلستر دي .

۴- *phasphodiesterase inhibitors(methylxanthine)*: په دي گروپ كي تيوفيلين شامل دي .هغه وخت توصيه كيږي چي د كورتيكوستروييد سره ځواب ښه نه وي ،دشپي له خوب ښه كوي ،په شديد دوامداره استما كي استعماليږي ،خفيف برانكوديالاتور ،انتي انفلاماتور او اميون موډيلاتور خواص لري ،ددي داستعمال په وخت كي وخت په وخت دسيروم اندازه يي تعين شي ځكه چي د جانبي عوارضو لامل كيږي لكه د سپيپسيا ،گاستروازوفاژيل ريفلوكس ،پروستاتيزم اعراض سرد رد ،اريتميا هايپرگلايسيميا ،هايپو كاليميا او زړه بد والي لامل كيږي

Leukotriene modifeirs -3: لوكيوترين د برانكسونو د سپزم لامل كيږي چي د وه ډوله انتا گونست لري .

Leukotriene receptors antagonist- 1

(c) ketabton.com: The Digital Library

1. **Montelukast 4mg/5mg/10mg** ژوويدونکي ګولي دي چي دشپي له خوا ژول کيږي دځيګر د دندو خرابوالي لامل کيږي

2. **Zafirlukast 10mg/20mg** تابليتونه يي دي چي ۴۰ملي ګرامه يوځل يا ۲۰ملي ګرامه دوه ځله خوړل کيږي

2- 5- lipogenase inhibitor

zileutone-۶۰۰ملي ګرامه تابليتونه دي چي د ورځي ۴ ځله خوړل کيږي . دځيګر د دندو خرابوالي لامل کيږي **ALT**لوړيږي

4-*Desensitization*الرژيک حساس ناروغان اميونوتراپي شي.

5- *Immunmodelators* ددي مستحظر *omalizumab* دي دا کورتيکوسترويد د رملني ته ضرورت کموي

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

*-oral sustained –released beta 2 agonist*متفرقه دواګاني : که اعراض د شپي له خوا شد يد وي د خولي دلاري دوامداره ازاديدونکي بيتا ۲ اګونست ورکول کيږي

ب: چټک ارامونکي درمل:مهم چټک ارامونکي درمل:

۱- لنډ تاثيرلرونکي برانکودايلا تور :

۱- بيتا اد رينيرجيک انتا ګونست: دبيتا ۲ادرينير جيګ اګونست دواګاني په لاندي ډول دي .

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

   i. *Albuterol CFC 90mcg/puff,200puff/canister*
   ii. *Albuterol HFA 90mcg/puff,200puff/canister*
   iii. *Pirbuterol CFC 200mcg/puff,400puff/canister*
   iv. *Levalbuterol HFA 45mcg/puff,200puff/canister*

2. نيبولايزر محلولونه:

   1. *Albuterol 0.mg/3ml ,1.25mg/3ml ,2.5mg/3ml ,5mg/3ml*
   2. *Levalbuterol 0.31mg/3ml ,0.63mg/3ml ,1.25mg/3ml*

(c) ketabton.com: The Digital Library

نیبو لایزر کیداي شي چي د budesonide or cromolyn or ipratropium سره مخلوط وي

۲- : انتي کولینیرژیک دواګاني په لاندي ډول دي .

1. انشاقي MDI (metered dose inhaler) :
   i. Ipratropium bromide HFA 17mcg/puff ,200puff/canister 3puff/6hours
2. نیبولایزر 0.25mg/ml /6hrs
3. مخلوط انشاقي :
   a. (ipratropium bromide 18mcg/puff + albuterol 90mcg/puff 200puff/canister
4. مخلوط نیبولایزر :
   a. Ipratropium brpmide 0.5mg/3m + albuterol 2.5mg/3ml

۳- سیستیمیک کورتیکوسترویډ :

1. Methyl prednisolone 2,4,6,8,16,32mg tablets(40-60mg/D or /12hours
2. Prednisolone (5mg tablets) or 5mg/ml,15mg/5ml
3. Prednisone(1,2,5,10,50mg tablets or 5m/ml

۴- انتي بیوتیک :وایرسونه او بکتریاګاني داکزاسربیتید لامل کیږي .

۵- **phasphodiesteres inhibitors** : *methylxanthine* په اکزاسربیتید حالت کي نه ورکول کیږي .

متکرر ارزیابي: ناروغ هغه وخت دروغتون څخه رخصت شي چي اعراض کم یا ورک شي او FEV1 ۶۰٪ او یا زیات شي. یوشمیر کم ناروغان دتداوي سره نه ښه کیږي ، داناروغان دتنفسي عدم کفائي لپاره ولټول شي او میکانیکي انتبیوشن شي

انتي بیوتیک په لاندي حالاتو کي ورکول کیږي:

1. ټوخي اوساه لنډي زیا ت شي
2. بلغم زیات او خیرن شي
3. دسیني په اکسري کي انفلتریشن پیدا شي

(c) ketabton.com: The Digital Library

دناروغي کنترول ارزيابي:دتداوي په جريان کي ناروغ ارزيابي کيږي که چيري ناروغ ښه شوي نه وي دتداوي يومرحله پورته کيږي او په ناروغ کي د محيط سره تماس کنترول ،نورضميموي ناروغي لټول کيږي. که چيري ناروغي کنترول شوي وي تداوي يو مرحله ښکته کيږي کم ترکمه تر د ري مياشتو پوري تعقيبيږي.

انزار :

که داستما سره نور ضميموي ناروغي يوځاي وي دناروغي انزار خراب وي ،که ناروغي ځانته وي اوژر درملنه پيل شي دناروغي انزار ښه وي .حملوي استما په تيره ماشومانوکي انزار ښه وي په داسي حال کي دځنډني استما انزار خراب وي . داتوپيک استما پيښي په اوړي کي زيات وي او دځنډني استما پيښي په ژمي کي زيات وي .

STATUS ASTHMATICUS

تعريف : دبرانکوسپزم شديد او دومداری حالت څخه عبارت دی چی حمله دناروغ په واسطه ددوا استعمال له امله کنترول نه شی .

کلنيکی لوحه :

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

1- خفيف اکزاسربيشن :

1. اعراض او علايم خفيف وي ، *EV1>80%*، په کور کي تداوي کيږي
2. لنډ تاثير لرونکي انشاقي بيتا ۲ اګونست توصيه کيږي هر ۳-۴ساعته بعد د وز يي تر ۲۴-۴۸ساعتو پوري لوړيږي
3. انشاق کورتيکوسترویيد نه ورکول کيږي ،که مخکي اخيستي وي بيا د ۷ورځو لپاره دخولي دلاري د ورځي ۰.۵-۱.۰ملي ګرام ورکول کيږي

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. که انشاقي کورتیکوستروییډ تاثیر ونه کړي او مخکي ورکول شوي نه وي د وز یي دوه چنده کیږي

2-متوسط اکزاسربیشن :

1. په چټکي سره هایپوکسیا او هوایي لاري تنګوالي اصلاح شي
2. د هوایي لاري تنګوالي د انشاقي لنډ تاثیر لرونکي بیتا ۲اګونست اوسیستیمیک کورتیکوسترویي سره ښه کیږي
3. د FEV1 ښه کید و سره ناروغ ته په کور کي تداوي شي او دتداوي لپاره تعلیم ورکړل شي ترڅو خپله ناروغ ځان کنترول کړي

3- شدید اکزاسربیشن:

۱- اوکسیجن : د اکسیجن مشبوعیت د ۹۰٪ او فشار يي د ۶۰ملي متر سیما بو څخه لوړ وساتل شي ځکه چي اسفا کزیا د هایپوکسیا مهم لامل دي

۲- انشاقي لنډ تاثیر لرونکي بیتا ۲ اګونست :په لومړي دري ساعتو کي MDI(metered dose inhalation) یا نیبولایزر په ډول ورکړل شي وروسته دښوالي دپیدا کیدو سره انشا قي توصیه شي

۳-اپرا تروپیوم بروماید په متوسط اوشدید استما تداوي کي د انشاقي لنډ تاثیر لرونکي بیتا ۲ اګونست سره یو ځایي کیږي.

۴- سیستمیک کورتیکوستروئید :

۵- وریدي مګنیزیم سلفات : ۲ګرامه درګ دلاري د ۲۰دقیقو په موده کي په مقاوم حا لت کي توصیه کیږي

۶- میوکولایتیک دواګاني نه توصیه کیږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA (CAP) په ټولنه کي پيداشوي نمونيا

تعر يف :

دسږو د پرانشيم حاد التهاب څخه عبارت دي چي دلاندي حالاتو سره يو ځا يي وي.

1. دحاد انتان اعراض وي
2. دسيني په راد يوګرافي کي دحاد انتان انفلتريشن وي
3. په اصغا کي د نمونيا نښي وي
4. داعراضو پيل څخه د۱۴ورځي مخکي اويا د دي څخه زيا ته موده کي ناروغ په روغتون کي بسترشوي نه وي
5. مهم لامل يي ستروپتو کوک نمونيا دي

اپيديمولوژي او پيښيدل :

CAP يو معمول ناروغي دي چي په کال کي ۵-۴ ميلونه پيښي يي په متحده امريکا کي تشخيصيږي چي ددي څخه ۲۵٪ يي په روغتون کي بستريږي .په امريکا کي دمړيني اتم لامل دي . په خفيف ناروغانو کي چي بستر شوي نه دي دمړيني اندازه د ۱٪ څخه کم دي .په روغتو ن کي دمړيني اندازه په کال کي نژدي ۱۲-۱۰٪ دي خو د ۶۵کلني څخه پورته عمر کي په کال کي دمړيني فيصدي ۴۰٪ ته رسيږي .

دکپ لپاره خطري فکتورونه: عبارت دي له:

۱- زاړ ه کسان ۲- الکوليزم ۳- سګرټ اخکل ۴- استما ۵- معافيت مغلوب کسان ۶- شکري ناروغان ۷- دسږو مزمن انسدادي ناروغي ۸- اکلور هايدريا ۹- مزمن ضعيفونکي ناروغي ۱۰- ليوتتوب ۱۱- اختلا جات ۱۲- دبلع تشوشات ۱۳- انتوبيشن ۱۴- نازوګاستريک تيوب

(c) ketabton.com: The Digital Library

دتنفسي سيستم د فا عي ميكا نيزم :دا ميكا نيزمونه لاتديني تنفسي سيستم د انتا ناتو ځخه ساتي :

۱- د ټوخي عکسه ۲- ميکو سيلا ري کيلا رانس سيستم ۳- اميون غبر ګون

د کپ اسباب :

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

2-5% - TWO OR MORE CAUSES

كلينيكي لوحه :

اعراض:

الف - عمومي اعراض: ۱- تبه – تبه ۴۹-۳۹ درجي وي چي دلرزي سره يوځاي وي .۲- دسر او دبدن درد ۳- کانګي ۴- دماغي خړپړ تيا په تيره زړو کي .

ب- تنفسي اعراض – ساه لنډي ،ټوخي (لومړي وچ وي وروسته بلغم داره کيږي او وينه لرونکي چي د زنګ وهلي (Rusty sputum) په نوم وي .

ج- پلورايي اعراض- دسيني موضعي درد وي چي د ټوخي ،ژور تنفس او حرکت سره زياتيږي .

علايم :

(c) ketabton.com: The Digital Library

الف – عمومي علايم – ناروغ ناروغ ښكاري ،تنفس اونبض يي چټک وي ،لوړه درجه تبه وي ،پوستكي سور وچ وي ، په شوندوكي هرپس وي (herpes labialis) ۳-۲ ورځي وروسته دتبي څخه پيدا كيږي .

ب- تنفسي علايم :

تفتيش- ماوفه طرف په تنفس كي برخه نه اخلي تنفسي حركات كم وي .

جس- vocal fremitus لوړ وي .

قرع – dullness وي .

اضغا – تنفسي اوازونه ښكته وي ،تنفسي اوازونه برانكيل وي ، vocal resonance لوړ وي ، fine crepitation اوريدل كيږي .د نقاهت په دوره كي coars crepitation اوريدل كيږي .

تشخيص :

تشخيص دكلينيكی لوحی ،تاريخچی اوفيزيكی معاينی په واسطه كيږی .

لابراتواري پلټني :

الف :**دبلغمو معاينه** – ۱- ګرام ستېين : د دي معاينه په واسطه دمشخص انتان لپاره مشخص انتي بيوتيک توصيه كيږي .دديمعايني حساسيت ۶۲٪ او وصفيت يي ۸۵٪ دي .

۲- **دبلغموكلچر او حساسيت** : دبلغمو كلچر په واسطه د دانتي بيوتيک په وړاندي دانتان حساسيت او مقاومت معلوميږي . دبلغموكلچرهغه ناروغانوته چي دبستر وړ نه دي نه تر سره كيږي .

ب: **دسيني راديوګرافي** : ۱- دا دناروغي په تشخيص او اختلاطاتو(پلورال ايفوژن او امپيما) په تعينولو كي مرسته كوي .۲- راديولوژيک بدلونونه ۱۲-۱۸ ساعته وروسته پيل كيږي . دسيني راديوګرافي د ۶اوني په موده كي

(c) ketabton.com: The Digital Library

نارمليږي.۳- دسيني په راديوگرافي کی patchy او homogenous opacity په اخته طرف کې وي .

ج: دويني معاينات – دويني سپين حجرات د 15000/ml څخه لوړ وي ESR>100min. په اول ساعت کې زيات وي .

ح: دويني کلچر –داپه شديد نمونيا کې مخکې دانتي بيوتيک دپيل څخه تر سره کيږي ،په ۲۵-۲۰٪ستروپتوکوک نمونيا ناروغانو کې مثبت وي .

خ: سيرولوژيک تستونه – ۱- pneumococcal antigen test دبلغمو ،تشومتيازو او سيروم سيرولوژيک تستونه نظردبلغمو او ويني کلچر ته ۴-۳ ځله حساس ازموينه ده .۲- سيرولوژيک تستونه دغيروصفي نمونيا (mycoplasma ,legionella, Chlamydia ,viral infection) . که دانتي بادي تايتر ۴چنده لوړ شي دنوي انتان ښودونکي دي .د legionella, لپاره direct fluorescent antibody stain ترسره کيږي .

د : دشرياني ويني دگازاتو اندازه کول –

درملنه :

الف- عمومي اهتما مات :۱- دپلورايي درد لپاره زرقي pethidine 50-100mg يا زرقي مورفين ۱۵-۱۰مليگرام .NSAIDsدرمل لکه تابليت dolobid دورځي دوه ځله يا تابليت پونستان فورت دورځي دري ځله توصيه کيږي .

۲- اکسيجن : ټول هايپوکسيک ناروغانو ته ترهغه ورکول کيږي چي د اکسيجن غلظت د ۶۰ملي متره سيماب څخه پورته وساتل شي .

۳- مايعات : مايعات دخولي دلاري يا درگ دلاري د ديهايدريشن (دتبي او دتنفسي ريټ زياتوالي له کبله) داصلاح لپاره ورکول کيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

۴- cough suppressant : دټوخي دغلي کولو لپاره شربت فول کودين دوه قاشوغي دورځي دري ځله ورکول کيږي .

ب: انتي بيوتيکونه – دنموکاکل نمونيا تر سرليک لاندي تشريح شوي .

streptococcuspneumonia(pneumococcal pneumonia)

تعريف : مخکی تری یادونه شوی .

اپیدیمولوژي او پیښندل :مخکی تری یادونه شوی

دانتان دخپريد و لاري:

انشاقي (د منتنو ځاځکو انشاق)

اسپيريشن (داورو فرنکس انتنا ناتو له کبله ستروپتوکوک نمونيا)

دويني دلاري (دسږو څخه دباندي ځايي څخه د ويني دلاري سږو ته د انتان راتګ لکه ستا فيلو کوک)

نژدي انساجو څخه (دګا ونډ ي انساجو څخه لکه نيغ په نيغه د ترخيل انتوبيشن په وخت کي

پتا لوژي:

انتان دانشاق يا اسپيريشن دلاري د پورتني تنفسي لاري څخه اسناخو ته رسيږي هلته تکثر کوي اوالتهابي عمليه پيل کوي چي په نتيجه کي پروتيني مايع توليد يږي چي د انتا ن لپا ره زرعيه محيط برابريږي چي په لاندي ډ ول دپتالوژي سبب کيږي

1. لومړي صفحه : کنجيسشن : په دي صفحه کي لاندي پتالوژيک بدلونونه وي : ۱- مصلي اکزودات وي۲- د رګونو پړ سوپ۳- دبکتريا و تکثر
2. دويم صفحه : red hepatization :۱- سږي د ځيګر پشان سختيږي او سور رنګ نيسي او جامد ښکاري ۲- هوايي لاري د پي ام ان

(c) ketabton.com: The Digital Library

حجراتو په واسطه ډ ک شوي وي ۳- رګونه احتقاني وي ۴- سره حجرات د رګونو څخه باندي راوځي .

3. د ریم صفحه : gray hepatization : ۱- التهابي حجرات وي ۲- سپین حجرات وي ۳- سره حجرات وي ۴- فبرین وي

4. ځلورم صفحه : Resolution اکزودات ښه کیږي

کلینیکی لوحه :

اعراض او علایم :

1. تبه یا ها یپو تر میا وي
2. وچ یا بلغم لرونکي ټوخي وي
3. وینه لرونکي بلغم وي(rusty sputum)زنګ وهلي بلغم
4. دسیني پلورایي دردونه وي
5. عضلي درد ونه وي
6. کسا لت وي
7. ستو مانتیا وي
8. هضمي سیستم اعر اض وي
9. سا لنډ ي وي
10. crepitationاوریدل کیږي
11. Egophony اوریدل کیږي
12. bronchial breath sounds اوریدل کیږي
13. سږي په قرع سره ډ ل وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواری معاینات :

هغه ناروغان چي د بستر وړ نه دي تشخیصه تستونود اتتان دتشخیص لپا ره اړتیا نشته ځکه چي د وي پراخه اغیزه لرونکي انتي بیوتیک اخلي ،او که چیري دسفر او یا داتتان سره د تما س تاریخچه و لري بیا تستونه تر سره شي

تشخیصه تستونه هغه وخت اجرا کیږي چي ناروغان د بستروړ وي ، ناروغي یي شد ید وي او د د وا په مقابل کي ځواب نه وي.د ري مهم معاینات اجرا کیږي

۱- د بلغمو ګرام ستین معاینات

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

۳- Rapid antigen detection test for influenza

دبلغمو ګرام ستین معا ینا ت د ستروپتو کوک نمونیا لپاره نه حساس دي او نه وصفي یوازي د متیسیلین په مقابل کي مقاوم ستا فیلوکوک او ګرام منفي انتاناتو لپاره اجرا کیږي

دتشو متیازو انتي جن تست د سترپتو کوک او لیوجینیلا لپاره د بلغموګرام ستین اوکلچر معاینې په شان لږ حساس او وصفي دي دا تست ژر اجرا کیږي او د د وا مقدم شروع په نتیجه با ندي اثر نه لري . دا تست د نمو کوک انتان لپاره هغه وخت توصیه کیږي چي ناروغ لوکو پینیا ولر ي ، توري نه وي ،شراب څکي ،دځیګر مزمن ناروغي ولري ،پلورال ایفوژن ولري او ICUکي بستر وي .د لیوجیونیلا لپاره هم په دي حالاتو کي توصیه کیږي

د ویني ګازاتو معاینه (اکسیجن غلظت)

دویني بیو شیمیک معاینات (ګلوکوز، د پښتورګو وظیفو ي تستونه ، د ځیګر وظیفوي تستونه)

د ویني بشپړ شمیرنه ا و ډ یفیرینشل معاینات

(c) ketabton.com: The Digital Library

د AIDS لپاره معا ينات

Procalcitonin: دا دکالسيتونين پيش قدمه ماده ده چي دبکتريا دتوکسين په مقابل کي ازاديږي او دوايرس په واسطه نهي کيږي ، دهمد ي مادي په اساس وايروسي او بکترياي انتا ن سره تفريق کوو :يعني دپورتني تنفسي لاري انتان وايرس او دښکتني تنفسي لاري انتان بکتريا دي .

دسيني راد يو ګرافي :د سيني د راديو ګرافي تشخيصه ارزښت په لاندي ډول دي ۱ - تشخيص وضع کوي ۲- انزار معلوميږي ۳- د تد اوي رسپانس تري معلوميږي ۴- نوري ناروغي رد يږي ۵- د سبب په تشخيص کي کم مرسته کوي

دسيني را ډ يو ګرافي د patchy انفلتريشن څخه تر لوبولار ، منتشر الويلار او انټر ستيشيل opacity (کثافت) تغير ا تو پوري وي

را ډ يو لوژ يک ښه والي د ۶ هفتو او يا زياته موده کی څر ګند يږي

ښه والي په ځوا نانو ، سګر ټ نه څکونکي کي او يو لوب اخته کسانو کي ژر وي

بل ښه تشخيصه تست د سيني CT scan دي

مخکي د تداوي څخه د ويني کلچر تر سره شي

که ناروغ پلورال ايفوژن ولري د پلورا ما يع د ګلوکوز ،HDL ،مجموعي پروتين ،لوکوسيت شمير او ډ يفيرينشيل،مايع PH او کلچر لپاره ماينه شي .که د ما يع کلچر مثبت وي توراکوستومي د ريناژ اجر اشي .که چيري کا ويتي موجود وي بلغم بايد د فنګس او تبرکلوز لپاره کلچر شي .

سيرولوژيک تستونه پي سي ار او نور تستونه د ايروسونو ليوجيونيلا لپاره اجرا شي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

اختلاطات:

داخل الصدري:

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

تشخیص :

دتاریخچی ،کلینیکی لوحی او لابراتواری معایناتو په واسطه کیږی .

تفریق تشخیص:

1. دسږو انفارکشن:تبه ،ټوخي ، وينه لرونکي بلغم او دامبولي منشه موجود وي
2. دسږو یا پلورا تبرکلوزس
3. دسږو ازیما :تبه نه وي او د زړه ناروغي مثبت وي
4. صفراوي کڅوړي التهاب

(c) ketabton.com: The Digital Library

5. د معدي ثيري شوي زخم
6. دحجاب حاجز څخه لاندي ابسي
7. حاد پانکراتایتس -8 امويبک هيپاتيتس

تدا وي :

د روغتون څخه دباندي درملنه :

١- هغه ناروغان چي مزمن ضميموي ناروغي ونه لري ، اود ٣ ميا شتومخکي په موده کي انتي بيو تيک يي اخيستي نه وي .

Macrolides:مکروليد دواګاني عبارت دي له :

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

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

هغه نا روغان چي مزمن نا روغي لري (دسږو، د زړه ،ځیګر پښتورګي مزمن ناروغي ، دشکري ناروغي ،شرابي ،سرطان ،طوري ونه لري ،معافيت مغلوب کسان ، معا فيت ځپونکي د رمل اخيستونکي) . او يا د ري ميا شتو مخکي په موده کي انتي بيوتيک يي اخيستي وي :

1. تنفسي فلوروکينولون (moxifloxacine 400mg/Dد خولي دلاري . Gemfloxacine 320mg/D دخولي دلاري .Levofloxacine 750mg/D دخولي دلاري) . او يا : مکروليد (پورته پشان) +**beta lactam**
2. **Beta lactam** : بيتا لکتيم دواګاني عبارت دي له :
    1. (amoxicillin 1gm/ 8hrs
    2. amoxicillin- clavulanate 2gm/12hrs دخولي دلاري
    3. cefpodoxime 200mg/D دخولي دلاري

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. Cefuroxime 500mg/12hrs دخولي دلاري
5. Cefotaxime 1-2gm/ 4-12hrs IV
6. Ceftriaxone 1-2gm/ 12-24hrs IV

۳- په هغه ځایونو کي چي مکرولید په مقابل کي مقاومت وي د ۲شماري په ډول تداوي کیږي

هغه ناروغان چي د روغتون په وارد کي بستر دي نه په بیړني څارني یونټ کي (ICU).

1. تنفسي کینولون (پورته درمل اویا سپروفلوکزاسین -8 / 400mg 12hrs) د خولي یا رګ دلاري
2. او یا : مکرولید + بیتا لکتیم (د پورته پښان دخولي دلاري اویا درګ دلاري)

هغه ناروغان چي پهICU(بیړني څارني یونټ) کي بستر دي

- **Azithromycine** لومړي ۵۰۰ ملیګرامه دخولي دلاري وروسته ۲۵۰ملي ګرامه د۴ ورځو لپاره اویا دورځي ۵۰۰ملي ګر امه د۳ ورځو لپاره .او یا
- تنفسي فلوروکینولون (جمع) دیو انتي نموکاکل بیتا لکتیم سره (cefotaxime,ceftriaxone, or ampicillin- sulbactam 1.5-3gm/6hrs
- Azithromycine or FQ + beta lactam)
- هغه ناروغان چي د بیتا لکتیم سره حساسیت لري (FQ+Aztreonam 1-2gm/6-12hrs

هغه ناروغان چي د سود وموناس انتان ترخطر لاندي دي

(دسږو، د زړه ،ځیګر پښتورګي مزمن ناروغي ، د شکري ناروغي ،شراب ،سرطان ،توري ونه لري ،معافیت مغلوب کسان ، معا فیت

(c) ketabton.com: The Digital Library

ځپونکي د رمل ا خيستونکي) .او يا د ري مياشتو مخکي په موده کي انتي بيوتيک اخيستي وي

- **Antipseudomonal beta lactam**

1. Pipracilline- tazobatam 3.5-4.5 gm/6hrs IV
2. Cefepime 1-2gm/12hrs IV

دهغه ناروغانودرملنه چي په ICU كي بستر دي او د سود وموناس انتان ترخطر لاندي دي په لاندی ډول دی :

1. Imipeneme 0.5- 1gm/6-8hrs IV
2. Meropenem 1gm/8hrs IV
3. An antipneumococcal , an antipseudomonal beta lactam+ ciprofloxacine 400mg/8-12hrs or levofloxacine
4. Beta lactams **+** an aminoglycoside (gentamycine,tobramycine,amikacine)**+** azithromycine **or** FQ Methicilline resistance staphylococc (above + vancomycine or linezolid 600mg/12hrs

د تداوي دناكامي لاملونه:

1. مايكروبيا لوژيک تشخيص غلط وي
2. د انتي بيوتيک انتخاب اودوزغلط وي
3. د دوا په وړاندي حساسيت وي او يا جانبي عوارض وي
4. انتاني اختلاطات وي لكه (امپيما ، ميتا ستا تيک انتان وي،پارانمونيک ايفوژن وي ،بل انتان يوځايي شوي وي،اتيلكتازس وي
5. دبدن د فاعي حالت ضعيف وي
6. ځوانتانات يوځايي شوي وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنیوي:

1. سګرټ بند شي
2. دنموکوک او انفلوانزا لپا ره واکسین په لاندي حالاتو کي وشي
   a. معا فیت ښه وي خو دناروغ عمر ۶۵ کا له اویا زیات وي
   b. مزمن ناروغي ولري
   c. معا فیت مغلوب وي خو عمر د ۶۴کاله یا کم وي

په روغتون کي د بستر استطبابات :

1. عمر د ۶۰ کالو څخه زیات وي
2. داستما ناروغي ولري
3. دسږو مزمن انسدادي ناروغي ولري
4. ستروييد يا برانکو دايلاتور استعمالوي
5. ځنډ ني ناروغي ولري **(DM,cancer,renal and cardiac disease)**
6. **WBC<5000**
7. نور انتانا ت وي لکه **(staphyllococc,anairobic infection,G-)**
8. سګرټ زيات څکي
9. تقحيبي اختلاطات ولري **(empyema,meningitis,endocarditis,arthritis)**
10. د خولي دلاري د رمل خوړلي نه شي
11. **RR >30/mint, HR>140/mint,SBP<90mmHg,paO2<60,**
12. شعوري حالت خراب وي
13. دروغتون څخه دباندي درملنه مشکل وي
14. پراخه راډيولوژيک بد لونونه وي
15. ډ ير معافيت ځپلي وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

ورځي پوري تداوي شي .د تداوي د وام موده په لاندي حالاتو پوري اړه لري ۱- دناروغي شد ت پوري ۲- د انتا ن نوعيت پوري ۳- تد اوي په مقا بل كي ځواب پوري ۴- اختلا طا تو پوري ۵- ضميموي ناروغي پوري

د كلنيک له نظره خراب انز ار:

1. RR > 30
2. ميخانيک تهويه ته ضرورت وي
3. څو لوبه اخته شوي وي
4. فشار ښكته وي
5. فشار لوړونكي د رمل ته اړتيا وي
6. وليګو يوريا وي
7. شعوري حالت خراب وي
8. دسږو نوري ناروغي وي

د لابراتوار نظره خراب انزار:

1. **Hypoxia(pao2<8kpa)**
2. **Leukepenia(wbc<4000/mm2)**
3. **Leukocytosis(>20000/mm2)**
4. **Serum urea>7mmol**
5. **Postive blood culture**
6. **hypoalbumnemia**

CURB 65 Rules اود نمو نيا د تداوي ځاي :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

CURB 0 or 1

کور کي تداوي شي

CURB 2

لنډ ي مودي لپاره روغتون کي بستر شي

CURB 3

روغتون وارد کي بستر شي

CURB 4 or 5

ICUکي بستر شي

Pneumonia severity indix(PSI)

Major criteria -1

1. میخانیکي تهو يي ته ضرورت ولري
2. سپتیک شاک کي وي او وازوپریسور ته ضرورت وي

Minor criteria -2

1. Confusion/disorientation
2. Blood urea nitrogen ≥ 20 mg%
3. Respiratory rate ≥ 30 / min
4. temperature < 36ºC
5. Severe hypotension
6. PaO_2/FiO_2 ratio ≤ 250
7. Multi-lobar infiltrates
8. WBC < 4000 cells
9. Platelets <100,000

(c) ketabton.com: The Digital Library

Hospital Acquired Pneumonia (HAP)

په روغتون کي پيدا شوي نمونيا

pneumonia Nosocomial

اپیدیمولوژی :

1. HAP: Hospital-acquired pneumonia
   a. په روغتون کي وروسته د وو ورځو اويا په زيا ته مود ه کي پيدا شي
2. VAP: Ventilator-associated pneumonia
   a. د ترخيال انتيو بيشن څخه وروسته د ۴۸ ساعتو په مود ه او يا زيات د دي څخه پيداشي
3. HCAP: Healthcare-associated pneumonia

هغه کسانو کي پيدا کيږ ي چي صحي کارونو کي بوخت وي لکه هيمو يا لايزس ، د زخم پانسمان کونکي کي او داسي نور . دا په ټولنه کي په هغه کسانو کي چي صحي خد مات کوي .

تعريف :

1. نمونيا د شفاخاني د بستريد و څخه ۴۸-۷۲ وروسته پيدا کيږي
2. ناروغ تبه اوبلغم لرونکي ټوخي لري
3. په وينه کي سپين حجرات لوړ وي
4. د سيني په راډيو لوژي کي نوي ارتشاحات پيدا کيږي
5. د ترخيا او برانکسونو افرازات خيرن وي
6. انتا ن په روغتون کي دداخليدو پرمهال نه وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

پتوجینیزس :

دلاندي فکتورونو په واسطه کولاي شو چي HAPاو CAPسره تفريق کړو:

1. هاپ د مختلفو انتاناتو له کبله پيد اکيږي
2. په هاپ کي د دوا په مقابل کي مقاومت ژر پيدا کيږي
3. په هاپ کي د ناروغ لومړني صحي حا لت داانتان د شد ت د زيا توالي لامل کيږي .

1. د تنفسي لاري د تداوي ساما نونه له کبله خطري فکتورونه :
   a. ميخا نيکي تهو ي ساما نونه
      i. د احياي مجد د او سپا يرو ميتري منتن سامانونو له کبله
      ii. دتنفسي لاري د سکشن په وخت کي
      iii. نيبولايزشن دلاري
   b. هغه خطري فکتورونه چي په خولي اوفرنکس کي داانتا نا تو د توليد و لامل کيږي :

۱- غير شعوري حالت وي – ۲- ها يپوتنشن وي ۳- پښتورګو عد م کفا يه ۴- لوکو سا يتوزس ۵- دسږو مزمن انسدادي ناروغي ۶- شرابي ۷- روغتون کي داوسيد و موده ۸- تغذ يوي حالت ۹- انتي بيوتيک په واسطه درملنه ۱۰- انتوبيوشن ۱۱- په بيړني مراقبت خونه کي بستر وی.

هغه خطري فکتورونه چي په معده کي داانتا نا تو د توليد و لامل کيږي عبارت دي له : ۱- زاړه کسان ۲- Achlorhydria. - ۳ Antacids and H2 blockers. ۴- پي پي آي استعما لول ۵- دمعدي په محتوياتو کي د مزد وج بيلوروبين زيا تولي ۶- سکرالفت دمعدي په اسيد باندي لږ اغيزه لري

هغه خطري فکتورونه چي داسپير يشن لپاره خطري دي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

1. دشعور خرابوالي چې د تروما يا خوب راوړونکي دواګانو له کبله وي
2. Nasogastric intubation
3. ستون ستا غ ملاسته
4. Endotracheal tube

د HAP اسباب :

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

کلنيکي لوحه:

معمول کلنيکي لوحه عبارت دي له : ۱- ټوخي ۲- تبه اولرزه ۳- دسيني پلورايي د رد ۴- ساه لنډي ۵- بلغم شتون ۶- اسهالات ،کانګي او زړه بد والي

فيزيکي معاينه :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخيص :

1. ۲۰٪ کي دويني کلچر مثبت وي ،سمپل د د وومختلفو ځا يونو څخه واخيستل شي
2. دويني ګازات معاينه شي که اکسيجن ضرورت وي توصيه شي
3. د ويني بشپړ معاينات او بيوشيميک معاينات د ومره ارزښت نه لري
4. د سيني راډيو لوژيک هم وصفي نه دي
5. که پلورال ايفوژن وي ما يعات يي معاينه شي
6. د بلغمو کلچر اوګرام ستين معاينات نه حساس دي او نه وصفي .

مخنيوي:

1. ناروغ سره دتما س څخه وروسته لاسونه ووينځل شي
2. د خطر لاندي کسا نو ته د نموکوک او انفلو انزا واکسين وشي
3. مقاوم نا روغان تجر يد شي
4. سامان الات پا ک شي

درملنه:

۱- که د انتان د مقاومت خطر د څو د رملو په مقا بل کي لږ وي نو يودلاندي دواګانو څخه ورکول کيږي :

1.	IV	1-2gm/12-24hrs	Ceftriaxone
2.	orally	320mg/d	Gemfloxacine
3.	IV or orally	400mg/d	Moxifloxacine
4.	IV or orally	750mg/d	Levofloxacine
5.	IV or orally	400mg/8-12hrs	Ciprofloxacine
6.	IV	3.375-4.5gm/6hr	Pipracilline- tazobactam
7.	IV	1gm/d	Entapenem

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

۲- كه د انتان د مقاومت خطر د ځو د رملو په مقا بل كي زيا ت وي دلاندي كتګوريو څخه يو دوا وركول كيږي :

i. Antipseudomonal antibiotic

ii. iv 1-2g /12hrs Cefipime

iii. IV 1-2gm/8hrs Ceftazidime

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

v. IV 1gm/8hrs Meropenem

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

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

دويمي انتي سود ومونا ل دواګاني :

i. iv 750mg/d Levofloxacine

ii. iv 400mg/8-12 hrs Ciprofloxacine

iii. Gentamycin,amikacin, tobramycin

iv. د متيسيلين په وړاندي مقاوم سودوموناس

v. Vancomycin

vi. Linezolid 600mg/12hrs iv

(c) ketabton.com: The Digital Library

BRONCHIECTASIS

تعر یف:

برانکيکتازس یو ولادي یا کسبي ناروغي دي چي د لو یو برانکسونو د د یوال په دایمي نه ګرځيدونکي توسع اوتخريب باندي متصف دي

اسبا ب:

١ - انتا نا ت : ١- بکتريا يي نمونيا .٢- تبر کلوز.٣- توره ټوخله.۴- شري .۵- انفلو انزا

٢ - د نړ دي هوايي لارو ا نسداد : ١- د اجنبي جسم اسپيريشن .٢- د هوايي لارو سليم تومورونه

٣- د کوربه دفاعي ميکا نيزم خرابوالي

- Ciliary dyskinesia (Kartagener's syndrome)
  1) **situs inversus**
  2) **bronchiectasis**
  3) **sinusitis**
- Humoral immunodeficiency

4- ولادي تشوشات : ١- Cystic fibrosis. ٢- α1- Antitrypsin deficiency

غير انتاني اسباب : **Yellow nail syndrome**:

1. bronchiectasis
2. lymphedema
3. pleural effusion
4. yellow discoloration of the nails

Pathogenesis :

د سببي عامل له کبله په کوچني او متوسط هوايي لارو کي دالتهاب له کبله دبرانکسونوپه دننه کي دنتروفيلونو څخه التهابي ميډياتورونه افرازيږي ، دا ميډياتورونه دبرانکسونو الاستين ،غضروف او عضلات تخريبوي چي په نتيجه کي دبرانکسونو دغير رجعي توسع لامل کيږي .په

(c) ketabton.com: The Digital Library

التهابي ساحه کي مکروفاژونه او لمفوسایتونه تولیږي چي دمخاطي جدار دپلنوالي لامل کیږي دغه پلنوالي دهوايي لارو دانسداد لامل کیږي چي د سږو دوظيفوي دندو دخرابوالي لامل کیږي . کله چي ناروغي پرمختګ وکړي په هوايي لارو کي او دسږو په پرانشیم کي فايبروزس مینځته راځي ، دهوايي لارو پاکیدل خرابیږي . دانسدادي ساحي په خلف کي دافرازاتو دتولیدو له امله انتاناتو ته زمینه مساعدیږي چي نورهم د برانکسونو دتخریباتو لامل کیږي .

پتا لوژي:

۱- د برانکسونو توسع او تخریب .۲- د هوايي لاري داپیتیلیوم تخریب .۳- د ويني د کپیلاریو توسع او هایپر پلا زیا

دبرانکیکتازس ډولونه: ۱- **cylindrical bronchiectasis**: اخته برانکس توسع کوي او دافرازاتو پواسطه بند یږي . ۲- **varicose bronchiectasis**: اخته برانکس غیر منظم توسع کوي چي د وریدي واریکوز پشان ښکاري . ۳- **saccular (cystic) bronchiectasis** : برانکس د بالون پشان ښکاري.

کلنیکي لوحه:

۱- زیات مقدار بد بویه خیرن بلغم .۲ - مزمن ټوخي .۳- وینه لرونکي بلغم . ۴- متکرر نمونیا .۵- سیستمیک اعراض(تبه او وزن کمیدل) .۶- د سږو په فیزیکي معاینه کي دناروغي په مقد م حالت کي سږي نارمل وروسته کریپیتیشن اورید ل کیږي .۷- انیمیا .۸- دناروغي په وروستي وخت کي لاندي حالات پیدا کیږي لکه ۱- د ګوتو ګلابینګ .۲- امفزیما .۳- کور پلمونل .۴- ښي زړه عدم کفاییه .۵- امیلو ایو د وزس .۶- د احشا وو ابسي .

CHEST X-RAY :

1. دسیني رادیو ګرافي کي برانکسونه متوسع او پلن ښکاري ،غیر منظم کثا فتونه او اتیلکتا زس او نقطوي کنسولید یشن ښکاري
2. ښه تشخیص يي د high resolution CT scan ، Bronchoscopy او Bronchography (gold standard) پواسطه کیږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

تفريقي تشخيص :

۱- Chronic bronchitis -۲. recurrent hemoptysis -۳. Lung abscess -۴ Tuberculosis -۵ Congenital pulmonary cyst -۶ متعد د کوچني کشافتونه وي

لابراتواری معاینات:

۱- بلغم د کلچر حساسوالی او تبرکلوزلپاره معاینه شی ۲- دسږو وظیفوی تستونه د سی او پی ډی لپاره معاینه شی .۳- دوینی د سپینوحجراتو شمیر زیاتوالی د وراضافه شوی انتان باندی دلالت کوی او د ازونوفیل زیاتوالی د Bronchopulmonary aspiragellosis باندی دلالت کوی .

درملنه:

طبي اهتما مات :۱- انتي بيو تيک :د ۱۰-۱۴ وروځو لپاره

1. Amoxacillin- clavulanate 500mg/8hrs
2. Ampicillin or tetracyclin 250-500mg/6hrs
3. Trimetoprim-cotrimoxacillin 160/800mg/12hrs
4. Ciprofloxacine 500- 750mg /12hrs
5. وقايوي درملنه لپاره ازيترومايسين ۵۰۰مليگرامه اوني کي دري ځله د ۶ مياشتو لپاره توصيه کيږي

۲- د سيني فيزيوتراپي :

۳- وضعيتي د ريناژ ترخو بلغم خارج شي

1. جراحي درملنه : متکرر کلنيکي لوحه .کتلوي هيما پتيسس

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

LUNG ABSCESS

تعر يف:

که د سږو نکروتيک انساج يا قيحي مايع په يوجوف کي راټولي شي او د سږو دمزمن پلن التهابي نسج په واسطه احاطه شي (pneumonitis) د سږو دابسي په نوم يا ديږي .

اسباب :

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

ايروبيک انتانات: ۱- Staphylococcus aureus ۲- Streptococcus pyogens ۳- Streptococcus pneumoniae (rarely) ۴- Klebsiella pneumoniae ۵- Hemophilus influenza ۶- Actinomyces species ۷- Nocardia species ۸- Gm negative bacilli.

غير بکتريايي انتانات:

- Parasites: ۱- Paragonimus ۲- Entamoeba.
- Fungi: ۱- Aspergillus ۲- Histoplasma ۳- Blastomyces, ۴- Coccidioides]. ۵- Mycobacterium.

پتالوژی :

که د سږو نکروتيک انساج يا قيحي مايع په يوجوف کي راټولي شي او د سږو دمزمن پلن التهابي نسج په واسطه احاطه شوي وی .قيح دجوف د چويدو له امله برانکسونو ته دننه کيږي .

مايکروبيالوژي: ۱- ايروبيک .۲ان ايروبيک .۳- مخلوط ډول وي

کلنيکي لوحه :

اعراض عبارت دي له : تبه،ټوخي ، بد بويه بد مزي بلغم ،دشپي له خوا خوله ،بي اشتهايي،وزن کميدل،وينه لړونکي بلغم ،دپلورا التها ب.

(c) ketabton.com: The Digital Library

فیزیکي ننبي :

1. خفیفه د رجه تبه په ان ایروبیک ابسي کي وي
2. <38.5 تبه په نورو انتاناتو کي وي
3. دغاښونو ناروغي موجود وي
4. دکنسولید شن ننبي عبارت دي له :
   - سږي په قرع سره ډل وي
   - په اضغا سره په سږو کي کرپیتیشن اوبرانکیل بریتینګ اوریدل کیږي ، تنفسي اوازونه ښکته وي. کله کله فریکشن رب اورید ل کیږي
5. کله کله د ګوتو کلابینګ لید ل کیږي

لابراتواري معاينات:

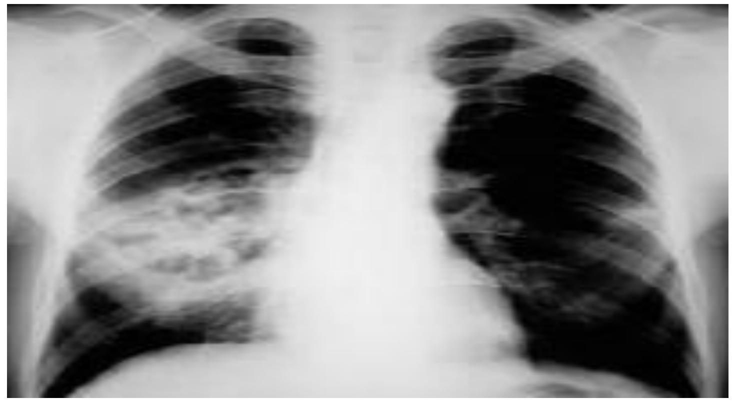
1. دویني بشپړ معاینا ت
2. دبلغم معاینات دګرام ستین کلچرتبرکلوز لپاره تر سره شي
3. دبلغمو کلچر د ان ایروبیک انتا ناتو لپاره مناسب نه دي ځکه چي د خو لي دنوروفلورا سره منتن شوي وي ،نو د دي انتاناتو د کلچر لپاره دترانس توراسیک افرازات ،توراسنتیزس اوبرانکوسکپیک دلاري سمپل واخیستل شي
4. -د ویني کلچر د انتا ن د نوعیت لپاره تر سره شي

راډ یولوژي:

1. دراډیولوژیک منظري له مخي ان ایروبیک انتانات په لاندي ډول دي :
2. دسږو ابسي : دسږوکهف (کاویټي) د پلن د یوال لرونکي کنسولید یشن پواسطه احاطه شوي وي او اکثراً په جوف کي داوبو اوهوا خیال سطحه لیدل کیږي .
3. نکروتیزینک نمونیا :په دي حا لت کي د کنسولید یشن په ساحه کي متعد د کهف موجود وي .٨- امپیما : د پلورا په جوف کي خیرن مایع وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. ۹- التراسونوګرافي پواسطه دمايع موقعيت معلوميږي



پتوجينيزس :

که د سږو نکروتيک انساج يا قيحي مايع په يوجوف کي راټولي شي او د سږو دمزمن پلن التهابي نسج په واسطه احاطه شي (pneumonitis) د سږو دابسي په نوم يا ديږي .ان ايروبيک ابسي دايروبيک ابسي بر خلاف بد بويه وي . لومړني ابسي د نمونيا ياوروفرنحيال افرازاتو اسپيريشن څخه وروسته مينځته راځي اودويمي د برانکسونو دانسداد ،برانکيکتازس او يا دبل منتن ځايي څخه مينځته راځي . ابسي د ښي سږي د خلفي سګمنت په ښي پورتني لوب کي مينځته راځي سپتيک امبولي ددبکتريميا او د تراي کسپيد دسام اندوکارډايتس څخه وروسته مينځته راځي.

دسږو دابسي مساعدونکي فکتورونه :

۱- د خولي د جوف ناروغي ۲- دغاښونو ناروغي ۳- د وريو التهاب ۴- شعوري حالت خرابوالي ۵- الکهول ۶- کوما .۷- په دوا اعتياد .۸- بي هوښي .۹- اختلا جا ت .۱۰- - معا فيت ځپلي ناروغان .۱۱- ستروييد په واسطه درملنه .۱۲- سوي تغذي .۱۳- اکليژيا .۱۴- دمري ناروغي .۱۵- ريفلوکس ناروغي ۱۶- دمري بند والي .۱۷- دټوخي عکسي انحطات .

اختلاطات:

۱- که ابسي د پلورا جوف ته څيري شي د امپيميا سبب کيږي ۲-د پلورا فبروزس ۳- تنفسي عد م کفا ييه .۴- بر انکو پلو رال فستول ۵- د پلور ا او پو ستکي تر مينځ فستول ۶- ترا پيد پلو را .

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص :

دسږو ابسې تشخیص دتاریخچې ،فیزیکی معاینې او لابراتواری معایناتو په واسطه کیږی .

تفریقي تشخیص:

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

تداوي:

1. Clindamycin لومړي ۶۰۰ملي ګرامه د رګ دلاري هر ۸ ساعته بعد توصیه کیږي ،وروسته ۳۰۰ ملي ګرامه د خولي دلاري هر ۶ساعته بعد ورکول کیږي او یا amoxicillin-clavulanate 875/125 mg/12hrsتوصیه کوي .
2. Penicillin(amoxicillin 500mg/8hrs OR pencillin –G 1-2million unit 4-6hrs plus(+) metronidazole 500mg orally OR IV درګ د لاري توصیه کیږي . پنسیلین یوازي اغیزه نه لري . د رملنه ته تر هغه وخته پوري دوام ورکول کیږي تر څو راډیولوژیک بدلونونه ښه شي .
3. ان ایروپیک برانکو پلموناري ناروغي لپاره باید د توراکوستومي تیوب دلاري د امپیما مایع تخلیه کیږي
4. کله کله خلاص د ر ینا ژ د احاطه شوي مایع لپاره تر سره کیږي

د جراحي تداوي استطبابات:

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

مخنیوی :

(c) ketabton.com: The Digital Library

مقدم انتی بیوتیک پیلول دبرانکسونوپه پاکولوکی ګټور دی ددرملنی کورس کموی او ښه والی راولی .که ناروغ لوړه تبه ولری بایدبستر شی او په داسی کوټه کی بستر شی چی ازاده هوا تهو یه ولری ترڅو مخاطی بدبوی دکوټی څخه لری شی . خوله پاک وساتل شی ،دمالګی یا Duo Beier's liquid سره خول ووینځل شی تر څو دخولی بدبوی لری شی .دبلغموپیاله سر پټ وساتل شی او دورځی یوځل پاک شی او دانتان څخه پاک شی . دزیات خولی له کبله ناروغ فشار ښکته کیږی فشار باید ثابت وساتل شی .پوستکی پاک وساتل شی .محیط پاک وساتل شی .جامی وخت په وخت بدل شی .

انزار:

دطبي تدا وي سره ۹۰٪ښه کیږي اوانزار ښه وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

Atelectasis

(کولپس) :

هغه حالت ته ویل کیږي چي د بر انکسونو دانسداد له کبله سږي کولپس وکړي چي په نتیجه کي دګازاتو تبادله له مینځه ځي او یا کمیږي . دا کیداي شي چي په ټول سږي کي او یا د سږي په یوه برخه کي وي ، دا باید دسږو کنسولیدشن ځخه توپیر شي .

اسباب :

۱- وروسته دجراحي عملیاتو ځخه (دګیډي دحرکاتو محدودیدل)
۲- سګرټ ځکونکي اوزاړه ډیر ترخطر لاندي دي
۳- د تومور، لمف نود او تبرکل له کبله دبرانکسونو انسداد
۴- سرفکتانت کموالي

پتالوژی :

کولپس د سیني په راد یو ګرافي کي ښکاري . کولپس کیداي شي په نارمل حالت کي دهوا دخارجیدو له کبله هم وي . کولپس په حاد ډول وروسته دعملیاتو ځخه او یا د سرفکتانت دکموالي له امله او یا په نوي زیږدلي ماشومانوکي(*infant respiratory distress syndrome*) پیدا شي .

پتوفزیالوژی :

1. دهوایی لاری دننه بند وی .
2. هوایی لاری ښایی دباندی له خوا فشار لاندی راشی اوبند شی .
3. دسږو انساج دفشار له کبله تخته شی (متراکم شی).
4. اسناخ بشپړ ونه پړسیږی .

و یشنه :

(c) ketabton.com: The Digital Library

اتيلکتازس په حاد يا ځنډني ډول وي . په حاد حالت کي سږي نوي دهوا څخه تش شوي وي . په ځنډني حالت کي په ماوفه ځايي کي هوا نه وي ، انتانات وي ، برانکسونه پراخه شوي وي ، ويجا ړيدنه او فبروزس ليدل کيږي .

Chronic atelectasis:ځنډني اتيلکتازسس په د وه ډوله دي :

۱- *middle lobe syndrome atelectasis*: په دي حالت کي برانکسونوباندي دفشار له کبله سږي کولپس کوي (لکه لمف نوډ يا تومور) چي په اخته ځاي کي نمونيا(د د رملني په وړاندي مقاوم) ،ځنډني التهاب ، سکارينګ او برانکيکتازس مينځته راځي .

۲- *Rounded Atelectasis (Folded Lung Syndrome)*: په دي حالت کي دپلورا د سکارينګ او ټو ليدو له کبله دسږي باندني برخه ورو کولپس کوي چي د سږي په اکسري کي ګرد خيال ليدل کيږي چي دسږي دتومور سره غلطيږي . دا ډول اتيلکتازس د پلورا د اسبيتوزس يا دپلورا دځنډني فبروزس له کبله مينځته راځي .

Absorption (Resorption) Atelectasis : اتومسفير ۷۸٪ نايتروجن او ۲۱٪اکسيجن لري چي اکسيجن د سنخي کپيلاري غشا په حذا کي تبادله کيږي او نايتروجن داسناخو دپړسوپ غوره ماده ده ، که اکسيجن په زياته اندازه دنايتروجن ځاي ونيسي بلاخره اکسيجن په وينه کي جذ بيږي دنايتروجن دکموالي له امله د اسناخو حجم کميږي چي داسناخو دکولپس لامل کيږي چي دي ته جذبي اتيلکتازسس وايي .

کلينيکي لوحه:

۱- ټوخي (بارز نه وي) .۲- دسيني درد (معمول نه وي) .۳- ساه لنډي (چټک او سطحي وي) .۴- د اکسيجن مشبوعيت لږ وي .۵- پلورال ايفوژن (ترانسو ديت وي) .۶- سيا نوزس(وروستي نښه وي) .۷- دزړه حرکت چټک وي .۸- دحرارت درجه لوړه وي

دسيني راډيو ګرافي:

۱- دسيني راډيو ګرافي .۲- سي ټي سکن .۳- برانکوسکوپي

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص:

دتاریخچی ،فیزیکی معاینی او دسینی رادیولوژیک معایناتو په واسطه کیږی .

مخنیوی :

Atelectasis په ماشومانوکی داجنبی شیانو له کبله مینځته راځی چی باید نوموړی شیان دماشومانوڅخه لری وساتل شی. په غټانوکی وروسته دجراحی عملیاتو څخه مینځته راځی چی دعملیاتو په وخت کی دنوموړی ناروغی مینځته راتګ څخه مخنیوی وشی.

درملنه :

۱- سببي درملنه

۲ دجراحي عمليي وروسته پيداشوي کولپس د فيزيوتراپي په واسطه درملنه شي

۳- ژور تنفس او ټوخي کولو ته وهڅه ول شي

۴- هغه کسان چي دسيني سوي اشکال او يا عصبي ستونزي لري ميکا نيکي تنفس ورکړل شي

۵- که انسداد دټوخي په واسطه له مينځه لاړ نه شي دبرانکسکوپي په واسطه له مينځه لاړ شي

۶- که انتان وي انتي بيوتيک توصيه شي

۷- تومور د جراحي عمليي او شعاعي درملني په واسطه له مينځه يوړل شي

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

PLEURAL DISEASE

PLEURITIS

تعریف:

دپلورا دحاد التهاب څخه عبارت دي چي دجداري پلورا دتخریش له کبله پیدا کیږي .

اسباب :

دپلوریتس اسباب عبارت دي له په ځوانانو کي چي کوم بل ناروغي نه وي دتنفسي سیستم وایروسي انتانات او نمونیا دي .دپښتیو کسر هم دپلورایي درد لامل کیږي .د درملني لپاره سبب تداوي شي .

کلینیکی لوحه :

پلورا یتس په شدید ،موضعي ،تیز درد باندي متصف دي .چی درد د ټوخي ،پرنجي ،حرکت اوتنفس سره زیاتیږي .که د دیافراګماتیک جداري پلورا مرکزي برخه تخریش شوي وي درد یوي اوږي خواته خپریږي .

رادیوګرافی:

دسینی په اکسری کی دزړه ،سږی خیال اوکه په پلورایی مسافه کی مایع وی ښکاری ، دپلوررزی دسبب په اړوند (نمونیا ،دپښتیو کسر او سږو تومور) معلومات ورکوی .کله کله دسینی رادیوګرافی په دی ډول اخیستل کیږی چی ناروغ په دردناک ډډی باندی څملول کیږی (*decubitus chest X-ray*) عکس ایستل کیږی .که د ولاړی په وضیعت باندی دپلورا په جوف کی مایع ښکاره نه شی نو په ملاستی وضیعت باندی ښکاری .

درملنه :

(c) ketabton.com: The Digital Library

د درد او التهاب ضد درمل لکه اندومیتاسین ۲۵ملیګرامه د ورځې ۳-۲ ځله درد ارامووي .کودین ۶۰-۳۰ملیګرامه هر ۸ساعته بعد دخولي دلاري د درد لپاره چي دټوخي سره زیاتیږي او په دي شرط چي دهوايي لارو دافرازاتو احتباس نه وي . همدارنګه دبین الضلعي عصا بو بلاک په ګذري ډول د رد ارامووي .

Pleural Effusion

تعریف :

1. د حشوي او جداري پلورا ترمینځ په غیر نا رمل ډ ول دما یع تولید و ته وا یي هغه وخت ا یفوژن پید ا کیږي چي د مایع د جوړید و او جذ ب ترمینځ بیلانس خراب شي
2. پلورایي مایع د جداري پلورا د کپیلریوپه واسطه جوړ یږي او د جداري پلورا د لمفاوي سیستم په واسطه جذ بیږي
3. **په نارمل حالت کي :**
    1. 0.01cc/kg/hr تولیدیږي
    2. 8.4ml د نیمي سیني وي
    3. د سپینو حجرو شمیر ۱۷۰۰ په یو ملي متر مکعب کی وي چي ۷۵٪ حجرات یي مکروفاژ او ۲۵٪ یي لمفو سیت دي پروتین یي د پلازم د پروتین غلظت څخه ۱۵٪ کم دي
    4. پي ایچ یي ۶.۷- ۶۴.۷ دي
    5. ال . ډي . ایچ یي د پلازما څخه ۵۰٪ کم دي
    6. ګلوکوز یي د پلازما په اندازه دي

اسباب :

الف- د ترانزود یت پلورال ایفوژن اسباب:

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

ب- د اکزوداتیف پلورال ایفوژن اسباب:

1. *Neoplastic diseases*: Metastatic disease, Mesothelioma,
   a. *Infectious diseases : 1*- Bacterial infections 2-Tuberculosis 3- Fungal infections
   b. 4-Viral infections 5- Parasitic infections
   c. *Pulmonary embolization*
   d. *Gastrointestinal disease:1*-Esophageal perforation 2-Pancreatic disease 3-Intraabdominal abscesses
   e. *Collagen-vascular diseases:1*- Rheumatoid pleuritis 2- Systemic lupus erythematosus 3-Drug-induced lupus
   f. Sjögren's syndrome
   g. Churg-Strauss syndrome
   h. *Sarcoidosis*
   i. *Uremia*
   j. *Meigs' syndrome (ovarin tumor,ascitis,plural effusion)*
   k. *Yellow nail syndrome*
   l. *Radiation therapy*
   m. *Hemothorax*
   n. *Chylothorax*

Drug-induced pleural disease (Nitrofurantoin ، Amiodarone)

کلنیکي لوحه:

اعراض:

۱- دسيني درد respirophysic chest pain ۲- دلومړني ناروغي کلنيکي لوحه وي ۳- ساه لنډ ي هغه وخت وي چي دمايع اندازه د ۵۰۰ملي ليترو څخه زيات شي ۴- ټوخي

علا يم:

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

پتوفزیالوژي له نظره د پلورال ایفوژن ډ ولونه:

1. transudate: د کپیلریو نفوذ یه قابلیت نارمل وي ،ها ید روستاتیک فشارلوړ وي او انکوتیک فشار ښکته وي ،غیر التهابي وي
2. Exudative: د د کپیلریو نفوذ یه قابلیت لوړ وي ،ها ید روستاتیک فشارښکته وي او انکوتیک فشار لوړ وي ،التهابي وي
3. Parapneumonic: اکزوداتیف ډول ځخه دي چي د نمونیا له کبله پیدا کیږي
4. **Empyema**:په دي حالت کي سپین شیدو په شان ما یع وي که مایع دوامداره ډول کیښودل شي دخیرني مایع له پاسه یو بل سپین طبقه ښکاري چي دسپین حجراتو ځخه جوړ شوي وي یعني مایع دوه پوړه وي
5. **Chylous effusion**: په دي حالت کي سپین شیدو په شان ما یع وي که مایع دوامداره ډول کیښودل شي دوه طبقي نه جوړیږي د کایلو میکران او ترایګلیسیراید اندازه د **100mg/dl**ځخه پورته وي ، د توراسیک ډکت د ځیري کیدو له امله مینځته راځي .
6. **Hemorrhagic plural effusion**:د وینې او پلوراییي مایع مخلوط ځخه عبارت دي چي په یو ملي متر پلوراییي مایع کي لس زره سره حجرات وي . او که سل زره سره حجرات وي د ګراس نزفي ایفوژن په نوم یا د یږي
7. **Hemothorax**: که دپلورا په جوف کي ښکاره وینه وي چي د تروما له کبله وي . په دي حالت کي د پلورا دمایع هیما توکریت او د محیطي ویني هیما توکریت نسبت د ۰۵ ځخه

(c) ketabton.com: The Digital Library

زيات وي ، په دي حالت كي مايع تخليه شي ، توراكوتومي اجرا كيږي ، كه تخليه نه شي د برانكو پلورال فستول لامل كيږي

لابراتواری معاينات:

اكزو داتيف مايع اوصاف :

- ***Light's criteria***

1. د پلورا د مايع پروتين اوسيروم پروتين نسبت د **0.5** څخه زيات وي
2. د پلورا د مايع **LDH** او سيروم **LDH** نسبت د **0.6**څخه زيات وي
3. د پلورا دمايع ال.ډي . ايچ د سيروم د نارمل لوړ اندازي څخه ۳/۲ په اندازه لوړ وي
4. د پلورا د مايع كولسترول **60mg/dl** څخه زيات وي .
5. دسيروم البومين او پلورا مايع البومين نسبت د **1.2mg/dl** څخه كم يا مساوي وي

ترانسوداتيف پلورال ايفوژن اوصاف :

1. د اكزوداتيف پلورال ايفو ژن د لابراتواري مايعناتو بر خلاف وي
2. ګلو كوز يي دسيروم سره مساوي وي
3. پي ايچ يي د ۴۰.۷او ۵۵.۷ تر مينځ وي
4. دسپينوحجراتو شمير يي په يومايكروليتر كي د $۱۰\text{x}۱۰^{۵}$څخه كم وي چي زيا تره يي مونو نيوكلير حجرا ت وي

:DIFFERENTIAL CELLS

1. **نتروفيل** : كه د پلورا په مايع كي د نتروفيل شميرد ۵۰٪څخه زيات وي په حاد انتان دلالت كوي چي په لاندي حالاتوكي وي ۱- پارا نمونيک ايفوژن ۲- د سږو امبولي ۳- پانكراتايتس

(c) ketabton.com: The Digital Library

2. **مونوسيت** : که مونوسيت يا کوچني لمفوسيت شمير د ۵۰٪ څخه زيا ت وي مزمن انتان ښيئ لکه سرطان اوتبرکلوز

3. **ازونوفيل** :که د ازونوفيل شمير ۱۰٪څخه زيا ت وي په لاندي حالاتو دلالت کوي ۱- د پلورا په جوف کي هوا يا وينه وي ۲- د دوا رياکشن (لکه نايترو فورانتين برومو کربتين) ۳- **asbestos** ۴- **paragonimiasis** ۵- **Churg–Strauss syndrome.**

4. **د پلورا دمايع دګلوکوز اندازه**: که دګلوکوز غلظت د**60 mg/dl**څخه کم وي په لاندي نا روغ دلالت کوي: ۱- اختلا طي پارا نمونيک ايفوژن ۲- سر طاني ايفوژن ۳- هيمو توراکس ۴- تبر کلوز ۵- روما تو ييد پلورال ايفو ژن ۵- **Churg–Strauss syndrome** ۶ **paragonimiass**۷- لو پوس ا يفو ژن

5. **د پلورا دمايع د Lactate Dehydrogenase اندازه**:

   a. زيا توالي : د التهابي د رجي زيا توالي ښيئ: کموالي يي دالهابي درجي کموالي ښيئ

6. سا يتو لوژيک ما يعنات دسرطان لپاره تر سره کيږي

7. **دتبرکلوزيک پلورال ايفوژن لابراتواري ښني**:

   1. لمفو سايت حجرات وي
   2. ۴۰٪څخه کموپيښنو کي کلچرمثبت وي
   3. **adenosine deaminase (>40 U/L) (99.6% sensitive and 97.1 % specific))**
   4. **Interferon gama (>140 pg/ml)89% sensitive and 97% specific comparable to ADA**
   5. **the PCR for mycobacterial DNA – definitive for TB.**

- **pH**:

   1. که پي ايچ د ۷.۳۰څخه کم وي د ريناژ استطباب لري

(c) ketabton.com: The Digital Library

1. که پي ايچ د۷.۲۰ څخه کم وي د لاندي حالاتو ښو دنه کوي : ۱- malignant effusion -۲parapneumonic effusion

دپلورا دمايع نورتستونه:

1. Amylase لوړوي :۱- esophageal rupture . -۲ pancreatic disease -۳ Adenocarcinoma of lung
2. antinuclear antibody لوړوالي : lupus pleuritis
3. rheumatoid factor لوړوالي :rheumatoid pleuritis:

راډ يولوژي:

1. د سږو کثافت نظر اوبو ته کم دي نو ځکه په ايفوژن کي سږي د اوبو له پاسه وي .
2. Subpulmonary pleural effusion کي د د يا فراګم زروه وحشي خو اته بي ځا يه کيږي او کوستو فرينيک زاويه ما يل کيږي . په چپ طرف کي د معدي د هوا او سږي تر مينځ فاصله د د وو سانتي مترو څخه زيات وي .
3. ۷۵-۱۰۰ملي ليتره ما يع دولاړي په حالت کي د را ډ يو لوژي په جنبي منظره کي ښکاري او که د ما يع اندازه ۱۷۵- ۲۰۰ملي ليتره وي دولاړي په حا لت په قدامي منظره کي ښکاري
4. راډ يو لوژيک معا ينا ت:
5. د CT scan ارزښت: د سږو لومړني ناروغي پري معلوميږي په دي کي لس ملي ليتره مايع ښکاري . کم تر کم يو سانتي متره مايع په پروت وضعيت کي د توراسنتيزس پو اسطه تخليه کيداي شي .

د ultrasonography ارزښت:

۱- loculated pleural effusions -۲ iloculated effusions -۳ جا مده کتله وي ۴- د دي معايني په واسطه د لوکوليتيد (کپسول شوي ايفوژن) تو راسنتيزس ښه اسانيږي .

د MRI ارزښت :

(c) ketabton.com: The Digital Library

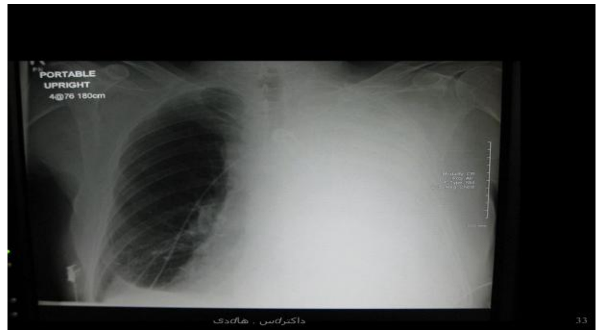
۱- پلو رال ایفوژن معلوموي ۲- پلو را تومورمعلوموي ۳- که دسیني دیوال دسرطان پواسطه تر برید لاندي وي معلوموي ۴- دپلورال ایفوژن د ترکیب دمشخصاتو په اړوند معلومات ورکوي ۵- دهیمو راژیک ایفوژن عمر معلوموي .

تشخیصیه توراسنتیزس :

دا په هغه حالت کیږي چي د ایفوژن سبب معلوم نه وي تر سره کیږي

- دزړه دعد م کفا یي پلورال ایفوژن: ۱- دوه طرفه وي ۲- دواړو خواوو ته په یوه اندازه وي ۳- نا روغ تبه او دسیني د رد نه لري ۴- دا یورتیک په واسطه تد اوي کیږي
- **Thoracentesis** استطبابات: ۱- قلبي تنفسي تشوشات وي ۲- د وه طرفه وي ۳- دسږو حاده ازیما وي ۴- ثانوي انتان وي ۵- تبه او سیستمیک اعراض وي ۶- هیمو راژیک ایفو ژن وي ۷- کلا ویکولا پوري رسیدلي وي ۸- قیح وي ۹- نفس تنګي وي
- **Thoracentesis** مظا د استطبابات : ۱- ناروغ انتي کواګولانت اخلي ۲- نزفي تشوشات وي ۳- مایع کم وي ۴- د پوستکي انتانات وي ۵- ناروغ میخانیک تهو ي لاندي وي چي دلته د نموتوراکس د پیدا کیدوخطر وي
- د تورا سنتیزس څخه وروسته د سیني درادیو ګرافي اسطبابا ت: ۱- که دعملي د اجرا په وخت کي هوا د پلورا په جوف کي وي ۲- تهوخي پیدا شي ۳- د رد پیدا شي ۴- ساه لندي پیدا شي
- **Thoracentesis** اختلاطات: ۱- دسیني درد ۲-نزف (هیماتوما ،هیموتوراکس،هیمو پریتونیوم) ۳-نموتوراکس ۴- ایمپیما ۵- رخوه انساجو انتان ۶- دتوري اوځیګر سوري کیدل ۷- وازو واګل سنکوپ ۸- دتومور انتشار ۹- د پلورا په جوف کي دکتیتر یوه برخه پاتي کیدل ۱۰- دلیدوکائین په مقابل کي ریاکشن

(c) ketabton.com: The Digital Library



درملنه:

1. Thoracentesis-:دستني په واسطه دپلورا د جوف مایع تخلیه کیږي چي په هر ځل ۱۲۰۰-۱۵۰۰ملي لیتره مایع ایستل کیږي
2. Antibioticsکه چیري انتاني وي انتي بیوتیک توصیه کیږي
3. Chest tubeکه هوا او مایع موجود وي د دي لاري تخلیه کیږي
4. Pleurodesisدپلورا په جوف کي کیمیاوي مواد لکه دوکسیسیکلین اچول کیږي ترڅو التهابي عکس العمل لکه سکار نسج تولید شي چي حشوي اوجداري پلورا سره ونښلوي
5. سببي ناروغي تداوي شي
6. که ایفوژن ترانسو د یت وي سببي تداوي شي
7. اکزو داتیف ایفوژ ن هم سببي تداوي شي
8. که ایفوژن اعراضي وي تخلیه شي
9. غیر اختلاطي ایفوژن دانتي بیوتیک سره ښه کیږي

اختلاطي ایفوژن لکه امپیما د د ریناژ او انتي بیوتیک درملني سره ښه کیږي ۱- Tube thoracostomy ۲- Fibrinolytics ۳- Thoracoscopy ۴- Open thoracostomy ۵- Decortication

Malignant pleural effusion

هغه ایفوژن چي دسرطان په سیرکي پیدا کیږي . تداوي یي په لاندي ډول دي . ۱- thoracentesis ۲- tube thoracostomy; ۳- pleurodesis.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د تيوب توراکوستومي استطبا بات:۱- که د پلورا مايع د ګلوکوز اندازه د۶۰ ملي ګرامه في د يسي ليتر څخه کم وي ۲- که پي ايچ د ۲.۷ څخه کم وي ۳- ا ل ډي ايچ د ۱۰۰۰ يونت في ليتر څخه زيات وي.

د پلورال ايفو ژن تفريقي تشخيص:

۱- د د يا فراګم څخه لپاسه ناروغي ۲- ضخيم پلورا ۳- امپيما ۴- هايدرو توراکس ۵- لوبر نمونيا ۶- دسږو فا يبروزس ۷- دسږو کتلوي کولاپس ۸- دبرانکسونو تومور ۹- پر يکارديل ايفوژن ۱۰- کار ديو ميګالي ۱۱- هيدا تيک کيست ۱۲- د يا فراګم لاندي ابسي ۱۳- دځيګر ابسي

پارا نمونيک ايفوژن:

1. غير اختلاطي پارا نمونيک ايفوژن : هغه حالت دي چي اکزو دات معقم وي، ګرام ستين او کلچر منفي وي ،التهابي بدلونونه (لکه مايع دګلوکوز ، پي ايچ او ال ډي ايچ) نارمل وي يوازي د انتي بيوتيک سره ښه کيږي
2. اختلاطي پارا نمونيک ايفوژن :
   a. په دي حالت کي د پلورا په جوف کي انتان وي او التهابي بد لونونه وي لکه د ما يع دګلوکوز ۶۰ملي ګرام في د يسي ليتر څخه کم وي ، پي ايچ يي ۲.۷څخه ښکته وي ، ال ډي ال يي ۱۰۰۰يونت في ليتر څخه لوړ وي .
   b. د دي حالت درملنه ستونزمن دي ، که تداوي نه شي د fibropurulent pleura (peeling or trapping pleura)سبب کيږي چي سږي خپل دنده دلاسه ورکوي او د دايمي معيوبت لامل کيږي
   c. Empyema

EMPYEMA

هغه حالت ته وايي چي د پلورا کي ښکاره قيح او انتان موجود وي ګرام ستين او کلچر مثبت وي

1. اختلاطي پلورال ايفوژن دي .
2. ناروغ کي تبه وي او د نمونيا اعراض دوامداره کيږي د تداوي سره اعراض له مينځه نه ځي

(c) ketabton.com: The Digital Library

3. لومړي وخت کي مايع روښانه وي WBC >500 cell/µL، gravity >1.08 ، protein > 2.5 g/dL، ph < 7.2، LDH 1000 IU/L څخه لوړ وي

وروسته مايع خيرن کيږي WBC 15000 ، ph < 7.0، glucose < 50 mg/dL، LDH > 1000 IU/L

اسباب :

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

د pleural empyema خطرى فکتورونه يي عبارت دى له الکوليزم ، ددواګانو کارول ، HIV infection, neoplasm دسږو ناروغی .

د Empyema سيستيميک اوموضعی تظاهرات:

۱-د حشوي پلورا نکروزس۲- برانکو پلورال فستول ۳- دجداري پلورا اوسيني جدار نکروزس ۴- د پښتيو او ستون فقرات اوستيو ميا ليتس ۵- دمري فستول ۶- ميتاستاتيک ابسي لکه د ماغ ته

تشخيص :

۱- دسيني راديو ګرافي ۲- سونوګرافي چي تورا سنتيزس ته لاربښود هم دي ۳- دمايع انا ليزس ۴- بد بويه مايع په ان ايروبيکاتتان کي وي

- تفريقي تشخيص يي د سږو ابسي او برانکو پلورال فستول سره کيږي

تداوي :

انتي بيوتيک دانتا ن کنترول لپاره(کليندا مايسين يوازي يا دريم جنيريشن سپالوسپورين سره يوځايي ورکول کيږي) ،تخليه اودريناژ دي

د پلورا په د ننه کي فا يبرينولايتيک د وا اچول:

- كه د پلورا په جوف کي امپيما وي فايبرينو لايتيک د وا لکه ستروپتو کا ينيز په جوف کي اچول کيږي

(c) ketabton.com: The Digital Library

- که د پلورا په جوف کي د فايبرينو لايتيک اچولو سره ښه والي پيدا نه شو نو tissue plasminogen activator and deoxyribonuclease (DN ase) . اچول کيږي تر څو خارج حجروي ډ ي ان آي کتا ليز شي او بايو فلم له مينځه لاړ شي چي د دي په واسطه د رينا ژ اسا نيږي او جراحي تد اوي ته ضرورت کميږي
- خلاص د ريناژهم ترسره کيږي .

Pneumothorax

تعريف :

1. د پلورا په تشه کي دهوا توليدو ته وايي چي دلاندي لارو له کبله دپلورا په جوف کي هوا راټوليږي
    a. دسږو څخه دسوري شوي حشوي پلورا دلاري
    b. د سيني دجدار څخه دباندي دلاري دڅيري شوي سيني جدار دلاري ، دمري دفستول دلاري او يا د ځيري شوي بطني احشاوو دلاري
    c. د امپيميا په حالت کي د ګاز توليدونکي مايکرو ارګانيزم په واسطه.

:Primary spontaneous pneumothorax

1. دنامعلوم علت له کبله پيدا کيږي
2. کيداي شي چي د apical sub-pleural bleb دڅيري کيدو له امله وي
3. د ويمي نمو توراکس د COPD، استما ، کيستيک فبروزس ، د حيض په وخت کي catamenal نموتو راکس په نوم يا ديږي

:Secondary spontaneous pneumothorax

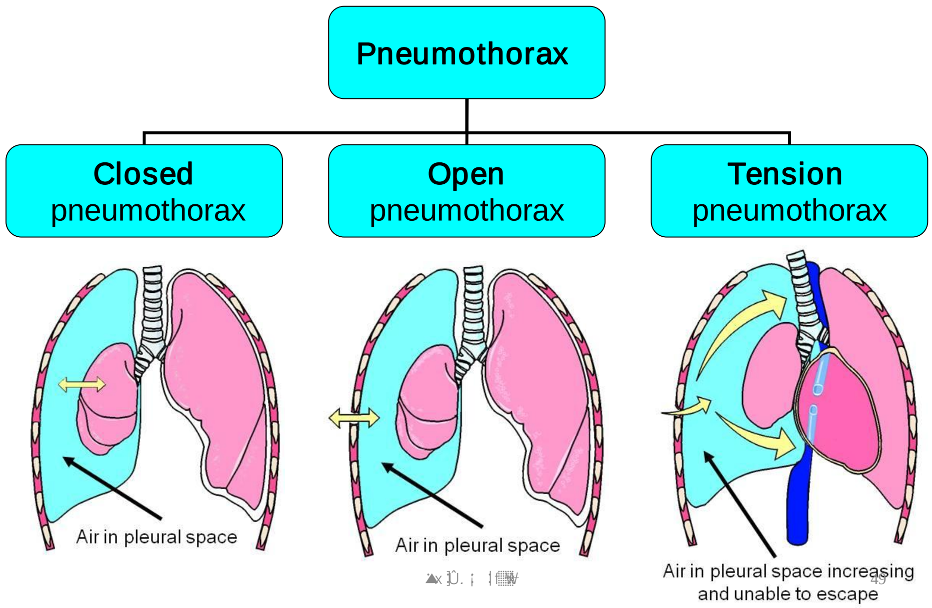
– اسباب يي دسږو لاندي ناروغي دي: ۱- کا ويتيي افت ۲- دسږو کيست ۳- امفيزيما توز بولا۴- نوماتوسيل .

:TRAUMATIC PNEUMOTHORAX

(c) ketabton.com: The Digital Library

اسباب يي عبارت دی له :نفوذيه جروحات،دپلوراما يع داسپيريشن اختلاط،پلورال بايوپسی ،برانکوسکوپی او مثبت فشار وينتيليشن .

پتالوژی



Closed pneumothorax	Open pneumothorax	Tension pneumothorax
ښيري شوي پلورا تړل شوي وي	ښيري شوي پلورا خلاص وي	ښيري شوي پلورا د توپ يا با يسيکل د وال په شان ميکا نيزم لري يعني هوا داخليږي لاکن بيرته خارجيداي نه شي
د پلور ا دجوف فشار د اتومسفير دفشار ښخه ښکته وي	د پلور ا دجوف فشار د اتومسفير فشار سره مساوي وي	د پلور ا دجوف فشار د اتومسفير فشار ښخه زيا ت وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

دنومو توراکس اختلاطات :

۱- دبنفسهسي نموتوراکس متکرر حمله ۲- تنشن نوموتوراکس ۳- ها ید رو نمو توراکس ۴- کیست شوي نمو توراکس ۵- د نموتورکس څخه دهوا دلیري کیدو څخه وروسته سږي په کولاپس ډول پاتي کیدل ۶- دسږو دانبساط څخه وروسته دسږو ازیما ۷- برانکو پلورال فستول ۸- نمو میډ یاستتونوم

– سیني رادیوګرافي :۱- دسیني توروالي زیات وی ۲- په تنشن نمو توراکس کي میډ یاستین روغ خواته بیځا یه شوی وی ۳- حجاب حاجز ښکته شوي وي ۴- سږي کولاپس شوي وي

TENSION PNEUMOTHORAX

په دي حالت کي دسیني د جدار ترضیض د تو پ د وال پشان میکا نیزم لري یعني د اتو مسفیر څخه هوا د پلور ا جوف ته دننه کیږي خو بیرته هوا د وال له کبله وتلي نه شي

د تنشن نموتوراکس پتو فزیا لوژي:۱- داخل پلورا جوف فشار زیات وي ۲- ما وفه طرف سږي کولاپس کوي ۳- مري ، زړه ، ابهر او ترخیا مقابل لور ته تیله شوي وي ۴- تهو یه او دزړه دهانه خرابیږي

دتنشن نموتوراکس کلنیک:۱- شد ید ساه لنډ ي وي ۲- تر خیا بیځا یه شوي وي ۳- د زړه دهانه کم شوي وي ۴- دغاړي ور ید پړ سیدل وي ۵- تنفسي او د زړه حرکات زیا ت شوي وي ۶- دویني فشار ښکته وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

BRONCHOGENIC CARCINOMA

1. اعراض او علایم : نوي ټوخي وي او يا مزمن ټوخي وی ،ساه لنډی،وينه لرونکي بلغم ، بي اشتهايي او دوزن کميدل وی .
2. د سيني راديوګرافي او سي تي سکن کي : نوډ ول يا کتله لويږي ،دوامداره کثافت وي ،اتيلکتازس ،پلورال ايفوژن وی .
3. سايتولوژيک او هستولوژيک معا ينات : بلغم معاينه ،دپلورا ما يع ،بايوبسي

هستوپتالوژيک ډولونه:

1. برانکوجينيک کارسينوما ۹۰٪ د سږو لومړني کنسر دي
2. اسکواموز سيل کارسينوما(۲۰٪) دبرانکسونو داپيتيليوم څخه منشه اخلي
3. ادينوکارسينوما (۳۵-۴۰٪)
4. برانکو الويولر سيل کارسينوما (۲٪) Adenocarcinoma in situ
5. Large cell carcinoma (3-5%)
6. Small cell carcinoma (10-15%)

اسبا ب:

1. سګر ټ څکل .۲- محيطي فکتورونه :تنبا کو څکل ،راډ ون ګاز.۳- اسبيتوزس (زياتره سګرټ څکلو کي وي) .۴- فلزات :ارسينيک ،کروميم ،نيکل ،اکيسيدايزيد اوسپنه .
2. صنعتي کارسينوجن : بسکلورومیتا يل ايتر
3. کورني تاريخچه

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

اعراض او علايم	
توخی	8-75%
وزن بايلل	0-68%
نفس تنگی	3-60%
د سينی د درد	20-49%
وينه لرونکی بلغم	6-35%
دهډو کو درد	6-25%
د گوتو کلابينگ	0-20%
تبه	0-20%
ضعيفی	0-10%
دسفا ژ يا	0-2%
ويزينگ او سترايدور	0-2%

د ميتاستازس کلينيکي لوحه

دتاريخچي اعراض:

- سيستيميک اعراض :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

علايم

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

لابراتواري تستونه:

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

دسيني راديوگرافي:

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

د CT ګټی:

۱- دسږو او منصف کتله معلومول ۲- د میتاستا زس تعینول

- برانکوسکوپي: ۱- هستولوژيک تشخيض ايږدي ۲- د بيوپسي پواسطه هستولوژيک تشخيص او لمف نوډ ،څیګر ته ، هډوکواو هډ وکو مخ ته میتاستا زس معلومولي .

اختلاطات :

دسږو کنسر نوروبرخو ته میتاستاس :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

سندرومونهParaneoplastic:

1. Secreation inapropriated of antidiuretic hormon(SIADH) Hyponatremia
   a. ACTH-producing tumors – (cushing syndrome) Small cell- Hypokalemia
2. PTH – Squamous cell – Hypercalcemia

اعراض)زړه بد والي ,کانګي ، د ګیډ ي د رد ,قبضیت ,پالي یوریا ,تنده ، شعوري حالت خرابوالي

3. Calcitonin زیاتوالي
4. Gonadotropinزیاتوالي
5. Serotonin زیاتوالي

–Skeletal اختلاطات :

1. Clubbing - 30%
2. Hypertrophic primary osteoarthropathy - 1–10% adenocarcinomas).
3. Periostitis

د پوستکي تظاهرات :

a. Dermatomyositis
b. Acanthosis nigricans
c. polymyositis

عصبي تظاهرات :

1. Myopathic syndromes
2. Myasthenic Eaton-Lambert syndrome and retinal blindness .
3. Peripheral neuropathies

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. Subacute cerebellar degeneration
5. Cortical degeneration
6. Polymyositis

د وینې تظاهرات :

-Migratory venous thrombophlebiti (Trousseau'ssyndrome),
-Nonbacterial Thrombotic (marantic) endocarditis with arterial emboli,
-Disseminated intravascular coagulation
-Thrombotic disease complicating cancer is usually a poor prognostic sign.

Hypocalcemia

د پښتورګو تظاهرات :

- Nephrotic syndrome
- Glomerulonephritis

Eaton-Lambert syndrome.

-Autoimmune responses
-Proximal muscle weakness, usually in lower extremities,
--Rarely - cranial nerve symptoms
- depressed deep tendon reflexes

دسږو دکنسرد میتاستازس سلنه:

1. Adrenals - ~50% of cancers
2. Liver – 30-50%
3. Brain – 20%
4. Bone – 20%

تشخیص :

۱- د تومور تعینول ۲- دتومور نوعیت معلومول ۳- دتومور ستیژ معلومول

درملنه:

۱- جراحي ۲- کیموتراپي ۳- شعاعي درملنه ۴- امیونولوژیک د رملنه

جراحي درملنه :

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- لومړي او د ویم مرحله جراحي تداوي کیږي ۲- د ریم مرحله وروسته دجراحي د رملني ثخه شعاعي د رملنه کیږي

کیمو تراپي :

۱- کوچني تومور کیموتراپي سره د رملنه کیږي

د کیموتراپي اختلاطات : انیمیا ، لوکوپینیا ، انتا نات،زړه بدوالي ، کانګي ،کاردیو توکسیک ، دمثاني هیموراژیک التهاب او محیطي نیوروپا تي .

شعاعي درملنه :

دهډوکو د رد ،سپینل کارد باندي فشا رلري کولو لپاره ،برانکسونو انسداد اود پورتني وریدي اجوافو سند روم درملني لپاره کارول کیږي ،

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

PULMONARY THROMBOEMBOLISM

مسا عد ونکي فکتورونه:

1. هوايي امبولي (عصبي جراحي ،مرکزي ورید کتیتر).
2. امنیوتیک مایع امبولی (وروسته دولاد ت څخه).
3. شحمي امبولي (داوږدو هډوکو کسرڅخه وروسته).
4. داجنبي اجسام امبولی(دقرحي په وخت کي د تالک زرقیدل).
5. د پرازیت هګي امبولی(شیستوزومیازسس).
6. سپتیک امبولي(حاد انتاني اند وکاردایتس).
7. توموري حجراتوامبولی(د پښتورګو د حجراتو کنسر).
8. دسفلي اطرافو وریدي ترومبوزس .
9. د ژورو وریدونوترومبوزس(DVT (Deep Vein Thrombosis).
10. ۵۰-۷۰٪ دسږو دامبولي منشه دسفلي اطرافود ژورو وریدونوترومبوزس((DVT).

Virchow's Triad

- ۱- ورید ي رکود ت : د بي حرکتي سره زیا تیږي لکه د بستر استراحت ،وروسته دعملیاتو څخه،چاغي او ستروک)
- ۲- هایپر کواګولیشن: ۱- دویني لزوجیت زیا توالي (پولي سایتیمیا) ۲- مرکزي وریدي فشار زیاتوالي (قلبي دهاني کموالي،حاملګي) ۳- دواګاني لکه دخولي دلاري د حاملګي ضد د واګاني ۴- خباثت او جراحي ۵- دپروتین اس او سي کموالي ۶- ها یپر هوموسیستینیمیا

۳- داوعیو دجدار زخمي کید ل : تروما او جراحي

دسږو دامبولیزم اغیزي:

۱- داوعیو انسداد: انسداد د فیزیو لوژیک death space (wasted ventilation) د زیاتوالي لامل کیږي چي د ښي څخه چپ خواته شنټ دلاري دهایپوکسیا سبب کیږي

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲- دنیوروهمورال عکساتو له کبله وازو کنستریکشن پیدا کیږي

۳- کتلوي امبولي د ښي زړه عدم کفایي لامل کیږي .

۴- د زړه دهانه کمیږي

۵- دسرفکتانت د کموالي له امله اتیلکتازس مینځته راځي

۶- فیزیو لوژیک برانکوکنستریکشن د ویزینګ او تنفسي کارزیاتوالي لامل کیږي

۷- هایپر وینتیلیشن وی .

۸- وینتیلیشن او پرفیو ژن نسبت نا مساوي وي (پرفیوژن کمیږی اووینتیلیشن زیات وی)

هیمو ډاینا میک بدلونونه: ۱- دسږو داوعیو فشار لوړیږي ۲- په ښي زړه باندي افتر لود زیاتیږي ۳- د دوراني کولپس او شاک لامل کیږي

کلینیکي لوحه:

۱- ساه لنډي ۲- تکي کا رد یا ۳- هیما پتیزس ۴- هایپوکسیمیا ۵- تږخي ۶- ناڅاپي مړینه ۷- د زړه ټکان ۸- ګنګسیت ۹- دتبي نښي ۱۰- ویزینګ ۱۱- کریپیتیشن

دسږو دلوړ فشار نښي : ۱- دغاړي وریدونه برجسته وي ۲- په ریوي ساحه کي د ویم اواز لوړ وي ۴- ګا لوپ ریتم اوریدل کیږي ۵- ښي بطین بلج وي

- د وریدي ترومبو امبولیزم کلینیک :

د سږو دکتلوي امبولیزم کلینیک :۱- د سنکوپ او پري سنکوپ ناڅاپي پیل ۲- د ویني فشار کموالي ۳- شدید هایپوکسیمیا ۴- ناڅاپه د زړه د رید نه

Deep VeinThrombosis: ۱- د پښو د رد ۲- ګرم والي ۳- پړ سوپ

Acute Pulmonary Embolism: ۱- نفس تنګي ۲- د سیني د رد

pulmonary infarction : ۱- د سیني پلوروتیک د رد ۲- پلورال رب ۳- وینه لرونکي بلغم

لابراتواری معاینات :

EKG -۱

(c) ketabton.com: The Digital Library

a. سینوس تکي کارد یا
b. acute cor pulmonale
i. S1, Q3, T3 pattern
ii. Right BBB
iii. P-wave pulmonale
iv. Right Axis Divesion(RAD)

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

۳- شریاني ویني ګازات:

1. اکسیجن ښایي نارمل وي
2. دشریاني ویني اکسیجن اوداسناخودشریاني اکسیجن متفاوت وي
3. که چیري هایپوکسیا د سږو د نارمل راډیو ګرافي سره وي د سږو په امبولیزم باندي دلالت کوي

۴- د پلازما د **D- dimer** اندازه :

– دا یو کمیتي ۹۵-۹۷٪حساسه معاینه ده چي اندازه یي د 300-500ng/ml(300-500mcg/L) ده اود enzyme linked immunosorbent assay(ELISA) په واسطه اندازه کیږي

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

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

۷- **ventilation perfusion lung scaning**

۸- **Pulmonary scintigraphy**

۹- **Pulmonary angiography**

تشخیص :

دسږوترومبو امبولیزم دتاریخچی ،فیزیکی معاینی اولابراتواری معایناتو په واسطه کیږی .

(c) ketabton.com: The Digital Library

تفريقي تشخيص:

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

درملنه:

۱- انتي كوواګوليشن :

- APE(Acute pulmonary embolism):

درګ دلاري د LMW heparin اویا د ستند رد UF heparin سره انتي كواګوليشن شي په دي شرط چي مضاد استطبا ب ونه لري .وارفارين به په اول ورځ دخولي دلاري پيليږي او تر ۶مياشتو پوري دوام ورکول کيږي . INRبه په ۲.۵-۳اندازه کي به ساتل کيږي . د ستند رد هيپارين سره aptt هر ۶ ساعته بعد معاينه شي ترڅو چي aptt=1.5-2.5X controlته ورسيږي په دي وخت کي دبيا ځلي سږو امبوليزم خطر کميږي .د D-dimerداندازي سره د انتي كواګوليشن د وام معلوميږي .

۱- ترومبو لايتيک درملنه : Streptokinase,urokinase,recombinant tissue plasminogen activitor(rt-PA;altepase) دوي دپلازمين اندازه لوړه وي تر څو چي داخلوعايي ترومبين مستقيما ً لايز کړي

دترومبولايتيک مضاد استطباب:۱- داخلقحفي نزف ۲- تازه جراحي عمليات ۳- فعال نزف ۴- انوازيف پروسيجر ۵- حاملګي

په ښکتني وريدي اجوافو کي فلتر کيښودل :

داپه هغه وخت کی ایښودل کیږی چی داتنی کوواګولانت مضاد استطباب وی او دسږو امبولیزم یا DVT لپاره شدید خطری فکتورونه موجود وی .همدارنګه دمتکرر امبولیزم خطر موجود وی .

امبوليکتومی :

(c) ketabton.com: The Digital Library

په نادروپیښوکی چی انتی کوواګولانت مضاد استطباب وی اوناکام شی دجراحی عملی یا میخانیکی عملی په واسطه امبولی ایستل کیږی .

Thromboendarterectomy:

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

انزار:

مقدم تشخیص او تداوي سره انزار ښه وي

حاملګي : ۱- په ښکتني وریدي اجوافو کي فلتر کیښودل شي ۲- امبولایتیکتومي

(c) ketabton.com: The Digital Library

IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS(IPF)

Idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) ادا د سږو ځنډ ي زياتيد ونکی دبين الخلالی نسج فبروزی نمونيا څخه عبارت دی چی علت معلوم نه دی ،لومړی ځل په پاخه عمر خلکو کی پيدا کيږی چی دهستولو پتالوژی او راډيو لوژی له نظره د*(UIP) usual interstitial pneumonia* سره تړاو لری .

کلنيکی لوحه :

کلينيکی لوحه يي د زياتره ريوی او زړه ناروغيو کلينيکی لوحو سره ورته دی .دتمرين سره ساه لنډی او يا وچ ټوخی د۶مياشتو څخه زياته موده کی په ورووړو ډ ول پيل کوی ،۵٪ ناروغان اعراض نه لری .غير معمول سيستيميک اعراض يي عبارت دی له وزن کميدل ، لږه د رجه تبه ،ستومانتيا ،بی علاقگی ، د بندونو د رد او دعضلاتو د رد څخه. د ناروغ په فيزيکی معا ينه کی د دواړو سږو په قاعده کی کريپيتيشن *(Velcro crackles)* اوريدل کيږی ، *Digital clubbing* *(25-50%)*، *20-40%* کی استراحت په حالت کی دسږو فشار لوړ وی ،د پلمونارۍ دسام په ساحه کی دزړه دويم غږ لوړ اوثابت تضاعف وی ، *holosystolic tricuspid regurgitation* *murmur*، دښنګړو ازيما وی . دسږو حرکات کم شوی و ی

هستولوژی :

۱- داسناخو دجدارحجروی انفلتريشن ،پلنوالی ،فبروزس او دتروفيل موجوديت .

۲- دتروفيل ،ازونوفيل او مکروفاژونوڅخه اوکسيدانت مواد ازاديږی چی دانساجو دتخريب لامل کيږی او فبروزس مينځته راځی .

تشخيص :

د ناروغ څخه د د رملو ، د ندی ،تنفسی مخرش توکو ،او *HIV* تا ريخچه پوښتنه وشی . د تشخيص لپاره کلينيکی ،لابراتواری ، راديولوژی او پتالوژيک معايناتو سره ارتباط ورکړل شی .

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواری معاینات :

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

رادیولوژیک معاینات :

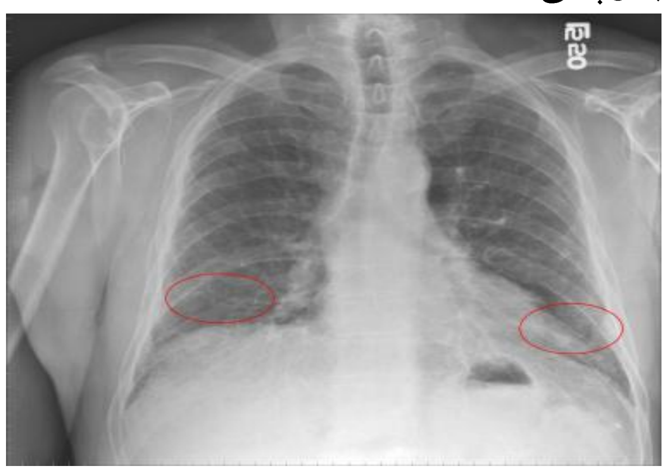
High-resolution computed tomography (HRCT) scanning د *(IPF)* تشخیص حساس او وصفی معا ینه دی چی په دی معاینه کی نقطوی محیطی سب پلورال او دواړو قاعدو کی شبکوی کثافت لیدل کیږی .

د سیني راد یو ګرافی تشخیصه ارزښت نه لری . په محیط کی شبکوی کثافتونه وی زیاتره دسږو په قاعده کی دشاتو مچی ځالی په شان ښکاری .

Transthoracic echocardiography: د دی پواسطه دسږو هایپرتنشن معلومیږی .

برانکوسکوپی .

بایو پسی .



- دسږو فایبروزس

(c) ketabton.com: The Digital Library

د رملنه :

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

تداوی شی . نور درملنه په لاندی ډول دی

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

RESPIRATORY FAILURE

حاده تنفسي عد م کفايه:

تعريف :

هغه حالت ځخه عبارت دي چي دتنفسي سيستم د ندي په کي خرابيږي لکه اوکسيجنيشن ،تهويه اود کاربن داي اکسايد اطراح . په شد يد حا لت کي حياتي اعضاوي هم متاثره کيږي .

هايپوکسيا هغه حالت ته وايي چي دشرياني ويني اکسيجن اندازه د ۶۰ملي متر سيما بو(7.8kpa) څخه ښکته شي .

هايپر کپنيا هغه حالت ته وايي چي د شرياني ويني کاربن داي اکسا يد اندازه د ۵۰ملي متر سيمابو (6.5kpa) اندزي څخه پورته شي .

ويشنه :

الف: Type 1 Respiratory Failure (Acute Hypoxemic Failure)

هغه حالت ته وايي چی paCO2 نارمل او paO2 ښکته وی . PH نارمل یا ښکته وی . HCO3 نارمل وی .په دی حالت کی پرفيوژن خراب وی .

ب: Type 2 Respiratory Failure 0r Ventilator Failure

هغه حالت ته وايي چی paCO2 لوړوی او paO2 ښکته وی . PH ښکته وی . HCO3 نارمل وی .په دی حالت کی وينتيليشن پرفيوژن تناسب خراب وی .

اپيديمولوژی :

دتنفسی سيستم دعدم کفايي او دنژاد تر مينځ اړيکی تر اوسه پوری تر خبرو اترو لاندی دی .دتنفسی عدم کفايي پيښندل داسيا يی اودهند د اصلی اوسيدونکو ترمينځ توپير نشته . Moss and Manninoداسی راپور ورکړی چی په افريقايي امريکانو کی د ARDS انزار نظر سپين پوستو ته زيات خراب وی .

(c) ketabton.com: The Digital Library

اسباب:

i. د هوايي لارو ناروغي : ۱- استما ۲- سي او پي ډي ۳- دفرنکس، لرنکس او ترخيا انسداد ۴- د سږو ازيما ۵- دسږو دپرانشيم ناروغي ۶- نمونيا ۷- دسږو بين الخلالي انساجو ناروغي

ii. دسږو داوعيو ناروغي : ۱- ترومبو امبوليزم

iii. دسيني دجدار ، ديافراگم او د پلورا ناروغي

iv. عصبي عضلي ناروغي گولين بار سندروم ،پولي ميا ليتس .

v. مرکزي عصبي سيستم ناروغي

vi. کاربن داي اکسايد توليد زيا توالي لکه تبه انتا نات او اختلا جات.

دهايپوکسيا کلنيکي لوحه:

۱- ساه لنډي ۲- سيانوزس ۳- ناراحتي ۴- دماغي خړ پړ تيا ۵- خفگان ۶- هزيان ۷- تکيپنيا ۸- تکي کارديا ۹- ها يپرتنشن ۱۰- برادي کارديا ۱۱- قلبي اريتميا ۱۲- رعشه

دهايپر کپنيا کلينيکي لوحه:

۱- ساه لنډي ۲- سردردي ۳- داوعيو توسع ۴- داخل القحفي فشار زيا توالي ۵- پوپيل ازيما ۶- تکي کارديا ۷- ها يپر تنشن ۸- خوبوړي دماغي حالت او کوما ۹- تنفسي اسيد وزس ۱۰- د ستر گو دمنظمي سور والي ۱۱- استريکزس

درملنه:

د تنفسي عد م کفايي درملنه په لاندي ډول دي

i. د تنفسي عد م کفايي دسبب درملنه .

ii. دتنفسي محافظوي د رملنه ترڅو چي د گازاتو تبا دله په ښه شان صورت ونيسي .

iii. عمومي محافظوي درملنه .

(c) ketabton.com: The Digital Library

تنفسي محافظوي د رملنه : ۱- غیر تهویوي تنفسي محا فظوي درملنه (**non ventilatory supportive care):**

1. دها یپوکسیمیک تنفسي عد م کفایي د تداوي لومړني موخه حیاتي اعضاووته داکسیجن رسول دي په دي تر تیب چي شهیقي اکسیجن غلظت به د شر یاني ویني د هیموګلوبین دغلظت څخه ښکته وي (شریاني ویني اکسیجن نارمل غلظت ۹۰یا ۹۰٪ (or ≥7.8kpa) po2 ≥ 60 mmgh) څخه زیا ت وي . لوړ غلظت اکسیجن کومه ګټه نه لري .
2. نارمل اکسیجن غلظت ناد راً په مزمن ها یپر کپنیا کي د ها یپو وینتیلیشن سبب کیږي .
3. د تنفسي اسید وزس دپیداکید و له ویري د اکسیجن ورکول با ید ونه درول شي .
4. د تنفسي لاري په مزمن انسدادي ناروغي کي ها یپو کسیمیا د لږ غلظت لرونکي اکسیجن پو اسطه د پوزي د کنولا (۱-۳ لیتره په یو ه دقیقه کي) او یا (-24) 40%venturl mask دلاري اصلاح شي
5. لوړ غلظت لرونکي اکسیجن په نمونیا او ARDS کي د هایپو کسیمیا داصلاح لپاره توصیه شي .

۲- تهویوي محافظوي درملنه ventilator supportive care: تهو یوي محافظوي د رملنه د هوایي لارو د خلاص ساتلو او د اسناخو د وینتیلیشن په موخه اجرا کیږي په داسي ډول چي دمخ د ما سک (غیر مداخلوي یا نن ان واسیف) اویا د ترخیا ل انتوبیشن دلاري تر سره کیږي .

الف : بیدون د مداخلي څخه د لوړ(مثبت) فشارپه واسطه د وینتلیشن اجرا کول (non invasive positive pressure ventilation)NPPV: دا عملیه د سي او پي ډي په هغه ناروغانو کي تر سره کیږي چي ها یپر کپنیک تنفسي عد م کفایي باندي اخته وي اوخپل افرازات کنترولو لي شي او ماسک تحمل کولاي شي .مثبت فشار سره وینتیلیشن د مخ یا پزي ما سک په واسطه تر سره کیږي . د دي کار ګټه دادي چي د انتیو بیشن ضرورت او په

(c) ketabton.com: The Digital Library

بیړني کوټه کي د پا تي کید و موده کموي . ARDS ، acute lung injury او هغوي چي اکسیجنیشن یي ډ یر خراب دي د ا درملنه ورته دومره ګټه نه لري دوي باید میخانیک انتیو بیشن شي

ب. tracheal intubation : د دي عملیي استطبا بات په لاندي حالاتو کی دي :

1. دا کسیجن ورکولو سره سره بیا هم ها یپوکسیمیا وي
2. پورتني هوایي لاري بند وي
3. د هوایي لاري محافظه خراب وي
4. هوایي افرازات نه پاک کیږي
5. تنفسي اسید وزس وي
6. ناروغ ستومانه ، تکیپنیک وي ، شعوري حالت یي خراب وي
7. اضافي تنفسي عضلات په تنفس کي په کار اچول شوي وي
8. اپنیا وي
9. په عمومي ډول په بیړني پیښو کي دخولي او ترخیا دلاري انتو بیشن د پوزي او ترخیا انتو بیشن څخه ښه دي ځکه چي لومړني میتود ژر اجرا کیږي او د ترضیضا تو لامل نه کیږي . د دي لپاره چي پو ه شو چي د اندو ترخیال تیوب څوکه دابهر دقوس په حذا کي دي با ید ژر تر ژره د انتو بیشن څخه وروسته دسیني ساده راد یوګافي واخیستل شي ا و دواړه سږي باید اضغا شي چي ایا سږي دشهیق سره پړ سیږي یا نه . د ترخیا دهغه تیو ب څخه کار واخیستل شي چي حجم یي زیات او فشار یي کم وي (۲۰ ملي متره سیماب) ترڅوچي دترخیا مخاطي غشا ماوفه نه شي .

ج : **mechanical ventilation** : استطبا بات یي په لاندي حالاتو کی دي :۱- اپنیا ۲- هغه ها یپر کپنیا چي دتداوي ۳- سره ښه نه شي .۴- شد ید هایپوکسیمیا ۵- پر مخ تللي ستوماتتیا

(c) ketabton.com: The Digital Library

د میخا نیکي وینتیلیشن اختلاطات: ۱- اتیلاکتازس ۲- دپوستکي لاندي امفیزیما ۳- نمو میډ یا ستینیوم ۴- نمو توراکس ۵- سیستیمیک ګاز امبولیزم. ۶- حاد تنفسی الکالوزس ۷- دپلورا لاندی دهوا کیست ۸- هایپوتنشن ۹- دتهویي له کبله نمونیا.

عمومي محافظوي څارنه:

1. دکاربوهید ریت اخیستل دکاربن داي اکساید تولید زیاتوالي لامل کیږي چي بلاخره هایپر کپنیا تشد یدیږي
2. دپوتاشیوم او فاسفوت کموالي دتنفسي عضلاتو دضعیفوالي له کبله ها یپو وینتیلیشن دتشد یدو سبب کیږي
3. سید اتیف هایپونو تیک او اوپیات په ښه سنجول شوی دوز ورکړل شي ترڅوچي انتوبیو شن دوامداره نه شي .
4. دنیورو مسکولار بلاک کونکو په واسطه تنفسي عضلات په ګذري ډول فلجیږي تر څو چي ښه انتو بیشن اجرا شي
5. دوامداره کورتیکوسترید ورکول د ما یوپاتي لامل کیږي
6. دناروغ سیکالوژیک محا فظه شي
7. دپوستکي د زخم څخه مخنیوي وشي
8. انتا ن درملنه شي
9. د ستریس ګاستریتس دمخنیوي لپاره سکرالفت ، ایچ ۲ ریسپتور انتا ګونست او پي پي اي توصیه شي . که ایچ ۲ ریسپتور انتا ګونست او پي پي اي د پي ایچ دلوړیدو سبب کیږي چي انتان ته لاره هواریږي
10. دژورو وریدونواو سږو امبولیزم دمخنیوي لپاره دپوستکي لاندي ۵۰۰۰یونته هیپارین دور ځي دوه ځله توصیه کیږي

انزار:

1. دتنفسي عد م کفايي انزار دتنفسي عد م کفا يي لومړني ناروغي پوري اړه لري .

(c) ketabton.com: The Digital Library

2. که دتنفسي عد م کفایي کي دسیداتیف او اوپیات دوز کم وي دناروغي انزار ښه وي .
3. که سي او پي ډي ناروغ کي میخانیکي اتنو بیشن ته ضرورت نه وي د تنفسي عد م کفا يي انزار ښه وي .
4. تنفسي عد م کفا يي سره سیپسیس وي انزار خراب وي ۹۰٪ مړینه لري .

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

تعریف :

1. د تنفسي عد م کفایي حاد پیل دي .
2. په سږو کي د وه اړخیز کثافت وي .
3. په دي حالت کي دشریانيویني اکسیجن او دشهیق شوي اکسیجن دغلظت فرکشن نسبت (Fio2) د ۳۰۰ملي متره سیمابو څخه کم وي
4. په حاد ډول د هایپو کسیا پیل دي چي د سیستیمیک او دسږو دحاد تخریباتو څخه له امله وی چی دزړه عد م کفایي څخه پرته پیدا شي .

اسباب:

سیستیمیک افات : ۱- تروما ۲- سیپسیس ۳- پانکراتایتس ۴- شاک ۵- DIC ۶- سوئیدل

دواګاني : ۱ - اوپیات ۲- اسپرین ۳- فینو تیازین ۴- نایتروفورانتین ۵- ترای سایکلیک انتي د یپریسانت

د ARDSلپاره خطري فکتورونه: ۱- سیپسیس ۲- د معدي د محتویاتو اسپیریشن ۳- شاک ۴- انتا نا ت ۵- دسږو ترضیض ۶- غیر صدري تروما ۷- توکسیک مواد و انشاق ۸- په نهر کي ډوبید ل ۹- دو یني متعد د ترانسفیو ژن .

پتوفزیالوژي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

1. كه د دي سندورم علت هر څه وي لومړي د سږو دكپيلريو اند وتيليل حجرات او داسناخو اپي تيليل حجرات تخريبيږي .
2. د پورته حجراتو دتخر يب څخه وروسته داوعيو نفو ذيه قابليت زياتيږي او د سرفكتا نت تو ليد او فعاليت كميږي
3. د دي تشوشاتو له امله په اسناخو او بين الخلالي انساجو كي ازيما پيدا كيږي ، اسناخ كولپس كوي او هايپو كسيا مينځ ته راځي .

د ARDSدشدت درجه د شريانيويني اكسيجنيشن له مخي تعينيږي:

1. خفيف ARDS :هغه حالت څخه عبارت دي چي د دشريانيويني اكسيجن او دشهيق شوي اكسيجن دغلظت فركشن نسبت (Fio2) د ۲۰۰او ۳۰۰ملي متره سيمابو تر مينځ وي . Pao2/Fio2 200-300mgHg
2. متوسط ARDS:هغه حالت څخه عبارت دي چي د د Pao2/Fio2 نسبت د ۱۰۰ او ۲۰۰ملي مترو سيمابو تر مينځ وي
3. شد يد ARDS: هغه حالت ته وايي چي د Pao2/Fio2 نسبت د ۱۰۰ ملي مترو سيمابو څخه كم وي .

كلينيكي لوحه:

۱- سا لنډي په چټكي او ژور ډول ۱۲-۴۸ ساعتو په موده كي پيليږی .۲- تكيپنيا ۳- زجرت وركونكي تنفس ۴- بين الضلعي فاصلي دننه خواته كش شوي وي ۵- په فيزيكي معاينه كي دسږو په قاعده كي كريپيتيشن اوريدل كيږي

تفريقي تشخيص:

دسږو ازيما : په دي كي د سږو pulmonary capillary wedge pressure لوړ وي په داسي حال كي چي په ARDS لوړ نه وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخيص:

دسيني راديولوژي :

1. منتشر يا نقطوي دوه طرفه انفلتريشن وي چي ژر يو د بل سره نښلي چي كوستو فرينيک زاويه مخشو شيړي هوايي برانكوگرام ۸۰٪ پيښو كي پيښيږي .
2. دسږو دپورتني زون وريدي كنجيسشن غير معمول وي
3. دزړه سايز نارمل وي

پلورال ايفوژن كم يا نه وي

درملنه:

1. د اي ار ډي اس دتداوي لپاره لومړني ناروغي تداوي شي .
2. داختلاطاتو مخنيوي
3. دهايپو كسيا د درملني لپاره ترخيال انتيو بيشن شي او مثبت فشار ميخانيكي وينتيليشن تر سره شي ، دشريانيويني د اكسيجن قسمي فشار د ۵۵ ملي متر سيمابو څخه لوړ وساتل شي (SaO_2) دشرياني ويني مشبوع اكسيجن د ۸۰٪ څخه لوړ وساتل شي .
4. Fio2 د ۶۰٪ څخه ښكته وسا تل شي تر څو چي داكسين تسمم پيدا نه شي .
5. ملاستي وضعيت په ځينو ناروغانو كي اكسيجنيشن ښه كوي .
6. هيمو ډاينامیک او دمايعاتو مانيتورينګ په ډير پاملرني سره شي .
7. مخنيوي: كوم مخنيوي كونكي اهتما مات نشته .

انزار:

1. په اي ار ډي اس كي ۳۰-۴۰٪مړينه وي اوكه د سيپسيس سره يو ځاي وي ۹۰٪ مړينه لري ، متوسط عمر ۲هفتي دي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

دسږو وظيفوي ناروغي:

دسږو زياتره حاد او مزمن ناروغي دکار په ځايي کي دمخرشو توکو دانشاق څخه پيدا کيږي دسږو وظيفوي ناروغي په لاندي ډول دي .

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

:ASBESTOSIS

اسبيتوزس د سږو د بين الخلالي انساجو فايبرونود ولر بدلونونو څخه عبارت دي چي دکار په ساحه کي د اسبيتوز فايبرسره د معروضيد و(ساختماني کارګرانوکي) له کبله د ۱۰-۲۰کالو په موده کي پيدا کيږي . اعراض يي عبارت دي له ساه لنډي ،شهيقي کريپيتيشن ،کلابينګ او سيانوزس څخه دي .د سږو راديولوژيکي نښي يي عبارت دي له د سږو په قاعده کي خطي ارتشاحات وي ،مختلف شکله او سايز کشافتونه وي اوپه پرمخ تللي حالت کي دشاتو مچي ځا لي په شکل منظره وي . تشخيص يي دپلورا کلسيفيکيشن ايږدي ،ښه تشخيص يي د high resolution CT scanپه واسطه کيږي .

:SILICOSIS

دا په د وامداره ډول د سليکان داي اکسايد دانشاق څخه مينځته راځي چي په سږو کي د ۰،۳-۵ملي سانتي مترو قطروپه اندازه نوډولونه وي چي په ټول سږو کي د کوچني ګرد کثافتونو په ډول ښکاري ،که دغه کثافتونه کلسيفيد شي د سږو د زروي په محيطي نوډولونو کي دهګي د پوټکي په شان ښکاري . سا ده سليکوزس بي اعراضه او د سږو وظيفوي تستونه

(c) ketabton.com: The Digital Library

نارمل وي او په شديد شكل كي ساه لنډي او د سږو تخريبي او انسدادي ناروغي مينځته راځي . د دي ناروغي پيښي په تبركلوزيک سږو كي زيات وي نوځكه هر سليكوتيک ناروغ دتبركلوز لپاره تست شي

PNEUMOCONIOSIS:

نموكونيوزس : دا د سږو يو مزمن فبروتيک ناروغي دي چي د غير عضوي دوړو دانشاق څخه مينځته راځي ، دا ناروغي دكلينيک له نظره غير اعراضي وي او يا شديد اعراضي وي او په سږو كي منتشر نوډولر كثافتونه وي . په نمو كونيوزس كي لاندي ناروغي شامل دي : ۱- Coal Worker's Pneumoconiosis ۲- Silicosis ۳- Asbestosis

Coal Worker's Pneumoconiosis:دانشاق شوي سكرود وړي د اسناخو د مكروفاژ په واسطه بلع كيږي چي د سكرود نوډ ول د جوړيدو لامل كيږي چي ۲-۵ملي متره قطر لري او د سږو په پورتني برخه كي د منتشر كوچني كثافتونوپه ډول دسيني په راديو ګرافي كي ښكاري

د دي ناروغي په ساده ډول كي ناروغ بي اعراضه وي او دسږو وظيفوي تستونه نارمل وي

دناروغي په شد يد ډول كي دسږو پرمخ تللي كتلوي فبروزس وي چي دسږو د پورتني برخي د راتولیدو لامل کیږي .

Caplan's syndrome: دا يو نادر ناروغي دي چي د سږو په محيط كي necrobiotic rheumatoid nodulesدي چي ۱-۵سانتي متره قطر لري په هغه كسانو كي وي چي روماتوييد ارتريتس لري او په سكارو كي كاركوي

Hypersensitivity pneumonitis:هايپر سنسيتيف نمونايتس (خارجالمنشه الرژيک الويولايتس) د سږو د نن اتو پيک نن استماتيک التهابي ناروغي په نوم هم يادېږي ، دا ناروغي هغه وخت مينځته راځي چي دكار په ځاي كي د انشاقي عضوي انتي جن سره معروض

(c) ketabton.com: The Digital Library

شی .که چیري نوموړي انتیجن دکار ساحي څخه لري شي ناروغي دبیرته ګرځید ووړ دي .
دپتالوژي له نظره بین الخلالي انساجو کي لمفوسیت او پلازما حجرات انفلتریشن کوي .

الف : دحادي ناروغي کلینیکي لوحه :

تبه ، ناراحتي ، ټوخي، ساه لنډي اوزړه بدوالي د انتي جن سره معروضید وڅخه ۴-۸ ساعته وروسته نا څاپه پیدا کیږي .

دا اعراض هغه وخت پیدا کیږي چي ناروغ د کارځخه رخصت شي او یا ساه لنډي په حملوي ډول د شپي له خوا وي . په فیزیکي معاینه کي سیانوتیک وي دسږو په دواړو خواووکي کریپیتیشن او په زړه کي تکي کاردیا اوریدل کیږي .دسیني په رادیو ګرافي کي د سږو په زروه او قاعده کي کوچني کثافتونه لید ل کیږي .

دویني په معاینه کي د سپینوحجراتو شمیر لوړ وي ،هایپوکسیمیا وي او د مرضي عامل په وړاندي سیروم کي انتي بادي وي .

دسږو په وظیفوي معایناتو کي د سږو وظیفوي تستونه محدود وي او د سږو نفوذ یه ظرفیت کم شوي وي .

ب: د تحت الحادي ناروغي کلینیکي لوحه :د تحت الحاد هایپر سنسیتف نمونایتس سند روم کلینیک عبارت دي له د ټوخي ځنډني پیل ،سا ه لنډي ورومینځته راتلل ،بي اشتهایي، وزن کمید ل او تنفسي عد م کفاییه څخه .د سیني په راد یو ګرافي کي سږي فبروتیک ښکاري . دبا یوپسي په واسطه ناروغي تشخیصیږي .

:BERYLLIOSIS

دا دسږو دحاد یا مزمن ناروغي دی چی دسږو یا پوستکی دلاری د beryllium دجذب څخه پیدا کیږی .حاد BERYLLIOSIS توکسیک دی چی د beryllium سره دمعاروضیدو له امله د ulcerative tracheobronchitis او chemical pneumonitis لامل کیږی .ځنډنی

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

لابراتواری معاینات :

دسيني په راديو ګرافي کي د سږو په زروه او قاعده کي کوچني کثافتونه او کلسيفيکيشن ليد ل کيږي .دويني په معاينه کي د سپينوحجراتو شمير لوړ وي ،هايپوکسيميا وي او د مرضي عامل په وړاندي سيروم کي انتي بادي وي . دسږو په وظيفوي معايناتو کي د سږو وظيفوي تستونه محدود وي او د سږو نفوذ يه ظرفيت کم شوي وي .

دسږو دوظیفوی ناروغیو تشخیص :

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

درملنه :

مخرش توکي وپيژ ندل شي او د بيا مخا مخيدلو څخه يي مخنيوي وشي . په شد يد مقاوم او حاد حالت کي پريد نيزولون دورځي ۰.۵ملي ګرامه نظر په کيلو ګرام وزن د بد ن په يو د وز دسهار له خوا د ۲ اونيو لپاره توصيه کوي ، دوز ورووړو کميږي بلاخره د ۴-۶ اونيو په موده کي بلکل قطع کيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

دویم فصل

دزړه روماتیزمل ناروغی

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

ACUTE RHEUMATIC FEVER

تعريف :

دا سيستيميک معا فيتوي ناروغي دي چي دستوني د بيتا هيمولايتيک ستروپتوکوک انتان په پايله کي مينځته راځي .دناروغي نښي داتنان څخه ۲-۳ اوني وروسته کله يو اوني وروسته اوکله ۵اوني وروسته پيدا کيږي .

اسباب :

دروماتيک تبي سبب بيتا هيموليتيک ستروپتوکوک انتان دي .چي دستوني دانتان په تعقيب مينځته راځي ،دپوستکي د داتتان په تعقيب مينځته نه راځي .

پتو جنيزس:

۱- دستروپتوکوک توکسيک محصولات (streptolysin S or O) انساج نيغ په نيغه ماوفوي .۲- Serum Sickness-likeغبر ګون د انتي جن انتي بادي کمپلکس له کبله مينځته راځي .۳- د ا يو اتو اميون پيښنه دي .

وقوعات (INCIDENCE):

دناروغي پيښيدل په مخ پر ودي هيوادونو کي ۱۰۰په ۱۰۰۰۰۰ کسانو کي دي .داقتصادي حالت ښه والي ، دکوراو ښونځي ګڼ ګوڼ کموالي او دفرنجيتس مقدم درملنه دناروغي پيښي کمي کړي .

ايپيديمولوژي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ناروغي پيښي مخ پرودي هيوادونوكي ډيري دي چي په ټوله نړي كي دكال ۲۵۰۰۰۰ تنه ځوانان ددي ناروغي له كبله مري ، په امريكا كي پرته د مهاجروڅخه پيښي يي كمي دي. دا ناروغي د ۵ او ۱۵كلنو عمر تر مينځ پيښيږي ،مخكي د ۴كلني او وروسته د ۴۰ كلني څخه پيښي يي كمي دي

پتالوژي:

۱- داوعيو په شاوخوا ګرانولوماتوز غبرګون او وازكولايتس وي .۲- روماتيک كارديتس او د دسامونو التهاب ښايي پخپله ښه شي او يا وروپرمختګ وكړي چي د دسامونو دبد شكلي لامل كيږي .۳- په حاده مرحله كي ۷۵-۸۰٪ مترال دسام ، ۳۰٪ ابهر د سام (نادرا" يوازي اخته كيږي) او ۵٪ كي ترايكسپيد او ريوي دسامونه اخته كيږي . ۴- په عمومي توګه كارډايتس۳۰-۴۰٪ د روماتيک فيور په حاده مرحله كي پيدا كيږي .۵- د زړه ځنډني روماتيک ناروغي : د زړه روماتيک ناروغي د روماتيک تبي ديوي يا متكرر حملي په تعقيب مينځته راځي چي له كبله يي دزړه د دسامونو دكسپونو سؤي شكل ،دكميسورا وصليد ل ،لنډيدل او د كوردا تيندني وصليد ل دي چي ددي پتالوژيک بدلونونو له امله دزړه ددسامونو تنګوالي يا عدم كفاييه او يا دواړه يي په يو ځايي ډول پيداكيږي . دزړه په ځنډني روماتيک ناروغي كي يوازي دمترال دسام ۵۰-۶۰٪ ، دواړه د مترال او ابهر دسامونه يو ځايي ۲۰٪، ترايي كسپيد دسام ۱۰٪ ،خالص ابهر د سام ډير لږ اخته كيږي ،مګر دمترال يا ابهر دسامونواخته كيدل په متكرر انتان كي ډير معمول دي

كلنيكي لوحه:

۱- دوه لوي يا يو لوي او دوه كوچني نښي تشخيص ايږدي . ۲- ايكو په واسطه د دسامونو ابنارملتي معلوميږي .

لوي نښي (major criteria):

Carditis – الف-

(c) ketabton.com: The Digital Library

Endocardial-1 : ۱- دمترال یا ابهر د سام عد م کفاییه مر مر چي د دسام دحلقي پراخوالي ښي چي د دسام دالتهاب سره یو ځاي وي او یا نه وي ۲- Short mid-diastolic murmur (Carey-Coombs) ښايي واوريدل شي ۳- د زړه داوازونو په کيفيت کي بدلون

Myocardial - 2

1. Tachycardia ان داستراحت په وخت کي
2. Arrhythmias
3. ectopic beats
4. Cardiomegaly- on physical exam, CXR or ECHO
5. Congestive cardiac failure – right or left sided

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

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

Erythema Marginatum: ۱- خاربښت نه لري ۲- بي دردە سره رشونه په تنه او یا نژدي نهایاتو لپاسه وي ۳- ماکولار افت وي چي څنډي یي جیګ او مرکزي برخه یي پاک وي کیداي شي چي د اوني څخه تر میاشت پوري دوام وکړي

Subcutaneous Nodules: ۱- زیاتره دشدید کاردایتس سره یوځایي وي . ۲- څو اوني وروسته دناروغي دپیل څخه پیدا کیږي او ۱-۲ اوني دوام کوي ۳- سخت بي درده نوډولونه وي ۲سانتي متره قطر لري دسطحي هډوکواو اوتارو لپاسه وي (دمړوند بند ، زنګون بند ،لاس بند ،دملا دتیر بندونه او اشیل اوتاروسره وي) دروماتوئید نوډول څخه توپیر یي ګران دي

Sydenham's Chorea: ۱- دا ډیر لږ معمول دي ۳٪ پیښنو کي وي د حاد روماتیک فیور سره یوځاي وي ۲- دا دمخ نهایاتو اوژبي غیر ارادي کوري اتیتوئید حرکات دي ۳- کله کله کیداي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

JOINTS:

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

Minor criteria:

الف:کلينيک : ۱- Fever ۲- Polyarthralgia ۳- دزړه ناروغي ، دحاد روماتيک تبي پخواني تاريخچه موجوديت .

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

لابراتواري معاينات:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

سیر او انزار :

۱- لومړني حمله په ماشومانوکي میاشتي اوپه ځوانانوکي څواوني دوام مومي .ناڅاپي مړینه ۱-۲٪ دي .دومداره کاردایتس دزړه لویوالي سره اوزړه عدم کفائي دخرابو انزارو ښودونکي دي .

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

۳- ۱۰ کاله وروسته دزړه دوالونو ابنارملتي مینځته راځي

۴- ۱۰٪ کمو پیښو کي دیوي حملي دتیریدو څخه وروسته اعراضي دسامي ناروغي او کاردیومایوپاتي مینځته راځي :

تشخیص :

۱- کلنیکي لوحه ۲- د بیتا هیمولایتیک ستروپتوکوک لپاره دستوني دسواب کلچر ۳- د antistreptolysin O titer (ASOT) اندازه کول . ASOT په ۸۰٪ ناروغانو کي لوړ وي چي په حاد انتان باندي دلالت کوي .که چیري اندازه یي نارمل وي وروسته دیوي اوني څخه بیا تکرار شي .چي بیا یي لوړ وي ،او که لوړ نه وي Anti DNase B اندازه کیږي ددواړو ډولونه ټایټر تر اونیو یا میاشتو پوري لوړ وي .۴- ESR and C-reactive protein دناروغي په حاده مرحله کي لوړیږي چي دانساجو التهاب باندي دلالت کوي .همدارنګه دناروغي سیر اوکنترول ښئي ،که اندازه یي کم شوي وي دناروغي ښه کیدو باندي دلالت کوي .ESR په انیمیا کي لوړیږي او دزړه په عدم کفایي کي ښکته اوان نارملیږي .C-reactive protein اندازه دانیمیا اوزړه عدم کفایي له کبله نه متاثریږي .۵- لوکوسایتوزس او TLC 12000-15000/mm2 دروماتیک تبي په حاده مرحله کي لوړ وي .خفیف او متوسطه اندازه انیمیا وي چي نرومو سایتیک نرموکورومیک وي .۶- Chest X-Ray ښایي نارمل وي او که زړه غټ اودسږو ازیما وي د سږو دوازکولاریټي زیاتوالي باندي دلالت کوي .۷- ECG :په ECG کي PR interval اوږد وي ،دزړه

(c) ketabton.com: The Digital Library

بلاکونه ،دپریکاردایتس او مایوکاردایتس ECG نښئي وي .۸- ایکوکاردیوګرافي : په ایکو کي دمترال دسام عدم کفایي (دمترال دسام پرولپس له کبله وي)، دزړه توسع ، ددسامونو ابنارملتي ، مایوکاردیال دسفنکشن او دپریکارد ایفو ژن معلومیږي .

JONES CRITERIA:

۱- دوه لوي علایم یا یو لوي او دوه کوچني نښي ۲- دستوني دستروپتوکوک پخواني انتان تاریخچه ۳- دستنوني دستروپتوکوک داتتا ن کلچر مثبت وي ۴- دستروپتوکوک انتي بادي تایتر لوړوالي ۵- دروماتیک تبي / دزړه ناروغیو تاریخچه

تفریقي تشخیص:

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

درملنه:

الف : عمومي اهتماما ت :ناروغ ته تر هغه وخته استراحت وکول کیږي ترڅو چي لاندي حالات نارمل شي : ۱- حرارت درجه(دانتي بیوتیک داستعمال څخه پرته) ۲- سید یمنت رټ ۳- پلس رټ ۴- دزړه ګراف .

ب: طبي اهتما ما ت :

1. Salicylates: سلیسلات تبه کموي او دبندونودرد او پړ سوپ ښه کوي
2. Pencillin :Benzathine pencillin 1.2 میلونه یو ځل دغوښي دلاري یا procaine pencillin 600.000یونټه دغوښي دلاري دورځي یوځل د ۱۰ ورځو لپاره

(c) ketabton.com: The Digital Library

3. عوضي درمل erythromycin 40mg/kg/B ورکول کیږي .

4. ج : corticostroids :داسي يو ثبوت نشته چي كورتيكوستروئيد دزړه د ناروغي په مخنيوي او يا کمولو کي اغيزه ولري . دلنډي مودي لپاره پريد نيزولون دورځي ۴۰-۶۰ملیگرامه دخولي دلاري ورکول كيږي چي د ۲ اونيو په موده کي د وز کميږي . كورتيكوستروئيد هغه وخت ورکول کيږي چي د سليسلات سره ځواب ښه نه وي .

دروماتيک تبي دمتکرري حملي مخنيوي:

۱- اقتصادي ،اجتماعي او صحي حالت ښه کولوسره دروماتيک تبي دحملي دکميدو سبب کيږي .

۲- که ستروپتو کوک فرنجیتس په مقدم ډول تداوي شي دروماتيک تبي دحملي څخه مخنيوي کيږي . دروماتيک تبي تکرار په هغه کسانو کي زيات وي چي په مقدم ډول كارډايتس يي درلود او ماشومانوکي (۲۰٪ په دوي کي د۵کالو په موده کي دويم ځل تکراريږي). دمخنيوي لپاره ښه درمل بنزاتين پنسيلين جي 1.5ميلون يونټه دغوښي دلاري په مياشت کي يو ځل توصيه کيږي . دخولي دلاري پنسيلين 200.000-250.000يونټه دورځي دوه ځله لږ اغيزه لري .

۳- که ناروغ د پنسيلين سره حساسيت ولري (sulfadiazine(sulfisoxale يو گرام دورځي يوځل يا erythromycine ۲۵۰ملیگرامه دخولي دلاري دورځي دوه ځله توصيه کيږي .همدارنگه ازوترومائيسين هم موثر دي .که ناروغ سمد لاسه دپنسيلين سره حساسيت ونه لري سيفالوسپورين هم كارول كيداي شي . دناروغي بيا راگرځيدل دلومړني حملي څخه ۵کاله وروسته اود ۲۵کلني څخه وروسته غير معمول دي .وروسته ددي مودي څخه وقايوي درملنه نه توصيه کيږي پرته دهغه کسانو څخه چي دستروپتو کوک زيات ترخطر لاندي دي لکه مور پلار ، دماشومانو معلم ،نرسان عسکر او داسي نور .دويمي مخنيوي دکارډايتس پيښيدو پوري اړه لري ،که کارډايتس نه وي په۲۱کلني کي وقايوي درملنه دريږي .که کارډايتس پيښ شوي

(c) ketabton.com: The Digital Library

وي خو والونه اخته شوي نه وي وقايوي درملنه دحملي څخه ۱۰کاله وروسته د رول کيږي اوکه دکاردايتس څخه وروسته د زړه والونه اخته شوي وي دحملي څخه ۱۰ کاله وروسته اويا تر۴۰کلني پوري وقايوي د رملني ته دوام ورکول کيږي که بيا دمعروضيدو خطر وي .
دروماتیک تبی لومړنی حمله په ماشومانو کی ممکن یو میاشت او په غټانوکی ممکن څواونی دوام وکړی .۲-۱٪ کی ناڅاپه مړینه وی .که کاردایتس ،دزړه عدم کفایه مینځته راغلی وی په خرابو انزارو دلالت کوی .

(c) ketabton.com: The Digital Library

MITRAL STENOSIS(MS)

اسباب :

۱ـ دزړه روما تیک ناروغي : دمترال دسام دستینوزس معمول لامل دزړه روماتیک ناروغي دي چي دروماتیزم له کبله دزړه والونه پلن کیږي ، کمیسورا وصلیږي ، کشیږي ، کوردا تندیني پلنیږي او وصلیږي او په والونو کي کلسیوم ځاي په ځاي کیږي.

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

۳- دمترال ددسام کلسیفیکیشن له کبله دمترال دسام شخیږي لکه په زړو کسانو او دپښتورګو په مزمن عدم کفائيه کي .

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

پتالوژي :

دمترال دسام دستینوزس معمول لامل دزړه روماتیک ناروغي دي چي دروماتیزم له کبله دزړه والونه پلن کیږي ، کمیسورا وصلیږي ، کشیږي ، کوردا تندیني پلنیږي او وصلیږي او په والونو کي کلسیوم ځاي په ځاي کیږي

کلینیکي لوحه :

الف: **اعراض** ۱-- Exertional Dyspnoea: د ساه لنډي اسباب عبارت دي له دسږو درګونوفشار لوړ والي ،دسږو compliance کموالي ،دسږو داوعیواحتقان او بین الخلالي انساجو ازیما .

۲- Hemaptysis دويني لرونکي بلغم ډولونه عبارت دي له الف – sudden hemorrhage زيات نزف هغه وخت پيدا کيږي چي دچپ ازين فشار دلوړ والي له کبله متوسع نري شوي برانکسي وريد څيري شي .ب- blood stained sputum دparoxysmal nocturnal dyspnea له کبله وي .ج- blood stained frothy sputum دسږو په ازيما کي چي د دسناخو جدار ورسره څيري شوي وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

۴- palpitationدازيني فبريليشن له کبله وي .

۵- Systemic Embolization دسيستمونو امبولي ، دسږو امبولي ،ستروک ،دمساريقي اوعيو امبولي ،دپښتورګو او دزړه انفارکشن دازيني فبريليشن له کبله وي .

۶- دښئي زړه عدم کفائيه د سږو لوړفشار او داوعيو مقاومت زياتوالي له کبله وي چي دکلينيک له نظره دغاړي وريدونه برجسته وي ،ځيګر لوي وي ،اسايتس ، دسفلي اطرافو ازيما او پلورال ايفوژن وي .

۷- Hoarseness : پراخه شوي کيڼ ازين ،لوي شوي ترخيا اوبرانکس لمف نود او د سږو متوسع شوي شريان په لوي recurrent laryngeal nerve باندي فشار راولي چي داواز دخپ والي لامل کيږي .

۸- fatiguability, , orthopnea او paroxysmal nocturnal dyspnoae

اعراض دحاملګي او ازيني فبرليشن سره زياتيږي .په مترال ستېنوزس کي دوه ډوله سندرومونه مينځته راځي .

۱- په خفيف او متوسط مترال ستېنوزس کي : په دي حالت کي ازيني فشار او دزړه دهانه نارمل وي ،ناروغ بي اعراضه وي او يا دشديد تمرين سره اعراض پيداکيږي ، دمترال دسام قطر د 1.5cm2-1.0cm2 ترمينځ وي .

۲- شديد مترال ستېنوزس : د دمترال دسام قطر 1.0cm2 څخه کم وي ،دسږو داوعيو ثانوي تنګوالي له کبله دسږو فشار لوړيږي خو دسږو ازيما غير معمول دي ، دزړه دهانه کم وي او دښي زړه عدم کفائي اعراض څرګنديږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

دمترال دسام ستينوزس علايم عبارت دي له :

په تفتيش کي malar flash ,pericardial bulging او منتشر نبضان وي .

په جس سره taping وي . (دلومړي اواز جس ته وايي) ،دياستوليک تريل دجس وړ وي ،اپيکس بيټ بي ځايه شوي نه وي .دمترال تضيق اضغايي علايم عبارت دي له :

۱- opening snap د A_2 څخه وروسته دشخ شوي مترال دسام دخلاصيدو له کبله اوريدل کيږي .۲- که ازيني فشار ښکته وي د opening snap او ابهر دسام اواز تر مينځ فاصله زيات وي، او که ازيني فشار لوړ وي فاصله لنډيږي . ۳- موضعي دياستوليک مرمر چي rumbling وصف لري اوريدل کيږي ،ځومره چي ددسام تنګوالي زيات وي په همغه کچه دمرمر شدت لوړيږي . مرمر دزړه په اپيکس کي اوريدل کيږي ، مرمر هغه وخت واضح اوريدل کي چي ناروغ چپ وحشي خواته واړه ول شي . ۴- دزړه لومړي اواز لوړ وي ۵- په ۵۰- ۸۰٪ ناروغانو کي PAROXISMAL او يا مزمن ازيني فبريليشن اوريدل کيږي . ځومره چي دزړه حرکات زياتيږي په همغه اندازه دازين دياستوليک ډکيدل او دمترال دسام تفاضل کميږي . ۶- که دزړه حرکات زياتيږي دسږو دازيما د پيدا کيدو خطر زيات وي ، نو ځکه دزړه حرکت کنترول ضرور دي . ۷- presystolic accentuation murmur دازيناتو تقلص له کبله اوريدل کيږي .۸- دسترنوم هډوکي کيڼ سرحد کي په طولاني ډول د pansystolic murmur اوريدل دترايکسپيد دسام د عدم کفايي له کبله وي کوم چي دښئي بطين دتوسع له کبله پيدا شوي وي .۹- Graham –Steel Murmur دا يو early diastolic murmur دي چي په ريوي دسام په ساحه کي دريوي دسام عدم کفايي له کبله کوم چي دسږو هايپرتنشن له کبله مينځ ته راغلي وي اوريدل .۱۰- pansystolic murmur که په مترال دسام په ساحه کي واوريدل شي دمترال دسام عدم کفايي باندي دلالت کوي .

تشخيصه معاينات :

۱- ECG

په ECG کي دپي موجه په V1,2 کي پراخه او باي فيزيک وي ،او که دسږو فشار لوړ وي دپي موجه لوړه اونوک تيزه وي ، دزړه محور ښئي خواته بي ځايه شوي وي او ښئي زړه هايپرتروفي وي.

۲- راديوګرافي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

دسيني په راديوگرافي کي دچپ ازين دلويوالي له امله دزړه چپ سرحد مستقيم ښکاري ، ريووي هايپرتنشن وي او که دمترال دسام کلسيفيد وي ښکاري

۳- ايکو کارديوگرافي :

ددي پواسطه ناروغي تشخيصيږي او دپوستکي دلاري د والو پلاستي استطباب ايښودل کيږي .

۴- دزړه کتيترازيشن هغه وخت تر سره کيږي چي داکليلي اوعيو يا مايو کارد ناروغيو سره يو ځاي وي

تفريقي تشخيص :

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

اختلاطات :

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

درملنه :

غير اعراضي ناروغان دحاملگي سره اعرضي کيږي . دمتوسط او شديد مترال ستينوزس ناروغان مخکي دحاملگي څخه اصلاح شي ، که دناروغ اعراض شديد وي دحاملگي په دريم تراي مستر کي Balloon valvulasty اجرا کيږي . ازيني فبريليشن هم اعراض زياتوي بايد دزړه ريتم کنترول شي ، څرنگه چي دازيني فبريليشن اختلاط سيستيميک امبولايژيشن دي نو لازمه دي چي ان دريتم دکنترول سره يوځاي ناروغانو ته انتي کواگولانت (وارفارين) توصيه شي ،په ٪۲۰-۳۰ ناروغانو کي دتداوي سره ازيني فبريليشن بيرته گرځي .

دجراحي تداوي استطبابات عبارت دي له:

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- دسږو ازيما ۲- دتمرين کولو قدرت کموالي ۳- دسږو فشار لوړ والي لکه دسږو سستاليک فشار د ۵۰ ملي متر سيمابو څخه لوړ وي ۴- دمترال د دسام قطر د $1.5\text{-}1.0cm^2$ترمينځ وي . اوس خلاص مترال کوميسوراتومي نادراً تر سره کيږي . دپوستکي دلاري بالون والووپلاستي دتداوي بنه ميتود دي . د لسو کالو مطالعاتو څخه داڅرګند شوي چي د جراحي درملني او والوو پلاستي درملني د نتيجي تر مينځ کوم توپير موجود نه وو .دوال معاوضه هغه وخت اجرا کيږي چي دوال ستينوزس د عدم کفائي سره يو ځاي وي او يا په ايکو کي دمترال ددسام نمبري د۸-۱۰ څخه زيات وي . دپوستکي دلاري مترال والو پلاستي سره مړينه کمه ده (۰.۵٪څخه کمه)او وقوعات ۳-۵٪ دي .د جراحي له کبله مړينه کم دي .

که چيري دوالف مارفولوژي ښه وي متکرر بالون والف پلاستي اجرا کيداي شي . دجراحي عملياتو په وخت کي که ماز عمليه وکارول شي دمتکرر ازيني اريتميا پيدا کيدو څخه مخنيوي کيږي .

دمترال ميخانيکي پروستيتيک والف کي دترومبوز خطر نظر دابهر پروستيتيک والف ته زيات دي . bioprosthetic valve وروسته د ۱۰-۱۵ کالو څخه ديجنيريد کيږي نو دپوستکي دلاري بالون والف پلاستي که ستينوزس مينځته راغلي وي ګټه نه لري .داندوکارډايتس لپاره ناروغان وقايه شي .

دمترال ستينوزس ناروغان کال په کال دايکو او معايني په واسطه مانيتور شي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

MITRAL REGURGITATION (MITRAL INSUFFICIENCY)

اسباب :

دمترال دسام دعدم کفايي څنډني اسباب :

دمترال دسام عدم کفائي اسباب عبارت دي له روماتيک ناروغي ، مترال دسام پرولپس ،کارديو مايوپاتي او flail leaflet څخه . IHD,Hypertensive heart disease, dilated cardiomyopathy,aortic valve disease

دمترال دسام دعدم کفايي حاد اسباب :

۱- مايوکارد انفارکشن ۲- انتاني اندوکاردايتس

ابنارمل فزيالوژي :

دمترال دسام عدم کفائي کي په زړه باندي بار زياتيږي (پري لود زياتوالي) او افتر لود کميږي . په نتيجه کي چپ بطين لويږي او ايجيکشن فرکشن هم ورسره زياتيږي .که ناروغي څنډني شي دواليوم لود دزياتوالي له کبله دزړه تقلصي دنده کميږي ،ايجيکشن فرکشن کميږي په پايي کي end systolic volume زياتيږي .

کلنيکي لوحه :

دمترال دسام حاده عدم کفاييه کي چپ ازين لوي نه وي ، که عدم کفاييه شديد وي دچپ ازين د ناڅاپي فشار لوړوالي سره دسږو ازيما پيدا کيږي . دمترال دسام مزمن عدم کفاييه کي چپ ازين په تدريج سره لويږي او حجم يي زياتيږي نوځکه دسږو دکپيلاريواو وريدونو فشار هم ورو ورو لوړ يږي او په تدريجي ډول ناروغ ته دتمرين په وخت کي ساه لنډي او ستومانتيا پيدا کيږي .

دمترال دسام په څنډني عدم کفائيه کي دچپ ازين اوچپ بطين لويږي چي په پاي کي دازيني فبريليشن لامل کيږي .

دکلينيک له نظره پان سيستاليک مرمر اوريدل کيږي چي شدت يي په اپيکس کي زيات وي ، تخرګ خواته انتشار کوي کله کله دزړه قاعدي خواته هم انتشار مومي ، دچپ بطين نبض

(c) ketabton.com: The Digital Library

هايپرډاينامیک وي شدت ئي کاروتئيد شريان خواته وي ، دزړه دريم غږ په چپ بطين باندي دبار زياتوالي له کبله وي . که دمترال دسام عدم کفائيه دمترال دسام دپرولپس له کبله وي په دي ډول که ددسام خلفي برخه پرولپس کړي وي مرمر قدام خواته انتشار کوي اوکه ددسام قدامي برخه پرولپس کړي وي دمرمر انتشار خلف خواته وي .

تشخيصيه تستونه :

الف - ECG:

۱- Bifide P wave د کينۍ ازين هايپرتروفي له کبله وي . ۲- دکينۍ بطين دهايپرتروفي نښي ۱- په V6 او I ليډ کي د R Wave Tall ۲- په V1,V2 ليډونو کي ژوره S موجه وي . ۳- S wave in V1+R wave in V6=>35mm ۳- دښئي بطين دهايپرتروفي نښئي .

ب- ايکوکارديوگرافي :

په ايکو کي دمترال دسام دعدم کفائي سبب معلوميږي ، دچپ بطين سايز او دنده ، چپ ازين سايز ، دسږو دشريانو فشاراو دښئي بطين دنده معلوميږي او دتداوي پلان په اړه معلومات ورکوي . دډاپلار ايکو په واسطه د وال دعدم کفاي شدت معلوميږي .دTEEپه واسطه ددسام دعدم کفايي علت معلوميږي .ج- B-type-natriuretic –peptide(BNP) په واسطه دچپ بطين دسفنکشن معلوميږي که سيروم مقدار يي د 105pg/ml څخه زيات وي دزړه عدم کفايي باندي دلالت کوي . او که کم وي دزړه عدم کفاييه رديږي ح- د MRI, په واسطه دناړغي سبب معلوميږي خ- دزړه کتيتيريزشن په واسطه دچپ بطين دندي ، دزړه دهانه او ريوي شريان فشار معلوميږي د- دسي ټي سکين په واسطه دزړه دوالونو په ناروغي کي داکليلي اوعيو ناروغي معلوميږي .

ذ- Chest –X-Ray :

دسيني په راديوگرافي کي چپ ازين ،چپ بطين لوي ښکاري ،دسږو ازيما او دپلورا ايفوژن .

ر- Cardiac Catheterization :

ددي په واسطه ددسام عدم کفايي ارزيابي او هيموډاينامیک تشوشات معلوميږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص :

تشخیص دکلینیک او تشخیصه معایناتو په واسطه کیږي .

تفریقي تشخیص :

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

اختلاطات :

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

تداوي :

دجراحي تداوي استطبابات : ۱- اعراضي ناروغانو کي ۲- ایجیکشن فرکشن ۶۰٪ څخه کم شوي وي ۳- چپ بطین توسع کړي وي (په ایکو کي اند سیستولیک فاصله د۴ سانتي متروڅخه زیات وي) .

که دمترال دسام دعدم کفایي سبب غیر روماتیک ناروغي لکه انفارکشن ،اندوکاردایتس او هایپرتروفیک کاردیو مایو پاتي وي په چټکي سره جراحي درملنه کیږي ..

(c) ketabton.com: The Digital Library

MITRAL VALVE PROLAPS SYNDROME((MVP)

تعريف :

که دمترال دسام دسستول په وخت کې په کيڼ ازين کې په محدب ډول وپړسيږي دمترال دسام دپرولپس په نوم ياديږي .همدارنګه د floppy mitral valve or myxomatous mitral valve په نوم هم ياديږي . MVP په ښځو کې دنارينوو په شان معمول دي . د MVP په خفيف شکل کې mid systolic click وي او ورووړو دمترال دسام دعدم کفايي خواته پرمختګ کوي .

اسباب:

١- دمترال دسام myxomatous degeneration

٢- Rheumatic Fever

٣- Marfan Syndrome, Ehlers Danlos Syndrome

٤- Osteogenesis Imperfect

٥- Periarteritis Nodusa

٦- Myotonic Dystrophy

٧- Hyperthyroidism

کلينيکي لوحه :

الف: اعراض :

١- مترال پرولپس زياتره بې اعرضه وي ٢- خو کيداي شي اعرضي شي لکه د سيني درد(تمرين سره ارتباط نه لري او دحليموي عضلاتوابنارمل کشش له کبله وي) ،ساه لنډي ،ستومانتيا او زړه تکان ،سنکوپ او ناڅاپي مړيني سره يوځايي وي . ٣- دکورداتيندني دبنفسهي خيري کيدو له امله دمترال دسام دحادي عدم کفايي لامل کيږي .

ب- علايم :

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- mid systolic click اوريدل كيږي. دا دپرولپس شوي دسام دغزول شوي كورداتيندني دناڅاپي كشش له كبله پيدا كيږي .ناروغ بايد په ستون ستاغ ،ناستي او په چپ ډډي پريوتي حالت كي معاينه شي . كه ليف ليټونه يو دبل سره خوله په خوله ښه رانه شي دكليک څخه وروسته late systolic murmur اوريدل كيږي

۲- pansystolic murmur (mitral regurgitation) څومره چي دمترال دسام عدم كفايه تشديديږي په همغه كچه مر مر دسيستول په ټوله صفحه كي اوريدل كيږي .كه چپ بطين كوچني وي او دپرولپس درجه زياته وي نواضغايي علايم دولاړي په حالت كي او د valsalva مانوري په وخت كي تشديديږي

۳- دويني فشار نارمل وي .

۴- زياتره ناروغان ښځي وي ،ډنګر وي ،سكليتي ابنارملتي لكه (pectus excavatum or scoilosis) ولري.

اختلاطات :

۱- infective endocarditis

۲- rupture of chordate tendenea causing sudden sever MR

۳- progressive MR

۴- Arrhythmia and sudden death

تشخيصه معاينات :

ECG – 1:

نارمل وي ، اريتميا وي لكه (PSVT)، ازيني او بطيني پريماچور بيټ وي .بلاكونه او بطيني تكي اريتميا وي .

۲- ايكوكارديوګرافي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

مترال دسام پرولپس دایکو په واسطه تشخیصیږي . څرنګه چي دمترال دسام پرولپس دابهر دجذر ناروغیو سره یوځاي وي ،که په رادیو ګرافي کي دابهر دتوسع موجود وي دتشخیص لپاره سي ټي سکن یا MRI angiography تر سره شي

درملنه :

۱- که اعراض نه وي ناروغان هر ۵-۳کالو کي ارزیابي شي .

۲- بیتا بلاکر په لږ دوز دهایپرډاینامیک حالت کي داریتمیا ددرملني لپاره ورکول کیږي ،درد اراموي . ۳- serotonin reuptake inhibitor د orthostatic hypotension او خفګان لپاره ورکول کیږي .۴- که دمترال دسام عدم کفایه موجود وي افترلوډ باید کم نه شي .۵- دمترال دسام ترمیم د دسام دتعویض څخه ښه دي .۶- اسپرین په هغه ناروغانو کي چي focal neurological deficit وي .۷- انتاني اندو کاردایتس پیدا کیدو څخه مخنیوي وشي .۸- جراحي درملنه توصیه شي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

AORTIC REGURGITATION(AR)

اسباب :

الف: دوالونو ناروغي :

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

ب: دابهر دجذر ناروغي :

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

دابهر ددسام دحادي عدم کفائي اسباب :

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

:pathalogy

څرنګه چی دروماتيک تبه دابهر دعدم کفايي مهم لامل دی ،فبروتيک بدلونونه داابهر د دسام دپاڼو د پلنوالی او تقبض دلاری دمرکزی دسام دعدم کفايي لامل کيږی .که ددسام پاڼی سره ونښلی د ابهر عدم کفايی سره دابهر تضيق يوځايی کيږی .

ابنارمل فزيالوژي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

ددياستول په صفحه کي وينه دابهر څخه دابهر دوال دلاري چپ بطين ته تويږي .په نتيجه کي دياستوليک فشار کميږي چي ددي له کبله داکليلي اوعيو دويني جريان کميږي .برسيره پردي دچپ بطين دلويوالي له امله دمايوکارد داکسيجن ضرورت زياتيږي بلاخره اسکيميا پيدا کيږي .

کلينيکي لوحه :

الف: asymptomatic patient: ناروغ داوږدي مودي لپاره اعراض نه لري .

ب: symptomatic patient: دابهر دعدم کفائي کلينيکي لوحه داسکيميا ، زړه لويوالي او دمايوکارد دندي خرابوالي له امله مينځته راځي .۱- angina د اکليلي اوعيو دناروغيو ،دياستوليک فشارکموالي او دبطين دهايپرتروفي له کبله داکسيجن دضرورت دزياتوالي له کبله وي .

۲- exertional dyspnea and fatigue دزړه عدم کفائي له کبله وي .۳- palpitation دچپ بطين دقوي تقلص او دازيني اوبطيني پريماچور تقلص له کبله وي .

فيزيکي معاينه :

الف - دپريکارديوم تفتيش :۱- دپريکارديوم لپاسه ضربان ۲- apex beat دکلاويکولا دمتوسط خط څخه دباندي وي .

ب- **جس** : ۱- دزړه اپيکس منتشر وي باندي او ښکته خواته د جس وړ وي .۲- دچپ بطين دهايپرتروفي له کبله دزړه اپيکس heaving وصف لري . ۳- دسترنوم هډوکي په کيڼ خواکي په دريم بين الضلعي فاصله کي دابهر په ناحيه کي دياستوليک تريل دجس وړ وي ، په دي ډول چي ناروغ کښيني او قدام خواته ټوغ شي او ضفير اجرا کړي .

ج- اضغا :

۱ - دزړه اوازونه :

الف- د PR دفاصلي داوږدوالي له امله دزړه لومړي غږ نرم وي .

ب – A2 ممکن نرم يا نه وي ج- P2 ممکن د دياستوليک مرمر په واسطه پټ شي ، نوځکه دويم اواز يوازي وي او يا نه وي . د- څلورم اواز ممکن داوريدو وړ وي .

۲- مرمر :

(c) ketabton.com: The Digital Library

الف- early diastolic murmur دابهر په دويم ناحيه كي ښه اوريدل كيږي .موقيعت ئي په چپ طرف كي سترنوم ته نژدي په د ريم بين الضلعي فاصله كي وي ، په دي ترتيب چي ناروغ كښيني قدام خواته خم شي وروسته دضفير څخه خپل تنفس بند كړي .

ب- Systolic Ejection Murmur دابهر په ساحه كي دويني دجريان زياتوالي له امله وي .

ج : نور اضغائي علايم : ۱- Austin –Flint murmur - دا يو ميډ دياستوليک مرمر دي چي په اپيكس كي اوريدل كيږي . دا هغه وخت پيدا كيږي چي دد ياستول په صفحه كي وينه دابهر څخه بيرته خلف خواته رجعت وكړي او دمترال ددسام قدامي صفحه دخلاص مترال دسام خواته ټيله كړي ، چي دا دمترال د سام دوظيفوي تضيق له امله د ميډ دياستوليک مرمر لامل كيږي .

۲- pistol shot femoral : دورون دشريان لپاسه دزړه دهرضربان سره يوتيز اواز اوريدل كيږي .

۳- Durozier's sign: كله چي دورون شريان لپاسه ستستسكوپ وروفشار وركړل شي بريوټ (مرمر چي دزړه څخه دباندي اوريدل كيږي) اوريدل كيږي .

دابهر دعدم كفائي عمومي فيزيكي معاينه :

الف- داسبابو نښي : د marfan's syndrome او ankylosing spondylitis

ب- نبض: ۱- (collapsing pulse (water hammer pulse ددي نبض حجم زيات ،نبضاني وي او يا كولپسينګ وي .۲- Quinck's sign : دنوكانو په بستر كي دكپيلاريو نبضان ته وايي .۳- De Musset's sign : دثباتي شريان نبضان دومره قوي وي چي دهر نبضان سره دناروغ سر خوځيږي ، همدارنګه د سر د nodding اشاري په نوم هم ياديږي .

۳- Corrigan's sign يا Dancing carotid artery دثباتي شريان نبض ډير بارز وي .

۴- pulse pressure زيات وي ځكه چي دياستوليک فشار كميږي .

۵- Hill sign د دلنګيو فشار نظر د بازوګانو فشار څخه ۴۰ ملي متره سيماب لوړ وي .

۶- دويني سستوليک فشار دستروک واليوم دزياتوالي له كبله وي .

۷- كله چي دزړه عدم كفايه تآ سس وكړي دمحيطي اوعيو د وازو كنستريكشن له كبله دياستوليک فشار لوړيږي نو pulse pressure بيرته كميږي .

تشخيص معاينات :

الف- ايكو كارد يوګرافي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- دابهر عدم کفايه تعينوي . ۲- دابهرد عدم کفايي علت معلوموي ۳- دابهر دعدم کفايي شدت د ابهر دفوحي دسايز او د ريګورجيتيشن دجريان اندازه معلوموي .۴- دابهر دعدم کفايي دهيموډايناميک تشوشاتو اغيزي (لکه دچپ بطين سايز (د چپ بطين end systolic and end diastolic dimensions) او دچپ بطين هايپرتروفي معلوموي .

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

ج- ECG : دچپ بطين هايپرتروفي وي .

ح- **Cardiac Catheterization And Angiography** ډاپلر ايکو په واسطه دابهر دعدم کفايي شدت معلوميږي ،نوځکه په زياتره پيښو کي کتيتريزشن ته اړتيا نه وي .د کتيتريزشن په واسطه دابهر دعدم کفايي شدت ، توسع ، داي سکشن ، دابهر دوال ساختماني بدلونونه اوپه چپ بطين باندي د ابهر دعدم کفاي هيموډايناميک اغيزي (دچپ بطين حجم او ايجيکشن فرکشن) معلوموي . اوس دزړه کتيتريزشن داکليلي شريانو حالت مخکي دجراحي عملياتو څخه معلوموي

تشخيص :

دناروغي تشخيص دفيزيکي معايني ،تاريخچي او تشخيصه تستونوپه واسطه کيږي .

تفريقي تشخيص :

1. *Acute Coronary Syndrome*
2. *Blunt Abdominal Trauma*
3. *Heart Failure*
4. *Infective Endocarditis*
5. *Mitral Regurgitation*
6. *Mitral Stenosis*
7. *Myocardial Infarction*
8. *Pulmonic Regurgitation*
9. *Tricuspid Stenosis*

اختلاطات :

۱- دزړه عدم کفائيه

۲- انتاني اندوکاردايتس

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملنه :

الف- غیر اعراضي ناروغان : دابهر خفیف او متوسط عدم کفائیه حالت : دا ناروغان تداوي ته اړتیا نه لري ، دکلینیک له نظره په کال کي یو ځلي اودایکو له نظره په هر ۲-۳ کالو کي ارزیابي شي .داندوکاردایتس دمخنیوي لپاره انتي بیوتیک وقایوي ډول توصیه کیږي او په میاشت کي یو ځل دروماتیک تبي لپاره وقایوي زرقي انتي بیوتیک تو صیه شي . داناروغان دمسابقوي او شدید تمریناتو څخه منع شي .

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

وازو دایلاټور دواګاني (ACE- I,nifidipine ,hydralazine) په هغه ناروغانوکي ورکول کیږي چي شدید وي او دچپ بطین دندي نارمل یا نارمل نه وي ، اعراض ونه لري او جراحي درملني لپاره په تمه وي او یانه وي. دایګوکسین ،نایتریت او داي یوریتیک هم ورکول کیږي .بیتا بلاکر په مورفان سندروم ناروغانو کي دابهر دجذر توسع کموي .

اعراضي ناروغان :

۱- په اعرضي ناروغانو کي دابهرد وال معاوضه کول انتخابي درملنه دي .

۲- هغه ناروغان چي جراحي درملني ته کاندید دي او هغه ناروغان چي دکیڼ بطین دنده یي غیر معاوضوي ډول خراب شوي وي ،دجراحي عملیاتو څخه مخکي ناروغانو ته دایګوکسین او داي یوریتیک ورکول کیږي .

۳- هغه ناروغان چي دنوروضمیموي ناروغیو له کبله د جراحي درملنه وړ نه وي وازو داي لاټور ، دایګوکسین او داي یوروتیک توصیه کیږي .

د ابهر ددسام دمعاوضي (Valve Replacement) استطبابات :

۱- هغه اعرضي ناروغان چي دابهر ددسام شدید عدم کفاییه (NYHA) وي (دویم او دریم کلاس) .

۲- غیر اعرضي ناروغانوته هغه وخت جراحي ته کاندید دي ۱- چي دکیڼ بطین دنده یي خفیف او متوسط خراب وي (ایجیکشن فرکشن یي د ۵۰-۵۵ ٪ څخه کم شوي وي)، ۲- د کیڼ بطین توسع شدید وي (end diastolic diameter >55mm OR end diastolic diameter >75mm).

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

AORTIC STENOSIS(AS)

اسباب:

۱- دزړه روماتيک ناروغي : دابهر دتضيق معمول سبب دي چي کسپ او کميسورا سره وصليږي .

۲- دزړه ولادي ناروغي : دابهر تضيق د وه کلنيکي اسباب لري چي لومړي يي عبارت دي له ولادي ابنارمل unicuspid or bicuspid valve . ددي ډول ابنارمل وال اعراض په ځواني او يا ۵۰-۶۰ کلني کي ښکاره کيږي .دابهر coarctation هم دابهر دو لادي تضيق سره هم يوځاي وي .

۳- senile AS: دعمر زياتوالي سره دابهر وال ديجنيريشن او کالسيفيکيشن کوي . همدارنګه سګرټ اڅکل ، شکري ناروغي ، دويني لوړ فشار او دغوړ زياتوالي له کبله هم مينځته راځي .

۴- Systemic Lupus Erythematous And Sever Familial Hypercholesteremia هم دابهر دتضيق لامل کيږي .

۵- نور اسباب : 1- Subclavicular Aortic Stenosis 2- Supraclavicular Obstruction 3- Hypertrophic Obstructive Cardiomyopathy

: Pathophysiology

۱- دابهر د تضيق له کبله دچپ بطين دخروجي فوحي انسداد پيدا کيږي چي دچپ بطين فشار لوړيږي اوپه معاوضوي ډول چپ بطين هايپرتروفي کوي . ددي لپاره چي دزړه دهانه نارمل وساتل شي د تنګ شوي ابهر په مقابل کي دچپ بطين لوړفشار ايجيکشن ته ضرورت دي . دزړه دهانه داستراحت په وخت کي نارمل وي خو دتمرين په وخت کي کميږي .بلاخره د ناروغي ددوام په نتيجه کي دچپ بطين دندي دخرابوالي له امله دزړه دهانه او ستروک واليوم کميږي او دسږو فشار لوړيږي .

۲- دابهر دتضيق له کبله دزړه اسکيميا : دچپ بطين دهايپرتروفي له امله پرته داکليلي اوعيو دناروغي څخه دزړه داکسيجن اړتيا زياتيږي چي په پايله کي دزړه اسکيميا مينځته راځي .همدارنګه دچپ بطين دلوړ فشار له کبله په اکليلي اوعيو باندي فشار راځي چي داکليلي اوعيو

(c) ketabton.com: The Digital Library

دويني جريان کميږي چي ددي له امله دزړه اسکيميک درد ونه ، اريتميا او دزړه عدم کفايه پيدا کيږي .

دابهر دتضيق دويم سبب Degenerative Or Calcific Aortic Stenosis دي .

د ابهر دستېنوزس دشدت ارزيابي : دابهردتضيق دشدت اندازه دايکو په واسطه تعينيږي .

۱- دابهر دوال نارمل سايز ۳-۴ساتتي متر مربع دي .

۲- دابهر شديد ستينوزس کي دابهر دوال سايز قطر د $0.8cm^2$ وي دچپ بطين خروجي فوحي د تنګوالي له امله سره له دي چي دچپ زړه دهانه نارمل دي دسستوليک فشار تفاوت د ۵۰ملي متر سيمابو څخه زيات وي .

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

۴- دابهر خفيف ستينوزس : دابهر دوال قطر $1.5\text{-}2.0cm^2$وي .

کلينيکي لوحه :

اعراض:

۱- داوږدي مودي لپاره بي اعرضه وي .

۲- اعرضي حالت کي ۱- دسيني انجينا درد ۲- دتمرين په وخت کي سنکوپ ۳- دتمرين په وخت کي سا ه لنډي ۴- دزړه عدم کفايه او بلاخره مړينه . دغه اعراض هغه وخت وي چي دابهر د دسام قطر سايز نظر نارمل حالت ته ۳/۱ ته کم شوي وي .

۱- د سنکوپ حمله : دسنکوپ اسباب عبارت دي له ۱- دتمرين په وخت کي دزړه دهاني کموالي(سيستميک وعايي توسع او ثابت انسداد) له امله دماغي پرفيوژن کميږي۲- داستراحت په وخت کي د سنکوپ لامل بطيني فبريلشن ، ازيني فبريلشن او دزړه ګذري بلاک.

۲- Angina pectoris : ۱- په هايپرتروفيک زړه کي د اکليلي اوعيو دپرفيوژن کموالي له امله دمايوکارد اکسيجن کميږي .۲- دهايپرتروفيک زړه له کبله په اکليلي اوعيو باندي فشار له کبله دمايوکارد دويني جريان کميږي .۳- ۵۰٪ناروغانوکي داکليلي اوعيوناروغي موجود وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳- Exertional Dyspnea: تمریني سا ه لنډي ، orthopnea او Paroxysmal Nocturnal Dyspnea(PND) دسږو فشار لوړ والي ښودنه کوي .

۴- **دزړه عدم کفایه** : دزړه عدم کفایه دکيڼ بطین دسیستولیک او دیاستولیک دندو خرابوالي له کبله وي .

۵- **دمعدي او کلموڅخه وینه بهیدنه** : دابهر په شدید تضیق کي وي چي لامل ممکن دابهر تضیق سره داوعیو سوي اشکال وي (angiodysplasia).

دزړه او اوعیو معاینه :

الف: **دپریکاردیوم تفتیش** :اپیکس بیټ بي ځایه شوي نه وي ، دخپل نارمل موقیعت کي لیدل کیږي .

ب:جس : ۱- دزړه اپیکس بي ځایه شوي نه وي ځکه چي کاردیو میګالي دزړه د توسع له کبله وي نه دزړه هایپرتروفي له کبله .۲- داپیکس بیټ وصف Heave (forceful) وي ځکه چي دابهر په تضیق کي په کیڼ بطین باندي د فشار زیاتوالي له امله کیڼ بطین هایپر تروفي کوي .۳- Double apex beat جس دزړه ۴ غږ یا ازیني تقلص له کبله وي .۴- سستالیک تریل ممکن دابهر په ناحیه کي یا suprasternal notch کي جس شي او د ثباتي شریان په سیرکي انتشار مومي .

۵- نادراً دځیګر غټوالي اودسفلي اطرافو ازیما دښئي بطین د عدم کفائي له کبله وي چي دا هغه وخت مینځته راځي چي دچپ بطین دهایپرتروفي له کبله بین البطیني دسام ښئي زړه خواته ټیله کیږي چي دښئي زړه د کیډل خرابیږي .

ج: **اضغا** : الف: دزړه اوازونه ۱- لومړي اوازنارمل یا ښکته وي .۲- دزړه دویم اواز ښکته وي ځکه چي یوازي P2 اوریدل کیږي .په داسي حال کي چي دابهر دسام دکلسیفیکیشن له امله ددسام حرکت کم وي نو A2 نه اوریدل کیږي .۳- دشهیق په وخت کي دزړه دویم اواز Reverse splitting نورمال وي . ۴- دزړه ددویم اواز پراخه سپلیټ وي .۵- دابهردسام دځنډ بندیدو له امله دابهر په تضیق کي دزړه دویم اواز دابهر په ساحه کي دشهیق په وخت کي سپلیټ کم او دضفیر په وخت کي پراخه وي .۶- دزړه ۴اواز اوریدل کیږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

ب- دزړه اضافي غږونه : Systolic Ejection Click

ج- مرمر : Ejection Systolic (Mid-Systolic)Murmur اوریدل کیږي چي لاندي اوصاف لري ١- Ejection Systolic Murmur دابهر په ساحه کي اوریدل کیږي ،غاړي او اپیکس خواته انتشار مومي .٢- Ejection Click دمر مر څخه مخکي اوریدل کیږي .٣- Gallaverdin Phenomenon کله کله دسیستالیک مر مر شدت دمترال دسام په (اپیکس) ساحه کي شدید اوریدل کیږي چي دمترال دسام عدم کفایي په شان اواز اوریدل کیږي .٣- دابهر دتضیق مرمر شدت دولاړي په حالت کي کمیږي .۴- څومره چي دابهر دسام تضیق شدید وي په همغه کچه دمرمر دوام زیاتیږي ،ستروک والیوم کمیږي .

دابهر دتضیق عمومي فیزیکي معاینه : ١- نبض – دثباتي نبض حجم کم وي ورورو جګیدونکي وي چي د anacrotic pulse په نوم یادیږي .داپیکس جس او دثباتي شریان جس په وخت کي نه وي . ٢- pulse pressure کم وي ٣- دښئي او چپ زړه عدم کفائي له کبله دغاړي وریدونه متبارز وي .

پلټني :

الف- **دسیني رادیوګرافي** :

١- ښائ نورمال وي ٢- دزړه اندازه نارمل یا لږ لوي شوي وي .٣- دسیني په خلفي قدامي کلیشه کي دابهر په صاعده قوس کي post stenotic dilatation لیدل کیږي .

ب- **دزړه برقي ګراف** :

١- دکیڼ زړه هایپرتروفي وي ٢- په کیڼ زړه باندي دفشار زیاتوالي له امله دکیڼ زړه کشش (strain) وي (ST segment depression and T wave inversion in lead 1,AVL,V5 and V6) .

ج- **ایکو کارد یوګرافي** :

١- دابهر ددسام کسپونه پلن ،کلسیفید او بي حرکته معلومیږي .٢- دکیڼ بطین هایپرتروفي سیستالیک او دیاستولیک دندي معلومیږي .٣- ډاپلر ایکو په واسطه دابهر ددسام او ددسام

(c) ketabton.com: The Digital Library

څخه شاته خواکي تفاضلي فشار اندازه کيږي .که تفاضلي فشار د ۵۰ملي متر سيمابو څخه زيات وي او يا دابهر دقطر اندازه د $0.8cm^2$ څخه کم وي په شديد تنګوالي باندي دلالت کوي .او داعراضو دپيدا کيدو لامل کيږي .کله کله که ددسام قطر د ۱ساانتي متروي اعراض وي او يا تفاضلي فشار هم لوړ وي او ددسام قطر 0.6cm وي خواعراض نه وي .

ح- Cardiac catheterization:

دزړه کتيتريزشن په هغه ناروغانو کي چي عمر يي ۴۰کلن اويالوړ وي داکليلي اوعيو دانجيوګرافي لپاره او دابهردوال څخه مقابل خواکي دتفاضلي فشار دمعلومولو لپاره ترسره کيږي .داکليلي اوعيو انجيوګرافي دانجينا دلامل دمعلومولو لپاره توصيه کيږي .

خ- انجيوګرافي:

په هغه ناروغانوکي چي عمر يي ۴۰کلن او يالوړ وي اود CABG پلان وي توصيه کيږي .

تشخيص :

تشخيص دتاريخچی ،فيزيکی معاينی او تشخيصه تستونوپه واسطه کيږي.

اختلاطات :

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

درملنه :

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

۱- انجينا په ۵۰٪ناروغانوکي مينځته راځي چي مړينه د ۵کالو په موده کي وي .

۲- سنکوپ په ۵۰٪پورته ناروغانو کي وي چي د ۳کالو په موده کي مړينه وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

جراحي درملنه په غیر اعرضي ناروغانو کي نه توصیه کیږي او که دچپ بطین دنده خراب شوي وي او یا د ابهر دوال ساحه د $0.7cm^2$ کم شوي وي توصیه کیږي .

طبي درملنه :

طبي درملنه په هغه ناروغانو کي توصیه کیږي چي دعملیا ت وړ نه وي .

۱- دروند فیزیکي فعالیت څخه ډه ډه وشي .

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

ETT په غیراعرضي ناروغانو کي دپټ اعرضو دڅرګندولو لپاره اجرا کیږي.ETT په اعرضي ناروغانو(دتمرین کولوقدرت نه درلودل او دویني فشارکموالي) کي مضاد استطباب دي .

۳- انجینا لپاره بیتا بلاکر توصیه کیږي خو احتیاط دي وشي ځکه چي دشاک او دزړه دعدم کفایي لامل کیږي .

۴- نایتریت تمریني سنکوپ تشدیدوي نو دورکولو څخه یي ډه ډه وشي .

۵- ACE-I او دایګوکسین نسبي مضاد استطباب دي . دایګوکسین هغه وخت ورکولاي شوچي ایجکیشن فرکشن کم شوي وي او ACE-I په کم دوزهغه وخت توصیه کولاي شو چي چپ بطین اعرضي سستالیک دسفنکشن وي او دجراحي درملني لپاره کاندید نه وي .

جراحي درملنه :

د وال معاوضه(valve replacement) په لاندي حالاتو کي استطباب لري .

۱- هغه اعرضي ناروغان چي دچپ بطین دنده یي خراب وي وروسته دجراحي عملیاتو څخه ښه کیږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲- هغه غیر اعرضي ناروغان چي دچپ بطين دنده يي خراب وي،شديد چپ بطين هايپرتروفي ولري ،دوال قطر د $0.7cm^2$ څخه کم شوي وي او دتمرين سره دويني فشار ښکته کيږي .

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

دجراحي تداوي استطبابات :

۱- اعراض چي دابهر دشديد تضيق سره يوځاي وي .

۲- دابهر دشديد تضيق ناروغان چي دزړه نوروعملياتو ورته اړتيا وي لکه CABG .

۳- هغه غیر اعرضي ناروغان چي دچپ بطين دنده يي خراب وي،شديد چپ بطين هايپرتروفي ولري ،دوال قطر د $0.7cm^2$ څخه کم شوي وي او دتمرين سره دويني فشار ښکته کيږي .

دابهر تضيق دکيڼ زړه ددندي خرابوالي سره :

۱- که د دکيڼ زړه ددندي خرابوالي(ايجيکشن فرکشن د۳۵٪څخه کم وي) دجراحي درملني خطر زيات وي .او بي له عملياتو څخه انزار خراب وي . د valve replacement سره دناروغ عمر اوږد والي ښه کيږي .

دابهر تضيق د تفاضلي فشار کموالي سره :

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

هغه خطري فکتورونه چي د عملياتو سره دمړيني خطر زياتوي :

۱- شديد اعرضي ناروغان

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲- دکینې بطین دشدید دسفنکشن(ایجیکشن فرکشن د ۴۵ یا ۵۰٪ څخه کم شوي وي .

۳- زاړه کسان

۴- داکلیلي اوعیو ناروغیو سره یوځاي وي .

دوالونو ډولونه :

۱- میتالیک وال : دا وال دوامداره وي دترومبوزس لامل کیږي نو ناروغ داوږدي مودي لپاره انتي کواګولانت واخلي .

۲- BIOPROSTHETIC VALVE: ددي وال عمر کم(۱۵کاله) دي ترومبوجینیک نه دي .داپه ځوانانو کي چي عمر د۳۵کم وي او حاملګي کي استطباب نه لري .

۳- percutanous aortic balloon valvoplasty:دا په ماشومانو او ځوانانو کي چي په ولادي ډول دابهر تضیق یي کلسیفید نه وي ښه ګټور دي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

TRICUSPID STENOSIS(TS)

اسباب :

دزړه روماتیک ناروغي دترایکسپید دسام دتضیق مهم لامل دي چي زیاتره دمترال یا ابهر دسام ناروغیو سره یوځای وي ، زیاتره ښځو کي وي .

پتوفزیالوژي:

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

کلینیکي لوحه :

الف: اعراض: ۱- دکینړ خوا ددسامونو دروماتیک افاتو اعراضو سره یوځاي وي .۲- دګیډې درد(دځیګر لویوالي) ، پړسوپ (اسایتس) او محیطي ازیما وي .

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

ج: **ECG**:

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

ح: **Chest X-Ray**–

دښئي ازین لویوالی وی .

درملنه :

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- داي يوريتيک درملنه او دمالګي بنديز ۲- دجراحي عملي په واسطه دترايکسپيد دسام معاوضه کول .

TRICUSPID REGURGITATION(TR)

اسباب :

الف: Organic Tricuspid Regurgitation

1- Rheumatic Heart Diseases

2- Infective Endocarditis (IV drugs abuser)

3- Carcinoid Syndrome

4- Ebstein's Anomaly ;congenital tricuspid valve

ب: Functional (when right ventricle dilates)

1- Right Ventricle Dilation Due to chronic heart failure

2- Cor-pulmonale

3- Right Ventricle Infarction

4- pulmonary Hypertension

کلينيکي لوحه :

اعراض: دښئي زړه دعدم کفائي اعراض.

فيزيکي معاينه : ۱- JVP: ۱- دغاړي وريدونه پورته وي .دښئي زړه عدم کفائي له کبله وی ۲ - لويه د V موجه وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲- MURMUR: ۱- Pansystolic murmur د سترنوم هډوکي په کيڼ طرف کي داوږدوالي په سير کي اوريدل کيږي .مرمر دشهيق په وخت کي شدت مومي په داسي حال کي چي د مترال ددسام دعدم كفاي مرمر دضفير په وخت کي شدت مومي .

۳- Pulsatile Liver: ځيګر نبضاني جس كيږي .

تشخيصيه معاينات :

الف - **ايكو كارديوګرافي** :

– ۱- ښئي بطين پراخه وي ۲- دترايکسپيد دسام ښائ ابنارمل وي ۳- دريوي شريان فشار د ډاپلار ايكو په واسطه اندازه شي.

ب-ECG:

دزړه برقی ګراف وصفی نه وی .ازینی فبریلیشن هم غیر معمول نه دی .

ج- Chest X-Ray -

ښئي ازين او بطين پراخه ښكاري .

درملنه :

۱- دترايكسپيد دسام وظيفوي عدم كفائيه : داي يوريتيک پري لود كموي . دمترال دسام معاوضه كول ۲- دترايكسپيد دسام عضوي عدم كفائيه : جراحي درملنه يا والوپلاستي تر سره كيږي .

PULMONARY STENOSIS(PS)

اسباب :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلینیکي لوحه :

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

فیزیکي معاینات:

تفتیش: دغاړي وریدلوړ او په کي د **a**موجه ځرګند ښکاري .

جس: ۱- Left Parasternal Heave دښئي بطین هایپرتروفي له کبله وي ۲- په کیڼ دویم بین الضلعي مسافه کي تریل جس کیږي .

اضغا : الف- اول غږ نارمل وي ب- دویم اواز یوازي اوریدل کیږي ،ریوي دسام اواز ښکته وي .ج- مرمر : ۱- په دویم کیڼ بینالضلعي مسافه کي په ریوي ساحه کي **Ejection Systolic Murmur** اوریدل کیږي چي چپي اوږي خواته انتشار مومي، دمرمر شدت دشهیق سره زیاتیږي ۲- مخکي دمرمر څخه **Ejection Click** اوریدل کیږي .

تشخیصیه معاینات:

۱- دزړه برقي ګراف: دکیڼ ازین او بطین هایپرتروفي وي .

۲- دسیني رادیوګرافي : ښئي ازین او بطین لوي وي – په ریوي شریان کي **post stenotic dilatation** وي – په شدید **PS** کي دسږو دویني جریان کموالي له امله دسږو وازوکلاریتې کم شوي وي .

۳- ایکو کاردیوګرافي : - دوال اناتومیک بدلونونه ښکاري – دریوي دسام تنګوالي شدت معلومیږي – په غیرمستقیم ډول دترایکسپید دسام دعدم کفاي دتفاضل په واسطه دښئي بطین فشار اندازه کیږي .

PULMONARY REGURGITATION(PR)

اسباب :

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- دسږو دسام عدم کفايه ددسام دحلقي دتوسع له کبله چي په ثانوي ډول دسږو هايپرتنشن يا دسږود شريان دتوسع له امله وي مينځته راځي .

۲- انتاني اندوکاردايتس

۳- دسږو ددسام دتضيق يا Tetralogy Of Fallot's(TOF)دجراحي درملني داختلاطاتو له کبله وي.

۴- دسږو ددسام ولادي سوي اشکال .۵- کارسينوئيد سندروم ۶- روماتيک تبه ۷- سفليس

کلينيکي لوحه:

۱- دښئي زړه عدم کفايه وي

۲- Right Ventricle Heave او دسږو ددسام په ساحه کي Thrill جس کيږي .

۳- دسترنوم په کيڼ ۳، ۴ بين الضلعي مسافه کي Early Diastolic Mumur اوريدل کيږي .

۴- که دسږو فشار لوړ وي، P2 لوړ وي .

تشخيصيه معاينات :

۱- دزړه برقي ګراف : دښئي بطين هايپرتروفي وي .

۲- دسيني راديوګرافي : ښئي بطين لوي ښکاري او دسږو دشريان سيوري هم دليدلو وړ وي .

۳- ايکو : ښئي بطين متوسع او هايپرتروفي وي – دسږو ددسام عدم کفايه او ددي شدت معلوميږي .

درملنه :

۱- DIGOXINدښئي بطين دتوسع او عدم کفاي لپاره ورکول کيږي .

۲- سببي ناروغي تداوي شي .

۳- Valve Replacement with bioprosthetic valve: که ددسام عدم کفايه شديد وي او د TOF دجراحي درملني اختلاط وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

MULTI VALVULAR HEAR DISEASE

د multi valvular hear disease اسباب :

الف : کسبی ناروغی :

الف ۱-دزړه ناروغی :

۱- rheumatic heart disease

۲- infective endocarditis

۳- degenerative calcific

۴-cardiac remodeling /dilatation(functional)

الف ۲- ددواګانوجانبی عوارضو له کبله

۱- (anorectic agents,ergot agonist)

۲- end stage renal disease on hemodialysis

الف۳- noncardiac systemic diseases (carcinoid heart disease)

ب - congenital heart disease

ب ۱-connective tissue disorders

۱- marfan syndrome

ب۲- نادر ناروغی (congenital valvular cardiac disease)

(c) ketabton.com: The Digital Library

Combined mitral stenosis and aortic regurgitation

کله چي AR او MS سره یوځایي وي نوشدید MS دخفیف AR سره یوځایي وي ،پتوفزیالوژي یي د خالص MS په شان وي . کله کله ګډ AR هم شدید وي .MS دکیڼ بطین ډکیدل کموي نو په کیڼ بطین په حجم باندي د AR اغیزي پټیږي .پس نو ددواړو افاتو جوړول په زیاتره ناروغانو کي ضرور دي .کله چي اعراض پیداشي او دسږوفشار لوړ شي نو مداخلوي درملني ته اړ تیا پیدا کیږي. ددواړو والونومعاوضه مناسب درملنه ده .کله چي د مترال ستینوزس دتداوي پلان وي نو balloon mitral valvotomy اجرا کیږي . په زیاتره ناروغانو کي لومړي مترال والو تومي اجرا کیږي وروسته ناروغان داعراضو لپاره تعقیبیږي .که اعراض له مینځه لاړ شي د AR اصلاح کول ځنډیږي .

Combined mitral stenosis and aortic stenosis:

پههغه ناروغانو کي چي په ګډه سره څرګند AS او MS ولري په کلینیک کي دابهر د تضیق نبني معمولاًبارز وي ، د مترال تضیق نبني پټ وي خو اعراض د مترال تضیق بارز وي .د2D او ډاپلر ایکو په واسطه دناروغي شدت ،دکیڼ بطین دنده او سایز او دمترال دسام بالون والو تومي استطباب ایښودل کیږي .که د AS خفیف وي نو دمترال دسام دبالون والوتومي لپاره لومړي ښه مناسب دي . که دمترال بالون والو تومي کامیاب ونووروسته دابهر وال بیا ارزیابي کیږي .که په ګډه دابهر تضیق او دمترال عدم کفائیه سره یوځاي وي نو دابهر تضیق دمترال دسام عدم کفائیه تشدید وي .دمترال دسام عدم کفائیه دابهر دتضیق دشدت په تعینولو کي ستونزه پیداکوي ځکه چي فورد وارد اوټ پوټ کمیږي .څرنګه چي دمترال عدم کفائیه دکیڼ بطین دایجکیشن فرکشن قدرت لوړوي نو په دي توګه دکیڼ بطین سستولیک دسفنکشن چي دابهر دتضیق په واسطه مینځته راغلي وي پټیږي .که ازیني فبریلیشن اوازیني سستولیک دسفنکشن پیدا شوي وي او دکیڼ بطین دهایپرتروفي له کبله دبطین ډکیدل خراب شوي وي نو فورد وارد اوټ پوټ نورهم کمیږي .که په ناروغ کي شدید ASاو شدید MR شته وي (دمترال وال مارفولوژي هم خراب وي) ،اعراض موجود وي ،کیڼ بطین دنده خراب وي او دسږو فشار لوړ وي ، نو باید په ګډه سره دابهر

(c) ketabton.com: The Digital Library

او مترال دسامونه معاوضه شي او يا مترال وال ترميم شي .كه په ناروغ كي دابهر تضيق خفيف او يا متوسط وي او دمترال عدم كفايه شديد وي نويوازي دمترال دسام جراحي عمليات اجرا كيږي ځكه چي داعراضوموجوديت ،دكيڼ بطين دندي خرابوالي ، فورد وارد ستروک واليوم كموالي او دسږو فشار لوړوالي مخكي دعملياتو څخه دابهر دتضيق شدت اندازه كول ستونزمنوي .كه دابهر دوال متوسط تفاضلي د ۳۰ مليمترو سيمابو څخه لوړوي دابهر دوال معاوضه تر سره كيږي.

Combined aortic stenosis and mitral regurgitation

شد يد AS د MR شدت زياتوي . همدارنگه MR د AS دشدت اندازه كول ستونزمنوي ځكه چي مخكي خواته دويني داستولو (forward) جريان كميږي .MR دLV ايجيكشن فركشن د ندي قوت زياتوي، نوځكه دكيڼ بطين مقدم سستوليک دسفنكشن دAS په واسطه پوښل كيږي . ازيني فبريليشن او دازين سستوليک دندي خرابوالي (forward) جريان نور هم كموي ځكه چي دهايپرتروفي شوي كيڼ بطين ډكيدل خراب وي . د شديد AS او شديد MR(دمترال ابنارمل دسام) ناروغان چي اعرض ولري ، كيڼ بطين دنده خراب وي يا دسږو فشار لوړ وي په گډه سره دابهر او مترال دسامونه معاوضه شي او يا مترال دسام ترميم شي .هغه ناروغان چي خفيف څخه تر متوسط اندازي پوري AS او شديدMR ولري ،اعراض موجود وي ،دكيڼ بطين دنده خراب وي او يا دسږو فشار لوړ وي دعمليات څخه دمخه دابهر دعدم كفائي شدت اندازه كول گران كاردي ځكه چي forward stroke volume نور هم كميږي . كه دابهر دسام تفاضلي فشار د۳۰مليمترو سيمابو څخه زيات وي دابهر دسام بايد معاوضه شي.

Combined mitral regurgitation and aortic regurgitation

دا اړينه ده چي وپيژندل شي دكوم وال افت څرگند دي ځكه چي لومړي دهغه دسام ناروغي تداوي شي چي اعراض يي بارز وي ددي لپاره چي ددواړو دسامونوپتوفزيالوژي او دجراحي درملني وخت سره توپير لري .كه څه هم دواړه يي دكيڼ بطين دتوسع لامل كيږي خو دابهر عدم كفاييه دسيستميک سستوليک هايپرتنشن لامل كيږي او دكيڼ بطين پلنوالي كم وي .د **2D**

(c) ketabton.com: The Digital Library

echocardiography په واسطه د AR او MR شدت ، دکينې زړه سايز او دنده ،دکينې ازين دنده او سايز ،دسږو دشريان فشار او دمترال دسام ترميم معلوميږي . جراحي درملني ته هغه وخت اړتيا وي چي دابهر ددسام معاوضه او دمترال دسام ترميم ددرملني مناسب ستراتيژي وي.دمترال دسام ترميم دامکا ن ور دي .

Heart Valve Replacement

د ابهر او مترال والونه معمولاً معاوضه کيږي او د ريوي او ترايکسپيد والونه معاوضه کول غير معمول دي

aortic valve replacement. دابهر دتضيق اوعدم کفايي لپاره او دمترال وال معاوضه دمترال تضيق او عدم کفايي لپاره تر سره کيږي .

Mechanical valve:اوږد دوام لرونکي والونه چي د کلک اوزياتي پاتي کيدونکو توکوڅخه جوړ شوي دي .

Tissue valve:دانسان يا حيوان ډونور انساج دي .جراحي پروسيجرونه د وال دمعاوضي،داعراضو شدت اودجراحي خطر پوري اړه لري . ځيني جراحي پروسيجرونه دويني دتحشر دمخنيوي لپاره اوږدي مودي درمل ته اړتيا لري .زياتره خلک وروسته دجراحي درملني څخه داوږدي مودي سالم روغ رمټ ژوند ته طمع لري .دمترال دسام دمعاوضي سره ناروغان پرته د ويني نري کونکي درمل اخيستلو سره ښه نورماله ژوند کوي .دابهر ددسام دمعاوضي څخه وروسته ناروغان داوږدي مودي درملني اخيستلو ته دناروغ حالت اوخطري فکتور پوري اړه لري .

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

INFECTVE ENDOCARDITIS

تعریف :

دزړه ددسامونو یا دزړه دجوفونو داستر مایکروبي انتان ته انتاني اندکاردايتس وايي .

ویشنه :

الف- Acute Endocarditis:۱- دزړه نارمل او ابنامل والونه اخته کوي ۲- انتان دویني دلاري سرايت مومي ۳- دانتان وايرولينسي زيات دي .۴- كه ژرتداوي نه شي دڅو اونيو په موده كي ناروغ مري.۵- معمول لامل يي Staphylococcus aureus دي .۶- ويجيتيشن يي لوي دي ۷- شديد تبه په كي وي .

ب- Sub Acute Endoccarditis:۱- دزړه ابنارمل (ناروغ وال)اخته كوي ۲- تدريجي شكل پرمختګ كوي ۳- دجراحي پروسيجرونوپه وخت كي سرايت مومي ۴- وروسته دتداوي ښه کيږي .معمول لامل يي Streptococcus viridians دي .

ج- Prosthetic Valve Endocarditisوروسته دجراحي عملياتو څخه مينځته راځي معمول لامل يي S. epidermidis اوStaphylococcus aureu دي .

اسباب:

۱- Staphylococcus aureus (35%): روغ يا سوي شكل والونه اخته كوي ،په دوااعتيادو كسانو (polymicrobial) او دزړه الي استعمالونكي كي اخته كوي . دحاد اندوكاردايتس لامل كيږي .

۲- Streptococcus viridans (32%): اصلي والونه چي مخكي مآوف شوي وي يا ابنارمل والونه اخته كوي .دتنفسي سيستم دپورتني لاري دمعمول انتاناتو څخه دي چيويني ته دژاولوژولو،برس كولو او دغاښونوايستلو په وخت كي ويني ته ننوزي .دتحت الحاد اندوكاردايتس لامل كيږي .

۳- Enterococci (8 %): دا دمقعدپه شاوخوا كي اوپه ډكومتيازو كي وي ،په زړو نارينوكي چي پروستات هايپرتروفي لري اوپه ښځوكي بولي تناسلي انتان لري موجود وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

۵- G –ve bacilli of HACEK group (4%)

۶- Yeast and Fungi(1%)

۷- Culture negative endocarditis (5 %)

مساعدونکي فکتورونه :

الف: دزړه او اوعیو ناروغي :

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

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

۳- prosthetic valve

۴- Degenerative calcific valvular stenosis

دکوربه فکتورونه: ۱- Neutropenia ۲- Immunodeficiency ۳- Malignancy ۴- Therapeutic immunosuppression ۵- Diabetes mellitus ۶- Alcohol ۷- IV drug abuse

Pathogenesis And Pathalogy:

الف- داتنان دداخلیدو لاري : ۱- دغاښونویانوروجراحي پروسیجرونوپه وخت کي .۲- دمنتن زرقیاتو دلاري .۳- دپوستکي یاتنفسي سیستم ښکاره انتاناتو په واسطه .۴- په پټ ډول دکلمواوخولي دلاري .۵- زخمونه

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

ب۱-- دزړه داخلي اندو تیلیوم زخمي کیږي ۲- په زخمي شوي ځاي کي غیر منتن ترومبو سیت - فبرین ترومبوس جوړیږي چي د نن بکتریال ترومبوتیک اندوکاردایتس (NBTE)په نوم یادیږي ۳- دمؤقتي بکتریمیا په وخت کي انتان د NBTE لپاسه نښلي ۴- انتان په دي ځاي کي ډیروالي (Proliferation) مومي ۵- په مآوفه ځاي کي منتن ،ماتیدونکي او محجم (کتله)جوړیږي چي د تنبت (bulky vegetation) په نوم یادیږي .

ج- د داخلاالقلبي انتان موضعي تخریباتو اغیزي : ۱- دوال کسپونه تخریبږي چي لومړي زخم جوړوي اوبیا ددسام دعدم کفایي لامل کیږي .۲- کورداتندیني رپچر کوي ۳- د paravalvular abscessله کبله دزړه انتقالي سیستم خرابیږي چي داریتمیا او تقحیي پیریکاردایتس لامل کیږي .۴- لوي ویجیتیشن دوالونو دوظیفوي تضیق لامل کیږي .

د- امبولایزشن : دمنتن ویجیتیشن څخه امبولي بیلیږي په توري ،پښتورګو ،زړه او سږو کي دانفارکشن لامل کیږي .

ذ- میتازتاتیک انتان : سیپتیک امبولي دبدن هر ځاي کي د ابسي لامل کیږي .

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

کلینیکي لوحه :

الف- دبکتریمیا کلینیکي لوحه :

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

۲- petechia : Petechiae on the skin, conjunctivae, oral mucosa دوازوکولایتس له کبله وي . دسترګو په رتینا کي دوازکولایتس له کبله Roth Spot وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳- Splenomegaly: ۳۰-۴۰٪ پیښنو کي وي .

ب- دامیون کمپلکس کلینیکي لوحه :انتي بادي او دبکتریا انتي جن سره کمپلکس جوړوي او دلاندي کلینیکي لوحو لامل کیږي .

۱- Janeway Lesion: داکوچني ،هموار بي درده سور ماکولاګاني دي چي دلاس په تینار او هایپوتینار برجستګیو کي وي .

۲- Splinter Hemorrhage: دا دګوتو دنوکانولاندي وي .

۳- Osler's Nodes:دا سخت دردناکه حساس پوستکي لاندي پړ سیدلي نوډولونه دي چي دلاس پښنو په ورغوپوندو او ګوتوکي وي چي دوازکولایتس یا امبولیزم له کبله وي .

ج- دزړه ددسامونو ددندو دخرابوالي کلینیکي لوحه :

۱- MURMURS- ویجیتیشن دویني جریان بندوي چي د زړه داضافي اوازونو دپیداکیدو لامل کیږي چي مرمر ورته وایي . دمرمر پیداکیدل دویجیتیشن سایز پوري اړه لري .دپخواني مرمر وصف کي بدلون اوشدت کي زیاتوالي .

۲- REGURGITATION- ددسامونوپرمخ تللي تخریبات د دسامونو دسوري کیدو یا عدم کفایي لامل کیږي .

د- دامبولیزیشن کلینیکي لوحه – امبولي دنازکه وماتیدونکي ویجیتیشن څخه مینځته راځي چي دلاندي عضوو دانفارکشن لامل کیږي .

د کیڼ زړه اندوکاردایتس دلاندي عضوو دانفارکشن لامل کیږي . ۱- دماغ ته دستروک سبب کیږي چي د ستافیلوکوک اوریوس له امله وي ۲- پښتورګوته دهیماچوریا سبب کیږي ۳- زړه ته دمایوکارد انفارکشن لامل کیږي ۴- کولموته دکولمو دانفارکشن لامل کیږي ۵- دتوري انفارکشن ۶- دنهایاتو دګانګرین لامل کیږي .

دښئي زړه اندوکاردایتس دسږو دامبولیزم سبب کیږي .

داندوکاردایتس دناروغ معاینه :

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- لاسونه : د Clubbing ,splinter Hemorrhage ,Osler'sNode,Janway Lesions لپاره معاینه شي .

۲- سترګي: Roth's Spot in fundus , conjunctival petechia لپاره معاینه شي .

۳- خوله: دخولي دحرارت درجه اندازه شي.

۴- پریکاردیوم : دزړه دولادي یادسامي ناروغیو لپاره ، دزړه عدم کفایي او دپخواني جراحي عملیاتولپاره معاینه شي.

۵- سږي د کریپیتیشن لپاره چي دزړه عدم کفایه کي وي .

۶- ګیډه دتوري لویوالي لپاره

۷- سفلي اطراف د امبولي

۸- دتشومتیازو معاینه : دهیماچوریا او پروتین یوریا لپاره معاینه شي .

۹- دموضعي انتان لپاره معاینه شي.

تشخیص:

الف- دویني کلچر :

۱- دویني کلچر مهم معاینه ده .

۲- مخکي دانتي بیوتیک دپیل څخه ددري مختلفو ځایونو څخه د ۲۴ساعتو په موده کي دویني کلچر لپاره وینه واخیستل شي .په ۹۵٪کي کلچر مثبت وي او ۵٪کي منفي وي .

۳- دکلچر دمنفي والي اسباب . ۱- مخکي دکلچر څخه انتي بیوتیک پیل شوي وي – ۲- فنګسي انتانات ۳- هغه ارګانیزمونه چي خاص میډیا ته اړتیا لري لکه legionella انتانات.۴- ورونشونما کونکي انتان لکه بروسیلا او ان ایروبیک انتانات.

ددي ستونزي دحل لپاره کله چي انتي بیوتیک پیل شوي وي دوا باید قطع شي ۳-۲ ورځي معطل شي وروسته کلچر تر سره شي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

ب- دويني نورمعاينات :

۱- انيميا – نارموکروميک نارموسايتيک انيميا .

۲- C-Reactive protein and ESR لوړ وي .

۳- دويني سپين حجرات په حاد حالت کي لوړ او په تحت الحاد حالت کي نورمال وي .

۴- ترومبوسايتوپينيا ممکن موجود وي خو نادراً وي .

ج- ايکوکارديوګرافي – په ايکو کي لاندي پتالوژي تثبيتيږي .

۱- Vegetation ۲- Valve damage ۳- Abscess formation

حساس ايکو Trans Esophageal Echocardiography (TEE) دي چي ۹۵-۸۵٪ تشخيص وضع کوي او که ويجيتيشن د ۱-۱.۵مليمتروڅخه کوچني هم وي تثبيتيږي .

د- ECG: په دي کي دزړه انفارکشن او دانتقالي سيستم تشوشات معلوميږي (دابسي له کبله).

ذ- CXR: دسيني په راديوګرافي کي دسږو امبوليزم اودزړه عدم کفايه ښکاري .

ر- دتشو متيازو معاينه : پروتين يوريا او هيماچوريا په کي معلوميږي .

ز- سيرالوژيک تستونه : C3-4 کم وي . RA 50% فکتور مثبت وي . ۲۰٪ کي Anti Nuclear Antibody (ANA)مثبت وي .

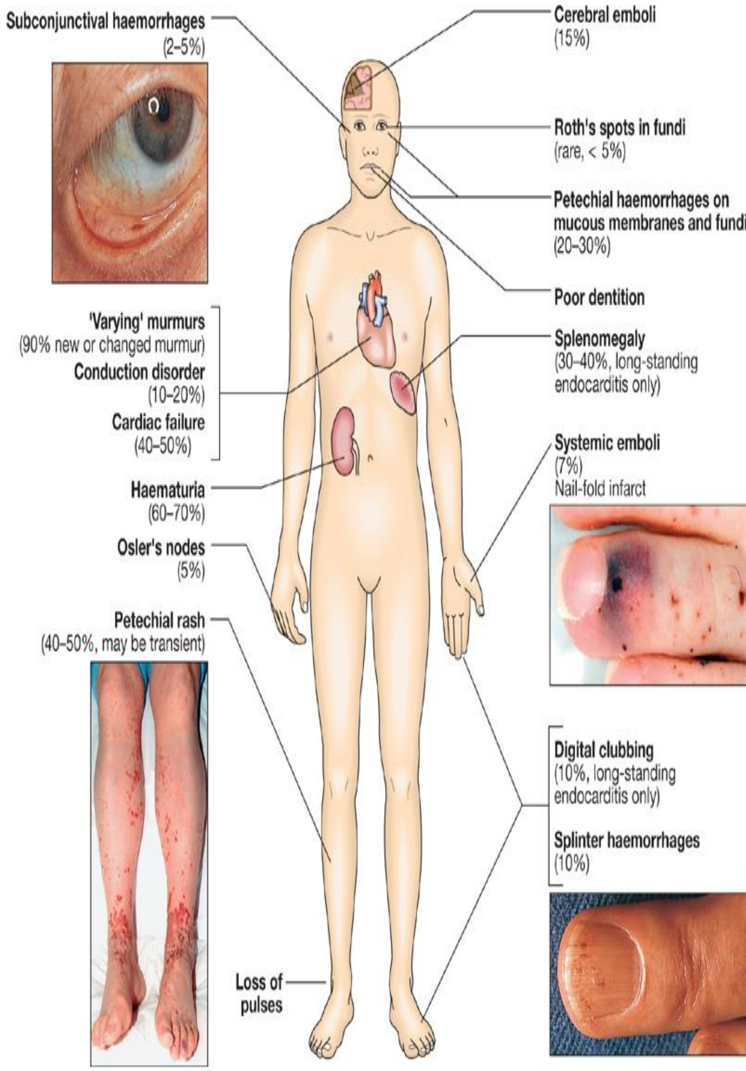
تشخيص :

په اندوکاردايتس تشخيص هغه وخت وضع کيږي چي لاندي حالات موجود وي .

۱- دزړه مساعدونکي افات ۲- بکتريميا ۳- دامبولي شواهد ۴- فعال اندو کارديل حالت .

داندوکاردايتس تشخيص د MODIFIED DUKE’S CRITERIA په واسطه کيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library



Colledge et al: Davidson's Principles and Practice of Medicine, 21st Edition
Copyright © 2010 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier, Ltd. All rights reserved.

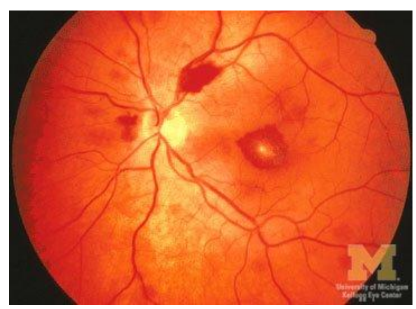
Sub-acute Endocarditis

11

(c) ketabton.com: The Digital Library

Oslers' nodes

Janeway lesions
Nontender erythematous, haemorrhagic, or pustular lesions often on palms or soles.



DR.S.HADI　14

(c) ketabton.com: The Digital Library

Modified Dukes Criteria

لوي نښې Major Criteria:

الف- Positive blood culture

i. Typical organism from two cultures
ii. Persistent positive blood cultures taken > 12 hours apart
iii. Three or more positive cultures taken over more than 1 hour.

ب- Endocardial involvement: داندوکارد اخته کیدل

i. Positive echocardiographic findings of vegetations
ii. New valvular regurgitation

کوچنې نښې Minor Criteria:

i. Predisposition: Predisposing valvular or cardiac abnormality
ii. Intravenous drug misuse
iii. Pyrexia ≥38°C (≥100.4°F)
iv. Embolic phenomenon
v. Vasculitic/ immunologic phenomenon
vi. Blood cultures suggestive: -organism grown but not achieving major criteria
vii. Suggestive echocardiographic findings

Duke Criteria

الف- مشخص تشخیص Definite: ۱- دوه لوي نښې ۲- یولوي او دري یاپنځه کوچنې نښې ۳- پتالوژیک او هستولوژیک نښې موجود وي .

ب- احتمالي تشخیص (Possible): ۱- یولوي او یویادري کوچنې نښې وي .

ج- د تشخیص ردیدل (Rejected) : ۱- بل تشخیص کیښودل شي ۲- که د ۴ ورځو یا کمه موده کي داندکاردایتس کلینیکي لوحه دانتي بیوتیک درمل سره ښه شي .

تفریقي تشخیص :

(c) ketabton.com: The Digital Library

دټولو هغه ناروغیو سره چي ددوامداري تبي لامل کيږي لکه (نيوپلاستيک ناروغي ،کولاجن ناروغي ،او نوراتنانات). دتفريقي تشخيص لپاره دويني کلچر ،دسيني راديوگرافي ،دلمفاوي عقداتو بايوپسي ،دهډکو دمغز بذل ،انجيوگرافي ،ايکوکارديوگرافي ، دپښتورگو بايوپسي او انتي نيوکلر انتي بادي معاينات تر سره شي .

اختلاطات:

الف: دزړه اختلاطات :

دزړه عدم کفايه ۲- ددسامونو دتخريب له کبله ددسامونوعدم کفايه ۳- ددسامونو ستېنوزس ۴- دمايوکارديوم ابسي دانتقالي تشوشاتو او دپيريکارديوم ابسي د تقحيي پيريکاردايتس لامل کيږي .۵- داکليلي اوعيو امبوليزم ۶- دپروستاتيک دسام بيليدل .

ب: دزړه څخه دباندي اختلاطات :

۱- سيستميک امبولي (دستروک ،دگردو انفارکشن ،دتوري انفارکشن او يا د اطرافو داسکيميا لامل کيږي).۲- منتن امبولي دبدن په بله برخه کي دابسي سبب کيږي ۳- دبنئي زړه اندو کاردايتس دسږو دانفارکشن اوابسي لامل کيږي .۴- مايکوتيک انوريزم ۵- اميون کمپلکس گلوميرولونفريتس .

وقايوي درملنه:

High risk category: A

1. prosthetic cardiac valves
2. Previous bacterial endocarditis
3. Complex cyanotic congenital heart disease(TOF)
4. Surgically constructed systemic pulmonary shunts.

B.Moderate risk category:

1. Rheumatic and other valvular dysfunction
2. Congenital cardiac malformations
3. Hypertrophic cardiomyopathy
4. Mitral valve 167rolapsed with valvular regurgitation

(c) ketabton.com: The Digital Library

5. Regimen for prophylaxis

Standard oral regime:

1. Inability to take oral medication Amoxicillin 2 g 1hr before procedure
2. Ampicillin 2g IV or IM 1hr before procedure

Penicillin allergy

1. Clindamycin 600 mg
2. Clarithromycin 500 mg
3. Cephalexin 2 g.

درملنه :

۱- داندوکاردایتس د درملني لپاره دا اړینه ده مشخص انتان وپیژندل شي او حساس انتي بیوتیک ورته توصیه شي .وسیع الساحه انتي مایکروبیال درمل ژرتر ژره پیل شي .بکتریوسیدال دوا شروع شي.

۲- تبه د ۵-۷ ورځو په موده کي ښه کیږي .

۳- که تبه ښه نه شو د ناروغي اختلاطاتو ته (extracardiac abscess.،paravalvular abscess) ته فکر کیږي .۴- سیرولوژیک معاینات وروورو ښه کیږي .۵- دناروغي بابیړي ۲-۱میاشتي وروسته پیداکیږي .

دانتاني اندوکاردایتس لپاره دانتي بیوتیکونورژیمونه :

A-Streptococci:

1. Benzyl penicillin (1.2g 4 hourly) 4-6 weeks
2. Gentamicin (1mg/kg 8-12 hourly) 4-6 weeks

B.Enterococci

Ampicillin sensitive

1. Ampicillin (2 g 4 hourly) 4-6 weeks, and
2. Gentamicin (1mg/kg 8-12 hourly)

(c) ketabton.com: The Digital Library

Ampicillin resistant

1. Vancomycin(1g 12hourly) 4-6 weeks, and
2. Gentamicin (1mg/kg 8-12 hourly)

C.Staphycocci

Penicillin sensitive

1. Benzyl penicillin I.V(1.2 g 4 hourly)
2. Penicillin resistant but methicillin sensitive
3. Flucloxacillin I.V (2g 4 hourly)
4. Both penicillin and methicillin resistant
5. Vancomycin I.V (1g 12 hourly) and Gentamicin

دجراحي تداوي استطبابات:

a. patients with direct extension of infection to myocardial structuires.
2. Prosthetic valve dysfunction.
3. Congestive heart failure.
4. Badly damaged valves.
5. IE caused by fungi or gram-ve or resistant organisms.
6. Large vegetations on echocardiography
7. Recurrent embolic attacks.

دانتي کواګولانت رول :

انتي کواګولانت نه ورکول کيږي ځکه چي دنزف خطر زياتوي ،که ناروغ پروستيتيک وال ولري وروسته داندوکاردايتس دښه کيدو څخه ناروغ ته بيرته لکه مخکي د اندوکاردايتس داخته کيدوپشان پيل کيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

ریفیرینسونه

۱- نشاط محمد طیب دتنفسی سیستم اد دزړه روماتیزمل ناروغی .ننگرهار پوهنتون طب پوهنځی .

2- http://heart.bmj.com/ on May 2, 2016 - Published by group.bmj.com COMBINED MITRAL AND AORTIC STENOSIS 607 APEX &M. Maryland, U.S.A. Received April 16, 1962

3- Kasper ,Denni L.Hauser,Stephen L . Harrison's principle internal medicine 19th edition. USA: Mc Graw Hill; 2015 P:1450,1650

4- GOLD MAN lee, Ausielleo De NNIS. Cecil medicine 23rd edition. Philadelphia: saunder's 2012 P:350,550

5- *japi.org/august2007/U-575.pdf by S Bhandari - 2007 - Cited by 16 - Related articles*

*have combined MS and mitral regurgitation (MR).6-8. Congenital malformation of .....**Combined mitral stenosis and aortic regurgitation**. When both AR and MS ...*

6-^ *Jump up to:*[a b c d e f g h i j k] *Albert, RH (1 December 2010). "Diagnosis and treatment of acute bronchitis.". American family*

*hysician **82** (11): 1345–50. PMID 21121518*

7-Kumar Prveen. Clinical medicine 7th edition: ELEVIER UK: saunder, 2009 P: 700,830

8- Mec PHEE STEPHEN NJ Maxin A PAPADAKIS Current medical diagnosis and treatment FIFTHY FIFTH EDITION .New Yark :MC Graw Hill 2016.pp-242-350

9-Wallker ,Brain R .Colledge,Nicki R . Davidson's Principle of internal medicine 22th edition UK: Edinburgh;2014 P663,525

(c) ketabton.com: The Digital Library

Get more e-books from www.ketabton.com
Ketabton.com: The Digital Library