دافغانستان اسلامی دولت

دلوړو زده کړو وزارت

ننګرهار 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........
درمله : ....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 ينات: ....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 تنگوالي تشدیدونکی فکتورونه 17

کلنیکي لوحه 17

دسیني رادیوګرافي : 20

تفریقي تشخیص: 20

تشخیص 21

(c) ketabton.com: The Digital Library

داستما اختلاطات ....23........
مخنيوي : ....23........
درملنه: ....24........
انزار : ....30........
STATUS ASTHMATICUS ....30........
COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA (CAP) ....33........
تعر يف ....33........
اپيديمولوژي او پيښيدل ....33........
د کپ اسباب ....34........
کلينيکي لوحه ....34........
تشخيص ....35........
لابراتواري پلټني : ....35........
درملنه : ....36........
streptococcuspneumonia(pneumococcal pneumonia) ....37........
تعريف ....37........
اپيديمولوژي او پيښيدل ....37........
پتا لوژي: ....37........
کلينيکی لوحه ....38........
لابراتواری معاينات : ....39........
اختلاطات ....41........
تشخيص : ....41........
تفريق تشخيص: ....41........
تدا وي ....42........
مخنيوي ....45........
Hospital Acquired Pneumonia (HAP) ....48........
اپيديمولوژی ....48........
تعريف ....48........
پتوجينيزس ....49........

(c) ketabton.com: The Digital Library

د HAP اسباب 50
کلنیکي لوحه 50
تشخیص 51
مخنیوي: 51
درملنه: 51
BRONCHIECTASIS 53
تعر یف: 53
اسبا ب: 53
Pathogenesis : 53
پتا لوژي: 54
کلنیکي لوحه: 54
CHEST X-RAY 54
تفریقي تشخیص 55
لابراتوارى معاینات: 55
درملنه: 55
LUNG ABSCESS 57
تعر یف 57
اسباب 57
پتالوژی 57
کلنیکي لوحه : 57
لابراتواري معاینات: 58
پتوجینیزس 59
اختلاطات 59
تشخیص : 60
تفریقي تشخیص 60
تداوي 60
مخنیوی : 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
مخنیوی : 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....
لابراتواری معاینات : ....90....
١- 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
پتوفزیالوژي: 103
کلینیکي لوحه: 104
تفریقي تشخیص: 104
تشخیص: 105
درملنه 105
انزار: 105
دسږو وظیفوي 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..........

دویم فصل

ACUTE RHEUMATIC FEVER ....113..........
تعریف ....113..........
اسباب : ....113..........
پتو جنیزس: ....113..........
وقوعات (INCIDENCE) ....113..........
ايپيديمولوژي: ....113..........
پتالوژي: ....114..........
كلنيكي لوحه: ....114..........
لابراتواري معاينات ....116..........
سير او انزار ....117..........
تشخیص ....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....

كلنيكي لوحه : ....126....

تشخيصيه تستونه ....127....

تشخيص ....128....

تفريقي تشخيص ....128....

اختلاطات : ....128....

تداوي ....128....

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

تعريف : ....129....

اسباب: ....129....

كلينيكي لوحه : ....129....

اختلاطات : ....130....

تشخيصه معاينات ....130....

ECG – 1 ....130....

٢- ايكوكارديوگرافي ....130....

درملنه : ....131....

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

اسباب ....134....

:pathalogy ....134....

ابنارمل فزيالوژي ....134....

كلينيكي 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- انجيوګرافي 144
تشخيص : 144
اختلاطات : 144
درملنه : 144
TRICUSPID STENOSIS(TS) 148
اسباب : 148
پتوفزيالوژي: 148
کلینیکي لوحه : 148
درملنه : 148
TRICUSPID REGURGITATION(TR) 149
اسباب 149
کلینیکي لوحه : 149
تشخيصيه معاينات : 150
درملنه : 150
PULMONARY STENOSIS(PS) 150
اسباب : 150
کلینیکي لوحه 151
تشخيصيه معاينات: 151
PULMONARY REGURGITATION(PR) 151
اسباب 151
کلینیکي لوحه 152
تشخيصيه معاينات 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....
تعريف ....158....
ويشنه ....158....
اسباب: ....158....
Pathogenesis And Pathalogy ....159....
كلينيكي لوحه : ....160....
تشخيص: ....162....
تشخيص : ....163....
Modified Dukes Criteria ....166....
تفريقي تشخيص : ....166....
اختلاطات: ....167....
وقايوي درملنه: ....167....
درملنه : ....168....
ريفيرينسونه ....171....

(c) ketabton.com: The Digital Library

لومړی فصل

تنفسی سیستم ناروغی

(c) ketabton.com: The Digital Library

ACUTE TRACHIOBRONCHITIS

Tracheitis

دترخیا التهاب ته وایي .که څه هم ترخیا دښکتني تنفسي لاري غړي دي خو د پورتني تنفسي لاري دحادو انتاناتو تر سرلیک لاندي شمیرل کیږي . معمول بکتریایي سبب یي Staphylococcus aureu دي .بکتریایي لاملونه یي دتنفسي لاري دانسداد لامل هم کیږي .وایروسي انتانات هم دترخیا یتس لامل کیږي .دانفلوانزا له کبله اختلاطات نادر وي . په ماشومانوکي زیات وي او دترخیا دقطردکوچني والي له امله دپړ سوپ له کبله ژر بندیږي .

کلینیکي لوحه :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملنه :

۱- په شدید حالت کي وریدي انتي بیوتیک ورکول کیږي .

۲- په شدید حالت کي عاجله څارني کوټه کي بستریږي

۳- که هوایي لاره بند وي عاجل انتوبیشن او *supportive ventilation* اجراکیږي او *invasive and non-invasive monitoring* تر سره کیږي (دزړه ګراف مانیتورینګ ، اکسیجن غلظت اندازه کول ، شریاني ویني فشار اندازه کول او کپ نوګرافي تر سره کیږي .)

Acute bronchitis

دیخ سیني په نوم هم یادیږي چي د برانکسونو(لوي اومتوسطو برانکسونو) حادالتهاب څخه عبارت دي چي مهم اعرض یي ټوخي دي ،نوراعراض یي عبارت دي له بلغم لرونکي ټوخي ،تبه، ساه لنډي او ویزینګي اودسیني ناراحتي څخه .ناروغي دکمورځو څخه ترلسو ورځوپوري دوام مومي . معمول ناروغي دي چي ۵٪لویان او ۶٪ماشومان اخته کوی ،په کال کي یو ځل پیښیږي ،په ژمي کي زیات وي یوکلن څخه کم عمره ماشومان باید په روغتون کي بستر شي.

اسباب:

۱- معمول اسبا ب یي وایرسونه دي (*respiratory syncytial virus, rhinovirus, influenza*)

۲- بکتریا ګا ني یي غیر معمول اسباب دي لکه (*Mycoplasma pneumoniae, Chlamydophila pneumoniae, Bordetella pertussis, Streptococcus pneumoniae, and Haemophilus influenzae*

پتالوژي :

۱- دهوایي لارو دتخریش له کبله هوایي لاري التهابي کیږي او دسږو په انساجو کي نتروفیل انفلتریشن کوي .

۲- دګابلیت حجراتو زیاتوالي له کبله هوایي لاري بندیږي .

۳- دنتروفیل له کبله مخاط افرازات زیاتیږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

كلينيكي لوحه :

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

تشخيص:

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

مخنيوي :

د *Haemophilus influenza* لپاره واکسين وشي .

درملنه :

۱- انتي بيوتيک په عمومي ډول دحاد برانکايتس درملني لپاره که بکتريا نه وي نه کارول کيږي . انتي بيوتيک کاروني سره ټوخي ژر ښه کيږي ،خو دهضمي سيستم اعراضو لامل کيږي او انتي بيوتيک مقاوم حالت رامينځته کوي .

۲- سګرټ ځکل بند شي .

انزار : حاد برانکايتس دځو ورځو ځخه تر ځو اونيو بوري دوام مومي . دا کيداي شي وروسته ديخ وهلو يا زکام يا پخبله پيدا شي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE(COPD)

د سږو ځنډنی انسدادي ناروغي

تعريف:

i. د سږو دهوايي لارود مزمن ورو پرمخ تلونکي انسدادي ناروغي دي چي اکثرا ثابت پاتي کيږي او غير رجعي وي
ii. دسګروټو اخکلو تاريخچه دلسو کالو څخه زيات وي
iii. په سي او پي ډي کي مزمن برانکايتس . امفزيما او کله کله برانکيل استما هم په کي شامل وي.
iv. مزمن ټوخي ، بلغم اوسا ه لنډي په کي وي .
v. رانکي اوريد ل کيږي ،تنفسي اوازونه ښکته وي ،شهيق اوږد وي
vi. دسږو په وظيفوي تستونو کي دهوايي لارو تنګوالي وي
vii. ډ ير کموپيښنو کي د برانکودايلاټور سره ځواب وايي
viii. د FEV1/VC نسبت کم شوي وي .

مزمن برانکايتس:

تعريف :

1. د مزمن برانکايتس تشخيص کلنيکي دي متصف دي په بلغم لرونکي ټوخي چي کم تر کمه د د ري مياشتو لپاره په هر ژمي کي د دوو کالو تا ريخچه ولري .په دی شرط چی دبلغم لرونکی ټوخی لپاره بل لامل موجود نه وی لکه برانکيکتازس اوناتداوی شوی مزمن استما .

(c) ketabton.com: The Digital Library

2. زياتره د سګرتو څکلو تاريخچه مو جود 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 ککړ تيا .
ت- دندي (د دندي په ځايي کي د دوړو شتون).
ث- په جنيتيتک ډ ول د انتي تريپسين کموالي .

اسباب:

الف- سګر ټ څکل :سګرت څکل دځنډنی برانکايتس لومړنی 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 ننبي موجود وي .۳- ناروغ د پړ 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 پښو پړ 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 کینړ 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 ینات:

الف :سپایرومیتري :

– د سږو د وظیفوي تستونو او د تداوي د رسپانس په اړوند پوره معلوما ت ورکوي .
– دسي او پي ډي په لومړي وخت کي یوازي د د سږو حجم ابنارمل اودکم شوي expiratory flow rate په اړه معلوما ت ورکوي .
– دناروغي په وروستي وخت کي په اول ثانیه 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 ید حالت کي په څرګند ډول FVC کم شوي وي

ب:دشریانيویني د ګازاتو اندازه کول :

a. دناروغي په لومړي وخت کي دګازاتو بد لونونه نه وي
b. د شریاني ویني د ګازات په لاندي حالاتو کي اندازه شي
i. هایپوکسیمیا وي
ii. هایپر کپنیا وي
iii. FEV د ۴۰٪څخه کم شوي وي
iv. په کلینیک کي د ښي زړه دعد م کفایي نښي وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

c. هايپوکسيميا په شد يد مزمن برانکا يتس کي وي
d. معا وضوي تنفسي اسيدوزس په مزمن تنفسي عد م کفاييه کي وي (په تيره د مزمن برانکايتس حاد اکزاسربيشن په وخت کي)
e. هيموګلوبين اکثراً لوړ وي(۱۸-۱۵ ګرام فی ديسی ليتر)

ج :د بلغمو معاينه :

– دبلغمو معاينه د ستريپتو کوک نمونيا ، ايچ انفلو انزا اومورو کزيلا کترالیس په اړه معلومات ورکوي .
– دبلغمو کلچر مثبت والي د ناروغي د شد يد اکزاسربيشن سره نيمګړي ارتباط لري په شديد اکزاسربيشن کي وايروسي انتانا ت وي.

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

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

ه :راد يولوژيک معاينات

1. د سيني ساده راديو ګرافي : دا د ومره حساس معلومات نه ورکوي . په مزمن برانکايتس کي vascular marking(dirty lungs وی .
2. سي ټي سکن : د سيني high resolution CT scan (HRCT scan) ډير حساس او وصفي معاينه ده

ډاپلر ايکو کارديوګرافي د سږو دهايپرتنشن 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 بطین عد م کفايي تشد يد ل .

تفريقي تشخيص:

۱- برانکیل استما :دهوايي لاروتنګوالي رجعي وي ۲-برانکیکتازس : 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 لارومیکا نیکي انسداد ۷-د سږو تبرکلوز

مخنيوي:

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

درملنه:

(c) ketabton.com: The Digital Library

الف :د ستېل 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 سيمابو 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 يتوزس ۴- دماغي حالت خربوالي ۵- تمرين توان نه درلودل ۶- دشپي له خوا نارامي ۷- دسهار له خوا سردردي

۳- انشاقي برانکو دايلا تور :

الف- لنډ تاثير لرونکي برانکو دايلاتورونه :

1. انتي کولينيرژيک (ipratropium bromide)
2. بيتا ۲ اګونست (albuterol, metaproterinol)
3. انتي کولينير ژيک نظر بيتا ۲ اګونست ته ښه دي ځکه چي او ږد اغيزه لري او سمپا تيک عصب نه تنبه کوي . دواړه يي د metered dose inhalation (MDI) او يا مايع يي د نيبو لايزر دلاري انشاق کيږي .اپراتروپيوم بروماييد (36-72mcg) هر ۶ساعته بعد توصيه کيږي

- لنډ تاثير لرونکي بيتا ۲ اګونست د تريمور ،تکي کارديا اوهايپو کلايميا لامل کيږي (د سمپا تيک عصب دتنبه نښي) .

(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 کورتیکوسترويد : انشا قي کورتیکوستريد 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 پیبل شوي وي وروسته د ښه کیدو څخه بیرته په انشاقي کورتیکوستروييد باندي بد لیږي .

۵- تیو فیلین :که چیري د بیتا ۲ اګونست ، انتي کولینیر ژیک او کورتیکوسترويد 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 دپايلو د نيمګړ تيا لامل کيږي :

1. عمر د۶۵کالو څخه زيات وي
2. FEV1< 50%
3. داکزا سربيشن څو حملي يي تيرکال تير کړي وي
4. د ري مياشتي مخکي انتي بيوتيک درملنه شوي وي
5. نوري ضميموي ناروغي لکه دزړه ناروغي ورسره وي

۷- د سږو احياي مجد د :

1. ايروبيک فيزيکي فعاليت اجرا کول (په اوني کي د ري ځله د۲۰د قيقو لپاره قد م وهل يا بايسيکل چلول) دنا روغ د فيزيکي حالت د خرابيدو څخه مخنيوي کوي او دکارکولو قدرت زيا توي
2. دشهيقي تنفسي عضلاتو په کار اچول په دي ډول چي د تنګ شوي تنفسي لاري په مقابل کي ژور شهيق اجرا کول ترڅو چي شهيقي تنفسي عضلات قوي شي
3. Pursed –lib breathing exercise دتنفس شمير کموي

Abdominal breathing exerciseداضافي تنفسي عضلا تو ستړيا او نفس تنګي کموي

۸- نور اهتما مات :

1. مايعا ت توصيه شي ترڅو افرازات اوبلن شي په اساني سره خارج شي
2. سينه قرع شي ترڅو بلغم خارج شي
3. وضعيتي د رينا ژ اجراشي . دغه مانوري په خالص امفيزيما 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 گرامه نظر په وزن د بد ن اوني کي یوځل درگ دلاري ورکول کیږي

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

1. Opoids(مورفین ۵-۱۰ ملي گرامه د خولي دلاري هر ۳-۴ ساعته بعد oxycodone، ۵-۱۰ملیگرامه هر ۳-۴ ساعته بعد د خولي دلاري ، د وامداره ازادیدونکي مورفین ۱۰ملیگرامه د خولي دلاري دورځي یوځل)
2. سیداتیف- ها یپنو تیک دواگاني (د یازیپم ۵ملیگرامه دورځي دري ځله)
3. په کور کي دپوزي دلاري اکسیجن ورکول دنفس تنگي 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 اگونست (البیو تیرول ۲.۵ملیگرامه 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 : پرید نیزولون دورځي ۳۰-۴۰ ملیگرامه ۷-۱۰ ورو ځو 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 ښخه 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 ښخه دباندي دتداوي ور 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 تخريب او توسع ته وايي چي ساه لنډي په کي 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(دelastaseڅخه غنی دی) شمیر زیاتوی چی داسناخو د جدار دتخریب 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 امفیز یما شدید ډول دي چي لاندي اوصاف لري

1. expiratory pursed-lip breathing په تړلي شونډ و زفیر کول

(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 نه 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 hyperinflationوي او بولا ښای موجود ، vascular marking کم شوی وی او TLC (total lungs capacity) زیات وی .زړه کوچنی ښکاری . که چیري 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 د درملنی لاندی تشریح شوی .

(c) ketabton.com: The Digital Library

BRONCHIAL ASTHMA

تعریف

1. دهوايي لارو يوځنډني التهابي ناروغي دي چي دالرژيک 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 يادېږي
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 لارو ملسا 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 سه پا 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	تو له 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	تو له 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 کورتیکوستروييد 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 تهدید 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:علايم				
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 يافراگم ښکته او حرکت يي محد ود وي

d. بين الضلعي فاصلي زيا ت وي

e. استما ناروغانو ته په لاندي حالت کي دسيني اکسري توصيه کيږي

i. تداوي په مقابل کي رسپانس ښه نه وي

ii. دلاندي ناروغيو په رد ولو کي ۱-نموتو راکس ۲-نمونيا ۳-نموميډ يا ستينوم

۷- دپوستکي دحساسيت تستونه دحسا س الرژن معلومولو لپاره اودپارا نزل ساينسونواو گاسترو ازوفاژيل ريفلوکس لپاره معاينات وشي(دمقاوم استما په حالت کي)

تفريقي تشخيص:

الف : دپورتنی هوایی لارو ناروغی :

۱- vocal fold paralysis

۲-vocal fold dysfunction syndrome

۳ - foreign body aspiration

(c) ketabton.com: The Digital Library

laryngotracheal mass -۴

tracheal narrowing – ۵

airway edema - ۶

tracheomalacia – ۷

ب – دښکتنی هوایي 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

تشخیص:

۱- :د ویني معاینات :

1. په خفیف اکزا سربیتید استما کي د ویني ګا زات نارمل وي لاکن تنفسي الکالوزوسس وي او د اسناخو او شریاني اکسیجن تفا وت زیات وي (***Alveolar Arterial Oxygen Difference A- A - D 02)***
2. په شدید اکزاسربیتید حالت کي هایپوکسیا وي او شریاني کاربن داي اکساید نارمل ته راګرځي
3. په تنفسي عدم کفایه کي شریاني کاربن داي اکساید لوړیږي او تنفسي اسیدوزس وي چي میکانیکي وینتیلیشن ته اړتیا پیدا کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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).***

٥- 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 (لږلږ الرژيک مواد دپوستکي لاندي زرقول ترڅو حساسيت له مينځه لاړ شي)
7. دحساسيت لپاره کورتيزون او ادرينالين تيار په لاس کي وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

دتداوي مرحلې:

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

۲ **مرحله**: که اعراض د *SABA* سره ښه نه شي کم د وز انشاقي کورتيکوستروييد د ورځي*200-800mcg* ورسره يوځايي کيږي . متبادل د وا يي *cromolyn,LTRA,nedocromil, theophylin*دي.

۳ - **مرحله**: ښه دوا يي :کم د وز انشاقي کورتيکوستروييد +اوږد تاثير لرونکي بيتا ۲ اګونست (*LABA*)يا *metered dose ICS(MDI inhaled corticosteroid)* متباد ل دوا يي کم د وز *ICS+LTRA* يا *theophylin+ziluton*

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

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

۶ - **مرحله**:ښه دوا يي لوړ د وزانشاقي کورتيکوستروييد(*ICS+ LTRA+oral 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 اکزسربيشن څخه مخنيوي
3. دشفاخاني دبستريدو څخه مخنيوي

(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

Anti inflammatory drugs -1

Corticostroids: لاندي ګټې لري

1. حاد اومزمن التها ب کموي
2. اعراض کموي
3. هوايي لاري ښه کوي
4. هوايي 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 برانکودايلاتور:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

1. خفیف دوامداره استما
2. دتمرین په واسطه پیدا شوي اعراض
3. رسپانس نظر کرتیکوسترویید ته کم وي
4. د کرومولین انشاقي يي په يو پف کي ۸.۰ مليگرامه دي . دوه پفه د ورځي ۴ ځله استعماليږي کي . نيبولايزر يي ۲۰مليگرامه په يو امپول کي دي . يو امپول دورځي ۴ ځله استعماليږي .
5. نيد و کروميل انشاقي يي ۱.۷۵ مليگرامه په يو پف کي دي ۲پفه دورځي ۴ ځله .

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

اوږد تاثير لرونکي بيتا ۲ اگونست : يوازي نه استعماليږي دبيد سونيد سره يوځايي ورکول کيږي. سلميترول په يو بلستر کي ۵۰مايکروگرامه دي د ورځي ۲بلستره استعماليږي

۳- *anticholinergics* دواگاني :اوږد تاثير لرونکي درمل يي *tiotropium*نوميږي ۱۸مايکوگرامه په يو بلستر کي دي دورځي يو بلستر دي .

۴- *phasphodiesterase inhibitors(methylxanthine)*: په دي گروپ کي تيوفيلين شامل دي .هغه وخت توصيه کيږي چي د کورتيکوسترويید سره ځواب ښه نه وي ،دشپي له خوب ښه کوي ،په شديد دوامداره استما کي استعماليږي ،خفيف برانکوډايلاتور ،انتي انفلاماتور او اميون موډيلاتور خواص لري ،ددي داستعمال په وخت کي وخت په وخت دسيروم اندازه يي تعين شي ځکه چي د جانبي عوارضو لامل کيږي لکه د سپيپسيا ،گاستروازوفاژيل ريفلوکس ،پروستاتيزم اعراض سرد رد ،اريتميا هايپرگلايسيميا ،هايپو کاليميا او زړه بد والي لامل کيږي

Leukotriene modifeirs -3: لوکيوترين د برانکسونو د سپزم لامل کيږي چي د وه ډوله انتا گونست لري .

Leukotriene receptors antagonist- 1

(c) ketabton.com: The Digital Library

1. Montelukast 4mg/5mg/10mg ژوويدونكي 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 ALTلوړيږي

Desensitization-4 الرژيک حساس ناروغان اميونوتراپي شي.

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

Vaccination-6 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 ازاديدونكي بيتا ۲ اګونست ورکول کيږي

ب: **چټک ارامونکي درمل**:مهم چټک ارامونکي درمل:

۱- لنډ تاثيرلرونكي برانکوډايلا 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 کورتیکوسترويد :

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 بيوتيک :وايرسونه او بکترياګاني داکزاسربيتيد لامل کيږي .

۵- **phasphodiesteres inhibitors** : *methylxanthine* په اکزاسربيتيد حالت کي نه ورکول کيږي .

متکرر ارزيابي: ناروغ هغه وخت دروغتون څخه رخصت شي چي اعراض کم يا ورک شي او FEV1 ۶۰٪ او يا زيات شي. يوشمير کم ناروغان دتداوي سره نه ښه کيږي ، داناروغان دتنفسي عدم کفائي لپاره ولټول شي او ميکانيکي انتبيوشن شي

انتي بيوتيک په لاندي حالاتو کي ورکول کيږي:

1. ټوخي اوساه لنډي زيا ت شي
2. بلغم زيات او خيرن شي
3. دسيني په اکسري کي انفلتريشن پيدا 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 علا يم 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 کورتيکوسترويید 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 کورتیکوستروييد تاثير ونه کړي او مخکي ورکول شوي نه وي د وز يي دوه چنده کيږي

2-متوسط اکزاسربيشن :

1. په چټکي سره هايپو کسيا او هوايي لاري تنګوالي اصلاح شي
2. د هوايي لاري تنګوالي د انشاقي لنډ تاثير لرونکي بيتا ۲اګونست اوسيستيميک کورتيکوسترويي سره ښه کيږي
3. د FEV1 ښه کيد و سره ناروغ ته په کور کي تداوي شي او دتداوي لپاره تعليم ورکړل شي ترڅو خپله ناروغ ځان کنترول کړي

3- شديد اکزاسربيشن:

۱- اوکسيجن : د اکسيجن مشبوعيت د ۹۰٪ او فشار يي د ۶۰ملي متر سيما بو څخه لوړ وساتل شي ځکه چي اسفا کزيا د هايپوکسيا مهم لامل دي

۲- انشاقي لنډ تاثير لرونکي بيتا ۲ اګونست :په لومړي دري ساعتو کي MDI(metered dose inhalation) يا نيبولايزر په ډول ورکړل شي وروسته دښوالي دپيدا کيدو سره انشا قي توصيه شي

۳-اپرا تروپيوم برومائيد په متوسط اوشديد استما تداوي کي د انشاقي لنډ تاثير لرونکي بيتا ۲ اګونست سره يو ځايي کيږي.

۴- سيستميک کورتيکوستروئيد :

۵- وريدي مګنيزيم سلفات : ۲ګرامه درګ دلاري د ۲۰دقيقو په موده کي په مقاوم حا لت کي توصيه کيږي

۶- ميوکولايتيک دواګاني نه توصيه کيږي .

(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 يو ګرافي کي دحاد انتان انفلتريشن وي
3. په اصغا کي د نمونيا نښې 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 د۶۵کلني 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- ليونتوب 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 ميکا نيزمونه لاتديني تنفسي سيستم د انتا ناتو څخه ساتي :

١- د ټوخي عکسه ٢- ميکو سيلا ري کيلا رانس سيستم ٣- 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

کلينيکي لوحه :

اعراض:

الف - عمومي اعراض: ١- تبه – تبه ۴۹-۳۹ درجي وي چي دلرزي سره يوځاي وي .٢- دسر او دبدن درد ٣- 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 ښکاري ،تنفس اونبض يي چټک وي ،لوړه درجه تبه وي ،پوستکي سور وچ وي ، په شوندوکي هرپس وي (herpes labialis) ۲-۳ ورځي وروسته دتبي څخه پيدا کيږي .

ب- تنفسي علايم :

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

جس- vocal fremitus لوړ وي .

قرع – dullness وي .

اضغا – تنفسي اوازونه ښکته وي ،تنفسي اوازونه برانکيل وي ، vocal resonance لوړ وي ، fine crepitation اوريدل کيږي .د نقاهت په دوره کي coars crepitation اوريدل کيږي .

تشخيص :

تشخيص دکلينيکی لوحی ،تاريخچی اوفيزيکی معاينی په واسطه کيږی .

لابراتواري پلټني :

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

۲- **دبلغموکلچر او حساسيت** : دبلغمو کلچر په واسطه د دانتي بيوتيک په وړاندي دانتان حساسيت او مقاومت معلوميږي . دبلغموکلچرهغه ناروغانوته چي دبستر وړ نه دي نه تر سره کيږي .

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

نارمليږي.۳- دسيني په راديوګرافي کی patchy او homogenous opacity په اخته طرف کي وي .

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

ح: دويني کلچر –داپه شديد نمونيا کي مخکي دانتي بيوتيک دپيل څخه تر سره کيږي ،په ۲۵-۲۰٪ستروپتوکوک نمونيا ناروغانو کي 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 دګازاتو اندازه کول –

درملنه :

الف- عمومي اهتما مات :۱- دپلورايي درد لپاره زرقي pethidine 50-100mg يا زرقي مورفين ۱۵-۱۰مليګرام .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 درګ 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 .

اپيديمولوژي او پيښيدل :مخکی تری یادونه شوی

داتنان دخپريد و لاري:

انشاقي (د منتنو څاڅکو انشاق)

اسپيريشن (داورو فرنکس انتا 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 وڼډ 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 ريم صفحه :gray hepatization :۱- التهابي حجرات وي ۲- سپین حجرات وي ۳- سره حجرات وي ۴- فبرين وي
4. ځلورم صفحه : Resolution اکزودات ښه کيږي

کلينيکی لوحه :

اعراض او علايم :

1. تبه يا ها يپو تر ميا وي
2. وچ يا بلغم لرونکي ټوخي وي
3. وينه لرونکي بلغم وي(rusty sputum)زنګ وهلي بلغم
4. دسيني پلورايي دردونه وي
5. عضلي درد ونه وي
6. کسا لت وي
7. ستو مانتيا وي
8. هضمي سيستم اعر اض وي
9. سا لنډ ي وي
10. crepitationاوريدل کيږي
11. Egophony اوريدل کيږي
12. bronchial breath sounds اوريدل کيږي
13. سږي په قرع سره ډ ل وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواری معاينات :

هغه ناروغان چي د بستر وړ نه دي تشخيصه تستونود انتان دتشخيص لپا ره اړتيا نشته ځکه چي د وي پراخه اغيزه لرونکي انتي بيوتيک اخلي ،او که چيري دسفر او يا داتتان سره د تما س تاريخچه و لري بيا تستونه تر سره شي

تشخيصه تستونه هغه وخت اجرا کيږي چي ناروغان د بسترووړ وي ، ناروغي يي شد يد وي او د د وا په مقابل کي ځواب نه وي.د ري مهم معاينات اجرا کيږي

١- د بلغمو ګرام ستين معاينات

٢- د تشو متيازو انتي جن تست د ستروپتو کوک نمونيا او ليوجيو نيلا لپاره توصيه کيږي .

٣- Rapid antigen detection test for influenza

دبلغمو ګرام ستين معا ينا ت د ستروپتو کوک نمونيا لپاره نه حساس دي او نه وصفي يوازي د متيسيلين په مقابل کي مقاوم ستا فيلوکوک او ګرام منفي انتاناتو لپاره اجرا کيږي

دتشو متيازو انتي جن تست د ستريپتو کوک او ليوجينيلا لپاره د بلغموګرام ستين اوکلچر معايني په شان لږ حساس او وصفي دي دا تست ژر اجرا کيږي او د د وا مقدم شروع په نتيجه با ندي اثر نه لري . دا تست د نمو کوک انتان لپاره هغه وخت توصيه کيږي چي ناروغ لوکو پينيا ولر ي ، توري نه وي ،شراب څکي ،دځيګر مزمن ناروغي ولري ،پلورال ايفوژن ولري او ICUکي بستر وي .د ليوجيونيلا لپاره هم په دي حالاتو کي توصيه کيږي

د ويني ګازاتو معاينه (اکسيجن غلظت)

دويني بيو شيميک معاينات (ګلوکوز، د پښتورګو وظيفو ي تستونه ، د ځيګر وظيفوي تستونه)

د ويني بشپړ شميرنه ا و ډ يفيرينشل معاينات

(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 بکتريايي 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 ډ ول دي ١ - تشخيص وضع کوي ٢- انزار معلوميږي ٣- 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 :

دتاريخچی ،کلینیکی لوحی او لابراتواری معایناتو په واسطه کیږی .

تفریق تشخیص:

1. دسږو انفارکشن:تبه ،ټوخي ، وینه 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 ځيري شوي زخم
6. دحجاب حاجز ځخه لاندي ابسي
7. حاد پانکراتايتس -8 اموبيک هيپاتيتس

تدا وي :

د روغتون څخه دباندي درملنه :

۱- هغه ناروغان چي مزمن ضميموي ناروغي ونه لري ، اود ۳ 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 ،ځيګر 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 پښنان 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 خیستونکي) .او یا د ري میاشتو مخکي په موده کي انتي بیوتیک اخیستي 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 کي 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 دناکامي لاملونه:

1. مایکروبیا لوژیک تشخیص غلط وي
2. د انتي بیوتیک انتخاب اودوزغلط وي
3. د دوا په وړاندي حساسیت وي او یا جانبي عوارض وي
4. انتاني اختلاطات وي لکه (امپیما ، میتا ستا تیک انتان وي،پارانمونیک ایفوژن وي ،بل انتان یوځایي شوي وي،اتیلکتازس وي
5. دبدن د فاعي حالت ضعیف وي
6. ځوانتانات یوځایي 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 نوعیت پوري ۳- تد اوي په مقا بل کي ځواب پوري ۴- اختلا طا تو پوري ۵- ضمیموي ناروغي پوري

دکلنیک له نظره خراب انز ار:

1. RR > 30
2. میخانیک تهویه ته ضرورت وي
3. څو لوبه اخته شوي وي
4. فشار ښکته وي
5. فشار لوړونکي د رمل ته اړتیا وي
6. ولیګو یوریا 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 نیا 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 كي وروسته د وو ورځو اويا په زيا ته مود ه كي 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 پيدا شي
3. HCAP: Healthcare-associated pneumonia

هغه كسانو كي پيدا كيږ ي چي صحي كارونو كي بوخت وي لكه هيمو يا لايزس ، د زخم پانسمان كونكي كي او داسي نور . دا په ټولنه كي په هغه كسانو كي چي صحي خد مات كوي .

تعريف :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

پتوجینیزس :

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

1. هاپ د مختلفو انتاناتو له کبله پید اکیږي
2. په هاپ کي د دوا په مقابل کي مقاومت ژر پیدا کیږي
3. په هاپ کي د ناروغ لومړني صحي حا لت داانتان د شد ت د زيا توالي لامل کیږي .

1. د تنفسي لاري د تداوي ساما نونه له کبله خطري فکتورونه :
   a. میخا نیکي تهو ي ساما نونه
      i. د احیاي مجد د او سپا یرو میتري منتن سامانونو له کبله
      ii. دتنفسي لاري د سکشن په وخت کي
      iii. نیبولایزشن دلاري
   b. هغه خطري فکتورونه چي په خولي اوفرنکس کي داانتا نا تو د تولید و لامل کیږي :

١- غیر شعوري حالت وي – ٢- ها یپوتنشن وي ٣- پښتورګو عد م کفا یيه ۴- لوکو سا یتوزس ۵- دسږو مزمن انسدادي ناروغي ۶- شرابي ٧- روغتون کي داوسید و موده ٨- تغذ یوي حالت ٩- انتي بیوتیک په واسطه درملنه ١٠- انتوبیوشن ١١- په بیړني مراقبت خونه کي بستر وی.

هغه خطري فکتورونه چي په معده کي داانتا نا تو د تولید و لامل کیږي عبارت دي له : ١- زاړه کسان ٢- Achlorhydria. ٣- Antacids and H2 blockers. ۴- پي پي آي استعما لول ۵- دمعدي په محتویاتو کي د مزد وج بیلوروبین زیا تولي ۶- سکرالفت دمعدي په اسید باندي لږ اغیزه لري

هغه خطري فکتورونه چي داسپیر یشن لپاره خطري دي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

1. دشعور خرابوالي چي 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 Ampicillin-sulbactam 1.5-3gm/6hrs

۲- که د انتان د مقاومت خطر د ځو د رملو په مقا بل کي زیا ت وي دلاندي کتګوریو څخه یو دوا ورکول کیږي :

i. Antipseudomonal antibiotic

ii. iv Cefipime 1-2g /12hrs

iii. IV Ceftazidime 1-2gm/8hrs

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

v. IV Meropenem 1gm/8hrs

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

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

دویمي انتي سود ومونا ل دواګاني :

i. iv Levofloxacine 750mg/d

ii. iv Ciprofloxacine 400mg/8-12 hrs

iii. Gentamycin,amikacin, tobramycin

iv. د متیسیلین په وړاندي مقاوم سودوموناس

v. Vancomycin

vi. Linezolid 600mg/12hrs iv

(c) ketabton.com: The Digital Library

BRONCHIECTASIS

تعر يف:

برانكيكتازس يو ولادي يا كسبي ناروغي دي چي د لو يو برانكسونو د يوال په دايمي نه گرځيدونكي توسع اوتخريب باندي متصف دي

اسبا ب:

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

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

٣- د كوربه دفاعي ميكا 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 كبله په كوچني او متوسط هوايي لارو كي دالتهاب له كبله دبرانكسونوپه دننه كي دنتروفيلونو څخه التهابي ميډياتورونه افرازيږي ، دا ميډياتورونه دبرانكسونو الاستين ،غضروف او عضلات تخريبوي چي په نتيجه كي دبرانكسونو دغير رجعي توسع لامل كيږي .په

(c) ketabton.com: The Digital Library

التهابي ساحه کي مکروفاژونه او لمفوسایتونه تولیږي چي دمخاطي جدار دپلنوالي لامل کیږي دغه پلنوالي دهوایي لارو دانسداد لامل کیږي چي د سږو دوظیفوي دندو دخرابوالي لامل کیږي . کله چي ناروغي پرمختګ وکړي په هوایي لارو کي او دسږو په پرانشیم کي فایبروزس مینځته راځي ، دهوایي 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 هوایي لاري داپیتیلیوم تخریب .۳- د ویني 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 کثافتونه 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 دBronchopulmonary aspiragellosis باندی دلالت کوی .

درملنه:

طبي اهتما مات :۱- انتي بیو تیک :د۱۰-۱۴ 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 ۵۰۰ملیګرامه اوني کي دري ځله د ۶ مياشتو لپاره توصيه کيږي

۲- د سيني فيزيوتراپي :

۳- وضعيتي د ريناژ ترڅو بلغم خارج شي

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

LUNG ABSCESS

تعر یف:

که د سږو نکروتیک انساج یا قیحي مایع په یوجوف کي راټولي شي او د سږو دمزمن پلن التهابي نسج په واسطه احاطه شي (pneumonitis) د سږو دابسې په نوم یا دیږي .

اسباب :

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

ایروبیک 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.

غیر بکتریایي انتانات:

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

پتالوژی :

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

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

کلنیکي لوحه :

اعراض عبارت دي له : تبه،ټوخي ، بد بویه بد مزي بلغم ،دشپي له خوا خوله ،بي اشتهایي،وزن کمیدل،وینه لړونکي بلغم ،دپلورا التها ب.

(c) ketabton.com: The Digital Library

فیزیکي نښې :

1. خفیفه د رجه تبه په ان ایروبیک ابسې کې وي
2. <38.5 تبه په نورو انتاناتو کې وي
3. دغاښونو ناروغي موجود وي
4. دکنسولید شن نښې عبارت دي له :
   - سږي په قرع سره ډل وي
   - په اضغا سره په سږو کې 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 معاینات:

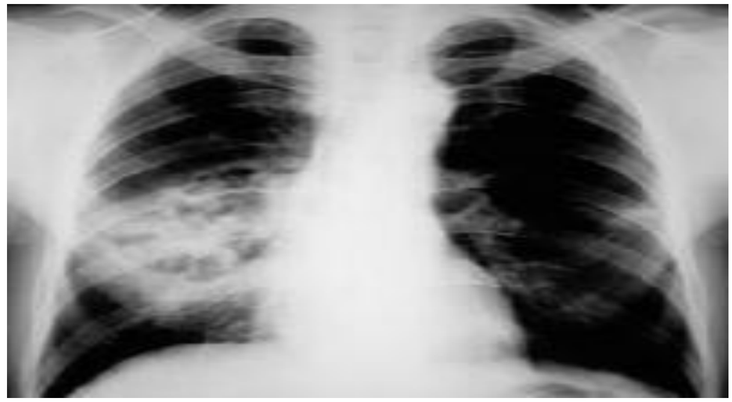
1. دویني بشپړ معاینا ت
2. دبلغم معاینات دګرام ستین کلچرتبرکلوز لپاره تر سره شي
3. دبلغمو کلچر د ان ایروبیک انتا ناتو لپاره مناسب نه دي ځکه چي د خو لي دنوروفلورا سره منتن شوي وي ،نو د دي انتاناتو د کلچر لپاره دترانس توراسیک افرازات ،توراسنتیزس اوبرانکوسکپیک دلاري سمپل واخیستل شي
4. -د ویني کلچر د انتا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

راډ یولوژي:

1. دراډیولوژیک منظري له مخي ان ایروبیک انتانات په لاندي ډول دي :
2. دسږو ابسې : دسږوکهف (کاویتې) 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 .۸- امپیما : د پلورا په جوف کي خیرن مایع وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. ۹- التراسونوګرافي پواسطه دمایع موقعیت معلومیږي



پتوجینیزس :

که د سږو نکروتیک انساج یا قیحي مایع په یوجوف کي راټولي شي او د سږو دمزمن پلن التهابي نسج په واسطه احاطه شي (pneumonitis) د سږو دابسي په نوم یا دیږي .ان ایروبیک ابسي دایروبیک ابسي بر خلاف بد بویه وي . لومړني ابسي د نمونیا یاوروفرنحیال افرازاتو اسپیریشن څخه وروسته مینځته راځي اودویمي د برانکسونو دانسداد ،برانکیکتازس او یا دبل منتن ځایي څخه مینځته راځي . ابسي د ښي سږي د خلفي سګمنت په ښي پورتني لوب کي مینځته راځي سپتیک امبولي ددبکتریمیا او د تراي کسپید دسام اندوکاردایتس څخه وروسته مینځته راځي.

دسږو دابسي مساعدونکي فکتورونه :

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

اختلاطات:

۱- که ابسي د پلورا جوف ته څیري شي د امپیمیا سبب کیږي ۲-د پلورا فبروزس ۳- تنفسي عد م کفا ییه .۴- بر انکو پلو رال فستول ۵- د پلور ا او پو ستکي تر مینځ فستول ۶- ترا پید پلو را .

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص :

دسږو ابسی تشخیص دتاریخچې ،فیزیکی معاینې او لابراتواری معایناتو په واسطه کیږي .

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/12hrs توصیه 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 څخه توپیر شي .

اسباب :

١- وروسته دجراحي عملیاتو څخه (دګیډي دحرکاتو محدودیدل)
٢- سګرټ څکونکي اوزاړه ډیر ترخطر لاندي دي
٣- د تومور، لمف نود او تبرکل له کبله دبرانکسونو انسداد
٤- 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 څخه او یا د سرفکتانت دکموالي له امله او یا په نوي زیږدلي ماشومانوکي (*infant respiratory distress syndrome*) پیدا شی .

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 شوی وي . په ځنډني حالت کي په ماوفه ځايي کي هوا نه وي ، انتانات وي ، برانکسونه پراخه شوي وي ، ويجا ړيدنه او فبروزس ليدل کيږي .

ځنډني اتيلکتازسس په د وه ډوله دي: *Chronic atelectasis*:

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 نبنه 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

تشخيص:

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 راتگ څخه مخنیوی وشی.

درملنه :

۱- سببي درملنه
۲ دجراحي عمليي وروسته پيداشوي كولپس د فيزيوتراپي په واسطه درملنه شي
۳- ژور تنفس او توخي كولو ته وهڅه ول شي
۴- هغه كسان چي دسيني سوي اشكال او يا عصبي ستونزي لري ميكا نيكي تنفس وركړل شي
۵- كه انسداد دتوخي په واسطه له مينځه لاړ نه شي دبرانكسكوپي په واسطه له مينځه لاړ شي
۶- كه 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 ځملول 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 ارامويي .کودین ۶۰-۳۰ملیګرامه هر ۸ساعته بعد دخولي دلارې د درد لپاره چې دټوخې سره زیاتیږي او په دې شرط چې دهوایي لارو دافرازاتو احتباس نه وي . همدارنګه دبین الضلعي عصا بو بلاک په ګذري ډول د رد ارامويي .

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 چې 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 کې :**
   1. 0.01cc/kg/hr تولیدیږي
   2. 8.4ml د نیمې سینې وي
   3. د سپینو حجرو شمیر ۱۷۰۰ په یو ملي متر مکعب کې وي چې ۷۵٪ حجرات یې مکروفاژ او ۲۵٪ یې لمفو سیت دي پروتین یې د پلازم د پروتین غلظت څخه ۱۵٪ کم دي
   4. پي ایچ یې ۶.۷- ۶۴.۷ دي
   5. ال . ډي . ایچ یې د پلازما څخه ۵۰٪ کم دي
   6. ګلوکوز یې 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- سا ه لنډ ي هغه وخت وي چي دمايع اندازه د ۵۰۰ملي ليترو څخه زيات شي ۴- ټوخي

علا یم :

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- سینه په تفتیش سره بلجینګ وي .۲- په تنفس کې لږ برخه اخلي ۳- سینه غیر متناظر وي ۴- په جس سره تکتیل فریمیتوس کم شوي وي ۵- په قرع سره سینه 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 نښې 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 څخه دي چې د نمونیا له کبله پیدا کیږي
4. **Empyema**:په دي حالت کې سپین شیدو په شان ما یع وي که مایع دوامداره ډول کینښودل شي دخیرني مایع له پاسه یو بل سپین طبقه ښکاري چې دسپین حجراتو څخه جوړ شوي وي یعني مایع دوه پوړه وي
5. **Chylous effusion**: په دي حالت کې سپین شیدو په شان ما یع وي که مایع دوامداره ډول کینښودل شي دوه طبقې نه جوړیږي د کایلو میکران او ترایګلیسیراید اندازه د **100mg/dl**څخه پورته وي ، د توراسیک ډکت د څیري کیدو له امله مینځته راځي .
6. **Hemorrhagic plural effusion**:د ویني او پلورايي مایع مخلوط څخه عبارت دي چې په یو ملي متر پلورايي مایع کې 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 کې ښکاره وینه وي چې د تروما له کبله وي . په دي حالت کې د پلورا دمایع هیما توکریت او د محیطي ویني هیما توکریت نسبت د ۰۵ څخه

(c) ketabton.com: The Digital Library

زيات وي ، په دي حالت کي مايع تخليه شي ، توراکوتومي اجرا کيږي ، که تخليه نه شي د برانکو پلورال فستول لامل کيږي

لابراتواری معاینات:

اکزو 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 کولسترول **60mg/dl** څخه زيات وي .
5. دسيروم البومين او پلورا مايع البومين نسبت د **1.2mg/dl** څخه کم يا مساوي وي

ترانسوداتيف پلورال ايفوژن اوصاف :

1. د اکزوداتيف پلورال ايفو ژن د لابراتواري مايعناتو بر خلاف وي
2. ګلو کوز يي دسيروم سره مساوي وي
3. پي ايچ يي د ۴۰.۷او ۵۵.۷ تر مينځ وي
4. دسپينوحجراتو شمير يي په يومايکروليتر کي د $۱۰\text{x}۱۰^{۵}$څخه کم وي چي زيا تره يي مونو نيوکلير حجرا ت وي

:DIFFERENTIAL CELLS

1. **نتروفيل** : که د پلورا په مايع کي د نتروفيل شميرد ۵۰٪څخه زيات وي په حاد انتان دلالت کوي چي په لاندي حالاتوکي وي ۱- پارا نمونيک ايفوژن ۲- د سږو امبولي ۳- پانکراتايتس

(c) ketabton.com: The Digital Library

2. **مونوسیت** : که مونوسیت یا کوچني لمفوسیت شمیر د ۵۰٪ څخه زیا ت وي مزمن انتان ښئ لکه سرطان اوتبرکلوز
3. **ازونوفیل** :که د ازونوفیل شمیر ۱۰٪څخه زیا ت وي په لاندي حالاتو دلالت کوي ۱- د پلورا په جوف کي هوا یا وینه وي ۲- د دوا ریاکشن (لکه نایترو فورانتین برومو کربتین) ۳- **asbestos** ۴- **paragonimiasis** ۵- **Churg–Strauss syndrome.**
4. د پلورا دمایع دګلوکوز اندازه: که دګلوکوز غلظت د**60 mg/dl**څخه کم وي په لاندي نا روغ دلالت کوي: ۱- اختلا طي پارا نمونیک ایفوژن ۲- سر طاني ایفوژن ۳- هیمو توراکس ۴- تبر کلوز ۵- روما تویید پلورال ایفو ژن ۵- **Churg–Strauss syndrome** ۶ **paragonimiass**۷- لو پوس ا یفو ژن
5. د پلورا دمایع د **Lactate Dehydrogenase** اندازه:
   a. زیا توالي : د التهابي د رجي زیا توالي ښئ: کموالي یي دالهابي درجي کموالي ښئ
6. سا یتو لوژیک ما یعنات دسرطان لپاره تر سره کیږي
7. دتبرکلوزیک پلورال ایفوژن لابراتواري ښنبي:
   1. لمفو سایت حجرات وي
   2. ۴۰٪څخه کموپیبنو 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 ایچ د ۷.۳۰څخه کم وي د ریناژ 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 -۲ parapneumonic effusion

دپلورا دمايع نورتستونه:

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

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

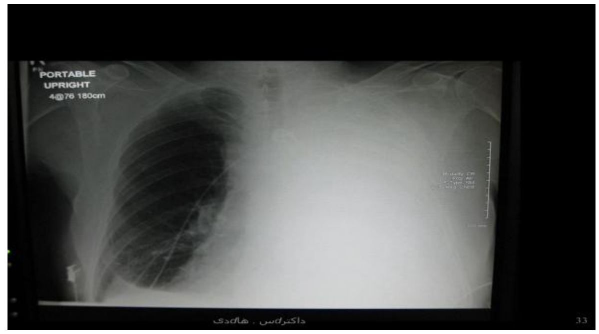
۱- پلو رال ایفوژن معلوموي ۲- پلو را تومورمعلوموي ۳- که دسیني دیوال دسرطان پواسطه تر برید لاندي وي معلوموي ۴- دپلورال ایفوژن د ترکیب دمشخصاتو په اړوند معلومات ورکوي ۵- دهیمو راژیک ایفوژن عمر معلوموي .

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** مطا 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 توراكوستومي استطبا بات:۱- كه د پلورا مايع د ګلوكوز اندازه د۶۰ ملي ګرامه في د يسي ليتر څخه كم وي ۲- كه پي ايچ د ۲.۷ څخه كم وي ۳- ال 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 توراكس ۵- لوبر نمونيا ۶- دسږو فا يبروزس ۷- دسږو كتلوي كولاپس ۸- دبرانكسونو تومور ۹- پر يكارديل ايفوژن ۱۰- كار ديو ميګالي ۱۱- هيدا تيک كيست ۱۲- د يا فراګم لاندي ابسي ۱۳- دځيګر ابسي

پارا نمونيک ايفوژن:

1. غير اختلاطي پارا نمونيک ايفوژن : هغه حالت دي چي اكزو دات معقم وي، ګرام ستين او كلچر منفي وي ،التهابي بدلونونه (لكه مايع دګلوكوز ، پي ايچ او ال ډي ايچ) نارمل وي يوازي د انتي بيوتيک سره ښه كيږي
2. اختلاطي پارا نمونيک ايفوژن :
   a. په دي حالت كي د پلورا په جوف كي انتان وي او التهابي بد لونونه وي لكه د ما يع دګلوكوز ۶۰ملي ګرام في د يسي ليتر څخه كم وي ، پي ايچ يي ۲.۷څخه ښكته وي ، ال ډي ال يي ۱۰۰۰يونت في ليتر څخه لوړ وي .
   b. د دي حالت درملنه ستونزمن دي ، كه تداوي نه شي د fibropurulent pleura) peeling or trapping pleura)سبب كيږي چي سږي خپل دنده دلاسه وركوي او د دايمي معيوبت لامل كيږي
   c. Empyema

EMPYEMA

هغه حالت ته وايي چي د پلورا كي ښكاره قيح او انتان موجود وي ګرام ستين او كلچر مثبت وي

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

اسباب :

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

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

د Empyema سيستيميک اوموضعی تظاهرات:

١-د حشوي پلورا نکروزس٢- برانکو پلورال فستول ٣- 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 :

١- دسيني راديو ګرافي ٢- سونوګرافي چي تورا سنتيزس ته لارښود هم دي ٣- دمايع انا ليزس ۴- بد بويه مايع په ان ايروبيکانتان 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:

- که 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 کې 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 څيري 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

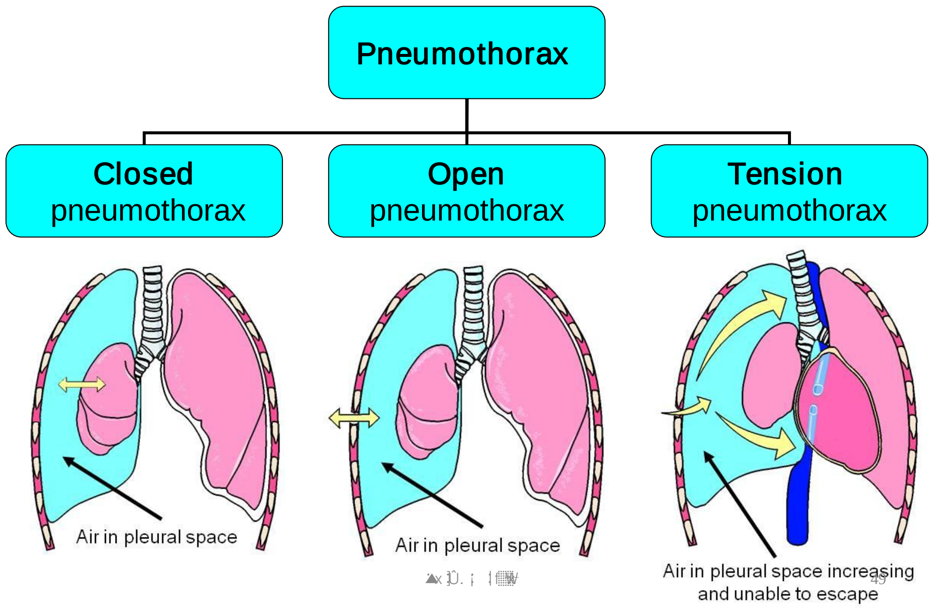
– اسباب يي دسږو لاندي ناروغي دي: ۱- کا ويتيي افت ۲- دسږو کيست ۳- امفيزيما توز بولا۴- نوماتوسيل .

: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



Tension pneumothorax	Open pneumothorax	Closed pneumothorax
خيري شوي پلورا د توپ يا با يسيکل د وال په شان ميکا نيزم لري يعني هوا داخليږي لاکن بيرته خارجيداي نه شي	خيري شوي پلورا خلاص وي	خيري شوي پلورا تړل شوي وي
د پلور ا دجوف فشار د اتومسفير فشار څخه زيا ت وي	د پلور ا دجوف فشار د اتومسفير فشار سره مساوي وي	د پلور ا دجوف فشار د اتومسفير دفشار څخه ښکته 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 دليري 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 تورالي 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: ١- منصف بیځایه شوي وي ٢- ماوف طرف د یا فراګم هموار وي ٣- سږي کولاپس شوي وي

درملنه: ١- اکسیجن ورکړل شي ٢- سینه کي تیوب کیښودل شي ٣- دواړه پلورا وصل شي ٤- جراحي توراکوتومي شي

(c) ketabton.com: The Digital Library

BRONCHOGENIC CARCINOMA

1. اعراض او علایم : نوي ټوخي وي او یا مزمن ټوخي وی ،ساه لنډی،وینه لرونکي بلغم ، بي اشتهایي او دوزن کمیدل وی .
2. د سیني رادیوګرافي او سي ټي سکن کي : نوډ ول یا کتله لویږي ،دوامداره کثافت وي ،اتیلکتازس ،پلورال ایفوژن وی .
3. سایتولوژیک او هستولوژیک معا ینات : بلغم معاینه ،دپلورا ما یع ،بایوبسي

هستوپتالوژیک ډولونه:

1. برانکوجینیک کارسینوما ۹۰٪ د سږو لومړني کنسر دي
2. اسکواموز سیل کارسینوما(۲۰٪) دبرانکسونو داپیتیلیوم څخه منشه اخلي
3. ادینوکارسینوما (۳۵-۴۰٪)
4. برانکو الویولر سیل کارسینوما (۲٪) Adenocarcinoma in situ
5. Large cell carcinoma (3-5%)
6. Small cell carcinoma (10-15%)

اسبا ب:

1. سګر ټ څکل .۲- محیطي فکتورونه :تنبا کو څکل ،راډ ون ګاز.۳- اسبیتوزس (زیاتره سګرټ څکلو کي وي) .۴- فلزات :ارسینیک ،کرومیم ،نیکل ،اکیسیدایزید اوسپنه .
2. صنعتي کارسینوجن : بسکلورومیتا یل ایتر
3. کورني تاریخچه

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

اعراض او علایم	
توخی	8-75%
وزن بایلل	0-68%
نفس تنگی	3-60%
د سینی د درد	20-49%
وینه لرونکی بلغم	6-35%
دهډو کو درد	6-25%
د گوتو کلابینگ	0-20%
تبه	0-20%
ضعیفی	0-10%
دسفا ژ یا	0-2%
ویزینگ او سترایدور	0-2%

د میتاستازس کلینیکي لوحه

دتاريخچي اعراض:

- سیستیمیک 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

علایم

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 .

دCT ګټی :

۱- دسږو او منصف کتله معلومول ۲- د میتاستازس تعینول

- برانکوسکوپي : ۱- هستولوژیک تشخیص ایږدي ۲- د بیوپسي پواسطه هستولوژیک تشخیص او لمف نوډ ،ځیګر ته ، هډوکواو هډ وکو مخ ته میتاستازس 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 ګیډې 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 و يني 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%

تشخيص :

۱- د تومور تعينول ۲- دتومور نوعيت معلوموول ۳- دتومور ستيژ معلوموول

درملنه:

۱- جراحي ۲- کيموتراپي ۳- شعاعي درملنه ۴- اميونولوژيک 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 اختلا طات : 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 ثخه).
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 ثخه،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 ثخه 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- ناځاپي مړینه ۷- د زړه ټکان ۸- ګنګسیت ۹- دتبي نبني 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 ناځاپي پیل ۲- د ویني فشار کموالي ۳- شدید هایپوکسیمیا ۴- ناځاپه 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 گازات:

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 کیږي . INRابه په ۲.۵-۳اندازه کي به ساتل کیږي . د ستند رد هيپارين سره aptt هر ۶ ساعته بعد معاينه شي ترڅو چي aptt=1.5-2.5X controlته ورسيږي په دي وخت كي 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 ښكتني وريدي اجوافو كي فلتر كيښودل :

داپه هغه وخت کی ايښودل کيږی چی دانتی کوواګولانت مضاد استطباب وی او دسږو امبوليزم يا DVT لپاره شديد خطری فکتورونه موجود وی .همدارنګه دمتکرر امبوليزم 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) دا د سږو ځنډ ي زیاتید ونکی دبین الخلالی نسج فبروزی نمونیا څخه عبارت دی چی علت معلوم نه دی ،لومړی ځل په پاخه عمر خلکو کی پیدا کیږی چی دهستولو پتالوژی او راډیو لوژی له نظره د*usual interstitial pneumonia (UIP)* سره تړاو لری .

کلنیکی لوحه :

کلینیکی لوحه یي د زیاتره ریوی او زړه ناروغیو کلینیکی لوحو سره ورته دی .دتمرین سره ساه لنډی او یا وچ ټوخی د۶میاشتو څخه زیاته موده کی په ورووړو ډ ول پیل کوی ،۵٪ ناروغان اعراض نه لری .غیر معمول سیستیمیک اعراض یي عبارت دی له وزن کمیدل ، لړه د رجه تبه ،ستوماتتیا ،بی علاقګی ، د بندونو د رد او دعضلاتو د رد څخه. د ناروغ په فیزیکی معا ینه کی د دواړو سږو په قاعده کی کریپیتیشن *(Velcro crackles)* اوریدل کیږی ، *Digital clubbing* *(25-50%)*، *20-40%* کی استراحت په حالت کی دسږو فشار لوړ وی ،د پلمونارې دسام په ساحه کی دزړه دویم غږ لوړ اوثابت تضاعف وی ، *holosystolic tricuspid regurgitation murmur*، دښنګړو ازیما وی . دسږو حرکات کم شوی و ی

هستولوژی :

۱- داسناخو دجدارحجروی انفلتریشن ،پلنوالی ،فبروزس او دتروفیل موجودیت .

۲- دتروفیل ،ازونوفیل او مکروفاژونوڅخه اوکسیدانت مواد ازادیږی چی دانساجو دتخریب لامل کیږی او فبروزس مینځته راځی .

تشخیص :

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

(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 ښییۍ ، *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 ،ځنې 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٪ ښخه کم شی د مړیني د زیاتوالی خبر ورکوی .

رادیولوژیک معاینات :

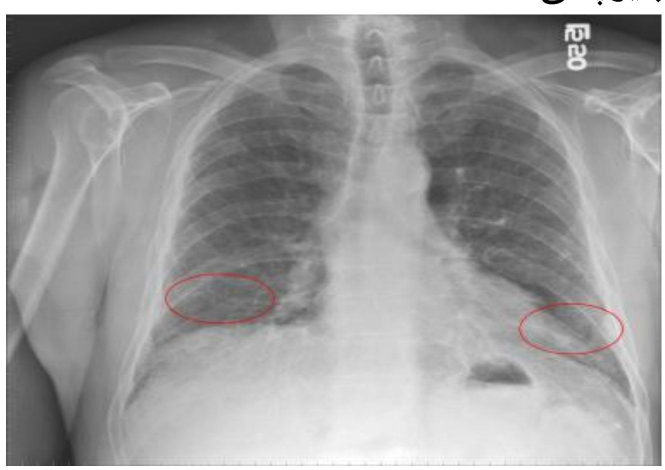
High-resolution computed tomography (HRCT) scanning د *(IPF)* تشخیص حساس او وصفی معا ینه دی چی په دی معاینه کی نقطوی محیطی سب پلورال او دواړو قاعدو کی شبکوی کثافت لیدل کیږی .

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 پرینښودل 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) ځخه ښکته شي .

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

ويشنه :

الف: Type 1 Respiratory Failure (Acute Hypoxemic Failure)

هغه حالت ته وايي چی paCO2 نارمل او paO2 ښکته وی . PH نارمل يا 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 ، ديافراګم او د پلورا ناروغي

iv. عصبي عضلي ناروغي ګولين 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- خفګان 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 ګو 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 ګازاتو 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 کولای 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

بيرني كوته كي د پا تي كيد و موده كموي . ARDS ، acute lung injury او هغوي چي اكسيجنيشن يي ډ ير خراب دي د ا درملنه ورته دومره ګټه نه لري دوي بايد ميخانيک انتيو بيشن شي

ب. tracheal intubation : د دي عمليي استطبا بات په لاندي حالاتو كی دي :

1. دا كسيجن وركولو سره سره بيا هم ها يپوكسيميا وي
2. پورتني هوايي لاري بند وي
3. د هوايي لاري محافظه خراب وي
4. هوايي افرازات نه پاک کيږي
5. تنفسي اسيد وزس وي
6. ناروغ ستومانه ، تكيپنيک وي ، شعوري حالت يي خراب وي
7. اضافي تنفسي عضلات په تنفس كي په كار اچول شوي وي
8. اپنيا وي
9. په عمومي ډول په بيرني پيښو كي دخولي او ترخيا دلاري انتو بيشن د پوزي او ترخيا انتو بيشن څخه ښه دي ځكه چي لومړني ميتود ژر اجرا كيږي او د ترضيضا تو لامل نه كيږي . د دي لپاره چي پو ه شو چي د اندو ترخيال تيوب څوكه دابهر دقوس په حذا كي دي با يد ژر تر ژره د انتو بيشن څخه وروسته دسيني ساده راد يوګافي واخيستل شي ا و دواړه سږي بايد اضغا شي چي ايا سږي دشهيق سره پړ سيږي يا نه . د ترخيا دهغه تيو ب څخه كار واخيستل شي چي حجم يي زيات او فشار يي كم وي (۲۰ملي متره سيماب) ترڅوچي دترخيا مخاطي غشا ماوفه نه شي .

ج : **mechanical ventilation** : استطبا بات يي په لاندي حالاتو كی دي :۱- اپنيا ۲- هغه ها يپر كپنيا چي دتداوي ۳- سره ښه نه شي .۴- شد يد هايپوكسيميا ۵- پر مخ تللي ستومانتيا

(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 الکالوزس۷- دپلورا لاندی دهوا کیست ۸- هایپوتنشن ۹- دتهویي له کبله نمونیا.

عمومي محافظوي ځارنه:

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 کفایي انزار دتنفسي عد م کفا یي لومړني ناروغي پوري اړه لري .

(c) ketabton.com: The Digital Library

2. که دتنفسي عد م کفايي کي دسيداتيف او اوپيات دوز کم وي دناروغي انزار ښه وي .
3. که سي او پي ډي ناروغ کي ميخانيکي اتتو بيشن ته ضرورت نه وي د تنفسي عد م کفا يي انزار ښه وي .
4. تنفسي عد م کفا يي سره سيپسيس وي انزار خراب وي ۹۰٪ مړينه لري .

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

تعريف :

1. د تنفسي عد م کفايي حاد پيل دي .
2. په سږو کي د وه اړخيز کثافت وي .
3. په دي حالت کي دشرياني ويني اکسيجن او دشهيق شوي اکسيجن دغلظت فرکشن نسبت (Fio2) د ۳۰۰ملي متره سيمابو څخه کم وي
4. په حاد ډول د هايپو کسيا پيل دي چي د سيستيميک او دسږو دحاد تخريباتو څخه له امله وی چی دزړه عد م کفايي څخه پرته پيدا شي .

اسباب:

سيستيميک افات : ۱- تروما ۲- سيپسيس ۳- پانکراتايتس ۴- شاک ۵- DIC ۶- سوئيدل

دواګاني : ۱ - اوپيات ۲- اسپرين ۳- فينو تيازين ۴- نايتروفورانتين ۵- تراي سايکليک انتي د يپريسانت

د ARDSلپاره خطري فکتورونه: ۱- سيپسيس ۲- د معدي د محتوياتو اسپيريشن ۳- شاک ۴- انتا نا ت ۵- دسږو ترضيض ۶- غير صدري تروما ۷- توکسيک مواد و انشاق ۸- په نهر کي ډوبيد ل ۹- دو يني متعد د ترانسفيو ژن .

پتوفزيالوژي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

1. که د دي سندورم علت هر څه وي لومړي د سږو دکپیلریو اند وتیلیل حجرات او داسناخو اپي تیلیل حجرات تخریبیږي .
2. د پورته حجراتو دتخر یب څخه وروسته داوعیو نفو ذیه قابلیت زیاتیږي او د سرفکتا نت تو لید او فعالیت کمیږي
3. د دي تشوشاتو له امله په اسناخو او بین الخلالي انساجو کي ازیما پیدا کیږي ، اسناخ کولپس کوي او هایپو کسیا مینځ ته راځي .

د ARDSدشدت درجه د شریاني ویني اکسیجنیشن له مخي تعینیږي:

1. خفیف ARDS :هغه حالت څخه عبارت دي چي د دشریاني ویني اکسیجن او دشهیق شوي اکسیجن دغلظت فرکشن نسبت (Fio2) د ۲۰۰او ۳۰۰ملي متره سیمابو تر مینځ وي . Pao2/Fio2 200-300mgHg
2. متوسط ARDS:هغه حالت څخه عبارت دي چي د د Pao2/Fio2 نسبت د ۱۰۰ او ۲۰۰ملي مترو سیمابو تر مینځ وي
3. شد ید ARDS: هغه حالت ته وايي چي د Pao2/Fio2 نسبت د ۱۰۰ ملي مترو سیمابو څخه کم وي .

کلینیکي لوحه:

۱- سا لنډي په چټکي او ژور ډول ۱۲-۴۸ ساعتو په موده کي پیلیږی .۲- تکیپنیا ۳- زجرت ورکونکي تنفس ۴- بین الضلعي فاصلي دننه خواته کش شوي وي ۵- په فیزیکي معاینه کي دسږو په قاعده کي کریپیتیشن اوریدل کیږي

تفریقي تشخیص:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخيص:

دسيني راديولوژي :

1. منتشر يا نقطوي دوه طرفه انفلتريشن وي چي ژر يو د بل سره ننبلي چي كوستو فرينيک زاويه مخشو شيږي هوايي برانكوگرام ۸۰٪ پيښو كي پيښږي .
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 ډايناميک 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 ،سیپسیس 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 کشافتونو په ډول ښکاري ،که دغه کشافتونه 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 شدید شکل کي ساه لنډي او د سږو تخریبي او انسدادي ناروغي مینځته راځي . د دي ناروغي پیښي په تبرکلوزیک سږو کي زیات وي نوځکه هر سلیکوتیک ناروغ دتبرکلوز لپاره تست شي

:PNEUMOCONIOSIS

نموکونیوزس : دا د سږو یو مزمن فبروتیک ناروغي دي چي د غیر عضوي دوړو دانشاق څخه مینځته راځي ، دا ناروغي دکلینیک له نظره غیر اعراضي وي او یا شدید اعراضي وي او په سږو کي منتشر نوډولر کثافتونه وي . په نمو کونیوزس کي لاندي ناروغي شامل دي : ۱- Coal Worker's Pneumoconiosis ۲- Silicosis ۳- Asbestosis

Coal Worker's Pneumoconiosis:دانشاق شوي سکرود وړي د اسناخو د مکروفاژ په واسطه بلع کیږي چي د سکرود نوډ ول د جوړیدو لامل کیږي چي ۲-۵ملي متره قطر لري او د سږو په پورتني برخه کي د منتشر کوچني کثافتونوپه ډول دسیني په رادیو ګرافي کي ښکاري

د دي ناروغي په ساده ډول کي ناروغ بي اعراضه وي او دسږو وظیفوي تستونه نارمل وي

دناروغي په شد ید ډول کي دسږو پرمخ تللي کتلوي فبروزس وي چي دسږو د پورتني برخي د راتولیدو لامل کیږي .

Caplan's syndrome: دا یو نادر ناروغي دي چي د سږو په محیط کي necrobiotic rheumatoid nodulesدي چي ۱-۵سانتي متره قطر لري په هغه کسانو کي وي چي روماتویید ارتریتس لري او په سکارو کي کارکوي

Hypersensitivity pneumonitis:هایپر سنسیتیف نمونایتس (خارجالمنشه الرژیک الویولایتس) د سږو د نن اتو پیک نن استماتیک التهابي ناروغي په نوم هم یادیږي ، دا ناروغي هغه وخت مینځته راځي چي دکار په ځاي کي 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 کارڅخه 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 وروورو کميږي بلاخره د ۴-۶ اونيو په موده کي بلکل قطع کيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

دويم فصل

دزړه روماتیزمل ناروغی

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

ACUTE RHEUMATIC FEVER

تعریف :

دا سیستیمیک معا فیتوي ناروغي دي چي دستوني د بیتا هیمولایتیک ستروپتوکوک انتان په پایله کي مینځته راځي .دناروغي نښي داتنان څخه ۲-۳ اوني وروسته کله یو اوني وروسته اوکله ۵اوني وروسته پیدا کیږي .

اسباب :

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

پتو جنیزس:

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

وقوعات (INCIDENCE):

دناروغي پیښیدل په مخ پر ودي هیوادونو کي ۱۰۰په ۱۰۰۰۰۰ کسانو کي دي .داقتصادي حالت ښه والي ، دکوراو ښونځي ګڼ ګوڼ کموالي او دفرنجیتس مقدم درملنه دناروغي پیښي کمي کړي .

ایپیدیمولوژي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ناروغي پيښي مخ پرودي هيوادونوکي ډيري دي چي په ټوله نړي کي دکال ۲۵۰۰۰۰ تنه ځوانان ددي ناروغي له کبله مري ، په امريکا کي پرته د مهاجروڅخه پيښي يي کمي دي. دا ناروغي د ۵ او ۱۵کلنو عمر تر مينځ پيښيږي ،مخکي د ۴کلني او وروسته د ۴۰ کلني څخه پيښي يي کمي دي

پتالوژي:

۱- داوعيو په شاوخوا ګرانولوماتوز غبرګون او وازکولايټس وي .۲- روماتيک کارديتس او د دسامونو التهاب ښايي پخپله ښه شي او يا وروپرمختګ وکړي چي د دسامونو دبد شکلي لامل کيږي .۳- په حاده مرحله کي ۷۵-۸۰٪ مترال دسام ، ۳۰٪ ابهر د سام (نادرا" يوازي اخته کيږي) او ۵٪ کي ترايکسپيد او ريوي دسامونه اخته کيږي . ۴- په عمومي توګه کارداېتس۳۰-۴۰٪ د روماتيک فيور په حاده مرحله کي پيدا کيږي .۵- د زړه ځنډني روماتيک ناروغي : د زړه روماتيک ناروغي د روماتيک تبي ديوي يا متکرر حملي په تعقيب مينځته راځي چي له کبله يي دزړه د دسامونو دکسپونو سؤي شکل ،دکميسورا وصليد ل ،لنډيدل او د کوردا تيندني وصليد ل دي چي ددي پتالوژيک بدلونونو له امله دزړه ددسامونو تنګوالي يا عدم کفاييه او يا دواړه يي په يو ځايي ډول پيداکيږي . دزړه په ځنډني روماتيک ناروغي کي يوازي دمترال دسام ۵۰-۶۰٪ ، دواړه د مترال او ابهر دسامونه يو ځايي ۲۰٪، ترايي کسپيد دسام ۱۰٪ ،خالص ابهر د سام ډير لږ اخته کيږي ،مګر دمترال يا ابهر دساموناخته کيدل په متکرر انتان کي ډير معمول دي

کلنيکي لوحه:

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

لوي نښي (major criteria):

الف- **Carditis –**

(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- Changing contour of P waves ۲- Inversion of T waves ۳- Prolongation of PR interval

Erythema Marginatum: ۱- خاربښت نه لري ۲- بي درده سره رشونه په تنه او یا نژدي نهایاتو لپاسه وي ۳- ماکولار افت وي چي څنډي يي جيګ او مرکزي برخه يي پاک وي کيداي 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 يي 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 روماتیک فیور یوازیني نښه وي ۴- انجونو کي زیات وي ،په ځوان هلکانو کي کم وي ۵- دخوب په وخت کي له مینځه ځي

JOINTS:

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

Minor criteria:

الف:کلینیک : ۱- Fever ۲- Polyarthralgia ۳- دزړه ناروغي ، دحاد روماتیک تبي پخواني تاریخچه موجودیت .

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

لابراتواري معاینات:

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

(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 ابنارملتیې 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 ښا 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 کفايي (دمترال دسام پرولپس له کبله وي)، دزړه توسع ، ددسامونو ابنارملتې ، مایوکاردیال دسفنکشن او دپریکارد ایفوژن معلومیږي .

JONES CRITERIA:

۱- دوه لوي علایم یا یو لوي او دوه کوچني نښې ۲- دستوني دستروپتوکوک پخواني انتان تاریخچه ۳- دستنوني دستروپتوکوک دانتا ن کلچر مثبت وي ۴- دستروپتوکوک انتي بادي ټايټر لوړوالي ۵- دروماتیک تبې / 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 یو ثبوت نشته چي کورتیکوستروئید دزړه د ناروغي په مخنیوي او یا کمولو کي اغیزه ولري . دلندي مودي لپاره پرید نیزولون دورځي ۴۰-۶۰ملیگرامه دخولي دلاري ورکول کیږي چي د ۲ اونیو په موده کي د وز کمیږي . کورتیکوسترونید هغه وخت ورکول کیږي چي د سلیسلات سره ځواب ښه نه وي .

دروماتیک تبي دمتکرري حملي مخنیوي:

۱- اقتصادي ،اجتماعي او صحي حالت ښه کولوسره دروماتیک تبي دحملي دکمیدو سبب کیږي .

۲- که ستروپتو کوک فرنجیتس په مقدم ډول تداوي شي دروماتیک تبي دحملي څخه مخنیوي کیږي . دروماتیک تبي تکرار په هغه کسانو کي زیات وي چي په مقدم ډول کاردایتس یي درلود او ماشومانوکي (۲۰٪ په دوي کي د۵کالو په موده کي دویم ځل تکراریږي). دمخنیوي لپاره ښه درمل بنزاتین پنسیلین جي 1.5میلون یونټه دغوښي دلاري په میاشت کي یو ځل توصیه کیږي . دخولي دلاري پنسیلین 200.000-250.000یونټه دورځي دوه ځله لږ اغیزه لري .

۳- که ناروغ د پنسیلین سره حساسیت ولري (sulfadiazine(sulfisoxale یو گرام دورځي یوځل یا erythromycine ۲۵۰ملیگرامه دخولي دلاري دورځي دوه ځله توصیه کیږي .همدارنگه ازوترومائیسین هم موثر دي .که ناروغ سمد لاسه دپنسیلین سره حساسیت ونه لري سیفالوسپورین هم کارول کیداي شي . دناروغي بیا راگرځیدل دلومړني حملي څخه ۵کاله وروسته اود ۲۵کلني څخه وروسته غیر معمول دي .وروسته ددي مودي څخه وقایوي درملنه نه توصیه کیږي پرته دهغه کسانو څخه چي دستروپتو کوک زیات ترخطر لاندي دي لکه مور پلار ، دماشومانو معلم ،نرسان عسکر او داسي نور .دویمي مخنیوي دکاردایتس پیښیدو پوري اړه لري ،که کاردایتس نه وي په۲۱کلني کي وقایوي درملنه دریږي .که کاردایتس پیښ 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 . دروماتيک 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 تيک ناروغي : دمترال دسام دستېنوزس معمول لامل دزړه روماتيک ناروغي دي چي دروماتيزم له کبله دزړه والونه پلن کيږي ، کميسورا وصليږي ، کشيږي ، کوردا تندينې پلنيږي او وصليږي او په والونو کي کلسيوم ځاي په ځاي کيږي.

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

۳- دمترال ددسام کلسيفيکيشن له کبله دمترال دسام شخيږي 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 دستېنوزس معمول لامل دزړه روماتيک ناروغي دي چي دروماتيزم له کبله دزړه والونه پلن کيږي ، کميسورا وصليږي ، کشيږي ، کوردا تنديني پلنيږي او وصليږي او په والونو کي کلسيوم ځاي په ځاي کيږي

کلينيکي لوحه :

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

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 د paroxysmal 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

لیدل کیږي .د- blood stained sputum complicated chronic bronchitis احتقاني مخاطي غشا مزمن برانکایتس 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- Hoarsness : 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 ستینوزس علایم عبارت دي له :

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

په جس سره taping وي . (دلومړي اواز جس ته وايي) ،دیاستولیک تریل دجس وړ وي ،اپیکس بیټ بي ځایه شوي نه وي .دمترال تضیق اضغایي علایم عبارت دي له :

١- opening snap د A_2 څخه وروسته دشخ شوي مترال دسام دخلاصیدو له کبله اوریدل کیږي .٢- که ازیني فشار ښکته وي د opening snap او ابهر دسام اواز تر مینځ فاصله زیات وي، او که ازیني فشار لوړ وي فاصله لنډیږي . ٣- موضعي دیاستولیک مرمر چي rumbling وصف لري اوریدل کیږي ،ځومره چي ددسام تنګوالي زیات وي په همغه کچه دمرمر شدت لوړیږي . مرمر دزړه په اپیکس کي اوریدل کیږي ، مرمر هغه وخت واضح اوریدل کي چي ناروغ چپ وحشي خواته واړه ول شي . ٤- دزړه لومړي اواز لوړ وي ٥- په ٥٠- ٨٠٪ ناروغانو کي PAROXISMAL او یا مزمن ازیني فبریلیشن اوریدل کیږي . ځومره چي دزړه حرکات زیاتیږي په همغه اندازه دازین دیاستولیک ډکیدل او دمترال دسام تفاضل کمیږي . ٦- که دزړه حرکات زیاتیږي دسږو دازیما د پیدا کیدو خطر زیات وي ، نو ځکه دزړه حرکت کنترول ضرور دي . ٧- presystolic accentuation murmur دازیناتو تقلص له کبله اوریدل کیږي .٨- دسترنوم هډوکي کیڼ سرحد کي په طولاني ډول د pansystolic murmur اوریدل دترایکسپید دسام د عدم کفایي له کبله وي کوم چي دښئي بطین دتوسع له کبله پیدا شوي وي .٩- Graham –Steel Murmur دا یو early diastolic murmur دي چي په ریوي دسام په ساحه کي دریوي دسام عدم کفایي له کبله کوم چي دسږو هایپرتنشن له کبله مینځ ته راغلي وي اوریدل .١٠- pansystolic murmur که په مترال دسام په ساحه کي واوریدل شي دمترال دسام عدم کفایي باندي دلالت کوي .

تشخیصه معاینات :

١- ECG

په ECG کي دپي موجه په V1,2 کي پراخه او باي فیزیک وي ،او که دسږو فشار لوړ وي دپي موجه لوړه اونوک تیزه وي ، دزړه محور ښئي خواته بي ځایه شوي وي او ښئي زړه هایپرتروفي وي.

٢- رادیوګرافي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

۳- ايکو کارديوګرافي :

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

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 ښه 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 متر ال 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 ځنډني 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 ځنډني 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 کفايبه کي چپ ازين لوي نه وي ، که عدم کفايبه شديد وي دچپ ازين د ناڅاپي فشار لوړوالي سره دسږو ازيما پيدا کيږي . دمترال دسام مزمن عدم کفايبه 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 ځنډني 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

هایپرډاینامیک وي شدت ئي کاروتئید شریان خواته وي ، دزړه دریم غږ په چپ بطین باندي دبار زیاتوالي له کبله وي . که دمترال دسام عدم کفائیه 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 .

تشخیصیه تستونه :

الف - ECG:

۱- Bifide P wave د کیڼ ازین هایپرتروفي له کبله وي . ۲- دکیڼ بطین دهایپرتروفي نښي ۱- په V6 او I لیډ کي د R Wave Tall ۲- په V1,V2 لیډونو کي ژوره S موجه وي . ۳- S wave in V1+R wave in V6=>35mm ۳- دښئي بطین دهایپرتروفي نښئي .

ب- ایکوکاردیوګرافي :

په ایکو کي دمترال دسام دعدم کفائي سبب معلومیږي ، دچپ بطین سایز او دنده ، چپ ازین سایز ، دسږو دشریانو فشاراو دښئي بطین دنده معلومیږي او دتداوي پلان په اړه معلومات ورکوي . دډاپلار ایکو په واسطه د وال دعدم کفاي شدت معلومیږي .دTEEپه واسطه ددسام دعدم کفایي علت معلومیږي .ج- B-type-natriuretic –peptide(BNP) په واسطه دچپ بطین دسفنکشن معلومیږي که سیروم مقدار یي د 105pg/ml څخه زیات وي دزړه عدم کفایي باندي دلالت کوي . او که کم وي دزړه عدم کفاییه ردیږي ح- د MRI, په واسطه دنارغي سبب معلومیږي خ- دزړه کتیتیریزشن په واسطه دچپ بطین دندي ، دزړه دهانه او ریوي شریان فشار معلومیږي د- دسي تي سکین په واسطه دزړه دوالونو په ناروغي کي داکلیلي اوعیو ناروغي معلومیږي .

ذ- Chest –X-Ray :

دسیني په رادیوګرافي کي چپ ازین ،چپ بطین لوي ښکاري ،دسږو ازیما او دپلورا ایفوژن .

ر- Cardiac Catheterization :

ددي په واسطه ددسام عدم کفایي ارزیابي او هیموډاینامیک تشوشات معلومیږي .

(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 کي په کيڼ ازين کي په محدب ډول وپړسيږي دمترال دسام دپرولپس په نوم ياديږي .همدارنگه د floppy mitral valve or myxomatous mitral valve په نوم هم ياديږي . MVP په ښځو کي دنارينوو په شان معمول دي . د MVP په خفيف شکل کي mid systolic click وي او وروورو دمترال دسام دعدم کفايي خواته پرمختگ کوي .

اسباب:

۱- دمترال دسام myxomatous degeneration

۲- Rheumatic Fever

۳- Marfan Syndrome, Ehlers Danlos Syndrome

۴- Osteogenesis Imperfect

۵- Periarteritis Nodusa

۶- Myotonic Dystrophy

۷- Hyperthyroidism

کلينيکي لوحه :

الف: اعراض :

۱- مترال پرولپس زياتره بي اعرضه وي ۲- 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 ناځاپي مړيني سره يوځايي وي . ۳- 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) ځومره 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 ،سكليټي ابنارملټي 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 دايكو په واسطه تشخيصيږي . څرنګه چي دمترال دسام پرولپس دابهر دجذر ناروغيو سره يوځاي وي ،كه په راديو ګرافي كي دابهر دتوسع موجود وي دتشخيص لپاره سي تي سكن يا MRI angiography تر سره شي

درملنه :

١- كه اعراض نه وي ناروغان هر ٥-٣كالو كي ارزيابي شي .

٢- بيتا بلاكر په لږ دوز دهايپرډايناميک حالت كي داريتميا ددرملني لپاره وركول كيږي ،درد ارامولي . ٣- serotonin reuptake inhibitor د orthostatic hypotension او خفګان لپاره وركول كيږي .۴- كه دمترال دسام عدم كفايه موجود وي افترلوډ بايد كم نه شي .۵- دمترال دسام ترميم د دسام دتعويض څخه ښه دي .۶- اسپرين په هغه ناروغانو كي چي focal neurological deficit وي .٧- انتاني اندو كاردايتس پيدا كيدو څخه مخنيوي وشي .٨- جراحي درملنه توصيه 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 دروماتیک تبه دابهر دعدم کفایي مهم لامل دی ،فبروتیک بدلونونه داابهر د دسام دپاڼو د پلنوالی او تقبض دلاری دمرکزی دسام دعدم کفايي لامل کیږی .که ددسام پاڼی سره ونښلی د ابهر عدم کفایی سره دابهر تضیق یوځایی کیږی .

ابنارمل فزیالوژي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

دډياستول 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 دویم ناحیه کي ښه اوریدل کیږي .موقیعت ئي په چپ طرف کي سترنوم ته نژدي په د ریم بین الضلعي فاصله کي وي ، په دي ترتیب چي ناروغ کښیني قدام خواته خم شي وروسته دضفیر څخه خپل تنفس بند کړي .

ب- Systolic Ejection Murmur دابهر په ساحه کي دویني دجریان زیاتوالي له امله وي .

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

۲- pistol shot femoral : دورون دشریان لپاسه دزړه دهرضربان سره یوتیز اواز اوریدل کیږي .

۳- Durozier's sign: کله چي دورون شریان لپاسه ستستسکوپ وروفشار ورکړل شي بریوټ (مرمر چي دزړه څخه دباندي اوریدل کیږي) اوریدل کیږي .

دابهر دعدم کفائي عمومي فیزیکي معاینه :

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

ب- نبض: ۱- (collapsing pulse (water hammer pulse ددي نبض حجم زیات ،نبضاني وي او یا کولپسینګ وي .۲- Quinck's sign : دنوکانو په بستر کي دکپیلاریو نبضان ته وایي .۳- De Musset's sign : دثباتي شریان نبضان دومره قوي وي چي دهر نبضان سره دناروغ سر خوځیږي ، همدارنګه د سر د nodding اشاري په نوم هم یادیږي .

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

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

۵- Hill sign د دلنګیو فشار نظر د بازوګانو فشار څخه ۴۰ ملي متره سیماب لوړ وي .

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

۷- کله چي دزړه عدم کفایه تآ سس وکړي دمحیطي اوعیو د وازو کنستریکشن له کبله دیاستولیک فشار لوړیږي نو pulse pressure بیرته کمیږي .

تشخیص معاینات :

الف- ایکو کارد یوګرافي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- دابهر عدم كفايه تعينوي . ۲- دابهرد عدم كفايي علت معلوموي ۳- دابهر دعدم كفايي شدت د ابهر دفوحي دسايز او د ريګورجيتيشن دجريان اندازه معلوموي .۴- دابهر دعدم كفايي دهيموډاينامیک 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 ښكاري

ج- ECG : دچپ بطين هايپرتروفي وي .

ح- **Cardiac Catheterization And Angiography** ډاپلر ايكو په واسطه دابهر دعدم كفايي شدت معلوميږي ،نوځکه په زياتره پيښو كي كتيتريزشن ته اړتيا نه وي .د كتيتريزشن په واسطه دابهر دعدم كفايي شدت ، توسع ، داي سكشن ، دابهر دوال ساختماني بدلونونه اوپه چپ بطين باندي د ابهر دعدم كفاي هيموډاينامیک اغيزي (دچپ بطين حجم او ايجيكشن فركشن) معلوموي . اوس دزړه كتيتريزشن داكليلي شريانو حالت مخكي دجراحي عملياتو څخه معلوموي

تشخيص :

دناروغي تشخيص دفيزيكي معايني ،تاريخچي او تشخيصه تستونوپه واسطه كيږي .

تفريقي تشخيص :

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

اختلاطات :

۱- دزړه عدم كفائيه

۲- انتاني اندوكاردايتس

(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 روماتیک 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 څرګنديږي .دابهر coarctation هم دابهر دولادي 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 ۳-۴سانتي 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 د۵۰ملي 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 کي۱- 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: تمريني سا ه لنډي ، orthopnea او Paroxysmal Nocturnal Dyspnea(PND) دسږو فشار لوړ والي ښودنه کوي .

۴- دزړه عدم کفايه : دزړه عدم کفايه دکيڼ بطين دسيستوليک او دياستوليک دندو خرابوالي له کبله وي .

۵- دمعدي او کلموڅخه وينه بهيدنه : دابهر په شديد تضيق کي وي چي لامل ممکن دابهر تضيق سره داوعيو سوي اشکال وي (angiodysplasia).

دزړه او اوعيو معاينه :

الف: دپريکارديوم تفتيش :اپيکس بيټ بي ځايه شوي نه وي ، دخپل نارمل موقيعت کي ليدل کيږي .

ب:جس : ۱- دزړه اپيکس بي ځايه شوي نه وي ځکه چي کارديو ميګالي دزړه د توسع له کبله وي نه دزړه هايپرتروفي له کبله .۲- داپيکس بيټ وصف Heave (forceful) وي ځکه چي دابهر په تضيق کي په کيڼ بطين باندي د فشار زياتوالي له امله کيڼ بطين هايپر تروفي کوي .۳- Double apex beat جس دزړه ۴ غږ يا ازيني تقلص له کبله وي .۴- سستاليک تريل ممکن دابهر په ناحيه کي يا suprasternal notch کي جس شي او د ثباتي شريان په سيرکي انتشار مومي .

۵- نادراً دځيګر غټوالي اودسفلي اطرافو ازيما دښئي بطين د عدم کفائي له کبله وي چي دا هغه وخت مينځته راځي چي دچپ بطين دهايپرتروفي له کبله بين البطيني دسام ښئي زړه خواته ټيله کيږي چي دښئي زړه د کيدل خرابيږي .

ج: اصغا : الف: دزړه اوازونه ۱- لومړي اوازنارمل يا ښکته وي .۲- دزړه دويم اواز ښکته وي ځکه چي يوازي P2 اوريدل کيږي .په داسي حال کي چي دابهر دسام دکلسيفيکيشن له امله ددسام حرکت کم وي نو A2 نه اوريدل کيږي .۳- دشهيق په وخت کي دزړه دويم اواز Reverse splitting نورمال وي . ۴- دزړه ددويم اواز پراخه سپليټ وي .۵- دابهردسام دځنډ بنديدو له امله دابهر په تضيق کي دزړه دويم اواز دابهر په ساحه کي دشهيق په وخت کي سپليټ کم او دضفير په وخت کي پراخه وي .۶- دزړه ۴اواز اوريدل کيږي .

(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 ۱- Ejection Systolic Murmur دابهر په ساحه کي اوریدل کیږي ،غاړي او اپیکس خواته انتشار مومي .۲- Ejection Click دمر مر څخه مخکي اوریدل کیږي .۳- Gallaverdin Phenomenon کله کله دسیستالیک مر مر شدت دمترال دسام په (اپیکس) ساحه کي شدید اوریدل کیږي چي دمترال دسام عدم کفایي په شان اواز اوریدل کیږي .۳- 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 : ۱- نبض – دثباتي نبض حجم کم وي وررورو جګیدونکي وي چي د anacrotic pulse په نوم یادیږي .داپیکس جس او دثباتي شریان جس په وخت کي نه وي . ۲- pulse pressure کم وي ۳- دښئي او چپ زړه عدم کفائي له کبله دغاړي وریدونه متبارز وي .

پلټني :

الف- **دسیني رادیوګرافي** :

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

ب- **دزړه برقي ګراف** :

۱- دکیڼ زړه هایپرتروفي وي ۲- 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** :

۱- دابهر ددسام کسپونه پلن ،کلسیفید او بي حرکته معلومیږي .۲- دکیڼ بطین هایپرتروفي سیستالیک او دیاستولیک دندي معلومیږي .۳- ډاپلر ایکو په واسطه دابهر ددسام او ددسام

(c) ketabton.com: The Digital Library

څخه شاته خواكي تفاضلي فشار اندازه كيږي .كه تفاضلي فشار د ۵۰ملي متر سيمابو څخه زيات وي او يا دابهر دقطر اندازه د $0.8cm^2$ څخه كم وي په شديد تنګوالي باندي دلالت كوي .او داعراضو دپيدا كيدو لامل كيږي .كله كله كه 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 كتيتريزشن په هغه ناروغانو كي چي عمر يي ۴۰كلن اويالوړ وي داكليلي اوعيو دانجيوګرافي لپاره او دابهردوال څخه مقابل خواكي دتفاضلي فشار دمعلومولو لپاره ترسره كيږي .داكليلي اوعيو انجيوګرافي دانجينا دلامل دمعلومولو لپاره توصيه كيږي .

خ- انجيوګرافي:

په هغه ناروغانوكي چي عمر يي ۴۰كلن او يالوړ وي اود CABG پلان وي توصيه كيږي .

تشخيص :

تشخيص دتاريخچی ،فيزيكی معاينی او تشخيصه تستونوپه واسطه كيږي.

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 كي ارزښت نه لري . كه په ناروغ كي انجينا ،سنكوپ او دزړه عدم كفايه موجود وي دوال معوضه توصيه كوي .

۱- انجينا په ۵۰٪ناروغانوكي مينځته راځي چي مړينه د ۵كالو په موده كي وي .

۲- سنكوپ په ۵۰٪پورته ناروغانو كي وي چي د ۳كالو په موده كي مړينه وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳- زړه عدم كفايه په ۵۰٪ناروغانو كي وي او د ۲كالو په موده كي مړينه وي .

جراحي درملنه په غير اعرضي ناروغانو كي نه توصيه كيږي او كه دچپ بطين دنده خراب شوي وي او يا د ابهر دوال ساحه د $0.7cm^2$ كم شوي وي توصيه كيږي .

طبي درملنه :

طبي درملنه په هغه ناروغانو كي توصيه كيږي چي دعمليا ت وړ نه وي .

۱- دروند فيزيكي فعاليت څخه ډډه وشي .

۲- ناروغان ښه وڅارل شي ځكه چي ناروغي په تدريجي ډول پرمختګ كوي . دايكوله نظره په كال كي تفاضلي فشار ۴-۸ملي متره سيماب لوړيږي . دابهر دوال قطر $0.2\text{-}0.3cm^2$ په كال كي كميږي .دابهرپه خفيف ستينوزس كي ايكو هر دوه كاله بعد تر سره شي ،دابهر په شديد غيراعرضي ستينوزس كي هر ۶-۱۲مياشتي بعد ايكو تر سره شي .

ETT په غيراعرضي ناروغانو كي دپټ اعرضو دڅرګندولو لپاره اجرا كيږي.ETT په اعرضي ناروغانو(دتمرين كولوقدرت نه درلودل او دويني فشاركموالي) كي مضاد استطباب دي .

۳- انجينا لپاره بيتا بلاكر توصيه كيږي خو احتياط دي وشي ځكه چي دشاك او دزړه دعدم كفايي لامل كيږي .

۴- نايتريت تمريني سنكوپ تشديدوي نو دوركولو څخه يي ډډه وشي .

۵- ACE-I او دايګوګسين نسبي مضاد استطباب دي . دايګوګسين هغه وخت وركولاي شوچي ايجكيشن فركشن كم شوي وي او ACE-I په كم دوزهغه وخت توصيه كولاي شو چي چپ بطين اعرضي سستاليك دسفنكشن وي او دجراحي درملني لپاره كانديد نه وي .

جراحي درملنه :

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

۱- هغه اعرضي ناروغان چي دچپ بطين دنده يي خراب وي وروسته دجراحي عملياتو څخه ښه كيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲- هغه غیر اعرضي ناروغان چي دچپ بطین دنده یي خراب وي،شدید چپ بطین هایپرتروفي ولري ،دوال قطر د $0.7cm^2$ څخه کم شوي وي او دتمرین سره دویني فشار ښکته کیږي .

۳- دابهر شدید تضیق وي خودزړه نورو عملیاتو ته اړتیا وي لکه CABG ته .

دجراحي تداوي استطبابات :

۱- اعراض چي دابهر دشدید تضیق سره یوځاي وي .

۲- دابهر دشدید تضیق ناروغان چي دزړه نوروعملیاتو وروته اړتیا وي لکه CABG .

۳- هغه غیر اعرضي ناروغان چي دچپ بطین دنده یي خراب وي،شدید چپ بطین هایپرتروفي ولري ،دوال قطر د $0.7cm^2$ څخه کم شوي وي او دتمرین سره دویني فشار ښکته کیږي .

دابهر تضیق دکیڼ زړه ددندي خرابوالي سره :

۱- که د دکیڼ زړه ددندي خرابوالي(ایجیکشن فرکشن د۳۵٪څخه کم وي) دجراحي درملني خطر زیات وي .او بي له عملیاتو څخه انزار خراب وي . د valve replacement سره دناروغ عمر اوږد والي ښه کیږي .

دابهر تضیق د تفاضلي فشار کموالي سره :

دابهر شدید تضیق چي دکیڼ بطین دشدید دسفنکشن سره یوځاي وي او دابهر دوال په مقابل کي تفاضلي فشار لوړ نه وي نو ابهر تضیق دهغه کاردیو مایوپاتي سره چي د calcified non aortic valve سره اویا دابهر شدید تضیق چي دکیڼ بطین دشدید دسفنکشن سره یوځاي وي تفریقي تشخیص شي .تفاضلي فشار او دابهر دوال ساحي اندازه د ویني جریان پوري اړه لري ،په دي ډول تفریق کیږي چي د dobutamine دورکولو څخه وروسته تفاضلي فشار او دابهر دوال ساحه اندازه کیږي چي د دکیڼ بطین دسفنکشن کي تفاضلي فشار زیاتیږي خو دوال ساحه تغیر نه مومي په داسي حال کي چي په کاردیومایوپاتي کي دوال ساحه زیاتیږي .

هغه خطري فکتورونه چي د عملیاتو سره دمړیني خطر زیاتوي :

۱- شدید اعرضي ناروغان

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲- دکینۍ 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 یوځاي 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: ١- دکینې خوا ددسامونو دروماتیک افاتو اعراضو سره یوځاي وي .٢- دګیډې درد(دځیګر لویوالي) ، پړسوپ (اسایتس) او محیطي ازیما وي .

ب: فیزیکي معاینه : ١- JVP :د a موجه په JVP کي وي .٢- نبضاني ځیګر: دځیګر په عمیقه جس کي پري سستالیک پلسشن جس کیږي .٣- مرمر : دسترنوم په کینې 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 کفاي مرمر دضفير په وخت کي شدت مومي .

۳- Pulsatile Liver: ځيگر نبضاني جس کيږي .

تشخيصيه معاينات :

الف - **ايكو كارديوگرافي** :

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

ب-ECG:

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

ج- Chest X-Ray -

ښئي ازين او بطين پراخه ښکاري .

درملنه :

۱- دترايکسپيد دسام وظيفوي عدم کفائيه : داي يوريتيک پري لود کموي . دمترال دسام معاوضه کول ۲- دترايکسپيد دسام عضوي عدم کفائيه : جراحي درملنه يا والوپلاستي تر سره کيږي .

PULMONARY STENOSIS(PS)

اسباب :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلينيکي 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 .

فيزيکي معاینات:

تفتیش: دغاړې وریدلوړ او په کې د **a**موجه څرګند 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 اوږې 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 وازوکلاریټي 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 کفایه ددسام دحلقي دتوسع له کبله چي په ثانوي ډول دسږو هایپرتنشن یا دسږود شریان دتوسع له امله وي مینځته راځي .

۲- انتاني اندوکاردایتس

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

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

کلینیکي لوحه:

۱- دښئي زړه عدم کفایه وي

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

۳- دسترنوم په کیڼ ۳، ۴ بین الضلعي مسافه کي Early Diastolic Mumur اوریدل کیږي .

۴- که دسږو فشار لوړ وي، P2 لوړ وي .

تشخیصیه معاینات :

۱- دزړه برقي ګراف : دښئي بطین هایپرتروفي وي .

۲- دسیني رادیوګرافي : ښئي بطین لوي ښکاري او دسږو دشریان سیوري هم دلیدلو وړ وي .

۳- ایکو : ښئي بطین متوسع او هایپرتروفي وي – دسږو ددسام عدم کفایه او ددي شدت معلومیږي .

درملنه :

۱- DIGOXIN دښئي بطین دتوسع او عدم کفاي لپاره ورکول کیږي .

۲- سببي ناروغي تداوي شي .

۳- Valve Replacement with bioprosthetic valve: که ددسام عدم کفایه شدید 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 يوځايي وي نوشديد MS دخفيف AR سره يوځايي وي ،پتوفزيالوژي يي د خالص MS په شان وي . کله کله ګډ AR هم شديد وي .MS دکيڼ بطين ډکيدل کموي نو په کيڼ بطين په حجم باندي د AR اغيزي پټيږي .پس نو ددواړو افاتو جوړول په زياتره ناروغانو کي ضرور دي .کله چي اعراض پيداشي او دسږوفشار لوړ شي نو مداخلوي درملني ته اړ تيا پيدا کيږي. ددواړو والونومعاوضه مناسب درملنه ده .کله چي د مترال ستينوزس دتداوي پلان وي نو balloon mitral valvotomy اجرا کيږي . په زياتره ناروغانو کي لومړي مترال والو تومي اجرا کيږي وروسته ناروغان داعراضو لپاره تعقيبيږي .که اعراض له مينځه لاړ شي د AR اصلاح کول ځنډيږي .

Combined mitral stenosis and aortic stenosis:

پههغه ناروغانو کي چي په ګډه سره څرګند AS او MS ولري په کلينيک کي دابهر د تضيق نښي معمولاًبارز وي ، د مترال تضيق نښي پټ وي خو اعراض د مترال تضيق بارز وي .د2D او ډاپلر ايکو په واسطه دناروغي شدت ،دکيڼ بطين دنده او سايز او دمترال دسام بالون والو تومي استطباب ايښودل کيږي .که د AS خفيف وي نو دمترال دسام دبالون والوتومي لپاره لومړي ښه مناسب دي . که دمترال بالون والو تومي کامياب ونووروسته دابهر وال بيا ارزيابي کيږي .که په ګډه دابهر تضيق او دمترال عدم کفائيه سره يوځاي وي نو دابهر تضيق دمترال دسام عدم کفائيه تشديد وي .دمترال دسام عدم کفائيه دابهر دتضيق دشدت په تعينولو کي ستونزه پيداکوي ځکه چي فورد وارد اوټ پوټ کميږي .څرنګه چي دمترال عدم کفائيه دکيڼ بطين دايجکيشن فرکشن قدرت لوړوي نو په دي توګه دکيڼ بطين سستوليک دسفنکشن چي دابهر دتضيق په واسطه مينځته راغلي وي پټيږي .که ازيني فبريليشن اوازيني سستوليک دسفنکشن پيدا شوي وي او دکيڼ بطين دهايپرتروفي له کبله دبطين ډکيدل خراب شوي وي نو فورد وارد اوټ پوټ نورهم کميږي .که په ناروغ کي شديد ASاو شديد MR شته وي (دمترال وال مارفولوژي هم خراب وي) ،اعراض موجود وي ،کيڼ بطين دنده خراب وي او دسږو فشار لوړ وي ، نو بايد په ګډه سره دابهر

(c) ketabton.com: The Digital Library

او مترال دسامونه معاوضه شي او یا مترال وال ترمیم شي .که په ناروغ کي دابهر تضیق خفیف او یا متوسط وي او دمترال عدم کفایه شدید وي نویوازي دمترال دسام جراحي عملیات اجرا کیږي ځکه چي داعراضوموجودیت ،دکیڼ بطین دندي خرابوالي ، فورد وارد ستروک واليوم کموالي او دسږو فشار لوړوالي مخکي دعملیاتو څخه دابهر دتضیق شدت اندازه کول ستونزمنوي .که دابهر دوال متوسط تفاضلي د ۳۰ ملیمترو سیمابو څخه لوړوي دابهر دوال معاوضه تر سره کیږي.

Combined aortic stenosis and mitral regurgitation

شد ید AS د MR شدت زیاتوي . همدارنګه MR د AS دشدت اندازه کول ستونزمنوي ځکه چي مخکي خواته دویني داستولو (forward) جریان کمیږي .MR دLV ایجیکشن فرکشن د ندي قوت زیاتوي، نوځکه دکیڼ بطین مقدم سستولیک دسفنکشن دAS په واسطه پوښل کیږي . ازیني فبریلیشن او دازین سستولیک دندي خرابوالي (forward) جریان نور هم کموي ځکه چي دهایپرتروفي شوي کیڼ بطین ډکیدل خراب وي . د شدید AS او شدید MR(دمترال ابنارمل دسام) ناروغان چي اعرض ولري ، کیڼ بطین دنده خراب وي یا دسږو فشار لوړ وي په ګډه سره دابهر او مترال دسامونه معاوضه شي او یا مترال دسام ترمیم شي .هغه ناروغان چي خفیف څخه تر متوسط اندازي پوري AS او شدیدMR ولري ،اعراض موجود وي ،دکیڼ بطین دنده خراب وي او یا دسږو فشار لوړ وي دعملیات څخه دمخه دابهر دعدم کفائي شدت اندازه کول ګران کاردي ځکه چي forward stroke volume نور هم کمیږي . که دابهر دسام تفاضلي فشار د ۳۰ملیمترو سیمابو څخه زیات وي دابهر دسام باید معاوضه شي.

Combined mitral regurgitation and aortic regurgitation

دا اړینه ده چي وپیژندل شي دکوم وال افت څرګند دي ځکه چي لومړي دهغه دسام ناروغي تداوي شي چي اعراض یي بارز وي ددي لپاره چي ددواړو دسامونوپتوفزیالوژي او دجراحي درملني وخت سره توپیر لري .که څه هم دواړه یي دکیڼ بطین دتوسع لامل کیږي خو دابهر عدم کفاییه دسیستمیک سستولیک هایپرتنشن لامل کیږي او دکیڼ بطین پلنوالي کم وي .د **2D**

(c) ketabton.com: The Digital Library

echocardiography په واسطه د AR او MR شدت ، دکينڼ زړه سايز او دنده ،دکينڼ 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 ورړ دي .

Heart Valve Replacement

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

replacement.*aortic valve* 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

تعريف :

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

ويشنه :

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

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

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

اسباب:

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

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

۳- Enterococci (8 %): دا دمقعدپه شاوخوا کي اوپه ډکومتيازو کي وي ،په زړو نارينوکي چي پروستات هايپيرتروفي لري اوپه ښځوکي 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 تيليوم زخمي کيږي ۲- په زخمي شوي ځاي کي غير منتن ترومبو سيت - فبرين ترومبوس جوړيږي چي د نن بکتريال ترومبوتيک اندوکاردايتس (NBTE)په نوم ياديږي ۳- دمؤقتي بکتريميا په وخت کي انتان د NBTE لپاسه نښلي ۴- انتان په دي ځاي کي ډيروالي (Proliferation) مومي ۵- په مآوفه ځاي کي منتن ،ماتيدونکي او محجم (کتله)جوړيږي چي د تنبت (bulky vegetation) په نوم ياديږي .

ج- د داخلاالقلبي انتان موضعي تخريباتو اغيزي : ۱- دوال کسپونه تخريبږي چي لومړي زخم جوړوي اوبيا ددسام دعدم کفايي لامل کيږي .۲- کورداتنديني رپچر کوي ۳- د paravalvular abscessله کبله دزړه انتقالي سيستم خرابيږي چي داريتميا او تقحيي پيريکاردايتس لامل کيږي .۴- لوي ويجيتيشن دوالونو دوظيفوي تضيق لامل کيږي .

د- امبولايزشن : دمنتن ويجيتيشن څخه امبولي بيليږي په توري ،پښتورگو ،زړه او سږو کي دانفارکشن لامل کيږي .

ذ- ميتازتاتيک انتان : سيپتيک امبولي دبدن هر ځاي کي د ابسي لامل کيږي .

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

کلينيکي لوحه :

الف- دبکتريميا کلينيکي لوحه :

۱- Fever. که يوناروغ چي دزړه دوالونو ناروغي ولري او تبه يي دڅو ورځو څخه تر څو اونيو پوري دوام ومومي په اندوکاردايتس باندي دلالت کوي . په زړو خلکو ، دزړه احتقاني عدم کفايه اودپښتورگو په مزمن عدم کفايه کي تبه نه وي .وزن بايلل ،بي اشتهاي .دشپي له خوا خوله . انيميا .

۲- petechia : Petechiae on the skin, conjunctivae, oral mucosa دوازوکولايتس له کبله وي . دسترگو په رتينا کي دوازکولايتس له کبله Roth Spot وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳- Splenomegaly: ۳۰-۴۰٪ پيښنو 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 دردہ سور ماکولګاني 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 سيدلي نوډولونه دي چي دلاس پښو په ورغوپوندو او ګوتوکي وي چي دواز کولایتس 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 اوماتیدونکي ویجیتیشن څخه مینځته راځي چي دلاندي عضوو دانفارکشن لامل کیږي .

د کینې 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 د۲۴ساعتو 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 – نارموكروميک نارموسايتيک انيميا .

۲- C-Reactive protein and ESR لوړ وي .

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

۴- ترومبوسايتوپينيا ممكن موجود وي خو نادراً وي .

ج- ايكوكارديوگرافي – په ايكو كي لاندي پتالوژي تثبيتيږي .

۱- Vegetation ۲- Valve damage ۳- Abscess formation

حساس ايكو Trans Esophageal Echocardiography (TEE) دي چي ۹۵-۸۵٪ تشخيص وضع كوي او كه ويجيتيشن د ۱-۱.۵مليمتروڅخه كوچني هم وي تثبيتيږي .

د- ECG: په دي كي دزړه انفاركشن او دانتقالي سيستم تشوشات معلوميږي (دابسي له كبله).

ذ- CXR: دسيني په راديوگرافي كي دسږو امبوليزم اودزړه عدم كفايه ښكاري .

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

ز- سيرالوژيک تستونه : C3-4 كم وي . RA 50% فكتور مثبت وي . ۲۰٪ كي Anti Nuclear Antibody (ANA)مثبت وي .

تشخيص :

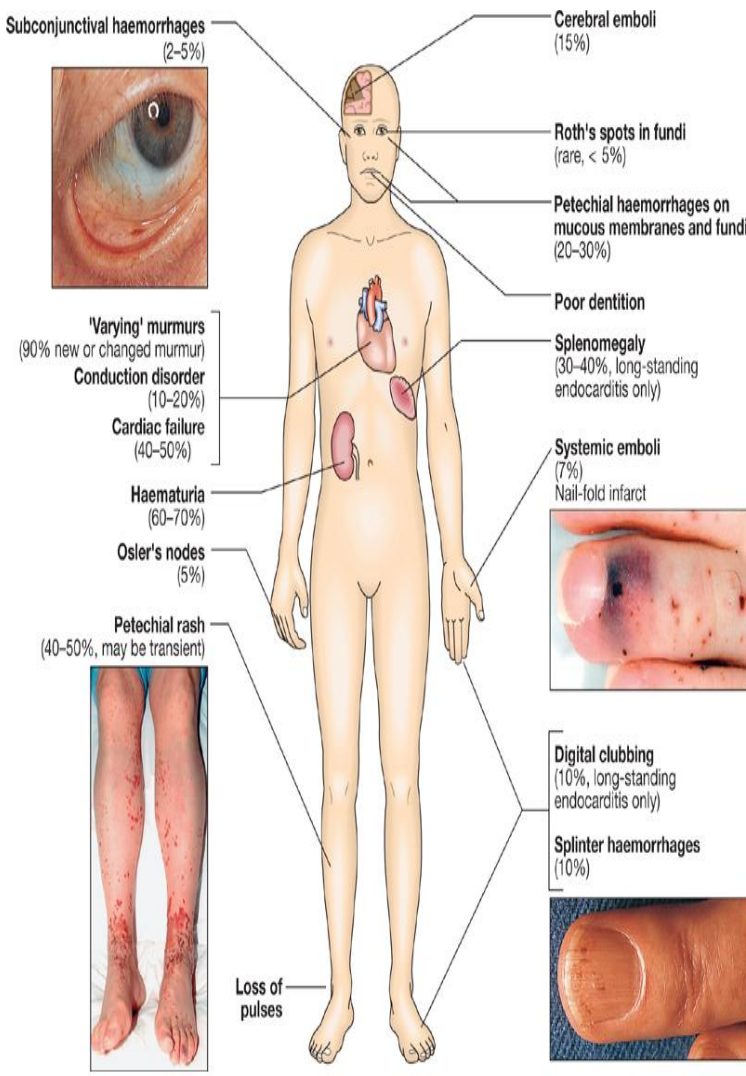
په اندوكاردايتس تشخيص هغه وخت وضع كيږي چي لاندي حالات موجود وي .

۱- دزړه مساعدونكي افات ۲- بكتريميا ۳- دامبولي شواهد ۴- فعال اندو كارديل حالت .

داندوكاردايتس تشخيص د MODIFIED DUKE’S CRITERIA په واسطه كيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

Sub-acute Endocarditis

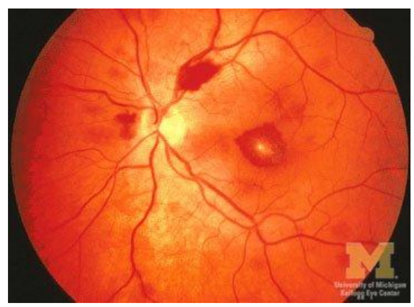


Colledge et al: Davidson's Principles and Practice of Medicine, 21st Edition
Copyright © 2010 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier, Ltd. All rights reserved.

(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

کوچني 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 کوچني نښې ۳- پتالوژیک او هستولوژیک نښې موجود وي .

ب- احتمالي تشخیص (Possible): ۱- یولوي او یویادري کوچني 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

دتہولو 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 ،دهډوکو 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 وپيژندل 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 پیدا کیږي .

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 کیږي ځکه چي دنزف خطر زیاتوي ،که ناروغ پروستیتیک وال ولري وروسته داندوکاردایتس دښه کیدو څخه ناروغ ته بیرته لکه مخکي د اندوکاردایتس داخته کیدوپشان پیل کیږي .

(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