خوست طب پوهنځۍ

د کوچنیانو ساری ناروغۍ

پوهاند دوکتورسلطان محمد صافي

۱۳۹

Ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

د کتاب نوم	د کوچنيانوساری ناروغۍ
ليکوال	پوهاند دوکتور سلطان محمد صافی
خپروندوی	خوست طب پوهنځۍ
ويب پاڼه	www.szu.edu.af
چاپ ځای	سهرمطبعه، کابل، افغانستان
چاپ شمېر	۲۰۰۰
د چاپ کال	۱۳۹۱
دکتاب ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org

دا کتاب د آلمان د اکاډميکو همکاريو د ټولنې (DAAD) لخوا د آلمان فدرالـي خارجه وزارت لـه پـانګې څخه تمويل شوی دی.

اداري او تخنيکي چارې يې په آلمان کې د افغانيک موسسې لخوا ترسره شوې دي.

دکتاب د محتوا او ليکنې مسؤليت دکتاب په ليکوال او اړوندی پوهنځی پورې اړه لري. مرسته کوونکې او تطبيق کوونکي ټولنې په دې اړه مسؤليت نه لري.

د تدريسي کتابونو د چاپولو لپاره له موږ سره اړيکه ونيسئ:

ډاکتر يـــحـــيی وردک، دلوړو زدکړو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ايميل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان: 9789936200029

(c) ketabton.com: The Digital Library

د لوړو زده کړو وزارت پيغام

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

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

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د ګرانو محصلينو د علمي سطحې د لوړولو لپاره معياري او نوي درسی مواد برابر کړي.

په پای کی د آلمان هیواد د بهرنيو چارو وزارت، DAAD مؤسسې او ټولو هغو اړوندو ادارو او کسانو څخه مننه کوم چې د طبي کتابونو د چاپ په برخه کې يی هر اړخيزه همکاري کړې ده.

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

په درنښت

پوهاند ډاکتر عبيدالله عبيد

د لوړو زده کړو وزير

کابل، ۱۳۹۱

(c) ketabton.com: The Digital Library

د درسي کتابونو چاپ او د طب پوهنځيو سره مرسته

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلينو !

د افغانستان په پوهنتونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لويو ستونزو څخه ګڼل کېږي. يو زيات شمير استادان او محصلين نوي معلوماتو ته لاس رسی نه لري ، په زاړه ميتود تدريس کوي او له هغو کتابونو او چپترونو څخه کار اخلي چې زاړه دي او په بازار کې په ټيټ کيفيت فوتوکاپي کېږي.

د دې ستونزو د هوارولو لپاره په تېرو دوو کلونو کې مونږ د طب پوهنځيو د درسي کتابونو د چاپ لړۍ پيل او تر اوسه مو ۲۰ طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځيو ته مو استولي دي.

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

«د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کيفيت او زده کوونکو ته د نويو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړينه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د ليکلو فرصت برابر شي د تعليمي نصاب د ريفورم لپاره له انګريزي ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او درسي موادو ژباړل اړين دي، له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلين او استادان نشي کولای عصري، نويو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پيدا کړي».

د افغانستان د طب پوهنځيو محصلين او استادان له ډېرو ستونزو سره مخامخ دي. نويو درسي موادو او معلوماتو ته نه لاس رسی، او له هغو کتابونو او چپترو څخه کار اخيستل چې په بازار کې په ډېر ټيټ کيفيت پيدا کېږي د دې برخې له ځانګړو ستونزو څخه ګڼل کېږي. له همدې کبله هغه کتابونه چې د استادانو له خوا ليکل شوي دي بايد راټول او چاپ کړل شي. د هيواد د بېړني جنګ وهلي حالت په نظر کې نيولو سره مونږ لايقو ډاکترانو ته اړتيا لرو، ترڅو وکولای شي په هيواد کې د طبي زده کړو په ښه والي او پرمختګ کې فعاله ونډه واخلي. له همدې کبله بايد طب پوهنځيو ته زيات پاملرنه وشي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

تر او سه پوري مونږ د ننګرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ طب پوهنځیو او کابل طبی پوهنتون لپاره ۲۰ مختلف طبي تدریسي کتابونه چاپ کړي دي. د ۵۰ نورو طبي کتابونو د چاپ چارې روانې دي چې یوه بېلګه یې ستاسي په لاس کې همدا کتاب دی. د یادونې وړ ده چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هیواد ټولو طب پوهنځیو ته په وړیا توګه ویشل شوي دي.

د لوړو زده کړو د وزارت، پوهنتونو، استادانو او محصلینو د غوښتنې په اساس راتلونکی غواړو چې دا پروګرام غیر طبي برخو(ساینس، انجنیري، کرهنې) او نورو پوهنځیو ته هم پراخوالی ورکړو او د مختلفو پوهنتونو او پوهنځیو د اړتیا وړ کتابونه چاپ کړو.

څرنګه چې د درسي کتابونه چاپ زمونږ د پروګرام پروژه ده، د دې ترڅنګ زمونږ نوري کاري برخې په لنډ ډول په لاندي ډول دي:

۱. د درسي طبي کتابونو چاپ

کوم کتاب چې ستاسی په لاس کې دی زمونږ د فعالیتونو یوه بېلګه ده. مونږ غواړو چې دې پروسې ته دوام ورکړو تر څو وکولای شو د درسي کتابونو په برابرولو سره د هیواد له پوهنتونو سره مرسته وکړو او د چپټر او لکچر نوټ دوران ته د پای ټکی کېږدو. د دې لپاره دا اړینه ده چې د لوړو زده کړود موسساتو لپاره هر کال ۱۰۰ عنوانه درسی کتابونه چاپ کړل شي.

۲. په نوي میتود او پرمختللو وسایلو سره تدریس

د ۲۰۱۰ کال په اوږدو کې پدې وتوانیدو چې د بلخ، هرات، ننګرهار، خوست او کندهار د طب پوهنځیو په ټولو ټولګیوکې پروجیکتورونه نصب کړو. د مناسب درسي چاپېریال د رامنځ ته کولو لپاره باید هڅه وشي چې ټول درسي، د کنفرانس اطاقونه او لابراتوارونه په مولټي میډیا، پروجیکتور او د لیدلو او اورېدلو په نورو وسایلو سمبال شي.

۳. د اړتیاوو ارزونه

د طب پوهنځیو اوسنی حالت (شته ستونزې او راتلونکي ننګونې) باید و ارزول شي او د هغه په اساس په منظمه توګه اداري، اکاډمیکي او پرمختیایی پروژې په لاره واچول شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

۴. مسلکي کتابتونونه

باید د ټولو مهمو او مسلکي مضامینو کتابونه په نړیوالو معیارونو سره په انګریزي ژبه واخیستل شي او د طب پوهنځیو د کتابتونو په واک کې ورکړل شي.

۵. لابراتوارونه

د هیواد په طب پوهنځیو کې باید په بیلا بېلو برخو کې فعال لابراتوارونه موجود وي.

۶. کدري روغتونونه

د هیواد هره طب پوهنځۍ باید کدري روغتون ولري او یا هم په یوه بل روغتون کې د طب د محصلینو د عملي ترینینګ لپاره شرایط برابر شي.

۷. ستراتیژیک پلان

دا به ډېره ګټوره وي چې د طب هره پوهنځۍ د اړونده پوهنتون د ستراتیژیک پلان په چوکاټ کې خپل ستراتیژیک پلان ولري.

له ټولو محترمو استادانو څخه هیله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه ولیکي، وژباړي او یا هم خپل پخواني لیکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه ایډېټ او د چاپ لپاره تیار کړي. زمونږ په واک کې راکړي، چې په ښه کیفیت چاپ او وروسته یې د اړوندې پوهنځۍ، استادانو او محصلینو په واک کې ورکړو. همدارنګه د یادو شویو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه او نظریات زمونږ په پته له مونږ سره شریک کړي، تر څو په ګډه پدې برخه کې اغېزمن ګامونه پورته کړو.

له ګرانو محصلینو څخه هم هیله کوو چې په یادو چارو کې له مونږ او ښاغلو استادانو سره مرسته وکړي.

د آلمان د بهرنیو چارو له وزارت او DAAD (د آلمان اکاډمیکو همکاریو ټولنی) څخه مننه کوم چې تراوسه پوری یی د ۹۰ عنوانه طبي کتابونو مالي لګښت په غاړه اخیستی چې د هغو له ډلې څخه د ۵۰ عنوانو کتابونو د چاپ چاری روانی دی. د آلمان د ماینز پوهنتون (Mainz/Germany) د طب پوهنځۍ، د نوموړی پوهنځۍ استاد ډاکتر زلمی توریال ، د افغانیک له موسسې او Dieter Hampel څخه هم مننه کوم چې د کتابونو په اداري او تخنیکي چارو کې یې له مونږ سره مرسته کړی ده.

(c) ketabton.com: The Digital Library

په ځانګړي توګه د د جی آی زیت (GIZ) له دفتر او CIM (Center for International Migration and Development) یا د نړیوالی پناه غوښتنی او پرمختیا مرکز چې زما لپاره یې په تېرو دوو کلونو کې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړی دي هم مننه کوم.

د لوړو زده کړوله محترم وزیرښاغلي پوهاند ډاکترعبیدالله عبید ، علمی معین ښاغلي پوهنوال محمد عثمان بابری، مالي او اداري معین ښاغلی پوهندوی ډاکتر ګل حسن ولیزي، د پوهنتونواو پوهنځیو له ښاغلو رییسانو او استادانو څخه مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړۍ یې هڅولی او مرسته یې ورسره کړی ده.

همدارنګه د دفتر له ښاغلو همکارانو ډاکترمحمد یوسف مبارک، عبدالمنیر رحمانزی، احمد فهیم حبیبي، سبحان الله او همت الله څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې یې نه ستړې کیدونکی هلی ځلی کړی دي.

ډاکتر یحیی وردګ، د لوړو زده کړو وزارت
کابل، نومبر ۲۰۱۲ م
د دفتر ټیلیفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰
ایمیل: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

(c) ketabton.com: The Digital Library

سریزه

د لوی او ښښونکي خدای تعالی(ج) څخه ډېر شکرگذار یم چې ماته ئې داتوان راپه برخه کړلو چې د کابل طبي پوهنتون د طب د پوهنځي د درسي کوریکولم مطابق "دکوچنیانو ساري ناروغیو" ترعنوان لاندې درسي کتاب ولیکم تر څو د گران هېواد افغانستان راتلونکي نسل په روزنه کې گټور گام پورته او گران شاگردان ځوان دوکتوران صاحبان چې د اطفالو په طبابت کې مصروف دي استفاده ترې وکړي.

څرگنده ده چې ټوله نړۍ کې ساري ناروغۍ په خاص ډول ، ماشومانو کې ډېر لیدل کیږي. اما د پیښنو فیصدي ئې په مخ پرووده، وروسته پاتې او پرمختللو هېوادو کې د یادونی وړ توپیر ښئ. په داسې حال کې چې په پرمخ تللوهېوادو کې ددې ناروغیو پیښې د یو لړ وقایوي اهتماماتو په نیولو، د پوهې د سطحي لوړولو، اقتصادي او اجتماعي حالت، په موقع سره د ناروغیو تشخیص درملنه، او Vaccination له کبله ډېر کم شوي دي. مگر برعکس په وروسته پاتې،اومخ پرووده هېوادو کې لاتر اوسه هم د ملاحظې وړ رقم تشکیلوي په همدې لحاظ تصمیم مې ونیولو چې دساري ناروغیو درسی کتاب ولیکم چې له یوې خوا د کابل طب پوهنتون د طب پوهنځي د درسي کوریکولم مطابق د گران هېواد ځوان نسل (داطفالو د طب پوهنځي څلورم ټولگي او د معالجوي طب پنځم ټولگي او ستوماتولوژي پوهنځي څلورم ټولگي شاگردان) مستفید او له بلې خوا څخه د تعلیمي موادو موجوده ستونزي لا اقل کم او یا له مینځه یوسي.

ددې کتاب په لیکلو کې چې دډېرو نوي طبي مأخذو څخه استفاده شوي او زیار مې گاللی چې علمی او پیچلي مسایل د پښتو په ساده او روانه ملی ژبه ولیکل شي.

دا کتاب په فصلو(۱۷) او( ) صفحو کې په لازم او مناسب صحافت د امکان ترحده جوړ او ترتیب شوی دی او هم زیار گالل شوی دی چې دناروغیو ساده او رنگه تصویرونه چې د کلینیکي تشخیصه ارزښت ښکارندوی او شاگردانو ته د زده کړی اسانتیاوی برابروي د هر فصل په پای کې ځاي ورکړل شویدی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د يادونى وړ بولم چې پدې چاپ کې د ډير نوى خارجى معتبرو طبى منابعو څخه استفاده شوى او دلومړي چاپ سره چې د علمي تر فيع لپاره په کاروړل شوي ؤ توپير لري چې Reference کې په ګوته شويدي. په پاى کې د درنو لوستونکو او د طب پوهنځي ګرانو شاګردانو څخه هيله کوم چې د لوستلو په وخت کې که چيري دعلمى او طباعاتي نيمګړتيا و سره مخ کيږي نو د ديپارتمت په پته او يا 0700223733 د مبايل شميري پذريعه له ماسره په تماس کې شي تر څو که د الله تعالى رضا وه په راتلونکي چاپ کې نيمګړتياوى رفع او لوستونکو ته به اسانتياوې په برخه شي.

په درناوي

پوهاند دکتور سلطان محمد "صافی"
د اطفالو ديپارتمنت استاد

(c) ketabton.com: The Digital Library

سرلیک

فصلونه	عنوانونه	صفحی
لومړی	شری	(1)
دوهم	دری ورځنی شری	(13)
دریم	دمخملک تبه	(21)
څلورم	شنه یاتوره ټوخله	(30)
پنځم	بَغتِ	(42)
شپږم	وچکۍ یا محرقی تبه	(51)
اووم	دماشومانو فلج ناروغی	(66)
آتم	وبا یا کولرا	(78)
نهم	تیتا نوس	(90)
لسم	دځګر (ینی) حاد ویروسی التهاب	(102)
یوولسم	کوځکۍ (آب چیچک)	(131)
دولسم	انفلوینزا	(140)
دیارلسم	انسفالیتس	(148)
څوارلسم	SIRS, Sepsis , Shock	(153)
پنځلسم	A B M	(160)
شپاړسم	شګیلوزس	(167)
اوولسم	IMN	(173)

(c) ketabton.com: The Digital Library

لومړي فصل

(Measles, Rubeolla) شرى

تعریف: د ماشومتوب دوري د ساري ناروغي څخه عبارت دي چې تبــه، ټــوخي، ریزش، اوښکي بهیدني، او د خولي جوف په مخاطي غشــا کــي د Koplikspot موجودیت (د اندفاعي مرحلي څخه مخکي) غوره علامي ګڼل کیږي.

اپیدیمولوژي

د ناروغي عامل: د ناروغي ســببي ویــروس د Paramyxovirus فامیــل او Morbilivirus په genus مربوط او د RNA ګروپ ویروس دي چې کــروي شکل او 140 مایکرون قطر لري. Uv شعاع مقابل کي حساس او د خوني حرارت درجي کي لږ تر لږه 34 ساعته فعال پاته کیداي شي. او -4c° کي پنځه میاشــتي ژوند کولي شي. د شپږو ساختماني پروتینو څخه صرف دوه ئي غــوره دي چــې د معافیت په تولید کــي رول لــري چــې (Hemagglutinin) H. Protein او (Fusion) F.Protein څخه عبارت دي.

کوربه یا Host :

د انتان طبیعي منبع انسانان دي چې معمولاً Preschool age ماشومان اخته کوي په غټو ښارو او مرکزي برخوکي اکثراً د مکتب سن څخه مخکي ماشومان او شیدي خوړونکي ماشومان اما په دهاتي او له مرکز لیري برخــوکي 10-5 کلنــۍ عمــر ماشومان اخته کوي. له 4-3 میاشتو کم عمر ماشومانوکي بي نهایت لږ لیدل کیږي چې د مورنۍ انتي بادي ګانو موجودیت له کبله د معافیت ښکارندوي وي. په مخ پر

(c) ketabton.com: The Digital Library

وده هيوادوکي د اخته کيدو او مړيني درجه د خوار ځواکي او تالي انتانــاتو رول د اهميت وړ دي.

سرايت لپاره: د ناروغي عامل د پزي او ستوني منتن افرازاتــو پواســطه د جلــدي اندفاعاتو تر پيداکيدو څلور ورځي مخکي او پنځه ورځي وروسته سالم اشخاصــوته سرايت کوي

اقليم: د کال په ټولو فصلونوکي واقع کيږي مګر زياتي پيښني ئي د ژمي او پســرلي موسم کي ليدل کيږي چې په معتدل اقليم کي دا ناروغي د پسرلي - ژمني ناروغي په نوم ياديږي. د ناروغي انتشار airborn (د هواله لاري) دي چې د ســرايت لپــاره کافي ګڼل کيږي.

پتالوژي: تر ټولو د مخه د تنفسي سيستم اپيتل د حملي لاندي نيسي او په هغه ځاي کي وايرس تکثر کوي او په دوهمه ، دريمه ورځ د Viremia سبب کيږي وروسته R.E.S ته انتشار کوي د Rash (دانو) Exanthema (اندفاعاتو) هستولوژيک معاينه کي داخل حجروي اذيمــا Epidermal syncytial Giantcell د 26 هسته چو سره يو ځاي ليدل کيږي. همدارنګه Lymphoreticular انســاجوکي Hyperplasia متبــارز وي او د منــتن حجراتــو Fusion د څــو هســتوي Giantcell د تشکل سبب کيږي چې Warthin finkeldey- Giant cell د شري لپاره Pathogonomic او ترسلو پوري هسته چــې او داخــل هســتوي intra cytoplasmic inclusion هم ورسره يو ځــاي موجــود وي. RES حجرات نکروز کوي او ناروغي په 7-5 ورځوکي د تالي Viremia سبب کيــږي چې د سيتيمېک تظاهراتو عمده سبب تشکيلوي پاته دي نه وي چې د نقاهــت پــه صفحه کي د inter lukin IV سويه زياته وي.

Pathogenesis: شري څلور صفحي (د تفريخ، مخبروي، اندفاعي او نقاهت) لري په مخبروي صفحه کي Virus shedding شروع کيږي او د اندفاعاتو پــه

(c) ketabton.com: The Digital Library

مینځ ته راتلو انتي بادي تولید شروع کیږي مګـــر د ویـــروس Replication او د اعراضو له مینځه تګ هم شروع کیږي ویرس T-cell اخته کـــوي او د معـــافیتي سیستم د ټیټوالي سبب ګرزي.

کلینیکي بڼه: د تفریح دوره 10-12 ورځي ده مګر 8-14 ورځي هم ذکر شویدي.

نزلوي یا مخبروي صفحه: یوه حاده صفحه ده چې د اندفاعي مرحلي لومـــړني 3-5 ورځي تشکیلوي او متوسط درجه تبه له لومړي ورځي، وچ ټوخي، د پزي افـــرازت، پرنجي، اوښکي بهیدنه، Photophobia, Conjunctivitis د منضمي احتقـــان او پړسوب، د پزي د کونجونو سوروالي، او حتي نس ناسته مینځ ته راځي Koplik spot د ناروغي دوهمه یا دریمه ورځ او یا 36 ساعته د تبي مینځ ته راتلو وروسته او یا 1-4 ورځي د اندفاعاتو د پیداکیدو مخکي د خولي دننه د سفلي مولر غاښ مقابل ته په مخاطي غشا باندي خاکستري رنګ او یا سپین ګلابي رنګ، شګو دانو ته ورته اندفاعات چې په سره کړۍ احاطه شوي وي لکه بوره چې د سري ټوټې پرمخ شیندل شوي وي مینځ ته راځي. Kopikspot (مخاطي اندفاعات) کیداي شـــي چـــې انفرادي یا مجتمع شکل ولیدل شي البته د موقعیت له نظـــره پـــه Soft palate د لاندیني شونډي په منځني برخه ، Lacrimal cruncle او د مهبل په مخاطي غشا توضع کوي. مخاطي اندفاعات 50-70% پیښو کي لیدل کیږي چې د نـــاروغي د تشخیص لپاره Pathogonomic علامه ګڼل شویده. (لومړی نمبرتصویر)

اندفاعي مرحله (Eruptionphase): د شري جلدي انـــدفاعات Maculo popular وصف لري چې ځیني وخت د طبیعي مناظرو په شکل غیر منظم را منځ ته کیږي او د سالم جلد پواسطه جلا کیږي. (بي اندفاع جلد). د اندفاعاتو رنـــګ پـــه شروع کي سور غیر منظم او د فشار پواسطه له مینځه ځي اما وروسته رنـــګ ئـــي نصواري او ثابت پاته کیږي. (د فشار پواسطه کاملاً له مینځه نه ځي).اندفاعات پـــه پیل کي د غوږو د صیوان له شا او hair- line څخه شروع او د 24 ســـاعتو پـــه

(c) ketabton.com: The Digital Library

موده کي غاړي، مخ، علوي طرف او د تني پورتني برخه اشغالوي. 50% پيښنو کي Maculo popular rash په ورغوي او د پښنو تلوکي رامينځ تـــه او د يـــو دوه ورځو په موده کي زياتوالي مومي او بيرته له مينځه ځي.

تبه چې د نزلوي يا مخبروي مرحله کي را ښکته شوي وي ممکن بيرته $39\text{-}40c^{o}$ ته لوړه شي او په دوهم 24 ساعتوکي د تني شا د ګيډي، ورنو پوټکي اشغالوي. چــې دوهمي او دريمي ورځي په پاي کي د پورتني اوښکتني طرف نهائي برخي هم اختــه کوي.د يادونی وړ ده چې اندفاعات د رامنځ ته کيدو توپوګرافي په ترتيب په څلورمه او پنځمه ورځ له مينځه ځي.او سبوسک ته ورته تفلسات پر ځاي پريږدي. نـــاروغ ماشومان ستړيا، بي اشتهائي لري او د لمفاوي عقداتو غټوالي موجود وي په لږو پيښنو کي اندفاعات غير وصفي او تغير اختياروي کوم ماشومان چې واکســين شــوي دي ښائي د ناروغي هيڅ شکل په هغو کی رامينځ ته نشي او يا په تغير شکل رامينځ تــه شي. (دوهم نمبرتصوير)

کلينيکي شکلونه:

Classic-1 شکل چې پورته توضيح شو.

Modified Measles-2 : هغه ماشومانو کي چې په قسمي توګــه ولادي معافيت لري او يا ګاما ګلوبولين ئي اخيستي وي ليدل کيږي پدي شکل کي د تفريخ دوره اوږده وي 14-20 ورځي، نزلوي حالت ئي په نزلوي مرحله کــي خفيــف، جلدي اندفاعات تيت او پدي شکل کي ناروغي سير سليم او غير اختلاطي وي.

Sever hemorrhagic Measles-3: د ناروغي دا شکل ډير لږ ليـــدل کيږي اخته ماشومان لوړه تبه، د خولې، پزي خونريزي او تنفسي ستونزي، اخـــتلاج، هذيان، ګنګسيت، خوبجن حالت لري او حتي coma رامينځ ته کيږي. مخاطي او جلدي اندفاعات پراګنده، مجتمع او حتي نزفي وي چې اکثر وختــوکي پـــه مړينـــه تماميږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Atypical Measles-4: هغه ماشومانو کي چې د شري وژل شوي واکسين تطبيق شوي وي ليدل کيږي سر خوږ، د ګيډې درد، کــانګې، د عضــلاتو درد، د Pneumonia تنفسي علايم، Pleural Effusion او جلدي متفاوت اندفاعات د ناروغي کلينيکي بڼه تشکيلوي. اندفاعات په شروع کي د لاس ورغوي، بندونو، د پښوتلي عنق القدم څخه پيل او مرکزي سير اختياروي چې په پيل کــي انــدفاعات Maculopapular ، ورروسته Vesicular او بالاخره Purpuric او نــز فــي شکل اختياروي Koplikspot ډير کم ليدل کيږي.

د نقاهت مرحله: غير اختلاطي ناروغي په با النفسهي توګه ښه کيږي د نقاهت موده 7-10 ورځي وي.

تشخيص: د ناروغي تشخيص د تاريخچي په اخيستو، او کلينيکي بڼي، اجرا کيږي.

- 9-14 ورځي مخکي د تماس تاريخچه.
- مخبروي علايم.
- Maculo popular اندفاعات چې د مخ او hair line څخه پيل او په دري ورځو کي منتشر او ورروسته له مينځه تللي وي.

لابراتوار: د ناروغي تشخيص د سيرولوژيک معايناتو د IGM لوړه ســويه چــې د جلدي اندفاعاتو د بروز څخه يو يا دوه ورځي ورروسته په سيروم کي راښکاره کيږي د ELISA حساس تست پذريعه اجرا او انتي بادي څلور چنــد لــوړوالي قطعــي تشخيص وضع کوي لاندي ټکي د تشخيص لپاره غوره او اساسي رول لري.

- Lymphopenia , (1500-3000/mm^3)Leuko penia
- Hypoproteinemia د 90% څخه زياتو پيښوکي)
- Sedrate او CRP نورمال.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- Hyperinflation د صدر په کليشه کي د سبزو سروي محيط ارتشاح، او د سږو پرانشيمال پاغنده ارتشاح همدارنګه Consolidation او يا انصباب د تالي انتان له کبله موجود وي.

اختلاطات: د پنځه کالو کم عمر خاصتاً له يو کلنۍ ټيټ عمر ماشومانوکي او د 20 کلنۍ پورته عمر کي د اخته کيدو او مړيني سويه لوړه وي. معمول اختلاطات ئي تنفسي، دماغي، Anergy هضمي جهاز، سوُتغذي، مايو کارديت او د زړه بي کفايتي، Thrombocytopenia ، keratitis ، Optic Neuritis ، DIC ، Steven's jhonson synd, AGN د TB محراق فعال کيدل، مخکي له وخته تولد، Still birth ، اختلاج، او Noma څخه عبارت دي مړينه 20-40% پيښو کي ليدل شويدي.

تفريقي تشخيص: دلاندي ناروغيو سره اجرا کيږي.

- سرخکانچه، Staph Scarlet fever, Roseola infantum, Drug allergy, steven's jhonson synd,strep. Scarlet fever, coxackie virus, ويروسي انتانات لکه IMN, Menirgococcemia او rickettsia, Toxoplasmosis, Echovirus adenovirus . Kawasakie disease

مخنيوي: د ناروغانو تجريد د ناروغي لومړيو اوه ورځو څخه د سرايت دوري تر ختم پوري (د اندفاتو پنځمي ورځي پوري).

Vaccination: د شري واکسين د ژوندي ضعيف شوي ويروس څخه جوړ شوي او معمولاً د 8-12 مياشتني وروسته تطبيق کيږي چې دايمي معافيت توليدوي (حتي د عمر تر پايه پوري). د توبرکلوز په موجوديت، PPD مثبت د ټيټ معافيت لرونکي ماشومانو چې د شري ناروغ سره په تماس کي وي واکسين نه تطبيق کيږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

• د ناروغي د مخنیوي او یا لا اقل د تعدیل په منظور په حساس اشخاصوکي د تماس په لومړي شپږ ورځــوکي ایمونوګلوبــولین 0.25ml/kg/IM (اعظمــي 15ml) له یو کلنۍ ټیټ عمر، او 0.5ml/kg/IM له یو کلنـــۍ پورتــه عمــر ماشومانوکي تطبیق کیږي. د یادوني وړ ده چې په هغه ماشومانوکي چې د ســتیروید Antimetabolite تــر درملنـــۍ لانـــدي وي او یـــا پـــه Leukopenia lyrmphoma ، سؤ تغذي، فعاله T.B د غړو پیوند ، په HIV منتن ماشـــومان، او امیدواره ښځو کي واکسین باید تطبیق نشي اروپـــائي ممـــالکو کـــي لومړنـــۍ Vaccination د MMR واکسین پواسطه په 12-15 میاشتني کي تطبیق کیږي مګر د ناروغي د مخنیوي او شیوع، لپاره شپږمیاشتي ماشومانو کي د ناروغ سره د تماس وروسته تطبیق کیږي. په 4-6 کلنۍ کي MMR واکسین دوهم ځل تطبیـــق کیږي که چیري دوهم ځل واکسین شوي نه وي نو په 11-12 کلنۍ کي باید تطبیق شي.

• ***Post Exposure Prophylaxis*** : په حساس ماشـــومانوکي، Hospital contact چې عمر ئي له $12m^o$ کم او امیدواره ښځوکي د تمـــاس پـــه شـــپږو ورځـــوکي هـــر څـــومره ژر چـــې ممکـــن وي ایمونـــو ګلوبـــولین 0.25ml/kg/IM (اعظمي 15ml) په غوښـــه کـــي زرق شـــي Immune compromised ماشوم د Immunization حالت نـــه پرتـــه 0.5ml/ kg ایمونوګلوبولین عضلي زرق کیږي. شیدي خوړونکي ماشوم چې عمر ئي لـــه $6m^o$ کم او د غیر معاف مور څخه پیدا وي ایمونو ګلوبولین تطبیق او. شري ته مســـاعد ماشومانو کی چې عمر ئي له $12m^o$ زیات وي د تماس په لومړي 72 ســـاعتوکي واکسین تطبیق کیږي.

درملنه: تقویوي او عرضي اجرا کیږي Antiviral باالخاصه درملنه وجود نلري او مفید نه واقـــع کیـــږي د ټـــوخي او د ســـترګو مراقبـــت، وشـــي د تبـــي لپـــاره

(c) ketabton.com: The Digital Library

Paracetamol یا داوبونیم ګرم حمام توصیه شي د Salicylate استعمال څخه ډډه وشي. سؤتغذي ناروغانو ته Vit A توصیه کیږي ځکه د ناروغي وخامت د Retinol غلظت سره مستقیم ارتباط لري. همدارنګه د اخته کیدو او مړیني پیښي راټیټوي (په خاصه توګه مخ پر وده هیوادوکي).

* د امریکي د اطفالو اکادمي په شري اخته ماشومان چې بستري وي، اختلاطي پیښي $6\text{-}24m^o$ او کوم چې immune deficiency ولري ($>6m^o$) ، Avitaminose A چې عیني شواهد (شب کوري، xerosis یا Bitots spot) دکولمو سؤجذب، دصفراوي لیاري دانسداد له کبله Short Bowel synd, cysticfibrosis شدید یا متوسط سؤتغذي، د سرخکاني مناطقو څخه چې لوړه مړینه ولري نقل مکان کړي وي، د $6m^o$- 1yr عمر ماشوم ته 100,000 iu vit. A او تر یو کلنۍ پورته 200,000iu په یو دوز د خولې له لیاري ورکول کیږي.

هغه ناروغانو ته چې عیني علایم ولري یو اضافي دوز په ورروستي ورځ یا 4 هفتې وروسته ورکول کیږي. د مایعاتو ورکول په کافي اندازه، او مناسب تغذي تجویز شي اختلاجات د دیازیپام په تطبیق 2.5mg اهسته وریدي او یا د 5mg/kg IM Phenobarbital پواسطه کنترول کیږي د انسفالوپاتي جلوګیري په منظور د ACTH او هیدروکورتیزون څخه استفاده تر اوسه روښانه شوي نده.

انذار: ناروغي خپله ښه کیږي او سیلم سیر لري مګر سره له هغي اختلاطي پیښي باید په پام کي ونیول شي. د مړیني 90% واقعات د اختلاطي پیښو چې ډیر ئي د تنفسي انتان او انسفالیت له کبله ښودل شویدي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

لومړی جدول:

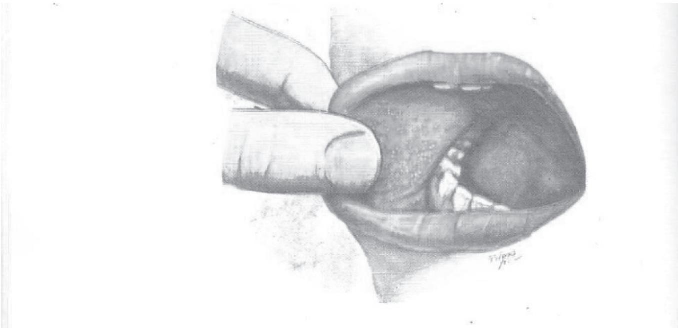
Recommendation for Measles immunization

Recommendation	Category
MMR لومړي دوز 12-15m^{o} دوهم دوز 4-6 کلنۍ	* غیر معاف ماشومان چې د شري تاریخچه ونلري 12-15m^{o} عمر
Monovalent vaccin تطبیق او د نشتوالي پصورت کې MMR Re-immunization (12-15m^{o}) او دریم دوز د 4-6 کلنۍ کې.	* د (11-6m^{o}) عمر ماشومان د اپیدیمیک سیمي ، یا بین المللي سفر څخه مخکې
Re immunization یو دوز	* 12-4 کالو عمر ماشومان چې >12m^{o} یو دوز واکسین شوي وي
Re- immunization یو دوز	* متعلمین چې د دولسم ټولګي وروسته چې په 12m^{o} یو دوز واکسین اخیستي وي.
مساعد اشخاصوته کتنه او دوه دوزه واکسین تطبیق شي	* په هغه صورت کې چې د ایمونایزیشن تاریخچه د لومړي سالګري نه مخکې
مساعد اشخاصوته کتنه او دوه دوزه واکسین تطبیق شي	* د غیر فعال واکسین د تطبیق تاریخچه
مساعد اشخاصو ته کتنه او دوه دوزه واکسین تطبیق شي.	* نامعلوم یا ضعیف شوي واکسین د IG سره توصیه
Immunized شي	* د هګۍ سره الرژي

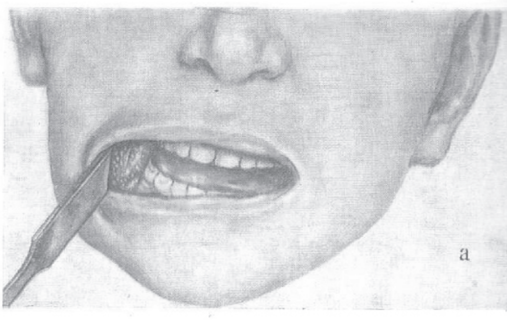
(c) ketabton.com: The Digital Library

* TB	Immunize شي پرته له هغي که تداوي شوي نه وي د واکسین تطبیق نه مخکـــي تداوي شي
* Measles Exposure	Vccination یا IG نظـــر د ماشـــوم حالت مطابق
* په HIV اخته ماشوم	په دوه دوزو ایمونایز شي
* د اختلاج فردي یا فامیلي تاریخچه ولري	Immunize شي او والدین د اخـــتلاج زیاتیدو څخه باخبره شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library



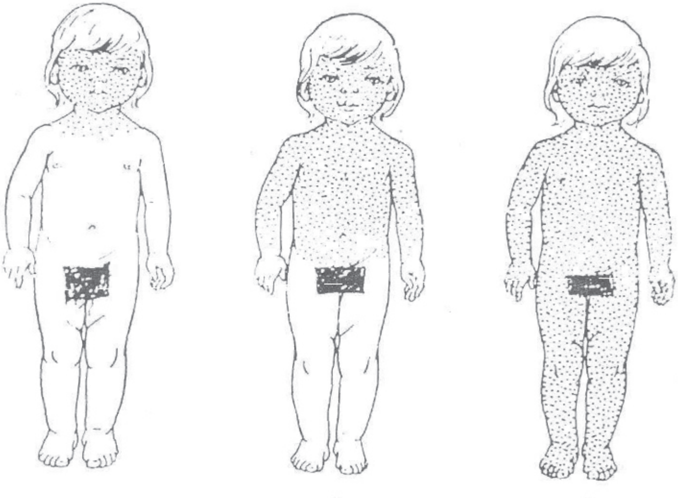
(a.b) اتصوير (دشري ناروغي مخاطي اندفاعات (Koplik's Sopt's) ښي:



لومړی نمبر تصویر: *koplis spot*

دوهم نمبر تصویر د شري ناروغي د اندفاعاتو پيل او Peak ښي:

(c) ketabton.com: The Digital Library



روز اول روز دوم روز سوم

(۱.۸ تصویر) د شري ناروغی د جلدي اندفاعاتو بالترتیب لومړی دوهمی او دریمی ورځي توپوګرافی ښي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

دوهم فصل

درې ورځنی شری (سرخکانچه)

(3 days Measles, Rubella, german measles)

تعریف: د ماشومتوب دوری د معمول ساری ناروغۍ څخه عبارت دی چې په خفیف او اساسی اعراضو شری ته ورته (Morbiliform) او یامخملک ته ورته (Scarlatiniform) اندفاعاتو، postoccipital، postauricular او post cervical په حساس او درد ناکه Lymph apdenopathy متصف دي.

اپیدیمولوژي:

د ناروغي لامل: ناروغی د یو RNA virus پواسطه چې د Toga viridae په فامیل او Rubi virus جین پوری اتباط لری مینځ ته راځي.

د ناروغی عامل د ناروغانوپه انفی بلعومی افرازاتو، وینه، میتیازو او غایطه موادو کې موجود وي. کولی شو چې د ناروغی عامل د انفی افرازاتو څخه د اندفاعاتو دپیداکیدو اوه ورځې د مخه او 7-8 ورځې د اندفاعاتو له مینځه تلو وروسته لاس ته راوړو.د ناروغي لامل د پزي او خولي څاڅکو پواسطه انتقال او هم د پیروان (Placenta) له لاري یو ولادي انتان سبب کیږي.

میزبان (کوربه): په طبیعي ډول د ویروس منبع انسانان تشکیلوي چې زیاتي پیښې په لس کلنۍ او adolescent عمر کي راپور ورکړي شوي دي. همدارنګه د ناروغۍ شیوع په متعلمینو او هغو کې چې واکسین شوی ندی لیدل شویدی دیادونی وړ ده چې دمور څخه ما شوم ته دانتی بادی دتیریدو له کبله ماشومان تر شپږو میاشتو پوری معافیت لری، او دایمی معافیت د ناروغۍ د تیرولو وروسته مینځ ته راځي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- Terratogenic د Rubella virus خاصيت (د جنين منتن کولو تمايل)
لرلوله کبله دنورو ويروسونو څخه توپير کيږي دا ويروس په لومړی ترای مستر کې 80 % او دوهم ترای مستر کې 20 % جنين منتن کوي او په دريم ترای مستر کې د جنين اخته کيدل غير معمول دي. دموسم له نظره دا ناروغی پسرلی په موسم کې زياته ليدل کيږي

Pathogenesis

سره له دې چې د ناروغیPathogenesis ښه روښانه شوې ندی اما کېدای شي چې ويروس يا د ناروغۍ عامل د جلد د منتن او غير منتن برخو څخه تجريد کړو چې پدې هکله ايمونو لوژيک وتيره مهم رول لري په هغه اميدوارووه ميندو کې چې د اميدواري يوولسمې هفتې څخه مخکې په درې ورځني شرې اخته شوي اوسي د جنين اخته کيدو 90% چانس موجود دی "Cong. Rubella Synd "CRS چې د اميد واره ميندو Rubellaانتان خطر د جنين او نوي زيږيدلي ماشومانو لپاره په لومړي اته اونيو کي فوق العاده زيات دي (90%)، په 11 - 12 اونيو کي (3%) او 13-14اونيو کي (11%) او د اميدواري په 15-16 اونۍ کي (24%) اټکل شويدي. په 16 هفته کې د ميندو انتان د جنين لپاره کم خطره لږ شويدی.

کلينيکي بڼه (Clinical Feature)

1- د تفريخ دوره ئې 12څخه تر14 ورځو پوری دي.

2- مخبروی مرحله (prodromal phase) : پدې مرحله کې د ناروغی اعراض ئې نسبت شری ته خفيف او لنډ محاله وي اوحتی دومره خفيف وي چې د نظره لری پاته کيږي ناروغی 80% پيښنو کې په Subclinical شکل سير کوی سره لدی هم ډيره مهمه علامه ئې د Postauricular، postcervical او postoccipital lymphadenopathy څخه عبارت دي. د حساس لمفاوي عقداتو د اخته کيدو درجه د Rubella پواسطه نسبت نورو انتانو ته لوړه ده د

(c) ketabton.com: The Digital Library

لمفاوي عقداتو ضخامه د اندفاعاتو د پيداکيدونه 24 ساعته مخکې مينځ ته راځي او يوه هفته يا تر هغې ډير دوام کوي. د شرى برخلاف پدې ناروغانو کې photophobia موجوده نه وي امکان لري چې مخاطي اندفاعات د جلدى اندفاعاتونه مخکى مينځ ته راشي چې زيات سور رنګى انفرادي نقطو او يا په منتشر توګه د Palate (حنک) او د مخ په داخلى برخه کې مينځ ته راشي، 20% پيښې تشکيلوي او دمنتشرrose Spot پشکل په تالو (Soft Palate) کې موجود وي چې د (Forch heimer Spots) په نوم يادېږي.

3- *اندفاعى مرحله (Eruptive phase)*: د شرى اندفاعات د سرخکانچې سره فرق لرى په ابتدا کې له مخ څخه شروع او په چټکۍ سره د بدن نورو برخو ته خپريږي د جلدى اندفاعاتو سير دومره چټک دي چې په تنه کې د اندفاعاتو دپيداکيدوپه وخت دمخ اندفاعات له مينځه تلو په حال کې وي، دا اندفاعات Maculopapular وصف لري منتشراو پراګنده او همدارنګه په زيات شمير موجود وي. پوټکى سور رنګى وي او د 24 ساعتو په موده کې ټول بدن ته خپريږي. دناروغى په دوهمه ورځ اندفاعات دسنجاق سرته ورته شکل غوره کوي (خاصتاً په تنه کې) چې مخملک ته ورته والى ښئ. (لومړى نمبر تصوير).

د خارښت موجوديت امکان هم شته او په دريمه ورځ ټول اندفاعات له مينځه ځى.

او پر ځاى ئې خفيف تفلس پاته کيږي د يادونى وړ ده چې د ناروغۍ غير اندفاعي شکل راپورهم ورکړل شويدى. د منضمې او د بلعوم مخاطى غشاء التهابى وي او اندفاعى مرحله کې تبه يا هيڅ موجوده نه وى او يا داچې 1-2 ورځې او ځيني وخت درې ورځو لپاره دوام کوي او کله نا کله د $38.4c^0$ پورى لوړيږى ناروغ بې اشتهائي د سر درد ناراحتى لرى او غالباً د تورى خفيف غټوالى موجود وي .

د **Congenital Rubella syndrome** *نښې نښانى (اعراض او علايم):*

جوته شويده چې دا ويروس د بدن ټولې برخې اخته کولى شي (دوهم نمبر تصوير).

(c) ketabton.com: The Digital Library

A – داخل رحمی ستونځی:

1- IUGR (Intra Uterine Growth retardation) یا دداخل رحمي نمو تأخر: د ډېر معمول علايمو څخه دي چې (LBW) Low Birth weight اوله زیږیدو وروسته د نمو د تاخر سبب کیږي.(60%).

2- د قلبی وعائي سیستم تظاهرات:

Myocarditis او د زړه ساختمانی نــواقص لکــه VSD (Ventricular Septal defect)، PDA (Patent ductus arteriosus) او pulmonic stenosis لیدل شویدی. قلبي ناروغي 48% او مړینــه (35%) پیښي تشکیلوي.

3- Sensori- Neuronal – Deafness : یو معمول defect دی چــې حسی عصبی ضیاع له کبله کوڼوالی مینځ ته راځی، همدارنګه امکان لــری چــې شیدی خوړونکی ماشومان دزیږیدنی په وخت کې پــه Acute Meningitis, Encephalitis اخته شي او موُخر بقایا(Sequellae) به ئې رواني (Mental retardation) او حرکي تأخر وي

4- تنفسی سیستم: د Rubella دوامدار انتان د Interstitial pnumonitis تنفسي distress سبب کیږي.

5- Haemopoietic ابنــارملتي ګــانی لکــه کمخــونی، Leukopenia او Thrombocytopenia لیدل شویدی

6- اسکلیتي نواقص: لکه micrognathia

7- عینی تظاهرات (71%) Retinopathies, (39%)، Cataract(29%)، glucoma،او Microphthalmia.

8- بولي تناسلی سیستم: poly cystic kidney

(c) ketabton.com: The Digital Library

9- عصبي مرکزي سیستم: Microcephaly او Mental Retardation

10- هضمي جهاز: Esophageal jejunal atresia او Hepatitis

11- شکري دیابت، د درقي غدی وظیفوی تشوشات، پیشرونده انسفالوپاتي، رواني حرکي نواقص، دغابنو ابنارملتي، اود تکلم تشوشات دناروغي موٌخر بقایا و ثخه شمیرل کیږي.

B- د نوزادی په دوره کې فعال انتانات: پدی مرحله کې امکان لری دزیږیدني په وخت کې نوزاد هیڅ اعراض ونلري او یا داچې دهغه په تعقیب د Cong.Rubella synd اعراض اوعلایم رامینځ ته شي چې عبارت دی له:

1- Hemolytic anemia

2- Thrombocytopenic purpura

3- Hepatitis

4- Encephalitis

5- petechial Blue berry lesion یا "blue berry Muffin" Skin lesion او یا Maculopapular lesion

6- Myocarditis + CHF

7- pneumonitis

8- Convulsion (چاړان)

9- په CSF کې دپروتین سویه لوړه اما pleocytosis موجود نه وي. امکان لري چې اخته ماشومان تر 18 میاشتو ویروس اطراح کړی چې دانتان یوه منبع تشکیلوی د یادوني وړ ده چې دغه انتان په لومړی ترای مستر کې 10 % د سقط او 40% د Still Birth سبب کیږي.

لابراتواري کتنې (Laboratory finding):

1- د وینې معاینه: WBC نورمال او یا لږ ټیټ وي. نادراً Thrombocytopenia مینځ ته راځي چې کیدای شي دpurpuras سره یو

(c) ketabton.com: The Digital Library

ځای وي او یا خیر؟ د ځیګر د دندو تســـتونه نورمـــال نـــه وي. Homolytic anemia موجوده او د Rubella Ig M سویه لوړه اما Ig G او Ig A سویه ښکته وي.

تشخیص (Diagnosis):

د ناروغی تشخیص د کلینیکی بڼی پواسطه تر سره کیږي اما کله کلـــه د ناروغـــی تشخیص دمتفاوت کلینکی بڼی دموجودیت له کبله تشخیصیه ستونځی رامینځ تـــه کوي.

- د یادونی وړ ده چې دناروغی تشخیص د نوی زیږیدلی ماشوم پـــه ســـیروم کـــې دRub.IgM دباالخاصه انتی بادي ګانو په موجودیت اویا شیدو خوړونکو ماشومانو ادراراو نسجی کلچر پواسطه تائیدیږي. ویروسونه تر یو کاله پـــوری د نـــاروغ پـــه میتیازو کې ممکن اطراح شي د prenatal په دوره کې دناروغی تشـــخیص د Amniotic مایع څخه د ویروس د تجرید اویا د Rub. Ig M باالخاصه انتـــی بادی ګانو په تثبیت کولو تر سره کیږي.

تفریقي تشخیص (Differential Diagnosis)

1- Scarlet fever
2- شری
3- (Exanthema Subitum) Roseola Infantum
4- د درمل له کبله جلدی اندفاعات (Drug allergy)
5- (IMN) Infectious Mono nucleosis
6- د نورو Entero viruses انتاناتوسره

Complication (اختلاطات)

A- Arthralgia او Arthritis
B- Encephalitis
C:- Rubella in pregnancy

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنيوي **(Prevention)** : په کال 1970(د واکسين تطبيق نـــه وروســـته) د امريکی په متحده اياتو کې ددې ناروغی پيښې %95 ټيټ شويدی.

د يادونی وړ ده چې Rubella واکسين ددې سر ه سره چې اشخاص د Rubella د نا وړه اغيزو څخه محافظه کوي بلکه د Cong. Rubella. Synd څخه هم مخنيوی کوي د RA- 27/3 Rubella ضعيف شوی Strain واکسين يواځې د امريکې په متحده ايالاتو کې جوړ شويدی چې انســـانی Diploid حجراتـــوکې کشت اوتهيه شويدي.

د MMRV. Mono valent، 0.5 ml مستحضراويا Combine شکل ئې د Sub cutaneus له لياری اول دوز په12- 15مياشتنی اودويم دوز ئې پـــه 4-6 کلنۍ او يا 11-12 کلنۍ کې تطبيق کيږي.

- ټول حساس کاهل اشخاص (لکه د مکاتبو، نظامي قشلو، طبی پرسونل، روغتون او صـــحي مراقبـــت پرســـونل) لازم دي چـــې د Rubella واکســـين پذريعـــه Immunized شي، او لزوماً بايد توصيه شي چې ښځې بايد اميدواره نـــه وی او 90 ورځې نور هم دواکسين د تطبيق نه وروسته د حمل اخيســـتو څخـــه دې ډډه وکړي. جانبي عوارض ئې دومره معمول نه دی او په %15 پيښنوکې تبه، جلـــدی رش، او د لمفاوی عقداتو ضخامه (2-12) ورځې وروسته د Vaccination څخه مينځ ته راځي کيدای شي دا اندفاعات يواځې د يوې خفيف ناروغی پشکل %2-4 غټانو کې وليدل شي، بايد يادونه وشي چې په % 10-15 واکسين شوی کـــاهلانو کې Arthritis هم ليدل شويدی، اختلاطات يا جـــانبی عـــوارض ئـــې لـــږ او د Peripheral Neutitis,Transversmylitis, Neuropathy او Diffusemyelitis څخه عبارت دي.

Post. Exposur Prophylaxis: اميدواره ميندي مساعد او د ناروغ ســـره په تماس اشخاص بايد واکسين شي.

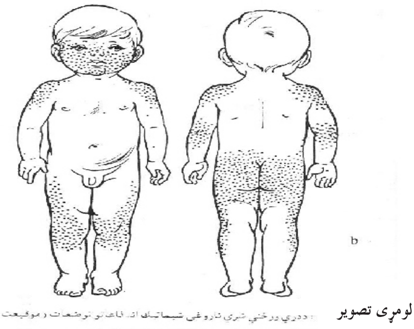
(c) ketabton.com: The Digital Library

- ***تداوي (درملنه):*** **دا ناروغۍ ویروسي ضد درملنه نلري پرته د اختلاطي پیښو څخه د ناروغۍ نور شکلونه عرضي تداوي کیږي. چې د تبې لپاره د Acetaminophen او Ibuprofen څخه استفاده کیږي. Amantadin Hcl لږ څه ګټور واقع شویدي.**

انذار (پایلې): **د Post natal Rubella انذار فوق العاده ښه دي پایلې او ځنډنۍ سیر ئې ډیر لږ د قناعت وړ او Reinfection د Rubella وحشي ویروس پواسطه مینځ ته راځي چې د لوړ IgG پواسطه تثبیت کیږي.**

د (تصویر) د درې ورځنۍ شری Maculopapular اندفاعات ښئ.

دوهم نمبر تصویر : په درې ورځني نوی زیږیدلي ماشوم کې د ولادي درې ورځني شري ناروغي اندفاعات ښيي.



لومړی تصویر : د درې ورځني شري ناروغي شیماتیک اندفاعاتو توضعات (موقیعت) ښيي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

دريم فصل

د مخملک تبه (Scarlet fever)

تعريف: يوه انتانی ساری ناروغی ده چې د ستونی موضعې Str.β.H.G.A انتان پواسطه مينځ ته راځي او د جلدي مخاطي اندفاعي تظاهراتوسره يو ځای وي چــې د باالخاصه جلدي منتشراحمرار او په نهاياتوکې د تفلساتو رامينځ ته کيــدو پواســطه دنورو ساري اندفاعي ناروغيو څخه توپير کيږي.

اپيديمولوژي:

د ناروغي عامل: څرګنده ده چې ناروغی عامل Str. β .H.G.A دي. ګرام مثبت او د مختلفو کلينکي ناروغيو سبب کيږي د ناروغي لامل زيات شمير اندو توکسين او اکزو توکسين توليدوي چې يو شميرئې خاص کلينيکي اهميت لري چې عبارت لـــــــــــــــه Erythrogenic Toxin يا Dick Toxin، Striptolysin (o,s) (A.B) Streptokinase، Hyaluronidase، Esterase ، Proteinase او Amylase څخه چې د ستربټوکوک Extracellular محصولات شميرل کيږي. زيات Serotype ئې د Dick Toxin توليدونکي دي چې د احمراري اندفاعاتو د پيداکيدو سبب ګرځي.

د ناروغي سرايت: د ناروغی عامل د ناروغ سره نژدې تماس له کبله د ټوخي، پرنجي،او خبرو وخت کې وبل ته انتقال کوی، په ډيرو لږو پيښنو کې د ناروغی عامل په غير مستقيم توګه د استفادي وړ شيانو او غذائی موادو د ملوث کيدو له کبله هم انتقال کولای شي. ناروغان، د ناروغي په ټوله موده کې ساری دي او ناروغی عامل د ناروغانو د بلغم، دخولي افرازاتو متيازو، جلدی تفلساتو، د پزی افرازاتو پواســطه محيط کې خپريږي. ددې لپاره چې ناروغی مينځ ته راشی ضروری ده چې شخص د

(c) ketabton.com: The Digital Library

ناروغۍ عامل په مقابل کې حســاس وی او د شــخص حساســیت د dick Test پواســطه تعینیــږي. پــدې تســت کــي 0.1ml د Dick Toxin محلــول Intradermal زرق او نتیجه ئې 18-24 ساعتو وروسته ارزیابې کیږي که چیرې د 1cm په اندازه یا تردی ډیر سور رنګې احمراري عکس العمل تولید شو نو تست مثبت او شخص د ناروغی عامل په مقابل کې حساس دي همدارنګه ذکر شوي تست د تفریخ په دوره او د ناروغی د شروع نه دوه ورځې وروسته هــم مثبــت وي او وروسته منفی کیږي په هغه ماشومانو کې چې معاف میندو څخه پیداشوي وي (میندو مخملک تیرکړي او د ناروغۍ په مقابل کې انتی بادي ګانی جوړکړي وي) یــو ډول ولادي معافیت موجود وي ځکه په دوي کې دا تست منفی وي او 6-12 میاشــتو تیریدو وروسته تولید شوی Passive معافیت له مینځه ځي او تست له سره مثبــت کیږي مګر د یادونی وړ ده چې د ناروغی په تیرولو دایمی معافیت منیځ ته راځې.

میزبان (کوربه): 90% پینبي 3-8 کلنی پوری لیدل کیږی او له 4 میاشتنی نه ښکته عمر کې لږ لیدل کیږي. دموسم له نظره ناروغی دژمی او پسرلی په پیل کــې زیات واقع کیږي

پتالوژي:- ناروغی د یو موضعي انتان (خصوصاً د تانسلونودالتهاب) نه وروســته پیل کوی کله کله د ناروغی عامل د پوټکی په زخمو کې هم ځــاي نیســی چــې دsurgical scarlet fever سبب کیږي چې پدې توګه د ناروغی عامل له یــوې خوا د وینې دوران ته داخل اوSpeticemia مینځ ته راوړي او له بلــې خــوا د توکسینو د ازادولو له کبله Toxemia تولیدوی او د بدن مختلف غــړي اختــه کیږي خاصتاً Dick Toxin له کبله چــېVasoparalytic تــاثیر لــری او د پوټکي رګوته توسع ورکوی د پتالوژی له نظره داپیدرم طبقه کې د پــولي نــوکلیر حجراتوارتشاح موجوداو د وینبنتانو د فولیکول پــه مجــرا کــې (د مونونــوکلیر حجراتوارتشاح (راټولیدل) مینځ ته راځې د پوټکی قرني طبقه احتقــاني او د خپــل

(c) ketabton.com: The Digital Library

لاندینۍ طبقې څخه جلا کیږي چې په نتیجه کې تفلسات مینځ ته راځــې د احشــاو رګونو په محیط کې خاصتاً زړه، پښتورګی، ادرینال غدې، او ځیګرکې د مونونوکلیر ژووکو ارتشاح لیدل کیږي.

کلینیکي بڼه: د ناروغی د تفریخ موده 1-7 ورځو(اوسط 3 ورځې) پــوری دي ناروغی بې له ځنډه په تبه ($39.40c^0$) پیل کوي چې لومړیو 24 ساعتو کې. $40c^0$ ته رسیږي او د هغه سره یوځای سرږه لري، د ستوني درد، د نبض چټکې، کانګې او شدیده سردردي مینځ ته راځي ناروغ سترۍ او Toxic معلومیږي د ناروغۍ په حاد مرحله کې امکان لری چې د Laryngitis، Trachitis اوBronchitis اعراض اوعلایم مینځ ته راشي

*دناروغی په خفیف شکل کې په لږه اندازه د بلعوم احتقان موجود وی مګر پــه وخیمو حالاتوکې بلعوم سور رنګی معلومیږي او په تانســل بانــدې Exudative سپین رنګی ټکی لیدل کیږي چې په (لومړی نمبر تصویر کې ښــودل شــویدي). د ناروغی ځینې شدیدو پیښوکې مخاطي اندفاعات سور رنګي ټکو پشکل چې قاطع حدود لري او نزفی ټکی په hard palate کې موجودوی معمولاُ د ناروغی د پیــل څخه 12-34 ساعته وروسته جلدي اندفاعات مینځ ته راځي چې د 3-4 ساعتو په موده کې بشپړیږي په کلاسیک ډول دا اندفاعات د تخرګو، غاړې او سینې څخــه پیل کوي او څلور ساعته وروسته مغبنې ناحیئې او د بدن نورو برخو تــه خپریــږي مګر د مخ پوټکی نه اخته کوي، تندۍ او مخ احمراري اوCircumoral خســافت موجود وي جلدي اندفاعات دکوچنیو ټکو پشکل په یو احمراري زمینه کې لیــدل کیږي د مساعدې زمینې په موجودیت کې د ناروغي اندفاعات ریګمــال کاغــذ (Sand.paper) شکل غوره کوي جلدي احمرار دګوتی فشار پواسطه موٌقتاً لــه مینځه ځی او په احمراري زمینه کې د ګوتې انطباع لیدل کیږي. (دریمه نمبرتصویر)

(c) ketabton.com: The Digital Library

* د ناروغی په شدید شکل کې سور رنګي خطونه یا لیکې ګونځې لرونکی (تخرګو ، غاړه، د څنګل قدامي مخ او مغبني) ناحیو کې لیدل کیږي چې د ګوتی د فشار پواسطه له مینځه نه ځي او د Pastia’s Sign یا pastia’s line په نوم یادیږي د ناروغی په شدیدو پیښو کې Petechia هم مینځ ته راتلای شي، جلدي اندفاعات (5-7) ورځې دوام کوي چې د هغه په تعقیب (د لومړۍ اونۍ په پای کې) تفلسي وتیره پیل کیږي. او عموماً د غاړې سینې په ساحوکې پیل او تفلسات نظر جلدي اندفاعاتو ته چې د ورقو پشکل (کوچنی اوغټ) جلا کیږي او سنجاق د څوکې په اندازه کوچنی سوری موجود وي کله داسي پیښیږي چې تفلسات د لویو ورقو پشان چې د دستکشي ګوتو ته ورته والي لري جلا کیږي تفلسی مرحله (3-1) هفتو په عمومي توګه او لاسو او پښوکې (4-7) او نیو دوام کوی.

*- د ژبې خارجي بڼه د ناروغۍ په سیرکې ډیر وصفي او ارزښتناکه وي په لومړیو څلورو ورځو کې ژبه خفیف پړسوب لري او دیو سپین بار پواسطه پوښل شوي وی. داچې څنډی او قدامي برخه د ژبې سور رنګی او حلیمات ئې برجسته معلومیږي د White StrawberryTongue په نوم یادیږی (دوهم تصویر)

وروسته دغه سپین بار د قدام نه خلف خواته له مینځه ځې او په نتیجه کې سره لدې چې د ژبې حلیمات برجسته وي ژبه کاملاً سور رنګي منظره ښئي چې د Red Straw berry Tongue په نوم یادیږي. (دریم تصویر)

لابرا تواري پلټنې:

1- د وینی معاینه: په خفیف پیښو کې د Leukocyte اندازه mm^3/ 12000 څخه تر 16000 او په شدیدو پیښوکې تر $30,000/mm^3$ رسیږي.

که چیری لوکو سیتوزس له دوه اونیو زیات دوام پیداکړي نو د محراقې انتانانود تأسس خواته فکر وشي. د وینې فورمول کې په لومړۍ اونۍ کې Neutrophile 75-90% فیصده پورې رسیږي او په پنځمه او شپږمه ورځ د Eosinophile

(c) ketabton.com: The Digital Library

شمیره په چټکۍ سره زیاتوالي مومی چې % 10-20 ته رسیږي معمولاً دا زیاتوالی د ناروغۍ تر څلورمي ورځې پورې موجود وي د نقاهت په دوره کې Eosinophile په منظم ډول ترڅلورمې ورځې پورې موجوداو په 95% پیښو کې د ستوني د موادو کلچر په نتیجه کې Str.β.H.G.A تجرید کیږي همدارنګه د ناروغـــۍ عامـــل د جلدي موادو له کلچر او د تحت الجلدي انساجو د Aspiray مـــوادو او نـــورو متضرر شوی ساحو کې لکه منتن لمفاوي عقداتو څخه لاس ته راوړی شو چې ځینې وخت د وینې کلچر هم مثبت وي.

B- د ستوني د Swab باکتریالوژیک پلټنې: د ناروغۍ تشخیص وضع کوي.

تشخیص: د ناروغی په وصفي شکل کې د ناروغی تشخیص دتاریخچې ، کلینکی بنی او دوینی لابراتواری معایناتو پواسطه اسانه دي اما د ســـتوني د مـــوادوکلچراو سیرولوژیک تستونه قطعی تشخیص وضع کوی.

تفریقي تشخیص:-

1- ددرې ورځني شرۍ سره

2- د شرۍ سره

3- دیفتری

4-IMN، د انفلوینزا،محرقې تبه، آب چیچـــک او Drug Eruption ســـره تفریقي تشخیص وشي.

6- د ماشومتوب په لومړی مرحله کې د Str, انتـــان بایـــدد Adenovirus infection او نور تنفسی ویروسی انتاناتو سره توپیر وشی، دیـــادونی وړ ده چـــې Coxackie virus (A,B)، Adeno virus او نور زیات تنفسی ویروســـونه د phayrgitis سبب کیدای شـــی اوهـــم دیـــادونی وړده چـــې د Coxackie virus فرنجیت، تقرحي یا Vesicular وی لکه (Herpangina) چې باید پـــه پام کې ونیول شی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Herpes simplex:7 : هم د تقرحي ستونزو سبب کیږي

اختلاطات (Complication):

1 - قلبي (د زړه اختلاطات) CHF,Myocarditis دوراني Collaps د ناروغۍ په جریان کې مینځ ته راتلای شي

2- کلیوی اختلاطات

3- تقیحی (خیری لرونکی) اختلاطات : Laryngotracheobronchitis ،Cervical lymphadenitis، Mastoiditis، otitis Media Septic-، Mesenteric adenitis، Empyema، pneumonia او Tonsillar abscess،Retro pharyngeal abscess ، Arthritis synovietis شامل دي.

4- د ستوني څخه نورو ځایوته (عمدتاً جلد(impetigo) او مهبل (Vagina) یا د جلد مزمن انتان لکه (Infantil Eczema) اختلاطی کیدل دناروغی په اختلاطاتو کې شامل دي.

درملنه:

A - بالخاصه اهتمامات : د ناروغۍ درملنه تنها دانتان له مینځه وړل نه بلکه عمده هدف د Rhumatic fever مینځ ته راتلو څخه مخنیوی، د ناروغي د سیر لنډونه، د اختلاطاتو او سرایت کمښت څخه عبارت دي.

Penicilline-1 : د فرنجت اوImpetigo ناروغانوکې د (0.6Million)Benzathin penicillin واحد په یو دوز چې ناروغ وزن له 60 پونډه کم وي او 1.2Milion واحدهغو ته چې وزن یې له 60 پونډڅخه زیات وي ګټور تمام شویدي اوعضلی تطبیق کیږي Penicilline V هغه ناروغانو کې چې له 40 پونډه لږ وزن لری. 250mg او هغو ته چې له 40 پونډه زیات

(c) ketabton.com: The Digital Library

وزن ولري. 500mg دخولی له لیاری د ورځې 3-4 ځله د غذا په مینځ کې د لسو ورځو لپاره تجویز او په 90% ناروغانو کې ګټور تمام شویدي په هغه صورت کې چې ناروغ کانګی ولري او یا په Sepsis اخته وي درملنه په زرقی ډول استطباب لري.

2- نور انتی بیوتیکونه: د فرنجیت او Impetigo لپاره Erythromycin (20-40 mg/kg/day دوه یاڅلور کسری دوزو دلسو ورځولپاره توصیه کیږي، Erythromycine Ethyl Succinate (40-50 mg/kg/day) که چیري په څلورو کسری دوزو ورکړل شي ګټور تمامیږی او ښه تحمل کیږي. که هر دواړه مستحضرات دخولی له لیاری د غذا په مینځ کې ورکړل شي ښه جذب او ښه تحمل کیږي. (دخوړو په مینځ کې) Cefuroxime,Cephalexine,Clindamycine,cefaclor,cefprozil Cefpodoxime e,Loracarbef,cefadroxile او Cefixime هم دخولی له لیاری فوق العاده تاثیر لري. Cefixime او Cefadroxile په ورځ کې یو ځل او حال دا چې Cefuroxime, Loracarbef او Cefaclor په ورځ کې دوه ځله ورکول کیږي دیادونې وړده چې penicilline تراوسه د انتخابي درمل په حیث پاته شویدی. او ټول پورته ذکر شوي. درملونه د10 ورځو لپاره ورکول کیږي. د تتراسکلین په مقابل کې ځینې سببې Strains مقاوم شویدی. په شدید انتان اخته کسان چې دpenicillines مقابل کې حساس وی د cefazoline څخه 100-150mg/kg د رګ له لیارې په څلورو کسري دوزو یا غوښه کې په درې کسری دوزواو Clindamycine (25-40 mg/kg/day) د رګ له لیاری په څلور کسری دوزو او vancomycine 40mg/kg/day وریدي په څلور کسري دوزو ورکول کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

***B* – عمومي اهتمامات:** د Analgesic lozenge یا غرغـــره د 30% ګلوکوز یا Warm Saline محلول سره د درد تسکین لپاره تجویز شي. غـــذائي نرم رژیم چې د چنبلو وړ ګلوکوز زیاتره Noncarbonated (ســیب، انګـــور، امرود اوبه) شیریخ، اوشربت ګټور دي، همدارنګه پاراسیتامول د درد اوتبـــی لپـــاره ګټور دي.

***C*- داختلاطاتو تداوی:** دناروغی حاد اختلاطات د پنسلین پواسطه تداوی کیږي.

د R.F د واقع کیدو څخه دوړومبی او کافی مقدار پنسلین پواسطه درملنـــه او مخنیوي کیدای شي،

***d* – د ناقلینو تداوی:** د Str.β.H.G.A د ناقلینواو هغی لپاره تدابیرو نیـــول ګران کاردي دا ځکه چې د کلینک له نظره دناقلینو او واقعاً منتن اشخاصو کلینکی اوسیرولوژیکی تـــوپیر کـــوونکی Criteria وجـــود نلـــری. Clindamypin 20mg/kg/day په څلورو کسری دوزو د Rifamein 20mg/kg د څلـــور ورځو لپاره د خولی له لیاری او د پنسلین سره د Combination په توګـــه پـــه قبول شوي مقدار د خولې له لیارې د Str. Pharyngitis پـــه باکتریولوژیـــک Curerate خاصتاً د Stepto په انتخابی ناقلینو کې ګټور رول لري.

مخنیوي *(prevention)*:

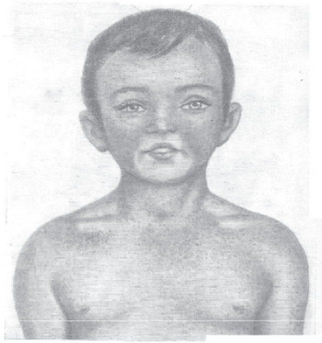
***a* – په روماتیک اشخاصو کې دناروغی دنکس څخه جلوګیری:**

B –دلاندی ذکر شوو درملوڅخه د Alternative درمل پشکل د خولې لـــه لیاری استفاده کیږي. Sulfadiazine (0.5-1gr) د ورځې penicilline G 200000 unit دوه ځله او Erythromycine 250 mg په ورځ کـــې دوه واره اما اکثر مؤلفین پدې عقیده دي چې طویل المدت (اوږد محال) وقایه په تـــول

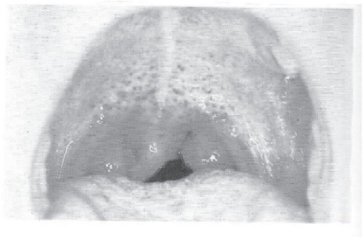
(c) ketabton.com: The Digital Library

عمر کې ضروری دي خاصتاً د Rhumatic Heart disease پــه موجودیــت کې.

انذار ***(Prognosis)****:* به غیر له هغــو شــیدوخوړونکو ماشــومانو او ځــوان ماشومانوکې چې په Sepsis یا Pnumonia اخته وي مړینه ډیر لږ مینځ ته راځي. دناروغی تبه لرونکي او اختلاطي سیر دمقدم درملنې (کافی مقــدار penicilline) پواسطه محدود او لنډولی شو.



خلورم نمبر تصویر خساقت او د مخملک تبي د اندفاعاتو شدید ترین مرحله ښي.



لومړی نمبر دمخاطی نزفی اندفاعاتو Exudate په Tonsills باندې ښي

دوهم نمبر White Straw berry Tongue

دریم نمبر Red Straw berry Tongue

(c) ketabton.com: The Digital Library

څلورم فصل

شنه یا توره ټوخله(Whooping cough, pertusis)

تعریف: د Acute Sever Bronchitis څخه عبارت دي چې زښت زیات ساری او د Bordetella pertusis پواسطه مینځ ته راځی

Bordetella Pertusis: Epidemiology ګرام منفي غير متحرک ، نری ډکی ته ورته باسیل دي چې د ګرام پواسطه نه بلکه د Methylinblue پذریعه تلوین کیږي که چیری د ناروغی عامل په مقدم توګه تجرید شي. نو د Coccobacillaryپه شکل معلومیږي چې دکچالو،ګلیسرین او د وینې په ذرعیه وسط Bordet Gengou کې په 15-20 % پیښنو کې شنه کیږي د ناروغی عامل په ځینو حیواناتو لکه موږک هم د ناروغی سبب کیږي دوه نور ډولونه یې (لکه Bordetellaparapertusis او Bordetella Bronchi Septicus هم pertusis ته ورته سندروم په انسانانو کې مینځ ته راوړي، .Bord pertusis دوه ډوله انتی جن تولیدوی چې عبارت دی له (Felamintous (Lymphocytosis promoting factor) LPF او(FHA)Hemagglutinine) یا Pertusis toxin (Pertussigen) اوهم د Histamin Sensitizing factor په نوم یادیږي چې د پتو جنیزس له نظره خاص اهمیت لري د ناروغۍ کلنیکي بڼه او Lymphocytosis د ذکر شوي توکسینوله کبله مینځ ته راځي دا ماده په Cilia باندې باسیل نښلوي او دتنفسي سیستم مخاطي غشا ته زیان رسوي همدارنګه د معافیت دتنبه او تولید سبب کیږي.

سرایت: دا ناروغۍ زښت زیاته ساري ده چې په خاص ډول نزلوي او د تشنجي مرحلې مقدم صفحه(د ناروغی د پیل لومړی څلور اونۍ) د ناروغۍ د سرایت موده

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشکیلوي او دناروغانو سره د نژدې تماس له کبله دتنفسي سیستم (منتن قطراتو) له لیارې مساعد اشخاصوته 100 فیصده انتقال کوي د کورنۍ ټول غړي چې معافیت ونلري په ناروغۍ اخته کېدای شي. دمورڅخه انتي بادي ګانې د پلاسنتاله لیارې ماشوم ته نه تېرېږي نو له همدې کبله د ژوندانه لومړیو ورځو کې هم ماشوم پدې ناروغۍ اخته کېدای شي. هر څومره چې د ماشوم عمر لږ وي هغومره د ناروغی کلنیکي سیر شدید وي دا ناروغي په نجونوکې لږ څه نسبت هلکانوته ډېر لیدل کېږي او دمړینې اندازه یې په نجونو کې ډېره ده. د ناروغی خطر له پنځو کالو څخه کم عمره ماشومانو کې ډېر زیات دی.

- موسم د ناروغۍ په پیداکېدو کې چندان رول نلري(متحول دي) کېدای شي چې ناروغي د کال په هر وقت کې پیل وکړي مګرمعمولاً د مني او پسرلي په شروع کې واقع کېږي. پدې وروستیو کې ثابته شوېده چې ناروغي په Adolescent مرحله کې او همدارنګه په ځوانو کاهلانو(20-30 کلنۍ) کې لیدل کېږي

پتالوژي: د تورې ټوخلې پتالوژیک په تیره په پیل کې قصبې ریوي (Bronchopulmonary) او د Anoxia له کبله نور غړي هم ضرر مومي چې د قصبې ریوي آفت څخه منشأ اخلي مرضی وتیره عمدتاً په قصباتو او قصبیاتوکې موجود وي نو ځکه قصبې اهداب متضرر او تخریبېږي. اذیما احتقان د مخاطي غشا افرازاتو تولیدل او په لږه اندازه ارتشاح التهاب د Lymphocytes او Polymophonuclear لوکوسیت راتولیدو په نتیجه کې د قصباتو لومن بندېږي همدارنګه لمفاوي هایپر پلازیا د قصباتو په چاپیریال کې لیدل کېږي. د قصباتو بندش، برانکو پنوموني او Atelectasis د تالي مرضي و تیرې څخه عبارت دي مګر په emphysematous ساحه کې Bact. Lobar pneumonia او Pneumothorax لږ لیدل کېږي. د ټوخلې له کبله مړینه مستقیماً د سږو افت پورې اړه لري ثانوي افات لکه دماغي افت (اذیما، نرف، Anoxia) او په ځیګر کې

(c) ketabton.com: The Digital Library

شحمي ارتشاح د مړينې سبب کيږي همدارنګه جلدي نزف هم ځنــيې وخــت پــه متوسط اندازه اواکثراً کم ليدل کيږي چې امکان لري د Petechia پشکل ښکاره شي.

Pathogeneis: نژدې اړيکې (تماس) او د تماس موده د ناروغۍ رامينځ ته کېدو کې عمده رول لري ځکه چې دسببي عامل زيات شمېرته ضرورت دی چې په Cilia د non fibrial Surface protein چې د Pertictin په نوم يادېږي ونښلي او ناروغۍ رامينځ ته کړي د يادونې وړده چې په Cilia باندې د باســيل د التصاق لپاره LPF او FHA مواد چې انتي جينيک خواص لري ضروري او مرسته کوي چې په دې وروستۍ مرحله کې باسيل د ميزبان (کوربه) معافيــت تــه تغــير ورکوي يعنې دميزبان دفاعي حالت بدلوي يا له مينځه وړي همدارنګــه د ناروغــۍ اعراض او علايم د تنفسي ليارې د اندو تيليلي تغيراتو له کبله مينځ ته راځــي(دنــده مختل او يا ژووکې په مړينه محکوم کېږي) په اساسي ډول کله چې cilia له مينځه ځي يا دنده يې خرابېږي په نتيجه کې د تخريب شوو ژوو کو، افرازاتــو او اجنبــي اجسامو Clearance په تنفسي سيستم کې کمېږي بناءً ذکر شوي مواد را ټول او په تخليه کېدو کې يې ستونځې رامينځ ته کېږي چې په نتيجــه کــې د قصــباتو او قصيباتو بندش atelectasis او نادراً Emphysema مينځ ته راځي همدا رنګه غير وصفي Bronchopnumonia هم مينځ ته راځي د مخاطي غليظ افرازاتــو دنه تخليه کېدو له کبله پر له پسې او دوامدار ټوخی مينځ ته راځي چې غالباً په قــی کولو پای ته رسېږي د قي کولو ميخانيکيت امکان لري چې په بلعوم کې دچسپناک مخاط له کبله وي د شديد Spasm په پای کې هوا د ســږو او قصــباتو څخــه خارجېږي او ناروغ کوښښ کوي چې دوهم ځل د حنجــرې لــه ليــارې شــهيق اجراکړي داچې حنجره هم د چسپناک مخاط او سپزم له کبله قسماً تــړلې وي پــه نتيجه کې وصفي whoop مينځ ته راځي د يادونې وړ ده چې اواز لرونکی شهيق د

(c) ketabton.com: The Digital Library

Anoxia په نتیجه کې د حنجرې عضلا تو سست او نرم کېدو له کبله هم مينځ ته راتلای شي. لزوماً باید ذکر شي چې دغه پورته ذکر شوې پتالوژيک حالتونه د Secretory IgA antibody. (چې په Cilia باندې د باسيل دالتصاق مانع ګرځي او د باکتريا و Mucociliayclearance ته اسانتيا وې برابروي) پذريعه دفع کېږئ همدارنګه دا محافظوي حالت، په سيروم کې دانتي توکسين مقابل کې دانتي بادي ګانو پواسطه هم تأمينېږي (توکسينونه خنثی او يا داچې په Receptor حجراتو باندې د توکسين له تثبيت کېدو څخه مخنيوی کوي) بنا خلطي معافيت د ټوخلې په مقابل کې د ميزبان په محافظت کې ستر رول لوبوي: کله کله Encephalopathy د ناروغۍ په جريان کې ددماغ دايمي زيان او کله د مړينې سبب کېږي چې د Anoxia له کبله مينځ ته راځي Anoxia داشتدادي ټوخي (Paroxysmal) او يا په مختلفو درجو دماغي نزف له کبله رامينځ ته کېږي چې خپله انزفه د لوړ داخل قحفي فشار او وعايي Anoxia له کبله پيداکېږي هغه ماشومان چې د ټوخلې له کبله مړه شويدي درې عمده ميخانيکيتونه پکې رول لوبوي Sever- Broncho pulmonary- چې د Sever Bronchopnumonia disease سره په ګډه موجود وي او که چېرې د CNS damage سره يو ځای وي ډېر زيات خطرناک سيرکوي په مخ پرووده هېوادوکې کانګې او د ناکافي غذايي موادو اخستل د مړينې عمده اسباب شمېرل کېږي دريم فکتورئې عبارت دی له شديد معدي معايي انتانات، Malnutrition، LBW او داسې نور ناروغۍ لکه شرۍ او تنفسي شديد انتانات چې د ميزبان د معافيت د ټيټوالي سبب او په ټوخله اخته ماشوم، ژوند تهديدوي.

کلينيکي بڼه: په عمومي توګه بايد وويل شي چې د ناروغۍ کلينيکي بڼه د سببي عامل په شمېر د ناروغ عمر، او د ميزبان Immunization سره مستقيم اړيکې لري ناروغۍ 6-8 اونۍ دوام کوي د تفريخ موده يې 7-14 ورځې وي (کله نا کله

(c) ketabton.com: The Digital Library

20 ورځی) چې د ناروغۍ تر ټولو اوږده د تفریخ موده هغه ماشومانو کې چـې پـه قسمي توګه معافیت لري لیدل کیږي د ناروغي کلنیکي بڼه درې عمده مرحلې لري.

1- *نزلوي مرحله (Catarrhal phase)*: دا ناروغی په مخفي توګه پیل کوي چې دتنفسي لیارې نزلوي اعراض او علایم(تخریشوونکي ټـوخي، پرنجـي، د پزې افرازات او داوښکو په بهېدو) پیل کوي او د خفیف تبې سـره یوځـای وي د لوړې تبې موجودیت ($38.3c^0$) په تالي انتاناتو دلالت کوي پدې مرحله کې ټوخلـه فوق العاده ساري او دوه هفتې دوام کوي دامرحله د نورو انتاناتو د نزلوي حالـت سره د تفریقي تشخیص له نظره ستونځې رامینځ ته کوي د نورو انتاناتو په خلاف د اصفحه د څو ورځو په موده کې ښه والی نه مومي بلکه د وخت په تېرېدو سره ټوخی لا زیات شدید کیږي سره له دې چې په مقدم صفحه کې ټوخی تشنجي وصف نلري اما د شپې لخوا زیات او ناروغ ته اذیت ورکوي.

2- Paroxysmal phase *(تشنجي مرحله)*: له دوه اونیو وروسـته ټـوخي تشنجي شکل غوره کوي چې په تعداد او شدت کې یې زیاتوالی رامینځ ته کېـږي. یعنې داچې په یو شهیق کې په پرله پسې توګه 10-20 واره ټوخی مینځ ته راځـي او سمدلاسه جبري شهیق اجرا او whoop تولیدېږي لکه د یو تنګ شـوي(متضـیق) مزمار(Epiglott) څخه هوا تېره شي چې د هغې په تعقیب کانګې پیداکېږي حتـی که چېرې د whoop د نشتوالي سره سره د متواتر تشنجي ټوخي په تعقیب نـاروغ کانګې وکړي توره ټوخله باید په پام کې ونیول شي. دا مرحله 2- 4 اونیاوکله کله له 6 - نه تر8 هفتو دوام کوي. په شیدي خوړونکو ماشومانو کې چې په Apneic حملاتواو Cyanotic Spell اخته وي همیشه لپاره نه لیدل کېږي. ټوخی د بعضې عواملو پذریعه لکه ژړا، د سړه غذا خوړلو، سړه هوا او حتی د پیچکاریو پواسطه تنبه کېږئ په ځوان شیدو خوړونکو کې چې له دریو میاشتو کم عمر ولري ممکنه ده چې تشنجي مرحله اوږده وي او متواتر تشنجي ټوخی چې د ذفیر په صفحه کې مینځ تـه

(c) ketabton.com: The Digital Library

راځي د هوا داخستو مانع وګرځيapnea را پيدا او د عميق صدا دار شـــهيقي (د چرګ اواز ته ورته) اواز چې د Whoop په نوم يادېږئ تعقيبيږي د ټوخي حملې د خوله او بيحالي سره يو ځاى او ماشوم Cyanotic ښکاري د ناروغ سترګې سره، پړسېدلې، ژبه يې بيرون ته راوتلې او وداجې رګونه برجسته معلومېږي د ټوخي په پاى کې سپين رنګي مخاط د تقيح سره خارجېږي چې په تعقيب يې اکثر کانګې مينځ تـــه راځي. او دحملې په ختمېدو ناروغ ديو څو دقيقو لپاره خوبجن او بيخوده پاته کېږي دټوخي داحملې 1-2 هفتوپورې شديد وروسته 1-3 هفتې په خپل حال ثابت پـــاتې کېږي او په تدريج سره د حملاتو شمېر په ځينې نشريو کې 2-13 او په شديدو پيښو کې (50-100) واره په 24 ساعتو کې ليکل شويدي مګر په خفيف شکل کې 2-1 ځله يادونه شوې يا داچې هېڅ مينځ ته نه راځي. د يادونې وړده چې تـــر شـــپږو مياشتو ښکته عمر ماشومانو کې whoop نه ليدل کېږي (لومړى نمبـــر تصـــوير د ټوخلې تشنجي مرحله ښيئي).

3- Convalescent phase (د نقاهت دوره)! د تشنجي ټوخي شواهد او کانګې په تدريجي توګه د فريکونسي او شدت له نظره کمېږي يوه يا تر يوې مياشتې زيـــات دوام کوي او ځينې وخت ناروغي شدت پيداکوي چې علت ئې تنفسي تالي انتانـــات لکه Atelectasis, Bronchiectasis او يا Pneumonia تشکيلوي کانګې له مينځه ځي او ټوخى Chronic Bronchitis ته ورته او 2-4 هفتو پورې نور هم دوام کوي د ناروغ اشتها پيدا او عمومي ښه يې ببرته اعاده کېـــږي او عمـــومي حالت يې بهبودي حاصلوي.

لابراتواري کتنې:

1- د ويني معاينه: د WBC شمېره $20{,}000\text{-}50{,}000/mm^3$ ته رسېږي اما په نوي او تازه نشريو کې دا شمېره (15000-100,000) في ملي متر مکعب ښودل شوېده .

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشکیلوي چې د نزلوي مرحلې په پای او د تشنجي مرحلې په پیل کې لیدل کېږي که چېرې PMN مطلق په صحنه کې حاکم وي نو په غلط تشخیص یا د تالي انتان په مداخلې دلالت کوي او Eosinophilia په دې ناروغۍ کې (حتـــی پـــه شـــیدو خوړونکي ماشومانو) کې غیر معمول دي.

- غټ ماشومان او لویان په ټوخله کم اخته کېږي او د لمفوسیت شمېره هـــم نـــه لوړېـــږي. د ویـــنې دا ډول تغـــیرات ALL(Acute Lymphoblastic Lukemia) او یا Leukomoid reaction ته نژدې شـــباهت لـــري مګـــر د ناروغۍ عامل ستوني او پزې د مرضی موادو کلچر پواســـطه تجریـــداو د ناروغـــۍ تشخیص ثابتېږي اود تشنجي حملاتو د پیل نه دوه اونۍ وروسته کلچر منفي کېږي د ټوخي د اشتدادي حملاتـــو د پیـــل نـــه 4-5 هفـــتې وروســـته Fluorescent antibody Test منفي کېږي.

رادیو ګرافي: د سږو په رادیو ګرافي کې قصبات پریړ او دزړه حـــدود مخشـــوش ښکاري یعـــنې Bronchopneumonia او Atelectasis خیـــال ورکـــوي. همدارنګـــه Perihilarارتشـــاح، اذیمـــا او کلـــه نـــا کلـــه buttterfly appearance او atelectasis خیال چې د Pertusis لپاره وصفي دي لیـــدل کېږي.

تشخیص (***Diagnosis***): د ټوخلې تشخیص په نزلوي مرحله کې آسانه ندی مګر سره له دې هم د ټوخلې د ناروغۍ سره د تماس تاریخچه، د پـــر لـــه پســـې ټـــوخي موجودیت چې په خاصه توګه د تداوي سره سره د شپې لخوا تغـــیر ونکـــړي شـــنې ټوخلې خواته باید فکر وشي. حال داچې په تشنجي مرحله کې د ناروغۍ علایم ډېـــر وصفي او روښانه دی چې په آساني سره تشخیص کېږي حتی کارکوونکي، نیاګـــانې او میندی چې د تشنجي ټوخي دلیدلو تجربه او سابقه ولري تشخیص کولی شـــي. د Contact موجودیت د تشخیص له نظره ستر رول لري. ځینې وخت کېدای شـــي

(c) ketabton.com: The Digital Library

چې ناروغۍ په بل شخص کې په خفيف او غير وصفي شکل موجود وي او علاوه د هغې نه Lymphocytosis هم د ناروغۍ په تشخيص کې مرسته کوي (داشتدادي حملاتو له پيل څخه تر 3-4 هفتو موجود وي). په قطعي توګه د ناروغۍ تشخيص د مرضي موادو (نزوفرنکس څخه) کلچر، د سببي عامل د تجريد پواسطه اجراکېږي. همدارنګه د ناروغۍ عامل د Flourescent antibodies تلوين پصورت کې په مستقيم ډول Bordetellapertusis ليدل کېږي. که چېرې د مرضي موادو کلچر منفي وي نو پدې صورت کې د Enzym Linked immunosorbant assay پذريعه IgA, IgG (ټيټ) او IgM (لوړ) مقدار تعين او په تشخيص کې مرسته کوي همدارنګه د ټوخلې په خفيف يا asymptomatic شکل، تشخيص کې هم مرسته کوي.

تفريقي تشخيص (Differential Diagnosis)

1- د Bacterial Pneumonia مختلفو شکلو سره

2- د ويروسي تنفسي انتاناتو (په خاص توګه Bronchiolitis)

3- Cystic fibrosis

4- د توبرکلوز له کبله د لمفاوي عقداتو ضخامه

5- د اجنبي جسم انشاق

6- Parapertusis

7- د Adenovirus نور ډولونه

اختلاطات (Complication): ددې ناروغۍ د اختلاطاتو ارزيابي ډېره مشکل، اما تر $6m^0$ ښکته عمر ماشومانو کې داخته کېدو او مړينې زيات راپور ورکړى شوى چې په بستر شوي ناروغانو کې (82%) ښودل شويدي.

1- تنفسي

2- د عصبي مرکزي سيستم اختلاطات

(c) ketabton.com: The Digital Library

3- Malnutrition

4- معدي معائي

5- نزفي

انذار: په تير قرن کې د امريکې په متحده ايالاتو کې له هر 200 ژوندي تولداتو څخه يو ماشوم له پنځه کلني مخکې د ټوخلې له کبله مړه کېدل مګر اوس د مړينې اندازه ډېره راټيټه شوې ده.

د واکسيناسيون وروسته کالوکې (1900-1930 پورې) د مړينې پېښې 80 فيصده کم شويدي چې عمده علت ئې (داسهال د پېښو کمېدل، ښه تغذي، د اقتصادي حالت ښه کېدل د فاميل د غړو د تعداد کنترول، بهتره تداوي او دټوخلې واکسين تطبيق تشکيلوي همدارنګه په برطانيه کې واکسيناسيون د مړينې د کمښت اصلي علت ګڼل شويدی. د ناروغۍ انذار هغو کې چې انسفالوپاتي درلودله ښه نه وُ او ضمناً ناروغۍ د يو کلنۍ نه کم عمر ماشومانو کې خطر ناک سير لري مګر د ښه پرستارۍ او عمومي اهتماماتو په نيولو د ناروغۍ انذار ښه دي.

A- درملنه: با الخاصه تداوي: ددرملنې عمده هدف شدت، ټوخي د حملواو د شمېر لږول دی د لازم اهتمامات د تغذي زياتوالي، استراحت او پرته له Sequella روغتيا څخه عبارت دي له دري مياشتو کم عمر ماشومان لزوماً په روغتون کي تداوي اجرا شي.مخکي له وخته زيږيدلي ماشومان، د زړه، تنفسي، عضلي يا عصبي ناروغيو اخته ماشومان د ناروغي د خطر سره مخامخ دي.

دوهم جدول: د مکروبي ضد درمل او Post. Exposure او Prophylaxis.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Cotri	Clarithromycin	Erythromycine	Azithromycin	دماشوم عمر
Contra.ind.	None	None په خاصه توګه HPS Azithromycine 40-50mg/kg/14d	10mg/kg/day/5d	<1m°
Contra.ind. ≥ 2m° TMP 5mg SMZ 40mg د۱۴ ورځو لپاره	15mg/kg/2di د ۷ ورځو لپاره	40-50mg/kg/day د۱۴ ورځو لپاره	10mg/kg/single/dos دپنځو ورځو لپاره	1-5m°
//	15mg/kg/7d	40-50mg/kg/14d	10mg/kg/d اوله ورځ 5mg/kg, په دوهمه اودریمه ورځ	≥ 6m° لوی ماشومان

د فامیل غړي او نورماشومان چې د ناروغ سره په تماس کې وي بې لــه دې چــې معافیت په نظر کې ونیول شي لازم دی Erythromycine ورته توصیه شــي. د یادونې وړده چې Ampicillin, Septran او Rifampin پــه متوســط ډول مؤثر امــا اول او دوهــم Generation سفالوســپورین هېــڅ مــؤ ثــر نــدی Corticosteroid د ناروغۍ اعراضو ته تخفیف ورکوي مګر کله کله د تالي انتان د مخفــي پاتــه کېــدو ســبب ګرځــي زیــادتره د Betamethasoneڅخــه 0,75mg/kg د خولې له لیارې استعمالېږي Salbutamol(albuterol) څخه 0,3-0,5mg/kg پــه ځلــورو کســري دوزو ګټــور واقــع کېــږي چــې د Paroxysms د واقع کېدو او شدت د کمښت سبب ګرځي مګر تطبیــق ئــې د aerosol پشکل د ناروغۍ حملې تنبه کوي

B- عمومي اهتمامات: په کافي اندازه غذا ضروري ده چې په وقفو اما متواتر توګه ورکړل شي او دضرورت پصورت کې د NGT پواسطه تطبیق شي.

د مایعاتو توصیه کول ډېر ارزښت لري ټول هغه شیانو څخه چې د ټــوخي د تنبــه سبب کېږي مخنیوی وشي. د ټوخي ضد درمل استعمال په لــږ مقــدار مګرزیــات مقدارئې دافرازاتو د و چېدو او د خارجېــدو څخــه مخنیــوی کــوي د افرازاتــو Suction او ناروغ ته د بلغم د خارجېدو په منظور وضعیت (د ناروغ سر په -60

(c) ketabton.com: The Digital Library

45 درجو نسبت بدن ته ټيټ) ورکړل شي. په خاص ډول هغه ماشومانوته چې بلغم خارجولی نشي.

C- د اختلاطاتو درملنه: د Bronchopnumonia او يا نورو اسبابو له کبله تنفسي بې کفايتي لازم دي چې دا کسيجن او يا د کمکي تهويې پواسطه تداوي شي همدارنګه بايد چاړان (اختلاج) د اختلاج ضد درمل او اکسيجن پواسطه تداوي شي د Bacterial Pneumonia, Otitis Media لازم اهتماماتو او باالخاصه انتي بيوتيک پذريعه تداوي شي.

مخنيوی (Prevention):

څوک چې ناروغۍ تيروي دايمي معافيت به حاصلوي. د واکسين پواسطه دکلنيکي ټوخلې مخنيوی کېدای شي مګرنه په هغه پيمانه چې ناروغۍ ئې تيره کړې وي واکسين په 75 فيصده پيښو کې موثٔر معافيت توليدوي. د ټوخلې واکسين ددیفتري، تيتانوس سره يو ځای تهيه شويدي چې د DPT په نوم يادېږي د ژوندانه له شپږمې هفتې څخه پيل او د يوې مياشتې په فاصله درې ځله 0,5ml په غوښه کې تطبيق کېږي. دا چې انتي بادي ګانې له مور څخه ماشوم ته ډېر لږ انتقالېږي او يا هيڅ انتقال نه مومي نو ضروري ده چې د ټوخلې واکسين د امکان ترحده د ژوند په لومړيو ورځو کې تطبيق شي بايد وويل شي چې واکسين ډېر لږ داختلاج او Encephalopathy سبب کېږي چې پدې صورت کې د واکسين د وروستي مقدار د تطبيق څخه بايد ډډه وشي بوستر دوزئې په عام ډول دوه کلنۍ کې تطبيق کېږي. د وخت په تيرېدو د واکسين له کبله حاصل شوی معافيت مخ په کمېدو ځي چې له همدې کبله کېدای شي ټوخله د کهولت په مرحله کې مينځ ته راشي مګر د ناروغۍ شدت به ئې کم وي.

- په هغه ماشومانو کې چې چاړان (اختلاج) او عصبي ارتقايي ناروغۍ تاريخچه لري واکسين تطبيق نشي که چيرې اختلاج د تبې له کبله وي(Febrile

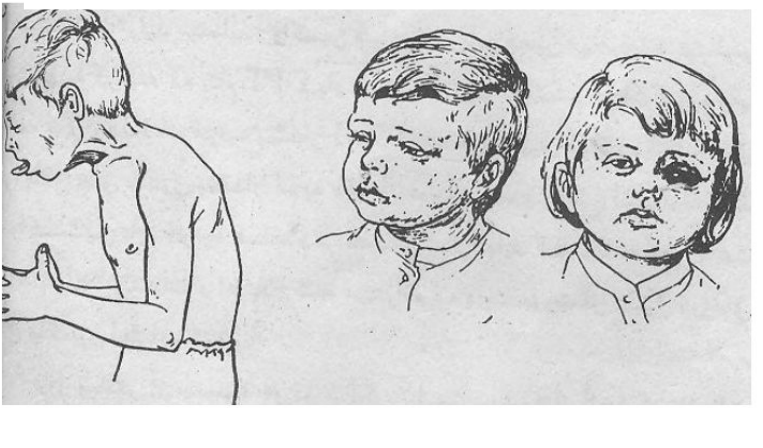
(c) ketabton.com: The Digital Library

Convulsion) او يا غير ارتقايي دماغي ناروغۍ يــا Cerebral palsy ولــري واكسين تطبيق كولی شو. او له پنځه كلنۍ پورته عمركې د واكسين تطبيــق معمــول ندی ځكه چې پدي عمر كې د ناروغۍسير ښه دی‌له دوه كلنۍ ښكته عمر ماشومانو تــه چــې د ټــوخلې نــاروغ ســره پــه تمــاس شــوی وي Hyper Immunegammaglobuline د مستحضراتو پواســطه دی منفعــل معافيــت حاصل كړي شي چې 2.5ml د 4,3 ورځو ترمينځ په دوه دوزو تطبيق كېږئ.

د ناروغ د كورنۍ غړو او د ناروغ سره په تماس كې روغتون پرسونل ته د 14 ورځو لپاره د Chemoprophylaxis پواسطه د Erythromycin په خاص ډول هغه ماشومانو كې چې عمر ئې له دوه كالوكم وي په روغتون كې ناروغان بايد تجريــد (جلا) شي ځكه چې د روغتون كار كوونكو ته په ډېره آساني تېرېــږي پــه ځينــو روغتونو كې ئې د ناروغۍ پيښې ليدل شويدي.

...نمبر تصــوير د تــورې ټــوخلې تشــنجي مرحلــه او Subconjunctival Hemorrhage ښئي.

لومړی نمبر تصوير: د توری ټوخلی تشنجی او Subconjunctival نزف ښی.



(c) ketabton.com: The Digital Library

پنځم فصل

بُغتې یا کله چرک (Mumps, Epidemic Parotitis)

تعریف: **د ماشومتوب دورې کلاسیک ویروسي ساري ناروغۍ ده چې د Paramyxo virus پواسطه چې د عصبي او غدوي انساجو اخته کولو ته زیات میلان ښئ مینځ ته راځي.**

اپیدیمولوژي

د ناروغۍ عامل د Paramyxovirus د فامیل او Rubella virus جن چې د ساختمان له نظره د یو واحد ستندرد RNA څخه تشکیل شوي دی مینځ ته راځي چې د شري د Parainfluenzae او New castle سره شباهت لري چې د ساختمان له نظره Antigenic اړیکي لري او اوه ډوله Lipoprotein څخه جوړ شوي دي دوه سطحي ګلایکو پروتین Haemagg lutinin Neuraminidase (HN) او F (Fusion) دي چې د کوربه حجراتو باندي نښلي او حجري ته داخلیږي او د انتي بادي د جوړیدو او تولید سبب ګرزي.

کوربه (میزبان): **ددې انتان یواځني طبیعي منبع انسان دی دا ناروغۍ په ټول عمر او دواړو جنسوکي مساوي لیدل کیږي. د ناروغۍ اکثر پیښې په 15-10 کلنۍ کې لیدل کیږي مګر په ځینو نشریو کې دا ناروغي 85% پېښوکې له 15 کلنی څخه کم عمر کې د کتلوي Immunization نه مخکې لیدل شویده مګر اوس دا ناروغۍ زیاتره د adolescent مرحله کې لیدل کیږئ د شیدو خوړلو مرحله کې معمول ندی همدا رنګه دا ناروغۍ په ټول عمر(د لومړي ورځې څخه تر 99 کلنۍ) پورې لیدل شویده.**

(c) ketabton.com: The Digital Library

موسم : د کال په ټولو فصلو کې د ناروغۍ اپیدیمي لیدل شویده مګر د منـــي او پسرلي موسم کې لږ څه ډېر معمول دي د انتان د منبع پیداکول ګران کار دی ځکه چې 30-40 فیصده پورې دا انتان په Subclinical توګه سیر کوي

- *د سرایت طریقه:* د ناروغۍ عامل د مستقیم تماس د لیارو(ډېره ښــه منبـــع)، ملوث افرازاتو او دهوا له لیارې (air born) سرایت کوي د لعابیه غدو پړســـوب څخه (1-2) ورځې مخکې او 7 ورځې وروسته د سرایت غوره موده شمېرل شوېده. ماشومان د ژوندانه په لومړیو 6-8 میاشتو کې د مور څخه د پلاسنتا له لیارې د انتي بادي د تیریدو له کبله معافیت لري مګر د کلینیکي او یا Subclinical انتـــان د تېرولو وروسته دایمي معافیت حاصلېږي

پتالوژي او *Pathogenesis*:

د ناروغۍ عامل د خولې او پزې مخاطي غشا له لیارې بدن ته داخل او وروسته د تنفسي لیارې د مخاطي ژووکو او نکفي غدې له لیارې د وینې دوران ته داخلېږي او Viremia مینځ ته راوړی وروسته بیا په لعابیه غدواتو او مرکزي عصبي سیستم کې ځای نیسي د پتالوژي له نظره د Lymphocyticحجراتو Infilrtation او په بین الخلالي انساجو کې اذیمالیدل کېږي

کلنیکي بڼه: د ناروغۍ تفریخ موده 12-25 ورځو او په اوســـط ډول 16-18 ورځې دي) د ناروغی 30-40 فیصده پیښې په غیر وصفي (Subclinical) توګه سیر کوي او مخبروي علایمو لکه تبه د سر درد، زړه بـــدوالی، د غـــړو درد او بـــې اشتهائي پیل کوي او دناروغۍ د پیل نه 24 ساعته وروسته معمولاً د ژوولو په وخت کې ستونځې او دغوږ پکې شا و خواکې درد مینځ ته راځي. همدارنګه دا ناروغــۍ دنکفي غدې په یو طرفه یا دوه طرفه پړسوب پیل کوي د فکي زاوئې شـــاتنۍ برخـــه ډکه معلومېږي او نکفي غدې پړسوب په واضح ډول لیدل کېږي. (... تصویر).

(c) ketabton.com: The Digital Library

د غوږ د پکي پسته (نرمی) پورته او بهر خواته ټیله شوې ښکاري چې پدې مرحله کې لا زم دي چې لا ندې ټکوته پام وشي.

الف: د لعابیه غدو او Stensen's قنات د خارجي مجرا پړسوب او حلقــوي سوروالی لیدل.

ب: د فکي زاوئي شـــاوخواته، Mastoid او Temporomandibular Joint تنبه کېدونکی درد.

ج: د تحت الفکي زاوئې لمفاوي عقدات ښائي لږ څه غټې شوي معلومېږي. پـــه عمومي ډول دواړه خواوي او 25 فیصده پیښو کې دغدو یو طرفه پړسوپ موجـــود وي چې د غدو پړسوب د څو ساعتو او یا 1-3 ورځو کې اعظمي حد ته رسېږي او د 3-7 ورځو په موده کې په تدریجي توګه پړسوب کمېږي اما کله ناکله زیات دوام کوي(6-10 ورځو پورې).تروه او تیز مواد (لکه دلیمواوبه) او نور درد تنبه کوي او همدارنګه په فزیکي معاینه کې د جس پواسطه غده درد ناکه وي جلاتیني قوام لـــري او جلدئې سالم بریښي. باید یادونه وشي چې که غده د سفلي فک په صعودي قسمت او د Mastoid په قدامي برخه کې موقعیت ولري د غدې حجم د تحـــت الفکـــي نـــاحئې د ډک معلومېـــدو او تریـــو وســـیع پړســـوب تفـــاوت ښئـــي معمـــولاً Lymphedema هم موجود وي چې د غدې پړسوب حدود مخشوش کوي اکثر وخت تحت الفکي او تحت اللساني غدواتو پړسوب د نکفیه غدې سره یوځـــای او یاداچې په یواځې توګه مینځ ته راځي چې %10 پیښې تشکیلوي پدې ډول پیښو کې پورته اوصافو لرونکی پړسوب د غاړې په قدامي وحشي برخه کې پیداکېږي اما درد او پړسوب د نکفیه غدې په تناسب کم او مخکې له مینځه ځي همدارنګه د تحـــت اللساني غدواتو دوطرفه منتن کېدل لږ او د پړسوب شواهد پـــه Submental او دخولې جوف په قاعده کې متمرکز وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- کله ناکله د نکفي غُدې التهاب د تبې سره يو ځای وي چې پــه نــادر توګــه $40c^0$ او يا ترهغې لوړه وي د 1-6 ورځو دوام کوي او دپړسوب له مينځــه تللــو مخکې نورمال ته رسېږي اما بايد يادونه وشي چې په 20% پيښو کې حرارت درجه د Parotitis ناروغانو کې نورمال وي د Parotitis سره د Wharton's قنات سوروالی او پړسوب معمولاً يو ځای ليدل کېږي.

1- لعابيه غدواتوپورې اړوند کلنيکي علايم: دردناکه پړسوب چې يو يا څــو غُدې اخته کوي چې ناثابته تبه، او دمخ Lymphedema ئې غوره عــلايم ګڼــل کېږي دنکفي غدې اخته کېدل ډېر معمول دي چې غوږ پورته او بيرون خواته بيځايه او فکی زاويه منحرف شوی وی Systemic Toxicity نه ليدل کيږي .

2- د Meningo Encephalitis پورې اړوند کلينيکي علايم: دکتلوي Immunizationنه مخکې په 50% پيښــو کــې د Aseptic Meningitis معمولترين سبب کله چرک تشکيلاوه چې ناروغان دخفيف سرخوږ، څخه شکايت او د CSF په معايناتو کې وصفي بــدلون لکــه Mono nuclearpleocytosis ليدل شويدي دماغي علايم د نکفي غدې علايمو سره کوم ارتباط نلري دزړه بــدوالی، کانګې او د غاړې شخوالی ښائي موجود وي اما Encephaletic اعراض ډېر کم ليدل شويدي چې د کله چرک ناروغانو 1/1000 پيښې جوړوي دا ناروغان د 10-3 ورځو په موده کې ښه کېږي او Meningo encephalitis چې دکله چرک د واکسين په تعقيب مينځ ته راځي په باالنفسي توګه ښه کېږي.

3- د Pancreatitis علايم: د ګېډې درد د ګذرې پانکرياتيت څخه نماينده ګي کوي په Salivary disease کې د سيروم Amylase سويه لوړ ځي چــې پدې حالا توکې د Lipase isoenzym او اميلاز تعين د پانکرياتيــت دنــدې د ارزيابي لپاره ښه Indicator دي (چې په تفريقي تشخيص کې بايد په پام کې ونيول شي.) همدارنګه بايد يادونه وشي چې دکله چرک د خطرناکه امــا غــير معمــول

(c) ketabton.com: The Digital Library

تظاهراتو څخه حسابېږي چې په آني توګه پيل او د Epigastric ناحې شديد درد، Tenderness، تبه، سره لړې، شديد ضعيفي، خوله، د زړه بدوالی او د کانګو پر له پسې حملې د Pancreatitis معمول علايمو څخه ګڼل کېږي.

4- د Oophoritis او Orchitis اړوند علايم: د ګونادو اخته کيدل چې د تبې ، موضعي Tenderness، پړسوب، سره لړې، د زړه بدوالی، کانګې او دګيډې د ښکتنۍ برخې درد، سره يوځای موجود وي عقامت نادراً ليدل کېږي.

5- Mastitis, thyroiditis (خاصتاً په پيغلو نجونو کې) او Presternal Edema مينځ ته راځي چې کله چرک د عسرت بلع او Hoarsness سره يو ځای ليدل کېږي.

لابراتواري پلټنې:

1- د وينې معاينه: په محيطي وينه کې معمولاً leukopenia او نسبي لمفوسيتوز ليدل کېږي اما ځيني نشريو کې ليکل شويدي چې Leukocytosis او Monocytosis موجود وي حال داچې په معتبره طبي منابعو کې PMN-Leukocytosis د ناروغۍ د اختلاطاتو له کبله مينځ ته راځي. په 75% واقعاتو کې د Amylase سويه لوړه وي چې په لومړی هفته کې اندازه ئې 130 Iu/L ته رسېږئ مګر په 2-4 هفتو کې بېرته نورمال حد ته رسېږي.

2- د CSF معاينه: په CSF کې د پروټين سويه خفيفاً لوړه او د ګلوکوز سويه نورمال وي د حجراتو شمير $500/mm^3$ چې اکثرئې لمفوسيت تشکيلوي اما برخلاف په Aseptic Enteroviral Meningitis کې PMN زيات وي.

3- سيرولوژيک معاينات: د کلنيکي علايمو د شتوالي پصورت کې په 75% پيښنو کې انتي بادي د انتي جن مقابل کې اعظمي حد ته رسېږئ اود تشخيص وړ دي او 6-12 مياشتو موده کې بېرته له مينځه ځي د Viral antigen (V) مقابل کې

(c) ketabton.com: The Digital Library

انتي بادي معمولاً د يوې مياشتې موده کې اعظمي حد ته رسي او تر شپږو مياشتو لوړ پاته کېږي او وروسته په تدريجي توګه ددوه کالو په موده کې اصغري حد ته ښکته کېږي.

4- ويرولوژيک معاينات: د ويروس تجريد له CSF، وينې، د خولې لعاب د بلعوم افرازاتو او د ناروغانو د متيازو څخه امکان پذير او ددې موادو کلچر مثبت وي.

تشخيص : د ناروغۍ تشخيص معمولاً د کلنيکي اعراضو، فزيکي، او لابراتواري معايناتو، سيرولوژيک (Complement fixation Hemagglutinins inhibition test) او ويرولوژيک مطالعاتو پواسطه اجراکېږي.

تفريقي تشخيص:

I- د ناروغۍ غدوي شکل د نورو عواملو له کبله د غاړې پړسوب سره تفريقي تشخيص کېږي.

1- د غوږ په قدام او د غاړې د لمفاوي عقداتو پړسوب سره
2- د نکفي غُدې حاد قيحي التهاب
3- قيحي انسدادی Parotitis
4- دنورو ويروسو له کبله Parotitis سره (Lymphocytichorio Meningitis, Coxackie, او CMV ويروسو له کبله:
5- Lymphoma, او lymphosarcoma
6- Recurrent parotitis

II- Pancreatitis: د کله چرک په جريان کې مينځ ته راځي او بايد د ګېډې درد د نورو سببونو سره لکه Appendicitis او Peptic قرحاتو سره تفريقي تشخيص وشي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

III- Meningo Encephalomyelitis، د Parotitis پــــه عـــــدم موجودیت کې هم مینځ ته راتلای شي چې لازم دي لابراتواري معاینـــاتو پذریعـــه د ناروغۍ د نورو سببو سره تفریقي تشخیص اجراشي.

Complication: هېڅ داسې شواهد ندي ترلاسه شوي چې د مورانتـــان بـــه جنین اخته کړي اما د امیدوارۍ په پیلنۍ مرحله کې د Abortion چانس زیاتوي .

1- Meningo-Encephalo Myelitis
2- Orchitis & Epididimytis
3- Oophoritis
4- Nephritis
5- Pancreatitis
6- نور اختلاطات چې لږ معمول دي.

A – Myocarditis
B - Thyroiditis
C-Mastitis

D-Deafness: معمولاً یوطرفه اما په غیر معمول توګه دوه طرفه میـــنځ تـــه راځي. د یوې خوا کو نږوالې 1/15000 پیښې جوړوي چې کېدای شي ګذري او یا دایمې وي

E- Arthritis : التهابي علایم موجود مګـــر کامـــل ښــــه والی حتمـــي دی. Migritory Polyarthralgia کېدای شي موجود وي اما په ماشومانو کې کـــم لیدل کیږي او دوه اونۍ دوام کوي.

7 – عیني اختلاطات لکه Papilitis, Dacryoadenitis د رویت تشوشات (د لیــــدو ســـــتونځي) Uveo Keratitis, Optic Neuritis چـــې Photophobia ، اوښکې بهېدو او د رویت له مینځـــه تلوســـره یـــو ځـــای وي همدارنګه د Thrombocytopenic pupura راپورهم ورکړی شویدی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

8 – **Mumps Embryopathy** او شکرى ديابت: اپيديمولوژيک اړيکـــى لري مګر پتوژنيک ارتباط ئې تراوسه معلوم شوى ندى.

درملنه (Treatment): کومه خاصه تداوي وجود نلـــري. امـــا د نـــاروغي اساسي درملنه په عرضي او تقويوي توګه اجراکېږي. د خولې حفظ الصحه مراعت او دسيروم فزيولوژيک پذريعه پريمنځل شي. تبه، او سردرد د پاراسيتامول په ورکولـــو، استراحت او د Meningo-encephalitis – له کبله سردردي د قطني بـــذل او استراحت پواسطه تداوي شي. Orchitis د بستر استراحت او مسکناتو په تطبيق او موضعې تثبيت پواسطه درملنه وشي ځينې مؤلفين د Corticotherapy يو کـــورس (دوه اونى) توصيه کوي چې دOrchitis او Arthritis درد او پړسوب ډېر ژر له مينځه وړي اما د ناروغۍ په سير لږ تاثير لري Cortison 10mg/kg په څلـــورو کسري دوزو ورکول کېږي د Arthritis په تداوي کې برسيره د استراحت څخه د مسکناتو تطبيق، تربند هم مؤثر ثابت شويدي. د بستر استراحت او غذا د ناروغانو په ميل بايد تنظيم شي او دغير ستيروئيدي ضد التهابي دواګانو څخه استفاده کولى شـــو اما Aspirin دومره مؤثر ندى.

مخنيوى (Prevention): passive Immunization (منفعل معافيت):

د بغت په مخنيوي Hyper Immune Mumps Gamma globuline او د اختلاطاتو په کمښت کې دومره مؤثر ندى او لا تراوسه د بحث لاندې دى.

Active Immunization: د Mumps ژوندى ضعيف شوى ويـــروس څخه جوړ واکسين په تطبيق مينځ ته راځـــي(Jerly Lym Strain). او تـــر 15 مياشتو پورته عمر کې تطبيقېږي. د واکسين د تطبيق نـــه 7-10ورځـــې وروســـته Parotitis ډېر کم مينځ ته راتلاى شي. واکسين په 96% پيښو کې د انتي بادي د توليد سبب کېږي د Mumps مخنيوى 97% پيښو کې مؤثر واقع شويدى چې د

(c) ketabton.com: The Digital Library

ډېرې مودې دپاره دوام کوي د ناروغۍ د اپيډيمي پصورت کې هغه ماشومانو کې چې مخکې واکسين شويدي داناروغی په خفيف شکل مينځ ته راتلای شي چې د تېيتې تبې، نا آرامی، د زړه بدوالي او جلدي اندفاعات (24ساعتو کې له مينځه ځي) تظاهر کوي بايد ووايو چې سببي ويروس نشو تجريد کولی اما د ناروغۍ په مقابل کې دانتي بادي سويه لوړه وي د Mumps واکسين د شري او درې ورځني شري سره يوځای په درې ګوني ډول تهيه شويدی(MMR vaccine).

مؤلفين پدې عقيده دي چې د MMR واکسين ټولو هغو ځوانانو ته چې مخکې ئې د Mumps ناروغۍ نده تيره کړې تطبيق شي او دکلينيک له نظره په 75-90% پيښنو کې مؤثر واقع شويدی.

لومړی نمبر تصوير: د نکفی غدی پړسوب دکله چرک ويروس له کبله

(c) ketabton.com: The Digital Library

شپږم فصل

محرقی تبه یا وچکۍ(Typhoid fever)

تعریف: Enteric fever یو Systemic کلینیکي سندروم دی چې د سلمونیلا مشخص اورګانیزم پواسطه مینځ ته راځی او Typhoid fever اصطلاح هم پکی شامل دي چي د Salmonella Typhi او شبه محرقه د Sal. Para Typhi-A او para typhi-B (Sal. Schottmuelerie) او S.para typhi,C (feldii Sal. Hirsch) پواسطه مینځ ته راځي همدارنګه دا ناروغۍ د نورو سیروتایپونو پواسطه مینځ ته راتلای شي.

اپیدیمولوژي:- د سرایت لیاره ، پیښې (وقوعات) او د S. Typhi اغیزي په پرمخ تللو او مخ پرو ده هیوادو کې ښکاره توپیر لري. جووته ده چې په پر مخ تللو هیوادو کې د محرقې پیښې کم شویدی

دسرایت لیاره ! انسان یواځینی طبیعي منبع د انتان دي چې روغ او سالم اشخاص د منتن اشخاصو سره د مستقیم یا غیر مستقیم تماس پذریعه (مزمن ناروغان یا صحتمند ناقلین) منتن کیږي باید یادونه وشي چې د انتان د سرایت ډیره مهمه لیاره ملوث اوبه او خواړه تشکیلوي (fecal- oral).

دانتان سرایت په ولادي توګه دپلاسنتا له لیاري دمورڅخه (چې په Bactremia) اخته وي جنین ته صورت مومي. د ناروغی شیوع مخ پروده هیوادوکې د چټلواوبو چښلوله کبله(Water born) چې د نادرست Sannitation او یا مستقیماً د fecal - oral له لیاري د فردي او اجتماعی خراب خفظ الصحی له امله مینځ ته راځي. همدارنګه د صدف روزنه، Shilfish ماهي په ولاړو اوبو کې د انتشار او سرایت عمده منبع جوړوي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ناروغي عامل: Entero Bacteriace فامیل پوری مربوط او لاندی مختلف ډولونه لری.

1- Sal, Typhi (چې یو سیرو تایپ لری)

2- Sal, Cholerasuis (چې یو سیرو تایپ لری)

3- Sal. Enteritidis (چې 1800 مختلف سیرو تایپونه لري)

سلمونیلا ګرام منفی، متحرک، ډکی ته ورته باسیل دي چې سپوراو کپسول نلری او اکثر Strains ئې، ګلوکوز، مانوز، او Mannitol په اسیداوګاز تخمر کوی اما Lactose او Saccharose نه تخمرکوی په هوازي یا غیرهوازی او اختیاری شکل نمو کوي دمختلف فزیکي عواملومقابل کې مقاومت لری او د تودوخی په $54.4c^0$ دیو ساعت او$60c^0$په 15 دقیقوکې له مینځه ځي. د تودوخی په ټیټه درجه د ځو ورځویا ممکن هفتو لپاره او همدارنګه په ولاړو اوبو، Dried food staff اوpharmacetical agent او غایطه موادو کې ژوندي پاته کیږي د موسم له نظره دکال په هر فصل کې مینځ ته راځي اما زیاتره پیښې ئې دګرمۍ موسم کې واقع کیږي Entero Bacteriaceae د Salmonella اونورو غړو پشان (O)Somatic antigen او اهدابی انتی جن (H) لرونکی دی چې(O) انتی جن حجروی دیوار دلیپو پولی سکراید څخه جوړ شوی او د حرارت مقابل کې مقاومت لري او اهدابي انتي جن ئي د پروتین څخه جوړ شوی چې دتودوخی په مقابل کې مقاومت نلری. دریم انتی جن (Vi) یا Virulent دي چې پولي سکرایدیک کپسول لری او Sal.Typhi کې موجود دي ځینې وخت Sal T.C هم ددې انتی جن لرونکی دي.

پتالوژي: د Sal.Typhi انتان له کبله مورفولوژیک تغیرات په کوچنیو ماشومانو کې نسبتاً غټو ماشومانو او لویانو ته کم لیدل کیږي Hyperplasia (بنکاره اذیما،د مدور حجراتو ارتشاح) نکروز، د فرشي اپیتل تفلس، وصفي تقرحات

(c) ketabton.com: The Digital Library

په peyer patch کې لیدل کیږي چې بی له ندبی شفا مومي همدارنګه انسداد او تضیقات د محرقی په تعقیب مینځ ته ندی راغلی اما نزف امکان لری موجود او کله کله داسی پیښیږی چې مرضي وتیره عضلی او مصلی طبقی ته نفوذ (penetration) کوي اود تثقب سبب ګرځی لمفاوی عقدات، ځیګراو توری احتقانی، او په عمومی ډول د نکروز محراقی ساحی موجودی وي. د RES هایپر پلازیا یا مونو نوکلیرحجراتو proliferation امکان لري چې د هډوکومغز د نکروتیک ساحو سره یو ځای ولیدل شی د صفراوی کڅوړی دمحراقی التهاب چې په منتشر توګه د باکتریائي. Proliferation پذریعه پوښل شویدی ولیدل شي، د قصباتو التهاب معمول اوهمدارنګه موضعی ابسی، پنومونی،Septic arthritis، Osteomyelitis، pyelonephritis ، Endophthalmitis او Meningitis موجود اولیدل شویدی.

Pathogenesis :- د Enteric fever د تاسس لپاره دوینی دوران ته د Salmonella typhi او یا نورو سیروتایپوداخلیدل ضروری دي همدارنګه د Sal.Typhi (10^5-10^9) باسیلونه د ناروغی دمینځ ته راوړو لپاره ضروری شمیرل کیږی. وروسته له هغي چې د ناروغی عامل کولمو ته داخل شی، د Microvilliاو Brush Broder سره په تماس راځی او د کولمو اپیتل د حملې لا ندې نیسی او peyer's patch ته ځان رسوی وروسته له هغی لمفاوي فولیکولونو یعنی هغه ناحیه چې دباکتری proliferation د Mononuclear حجراتو پداخل کې صورت مومي د حملی لا ندې نیسی داچې د ناروغی مقدم پروسه کې Monocyte د باکتری د تخریب قدرت نلری نو ځکه مصاریقی لمفاوي عقداتو ته رسیږی وروسته دلمفاوی سیستم او صدري قنات له لیاری دوران ته داخل او دbactremias سبب ګرځي دورانی اوګانیزمونه RES (د توري ځیګر، او د هډوکو مغزو) ته رسیږی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د proliferaton وروسته دناروغی عامل پــه ذکــر شــوی حجراتــو کــې Secondry Bactremia مینځ ته راوړی صفراوی کڅوړه یوائینی حساس غړی د ی چې د صفرا یا د وینې له لیاري د منتن کیدو لپاره مساعد دي د ناروغی عامــل موضعی تکثر دصفراوی کڅوړی په جدار کې د زیات شمیر. sal د پیداکیدو ســبب ګرځی او په ثانوی شکل د صفرا څخه کولمو ته رسیږی. حجروی معافیت کوربــه د T-Lymphocyte اندازه په هغــه Typoid fever مقابل کې محافظه کوی د ناروغانوکې چې د ناروغی شدت زیات وي ټیټ دي. صحتمند ناقلین یو شمیر زیــات باسیلونه (خاصتاُ Virulent) په غایطه موادوکې بې لدې چې معائې اپیتــل زیــانمن کړی اطراح کوی.

کلینیکي بنه Clinical features): د ناروغی د تفریخ موده معمــولاً 7-14 ورځو اما د 3-30 ورځو پوری توپیرکوی. دا ناروغی په ټول عمر کې لیدل کیږي او هیڅ عمر مصئون نه پاته کیږي اما د دوه کلنۍ څه ښکته ماشومانو کې د کور نه بهر غذائې موادو سره د لږ تماس له کبله لږ اخته کیږی د ناروغی کلینکی بنه دعمر لــه نظره مختلفومرحلو کې توپیر لری.

1- په نوی زیږیدلی ماشومانوکې: Enteric fever پرته له دې چې د ســقط او مخکی له وخته ولادت سبب کیږي د امیدواری په اخرو وختوکې د جــنین د اختــه کیدو امکانات ډیردي. او ناروغی په نوی زیږیدلي ماشومانو کې معمولاً پــه لومړیــو دریو ورځو کې پیل کوی. کانګی، د نس ناسته، دګیډې پړسوب، معمول او د بــدن تودوخی درجه توپیر لری چې کیدای شي تر $40.5c^0$ ته ورسیږي همدارنګه چاړان (اختلاج) کیدای شي مینځ ته راشي. د ځیګر غټوالي ، ژیړی، او دوزن بایلل ممکن په واضح توګه موجود وي. اکثراً دژبی منځنۍ برخه بارداره او په محیطی برخــه پاکــه وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

2- په شیدی خوړونکو ماشومانو او ترپنځه کلنی پوري: پدی عمرکې محرقه نسبتاً لږ لیدل کیږي اما سره لدې هم کیدای شي چې Sepsis مینځ ته راشي داناروغۍ ظاهراً په تعجب اورشکل سره خفیف وي چې د ناروغی تشخیص کې ستونځې رامینځ ته کوي. او یا داچې له تشخیص نه لري پاته کیږي ټیټه تبه او ناراحتی ممکنه ده چې د یو ویروسي سندروم غلط تشخیص را په ګوته کړي اما کیدای شي چې د Sal. Typhi کلچر مثبت وي په کوچنیو ماشومانو کې دنس ناسته نسبت لویانو ته ډیر معمول دي چې معاینه کوونکی فکر Gastroenteritis ته راګرځوی اما ځینی ناروغانو کې امکان لری سفلی تنفسی سیستم دانتان اعراض او علایم موجود وي.

3- دمکتب عمر او Adolescent مرحله کې:- ناروغی په تدریجی ډول شروع کوی او ابتدائی اعراض د تبې، ناراحتی بی اشتهائی، د عضلاتو درد، سرخوږ، او ګیډې دردونه چې د 2-3 ورځو په موده کې مینځ ته راځی او امکان لری چې د ناروغی په پیل کې د نس ناسته موجوده وي قبضیت وروسته مینځ ته راځی د زړه بدوالی او کانګی معمول ندی او موجودیت ئې په دوهمه اودریمه هفته کې دناروغۍ په اختلاطاتو دلالت کوی ټوخی او Epistaxis (رعاف) ممکن ولیدل شي همدارنګه شدید Lethargy په ځینی ناروغانو کې پیداشي تبه چې دزینې دپاوړیو پشان پورته ځی Unremittent ګرځي او د یوې اونۍ په موده کې $40c^0$ ته رسیږی د ناروغی په دوهمه اونۍ کې تبه لوړه پاته کیږي . ستړ یا، بی اشتهائی، ټوخی اوبطنی اعراض شدت اختیاروي او ناروغ په واضح توګه ناروغ معلومیږي. (patient looks ill)، بې موازنه او Lethargic وي هذیان، Stupor او شعورئې غیر نورمال وي. په فزیکی معاینه کې د توری او ځیګر غټوالی د ګیډې پړسوب او یا منتشر Tenderness معمولاً موجود وي همدارنګه په نسبتی توګه Bradycardia د نامتناسب تبې سره یو ځای موجوده وي یو نوع

(c) ketabton.com: The Digital Library

جلدی اندفاعات چې Maculopapular وصف لــري او تقريبــاً 50 فيصــده ناروغانو کې ليدل کيږي معمولاً د ناروغۍ په اوومه او لسمه ورځ مينځ ته راځی چې احمراری ، تيت او پراګنده وي او 1-5 ملی متر قطر لري او په لږ فشار له مينځــه ځی. د شميرله نظره 10-15 عدده د سينی په ښکتنۍ برخه کې ليدل کيږي او 2-3 ورځي دوام کوی او د شفايابی مرحله کې د جلد دپاسه يو خفيف نصواری رنــګ تغير پاته کيږي. دغه جلدی lesion د باکتريائې امبولي په نتيجه کې مينځ ته راځي او په 60 فيصده پيښو کې د دې Lesion موادو کلچر مثبت وي دسږو په اصغاء کې منتشر Rale او Ronchi اوريدل کيږي که ناروغۍ بې له اختلاط سيروکړی نو د2-4 هفتو کې په تدريجی توګه له مينځه ځی دا امکا ن لری چــې نــاراحتی ، Lethargy 1يا2 مياشتی نور دوام وکړی که چيرې ناروغ شديده Toxemia ولری احساس ئې مختل کيږي . apathic او Stupor حالت تــه داخليــږي، د ناروغۍ په دوهمه اويا دريمه هفته کې نزف ممکن منځ ته راشي او په Exudative peritonitis منجرشــي Enteric fever چــې د Non Typhoidal Salmonella له کبله وي معمولاً خفيف او د تبی duration لنډ او د اختلاطاتو سطح ئي ټيټه وي.

- شبه محرقه، محرقې ته ورته او خفيف سير لری او زياد معندوي بطنی اعــراض او علايم ئې نسبت محرقي ته ډير کم دوام کوی.

لابراتواري معاينات:

1- د وينی معاينه: Normocytic Normochromic An, د ناروغی په څو هفتو کې مينځته راځی چې په غايطه موادوکې د وينې د ضايع کيدو او د مخ عظم د انحطاط له کبله وي د WBC اندازه د تبې او Toxicity په تناســب ښکتــه وي اماکيدای شي چې زيات وي معمولاً د Leukopenia اندازه لــه $2500/mm^3$ څخه کم نه وي او غالباُ د لومړی او دوهمی اونۍ وروسته مشاهده کيــږی مګــر د

(c) ketabton.com: The Digital Library

تقيحي ابسي ګانو دجوړيـــدو پصـــورت کـــې د Leukocytosis -20,000) 25,000/mm^3) موجود وی په ځينو طبی خپرونو کې يادونه شوې چې WBC به نورمال يا ټيټ حدودوکې وي. همدارنګه په لومړی اونۍ کـــې لوکوســـيتوزاوپه دوهمه اونۍ کې Leukopenia او Thrombocytopenia هميشه دنسبی Lymphocytosis سره يو ځای وي په لومړی اونۍ کې له 75% څخه زيـــات ناروغانو کې د وينې کلچر S, Typhi ښئې په غير انديميک مناطقو او په غير معاف افرادو کې د widal Agglutination Test انتي جن "O" تايتر 1:160 د ناروغی په لومړی هفته کې د تشخيص لپاره کافی مرسته کـــوی او Vi- antigen 1:5 او يا تر دې لوړ په غير انديميک مناطقو کې وصفي دي امايه هندوستان کـــې د انتی جن "O" 1:80 د ناروغی په لسمه ورځ په تشخيص کې ارزښتناکـــه ښـــودل شويدی. چې په همدی اساس Widal Test د Duration له نظره په لومـــړی هفته کې (42%) په دوهم کې(56%) دريمه کې (76%) او په څلورمه اونـــۍ کې (60%) په هندی کتنو کې مثبت ارزيابی شويدی. د انتی بادی تايترلوړيـــږي د "O" انتی جن مقابل کې د انتی بادی تايتر لوړيدل او د محرقی اوشبه محرقی لپاره Pathognomonic دي. د H انتی جن مقابل کې د انتی بادی لوړ تايتر د محرقی او شبه محرقی(Bاو.A)انتان د لالت کوی که چيری ماشوم په سابقه کې د para typhoid fever انتان تيرکړی وي او يا د TAB واکسين پواسطه معاف شـــوي وي د H انتی جن مقابل کې انتی بادی ســـويه لـــوړه او همدارنګـــه پـــه Non typhoid feverکې د انتی بادی H تايتر په سرعت لوړيږي مګر د "O"انتـــی جن مقابل کې انتی بادي نه لوړيږي.چې دي ته Anomnestic reaction وائې د S.Typhi انتی جن مقابل کې ايمونو لوژيک حجروی عکس العملونه د لومـــړی اونۍ څخه وروسته مينځ ته راځی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

1-د تشو میتازو معاینه: Proteinuria موجود او په دوهمه اونۍ کې د Salmonella کلچر مثبت وي. مګر ځینې طبي خپرونو کې دلومړۍ اونۍ په ختم او همدارنګه په ناقلینو کې د ادرارو کلچر مثبت ښودلی شوي دي.

2 -د غایطه موادو معاینه: WBC او د وینې موجودیت په غایطه موادو کې زیات معمول دي چې د دوهمې هفتې په اخر کې د غایطه موادو کلچر کله ناکله حتی د ناروغۍ د تفریخ دوره کې او همدارنګه ناقلینو کې مثبت ارزیابی شویدی.

تشخیص : د ناروغۍ ځینې کلینیکي علامې (نښې نښانې) د محرقې د تشخیص لپاره وصفي دي چې لدي جملې څخه Tympanitis په هندی تجاربو کې ارزښتناکه تشخیصیه علامه ګڼل شویده. همدارنګه په اندیمیک سیمو کې ټولې هغه تبې چې اوه ورځو څخه زیات دوام وکړي خاصتاً هغه تبې چې موضعی علایم ورسره موجود نه وي همدارنګه که چیرې Bradycardia موجود وي یوه وصفي علامه ده. په ځینو نشریو کې د ,Sallmon ځینې ,Strains ، د تشخیص په بنسټ کې شامل ګڼل شویدی. مګر په ځینې نوروکې د وینې کلچر د ناروغۍ په مقدم سیرکې په 40-60 فیصده ناروغانو کې مثبت دي د هډوکو د مغزوکلچر غالباً د ناروغۍ په اخرمرحلو کې مثبت وي اما په ځینې وختو کې داسې پیښې شویدی چې د وینې کلچر منفي اما د مصاریقی لمفاوي عقداتو ځیګر او توری کلچر همزمان مثبت ښودل شوی دي دهډوکی دمغزوکلچرچې په 80-90 فیصده پیښو کې تثبیت شویدی یواځینی حساس او تشخیصیه طریقه ده او خپل اعتبار ئې سره له دې چې که ناروغ ضد میکروبی درمل هم اخستی وي خپل موقف ئې ساتلي دي. په هغه حالا توکې چې د غایطه موادو کلچر منفی وي او یا مشکوک پیښو کې خاصتاً مزمن ناقلینو کې د اثناعشر String capsules اسپیری شوي مواد ممکن د انتان په تائید کې مرسته وکړي د وظیفوی دماغی بی نظمی په صورت کې چې احتمالاً په Encephaloathy دلالت کوی L-P اجرا شي تر څو TBMسره تفریقي

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص وشي، د Sal. Typhi کلچر تشخیصیه ارزښت لري اما له دري ورځو زیات وخت نیسی.

تفریقي تشخیص:- د Enteric fever په لومړی مرحله کې د کلینیک له نظره امکان لري اشتباهاً GastroEnteritis خواته فکر وشي، او همدارنګه دSepsis په شمول چې دنورو پتوجن باکتریاو له کبله یاد داخل حجروی اورګانیزمو له کبله لکه TB ، بروسیلوز، Malignancies (Lymphoma, Leukemia) باید په پام کې ونیول شي، همدارنګه SubacuteBacterial-Endocarditis ،Endocarditis، IMN،Leptospirosis، Tularemia، Typhus، او Ulcerativjejunitis سره تفریقي تشخیص وشي.

Complication

Orodental -1 : د فمی جوف نادرسته حفظ الصحه او parotitis .

2 - دتنفسی سیستم اختلاطات

Bronchitis (10 % پیښې په ماشومانو کې جوړوی).

Pneumonia (دتالی انتاناتو له کبله نسبت salmonella ته او ماشومانو کې نسبت غټانو ته زیات معمول دي.) او همدارنګه ریوي احتشا (Plu. Infection)په اختلاطاتو کې شامل دي.

3 - قلبی Myocarditis: د معمول اختلاطاتو څخه شمیرل کیږي او ممکن په Toxic شکل کې په مصابینو کې ظاهر شي چې.Sinoatrial Block، arrhythmia په ECG کې (T او ST موجه تغیرات)، Cardiogenic Shock، د ځیګر شحمی ارتشاح د مایوکارد او اندوکار د نکروز.

4 - اوعیوی اختلاطات: Thrombosis او phlebitis چې ډیر لږ واقع کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

5- د ځیګر او صفراکڅوړې: Hepatitis ،Fatty-liver دځیګـــر ابســـې cholecystitis اوHepatitis چې په ښکاره ډول وظایف یې مختل شــوی وی شامل دي

6- معدې معائې سیستم: اسهال،معائې تثقب ، معائی نـــزف عمـــومي او موضـــعې peritonitis چې په جراحی برخه کې لوستل کیږي .

Neurological- 7 : د ناروغی د معمول اختلاطاتو څخه شمیرل کیږي چـــې د داخل قحفی لوړ فشار، د دماغی اوعیي ترومبوز، AcuteCerebellarAtaxia، Chorea، Deafness، Aphasia،psychosis او -Transvers myelitis څخه عبـــارت دی.Peripheral-Neuritis، opticNeuritis او همدارنګه د Encephalitis او Meningitis راپورهم ورکړل شویدی.

Skletal-8 : Chronicosteomyelitis ، Septic arthritis او د هډوکو د مغزو وژونکی Necrosis .

9- متفرقه: د ویښتـــانو توئیـــدل، uveitis ، orchitis ، Lymphadenitis قیحي parotitis ، pancreatitis (دامیلاز لوړه سویه).

10- کلیوی pyelonephritis او Nephrotic syndrom.

11 -د ناروغی نکس: معمولاً شپږ اونی وروسته واقع کیږي یا مینځ ته راتلای شي.

12 -دا ممکنه ده چې osteomyelitis او Septic-arthritis په نورمال کوربه (میزبان) کې مینځ ته راشی اما په هغه ماشومانو کې چې په Hb-pathy اختــه وي ډیر زیات معمول دي.

د ناروغی مخنیوي "prevention"

I په اندیمیک سیمو کې عمومي اهتمامات: - د چښلو صحی او پاک اوبو تهیه کول، لا زم Sannitation د ناروغی د مخنیوی او کنترول لپاره ضروری ګڼـــل کیږي . همدارنګه د یو شخص نه بل ته د انتان د انتقال د مخنیوي، پـــه خـــاطر د

(c) ketabton.com: The Digital Library

خواړو ملوث کیدو څخه مخنیوي د شخصی حفظ الصحی مراعت کــول، دلاســو پرېمنځل او د خواړو په تیارولو کې لازمه توجه د اهمیت وړدي. همدارنګه د انتان د ناقلینو پیژندل او تشخیص کول د اهمیت وړ دي ځکه چې انســان د S. Typhi دانتان یواځینی منبع جوړوي. په هغه صورت کې چې دا اهتمامات نتیجه ورنکړی نو لا زم دي چې صحتمند ناقلین په وظیفوی لحاظ د اوبو او خواړو توزیع ځاي (اشــپز خانه کې) او هغه دندو کی چې د ناروغ سره سروکار لــري ونــه ګمــارل شــي، همدارنګه دغه اشخاص باید د سرایت د پوتنسیال او لاس پرېمنځلو اهمیت څخه او د شخصی حفظ الصحی دمراعت کولو د اهمیت څخه باخبره شي.

vaccination II :

1. *Heat phenol inactivated vaccine-* : دلس کلنــی وروســته 0.5ml او په ځوانو ماشومانو کې0.25ml په دوه دوزو هرو څلورو اونیو وروسته د پوټکی لاندې تطبیق کیږي او بوستر دوز ئي درې کاله وورسته په اندیمیک ســیمو کې یو ځل تطبیق کیږي چې په 51- 76 فیصده پیښو کې موثر واقع شویدي اما باید په پام کې ونیسو چې جانبی عوارض هم لری چې عبارت دې له تبه، موضعی عکــس العمل،سردردی، څخه چې حد اقل په 25%Reciepient (هغــه څــوک چــې واکسین کیږي) لیدل شویدي.

2 -پدې وروستوکې یو ډول واکسین چې ژوندی ضعیف شوي فمــی مستحضــر (vivotife) چې دSal.Ty 21,a له نوع څخه دي د تطبیق لپاره اجازه ورکړی شویده .په څیړنو کې ثابته شویده چې 67-82% پیښو کې مــوثر تمــام شــویدي همدارنګه ددې واکسین مثبت نتایج له چلی او مصر څخه هم رارسیدلي دي. جــانبی عــوارض ئــې کــم او نــادر دي. د واکســین Enteric Coatedcapsule څلورکپسول یو ورځ ترمنځ ورکول کیږي اما له شپږ کلنی ښکته عمر کې نه توصیه کیږي په شیدوخوړونکو او Todlers ماشومانوکې ددې واکسین مقابل کې معافیتی

(c) ketabton.com: The Digital Library

عکس العمل نه تولیدېږي همدارنګـــه هغــه ماشـــومانو کـــې چـــې Immune Defficient سندروم اخته دي باید تطبیق نشي.

3 -هغه واکسین چې د Vi–Poly sacharidic کپسول څخه د پروتین ســره د ترکیب او یا غیر له ترکیب نه جوړ شویدي تراوسه د مناقشې لا ندې دي، په اندیمیک سیموکې دا واکسین مسافرینو ته تطبیق کیږي خاصتاً په لا تین امریکا، جنوب شرقی اسیا، او افریقا کې چې دا ډول مسافرین د مراقبت لا ندې نیول کیږي ځکه چـــې دا واکسین 100% د حفظ الصحی متضمن ندي. دا واکسین هغه اشخاصو کې چې د ناقلینو سره په تماس کې دي هم تطبیق کیږي د ناروغی ناقـــل تجریـــد، ادرار، او غایطه موادئې په صحی صورت سره د فن او د ناروغ سره په تماس کې اشـــخاص لزوماً واکسین شي باید وویل شي چې بهترین او مناسبترین واکسین چې نـــن تـــرې استفاده کیږي

Killed by aceton and dried vacin -4: د اســیتون پواســطه وژل شوي او وچ شوي واکسین دي چې 0.25ml-0.5ml تحت الجلدی په دوه دوزه دیوی اونۍ په فاصله او یا داچې 0.1ml د پوټکی پداخل کـــې (Intradermal) تطبیق کیږي چې سیرولوژیک او ایمونو لوژیک نتایج یې ښه تر لاسه شویدی.

تداوی: د ناروغی تداوی دوه عمده برخې لري.

1- -عمومي او تقویوی اهتمامات

2- -درملنه

1- عمومي او تقویوي اهتمامات

A- د نرسنګ پاملرنه: Orodental حفظ الصحه، د انتـــی ســـپتیک محلـــول پواسطه د خولې پرله پسې پریمنځل، د کولمواو مثانې وظیفوی تعادل برقرارول، په مثانه کې دادرارو درکودت څخه جلو ګیری دقبضیت لپاره د خاص اهتمامـــاتو نیـــول (پارافین، یاملیناتو څه استفاده کول) په بستره کې ناروغ ته تغیروضعیت ورکول چې

(c) ketabton.com: The Digital Library

د بستر دزخم څخه مخنيوی کوي همدارنګه د اطراحی موادو او ادرارو پواسطه د جلد ملوث کيدو څخه مخنيوی، او د رابری بالښتو او نرم توشکو څخه استفاده کول دي.

B - غذائی رژیم : غذائی پرهیز باید توصیه نشي همدارنګه دا هم ضروری نده چې په نرم او ملایم بې مزه خواړو باندې ټېنګار وشي. او هم د نورمال ضرورت نه پرته د اضافي میتابولیک ضرورتو چې د تبې له کبله مینځ ته راځې د جبران پخاطر کافی کالوری ، ویتامینونه، داوسپنی مرکبات او پروتین توصیه شي، په کولمو کې دغذائی موادو په موجودیت معائي قرحات هم ژر تر میم کیږي هغه ناروغانو ته چې ډیر ناروغه وي په نس ناسته او دکولمو په فلج اخته او یا په دوامداره توګه کانګی ولري لازم دي چې وریدی تداوی اجرا شي.

C: د اوبو اوا لکترولایتو توازن وساتل شي.

D: په شدید Toxemia، او د محیطي دوران عدم کفایه، کې کورتیکو ستیروئید د څو ورځو لپاره تجویز کېږي.

E: د تبی ضد درمل بایدپه مناسب ډول تطبیق شي څکه چې د تودوخې درجه ډیر ژر ښکته کوی.

F: د اختلاطاتو تداوی: دنزف په موجودیت کې نقل الدم د تثقب په صورت کې جراحی تداوی یا محافظه کارانه تداوی اجرا شي، د Thrombocytopenia په پیښو کې د دمویه صفیحاتو نقل الدم اجراشي،

2- دوائي درملنه: میکروبی ضد درملونه په وچکی اخته ناروغانوکې تشخیص او تداوی له نظره ضروری اوهمدارنګه د میکروبی ضد درمل انتخاب Contro vertial دي د اکثر درملی رژیمو په مقابل کي (5- 20%) پیښوکې د ناروغی بیامینځ ته راتګ (عدد) خطر زیات دی. دوائي درملنه په جدول کي ښودل شویدي.

(... جدول)

(c) ketabton.com: The Digital Library

جدول نمبر (3) تداوی محرقه نزد اطفال

Optimal therapy | Alternative drugs

تب محرقه غیر اختلاطی	انتی بیوتیک	Mg/kg	مدت تداوی بروز	AB	dose	day
خوب حساس	Chloramphinicol amoxicilline	50-75 75-100	14-21 14	Oflox or cipro	15	5-7*
Multi drug resistant	Fluoroquinolone Or cefixime	15 15-20	5-7 7-14	.azithro cefixime	8-10 15-20	7 7-14
Quinolone† resistant	Azithromycine or ceftriaxone	8-10 75	7 10-14	cefixime	20	7-14
محرقه شدید						
خوب حساس	Ampicilline or ceftriaxion	100 60-75	14 10-14	Oflox or cipro	15	10-14
Multi drug resistants	fluoroquinolone	15	10-14	Ceftriaxon or cefotaxime	60 80	10-14 10-14
Quinolone† resistant	Ceftriaxone	60-75	10-14	fluoroquinolone	20-30	14
† azithromycine , 3rd generation cephalo sporine or high dose fluoroquinolone 10-14 days * کورس تداوی سه روزه نیز کافی می باشد بخصوص در حالات اپیدیمیک						

په مقـــاوم پیښــــوکې دکلچـــرد نتــــایجو تررســــېدولوپورې دCefotaximeیـــا Ceftriaxone څخه استفاده وشي برسیره پر دی یو لنــډ کــورس د 3mg/kg Dexsamethasone په پیل او وروســـته 1mg/kg/Bw هـــر شـــپږ ســـاعته وروسته د 48 ساعتو لپاره، هغه ناروغانو ته چې پــه Shock, مرګــونی حالـــت - stupor کو ما، شدید Toxemia او یا په اوږد محال نـــاروغی محکـــوم وي تطبیق شي تر څو د ناروغ عمومي حالت ښه او Sequelae پیښی هم ټیټ شي.

انذار (prognosis): د ناروغی خفیف واقعات کله نا کله دتقویوی اهتماماتو پـــه مقابل کې حتی بی له دې چې انتی بیوتیک استعمال شي ښه ځـــواب ورکـــوی پـــه ناتداوي شوي پیښو کې 10% مړینه ښودل شویده اما د عصری درملنې په نتیجـــه کې د مړینی اندازه له یو فیصد څخه کمه ده اما په ماشومانوکې د صحتمند نـــاقلینو موده اوږده وي چې 3-6 میاشتو پورې ښودل شویده چې پدغه مرحله د بیا درملنی، د شاګرد اخراج له مکتب څخه او یا له نورو فعالیتو ګوښي کول نه ایجابوی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

اما باید وویل شي چې د ناروغی انذار د مناسب انتی بیوتیک پواسطه چې مقدم توګه شروع شوي وي ښه دي. دمناسب درملنی سره سره 10-20 فیصده واقعاتو کې 1-3 اونۍ د شفا وروسته د ناروغی عود(بیامینځ ته راتګ) راپور ورکړل شویدي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

اووم فصل

پولیو"Poliomyelitis"(د ماشومانو د فلج ناروغي)

تعریف : یوه حاد انتاني ناروغي ده چې د Enterovirus پواسطه مینځ ته راځي د نړۍ په زیاتره هېوادو کې په اندیمیک شکل لیدل کېږي او دکلینیک له مخــې دا ناروغي دیو غیر واضح شکل څخه، د عضلاتو وسیع فلج، تنفسي بـــې کفـــایتي، او ترمړینې پورې توپیر کوي.

اپیدیمولوژي

د ناروغۍ عامل د پولیو RNA Virus دي چې درې سیروتایپ لري چـــې اول تایپ ئې زیات معمول او Typ II ډېر کم د Paralytic Poliomyelitis سبب کېږي.

د سرایت لیاره: د ناروغۍ د پیل وروسته د 6-8 هفتو پورې د ناروغۍ عامل په غایطه موادوکې اطراح کېږي او په محیط کې قابل هضم مواد د نـــاروغ د غایطـــه موادو پواسطه ملوث او همدارنګه د مستقیم تماس او یاد مچانو او حشراتو پواســـطه انتقال کوي همدارنګه د اوبوله لیارې (Water born) ډېر لږ سرایت کوي پـــدې معنی چې د غذائي موادو ملوث کېدل د Septic ځاګانو پذریعه صورت نیســـي. او دخولې له لیارې هضمي جهاز او بدن ته داخلېږي.

- د اقلیم له نظره د کال په ګرم موسم کې زیات معمول دي.
- *مساعد کوونکی فکتوروونه*

1- Adenoidectomy,Tonsillectomy او د غاښو ویستل، داپیـــدیمي پـــه وخت کې د فلج لپاره زمینه برابروي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

2- شاقه فزيکي تمرينات او سترړيا.

3- عضلي زرقيات خاصتاً Depot ډوله DPT واکسين پواسطه امکان لري فلـــج مينځ ته راشي.

4- همدارنګه کورتيزون د ناروغۍ شدت زياتوي په انديميک سيمو کې د پوليو پيښې پنځه کلنۍ ښکته او په خاص ډول له دوه کلنۍ ټيټ عمر کې زيات ليدل کېږي.

- اما په غير انديميک سيمو کې چې حفظ الصحي سطح ټيټه وي د ناروغۍ پيښې د 5-14 کلنۍ پورې ډېر ليدل کېږي دا ويروس 90-95 فيصده پيښـــو کـــې پـــه Subclinical ، 5 فيصده د غير وصفي تبې لرونکې ناروغۍ او 1-3 فيصده پورې د Aseptic Meningitis او Paralytic disease شکل مينځ ته راځي. پـــه انديميک سيمو کې اکثر لوی ماشومان او غټان د يو غيرواضح انتان د تيرولو په نسبت معافيت حاصل کړی وي.

ميزبان (کوربه): د انتان يواځني منبع انسانان تشکيلوي چې د پنځه کلنۍ ښکته په خاصه توګه له دوه کلنۍ ښکته عمر ماشومان پدي ناروغي اخته کيږي. پـــه غـــير انديميک سيموکي د 5-4 کلنۍ عمر کي د ناروغي پيښي ليدل شويدي.

Pathogenesis: دا ويروس په انفي بلعومي ناحيه کې ددخول وروســـته پـــه کولمو کې (د انتان ضد موضعې نسجي معافيت د نه موجوديت پصورت کې) تکثـــر کوي وروسته ReticuloEndothelial ساختمانو او ناحيوي لمفاوي عقداتو تـــه رسېږي. چې يو لنډ محال Viremia مينځ ته راوړي او په نتيجه کې په کولمـــو او دوران کې باالخاصه انتي بادي ګانې جوړېږي. که چېرې معافيتي عکس العمل چټک او تام وي ويروس خنثی او ناروغۍ مينځ ته راتلای نشي د ويروس په تکثري ناحيـــه کې انتي بادي ګانې په خاص ډول Extraneuronal عمل کوي په هغه صـــورت کې چې د ويروس د انتشار لپاره مساعده زمينه موجوده وي د عصـــبي Axon لـــه ليارې يا مستقيماً د دوران له ليارې مرکزي عصبي سيستم اخته کوي همدارنګـــه د

(c) ketabton.com: The Digital Library

ناروغۍ عامل ځينې وخت د CNS نورې برخې لکه د نخاع قدامي قرن، د قحفي ازواجو هستي، د بصلي حياتي مركز، Vermis او مخيخي هستې په انتخابي توګه اخته کوي.

پتالوژي: ويروس په انتخابي توګه د CNS ځنې برخې اخته کوي چې په همدې بناً کلينيکي بڼه ئې په اخته ناحيو پورې اړه لري چې په عمده ډول دا ناحيئ عبارت دی له، د نخاع قدامي قرن، قحفي بطيني ازواجو هستې، د بصلي حياتي مركز، Vermis او د مخيخ قشري هستې چې د زيان اندازه ئې کېداى شي ګذري، خفيف، شديد او يا وسيع وي اما بايد يادونه وشي چې د شوکې نخاع سپين جوهر(White matter) د مخيخي نيمې کري، او ددماغ غير حرکي قشر، نه اخته کوي.

کلينيکي بڼه (Clinical feature)

د تفريخ موده يې 7-14 ورځې ده اما حدودئې(5-35) ورځو ښودل شويدي په اکثر ناروغانو کې ناروغۍ ديو غير واضح انتان يا Minor illness پشکل سيرکوي اما ځينې ددې انتاناتو څخه د Major illness سبب کېږي چې کېداى شي د فلج سره مل او يا فلج ونلري.

Minor Illness: د ناروغۍ خفيف شکل کېداى شي د Abortive يا Inapparent (غيرواضح) شکل مينځ ته راشي.

Abortive polio.- A: د ناروغۍ داشکل 1-4 ورځو دوام کوي تبه د سر خوږ، د ستوني درد، د زړه بدوالى، کانګې، بې اشتهايي او دګېډې نامعلوم دردونه په اعراضو کې شامل دي همدارنګه د ستوني خفيف احتقان (سوروالى) موجود اما عصبي تظاهرات پکې موجود نه وي، کله ناکله دا ناروغۍ د يوه موٌقتي ښه والى په تعقيب شدت اختياروي چې د فلجي اشکالو د تأسس سره يوځاى وي د ناروغۍ تشخيص د اپيډيمولوژيک سيرولوژيک او ويرولوژيک شواهدو پذريعه ترسره کېږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

B -.Asymptomatic Poliomyelitis یا *Inapparentpolio*: د ناروغۍ داشکل یوائې په ویرولوژیک معایناتو تشخیص کېدای شي.

II - Major Illness: د ناروغۍ په دې شکل کې مرکزي عصبي سیستم اخته او لاندې ذکر شوی سیر اختیار وي.

A - Aseptic Meningitis like synd. Without paralysis:

کېدای شي د ناروغۍ پیل وي اویا امکان لري د خفا دورې څو ورځې وروسته د Minor Illness په تعقیب مینځ ته راشي. د زړه بدوالی، کانګې، او دسر خوږ د ناروغانو عمده شکایت تشکیلوي. د ظهري ناحئې او سفلی طرف Stiffness موجود وي همدارنګه د غاړې شخوالی معمولاً موجودوي چې د ناروغۍ په تشخیص کې رول لري اوپه لاندې علایمو ارزیابي کېږي.

الف: Tripod Sign: که چېرې ماشوم څخه خواهش وکړو چې بې له مرستې کښیني نو له یوې خوا و بلې خواته اوړي، زنګانونه خپل قاتوي او لاسونه شاته ږدي او کوښښ کوي ترڅو کښیني او یوحالت اختیاروي چې ته به وائې Tripod Position دی.

ب: Kiss the knee Test: د ناروغ زنګنونه هوار ساتو او د هغې څخه خواهش کوو چې خپل زنګانونه ماچ (چچې) کړي د پولیو په موجودیت کې د شوکې عضلاتو شخي او درد له کبله پدې عملیه نه موفق کېږي او په چټکۍ سره خپل سفلی طرف قاتوي.

ج: Head dropSign: معاینه کوونکی خپل لاسونه د ناروغ په اوږو(تر شا) کېږدي او تنه (جذع) به ئې پورته کړي پدې صورت کې د ناروغ رأس (سر) په نرمۍ سره شاته ځي.

د: Neck rigidity: د ناروغ د غاړې شخوالی داسې ارزیابي کېږي چې رأس ئې د میز په غاړه (کنار) ږدو که چېرې د غاړې شخوالی ارادي وي دوامدار پاته

(c) ketabton.com: The Digital Library

کېږي او که غير ارادي وي نو له مينځه ځي بناً په هغه صورت کې چې ماشـــوم پـــه پوليواخته وي او په پرمخ په ميزباندې واچولی شي د غاړې شخوالی له مينځه ځي.

د CSF په معاينه کې حجرات او پروتين په متوسط اندازه لوړېږي حجرات پـــه ابتداکې امکان لري PMN او وروسته د Lymphocyte شمېره لوړه شي.

Paralytic Poliomyelitis -B: د ناروغۍ داشکل د پوليو انتـــان د غـــير معمول تظاهراتو څخه دي چې کلنيکي بڼه ئې د اخته ناحيئ پورې اړه لري.

1- Spinal *شکل*: د شوکې عضلا تو فلج ممکن دی چې په آني توګه مينځ ته راشي. د عضلاتو درد، Hyperesthesia، رعشه، او د عميق وتـــرې عکســـاتو بدلونونه مخکې له فلج څخه موجود وي د توضع له نظره دعضلاتو فلج غير متناظر اما د فلج درجه په نهاياتو کې توپير کوي. د حجاب حاجز او بين الضلعي عضـــلاتو اخته کېدو له کبله تنفسي ستونځې رامينځ ته کېږي او عصبي او تو نـــوم(خودکـــار) اعصاب عموماً مصئون پاته کېږي اما د متيازو ګذري احتباس او قبضيت ليدل کېږي.

2- Bulbar and Bulbo Spinal *شکل*: فلجي شکل تقريباً له 10 فيصده څخه کم پيښې تشکيلوي او د ناروغ ژوند په خطر کې اچوي اما هميشه وژونکی نه وي. د Vagus عصب د فلج له کبله د نرم حنک، بلعوم او صوتي حبولو ضـــعيفي مينځ ته راځي د ناروغ اواز انفي طنين غوره او خشن کېږي د تنفس عمليه او بلع په سختي اجرا او ناروغ چټبل شوي مايعات او خواړه د پزې له لیارې بېرته راګـــرزوي او په بلعوم کې افرازات راټولېږي. کوم افرازات چې بلعوم کې راټول شوي سږو ته انشاق او دPneumonia او Atelectasis سبب کېدای شي کله چې تنفســـي مرکز اخته کړي د ناروغ تنفس غير منظم او بطي کېږي بايد په ياد ولرو چې د پوليو په سير کې د تنفسي سيستم ماؤف کېدل د لا ندې عواملو په نتيجه کې ميـــنځ تـــه راځي.

- د حجاب حاجز او بين الضلعي عضلاتو فلج.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- په Medulla oblongata او حدبه (Pons) کې دتنفسي مرکز متضرر کېدل.
- د افرازاتو Aspiration
- کله چې Vasomotor مراکز اخته شي نو په نبض او د وينې فشارکې تغــيرات مينځ ته راځي د ناروغانو پوستکی احمراري، خړ او لکه دار معلومېږي، نبض چټک، ضعيف او خيطي وي ناروغ ناراحت، پريشانه، هذياني، شعورئې مختل او کوما تــه داخلېږي.
- Bulbar poliomyelitis امکان لري چې د شوکې عضلاتو د فلج ســره يوځای وي يا خير؟
- فلج معمولاً غير متناظر، تکلم او قلبي تنفسي وظايف مخشوش او تقريباً ټول د مړينې سبب کېږي. دعضلا تواتروفي په 4-8 هفتوکې رابرسېره کېږي او فلج شوي عضلات امکان لري چې د شپږو مياشتو په موده کې ښه والی ومومي.
3- Encep halitic form: ناروغ تخريش پذير، او هذياني وي همدارنګــه امکان لري چې رعشه، چاړان (اختلاج) په ناروغانو کې موجود وي او خپل تــوازن له لاسه ورکړي.

لابراتواري معاينات او دناروغۍ تشخيص: د ناروغۍ تشــخيص د تــاريخچې، کلنيکي بڼې خاصتاً غير متناظر او نرم فلج پواسطه صورت مومي. ناروغۍ داپيديمي په وخت کې ټولې هغه ناروغۍ ګانې چې دستوني درد، سرخوږ، تبه، دظهري، ورنــو، غاړې او د ظهرې عضلاتو درد او شخې ولــري لازمــه ده چــې احتمــالي Non paralytic poliomyelitis په نظر کې ونيسو قطني بذل د ABM دردولو په منظور بايد اجراشي د CSF معاينه يو متوسط اندازه د حجراتو زياتوالی او د پروتين ناثابت زيادښت وښيئ. اما ګلوکوز او کلورايد نورمال وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- د CSF حجراتو شمېره د پوليو په صورت کې $200^{cell}/mm^3$ ته رسېږي چې په لومړيو ورځو کې PMN او وروسته Lymphocyte يا Monocyte ډېر ليدل کېږي.

- د ناروغۍ عامل 3-5 ورځې د Meningitis د رابرسېره کېدو وروسته د CSF څخه تجريد کېداى شي د پروتين سويه معمولاً په دوهمه او دريمه هفته کې 50-200 mg% ته رسېږي او په لومړۍ هفته کې اکثراُ نورمال وي کلچر نتيجه ورکوي او دنورو Enterovirus ناروغيو سره تفريقي تشخيص اجراکېږي د CSF کلچر نتيجه منفي او ځينې وخت ويروس تجريد کېداى شي. په غايطه موادو کې د پوليو ويروس موجوديت تشخيص وضع کولی نشي.

- د نقاهت په دوره کې دسيروم انتي بادي ګانو اندازه لوړه وي په خلص ډول بايد وويل شي چې د پوليو د تشخيص لپاره لاندينې ټکي ارزښتناکه بلل شويدي.

1- اپيډيمولوژيکي شواهد.

2- سريري مشخصات.

3- لابراتواري معاينات (خاصتاً سيرولوژيک او ويرولوژيک).

تفريقي تشخيص: لازم دي د لاندې ناروغيو سره تفريقي تشخيص وشي.

1- Aseptic Meningitis: د پوليو غير فلجي شکل بايد د Aseptic Meningitis (د مختلفو اسبابو له کبله(کله چرک ويروس، Coxackie او Echoviruses) تفريقي تشخيص وشي چې د وصفي سيرولوژيک تستونو پواسطه د اجرا وړ دي. Meningismusچې په Typhoid fever, Dysentery, Pneumonia او UTI کې موجود وي امکان لري چې دناروغۍ په تفريقي تشخيص کې ستونځې رامينځ ته کړي. په Acute Tonsillitis اخته ماشومانو کې د غاړې شخوالی موجود وي چې په تفريقي تشخيص کې بايد په پام کې ونيول شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

2- *فلجي شکل:* لازم دي چې دلاندې ناروغيو سره تفريقي تشخيص وشيي.

الـــف: (*Guillain Barre Synd. (infective polyneuritis*: تبـــه، سردردي، د غاړې شخوالی دومره زيات برسيره نه وي د سفلي طرف ضعيفي متناظر او په چټکۍ سره علوي طرف، تنه او مخ ته صعود کوي. وجهي عصـــب(Facial Nerve) معمولاً په مقدم توګه اخته کېږي همدارنګه نور قحفي ازواج لکـــه 11- 10-9 او Bulbar ناحيه هم متضرر کېږي Ataxia امکان لري وليـــدل شـــي او Paresthesia هم موجوده وي د ناروغۍ په پيلنۍ مرحله کې د CSF حجـــرات نورمال اما پروتين ئې لوړوي دا ناروغان د شپږو هفتو په موده کې ښه کېږي.

ب: *Sever Hypokalemia*: په سؤ تغذی اخته ماشومانو کې چې نس ناسته ولري او که نه امکان لري چې داسکليتي عضلاتو ضعيفي په حاد توګه شروع وکړي چې د پوتاسيم په ورکولو ډېر ژر ارجـــاع کېـــږي Respiratory paralysis د Hypokalemia له کبله په هندي مشاهداتو کې ترې يادونه شوېده.

ج: *Post Diphtheretic paralysis*: داډول فلج Guillain Barre synd تمثيلوي او نرم فلج هميشه ورسره يوځای او د Schick test منفي وي.

د: *Transvers myelitis*: د Spinal Shock په لومړۍ مرحله کې چې د Transvers myelitis په تعقيب مينځ ته راځي امکان شته چې دنهاياتو نـــرم فلج وليدل شي کله کله کيدای شي چې نرم فلج ځنډنی شي سره له دې چې وتـــري عکسات ئې هم نورمال وي اما دعلوي حرکي نيورونو د فلجي علايمو په ميـــنځ تـــه راتلو کېدای شي چې وتري عکسات تيز يا زيات شي.

ذ: *Botulism* : د Clostridium Botulinum له کبله غذايي تســـمم هـــم Poliomyelitis تقليدوي چې پدې صورت کـــې تاريخچـــه ، باکتريالوژيـــک او Toxicologic معاينات په تشخيص کې مرسته کوي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

ه: ***Encephalitis***: حسي تشوشات او عموماً منتشر نیورولوژیک نقیصې موجودوي.

و: ***Pseudoparalysis***: د نهایاتو دردناک او شدید آفتونه د فعال ارادي حرکاتو د محدودیت باعث ګرځي چې دا ناروغۍ عبارت دي له Scurvey، Osteomyelitis, Acute Rhumaticfever، ولادي سفلیس او Trichinosis.

ی: ***Hysteric paralysis***:(د مثال په توګه د پولیو په اپیدیمي کې).

Complication Sequelae: د ناروغۍ د حاد او دوامدار فلج له کبله مینځ ته راځي همدارنګه د تنفسي بلعومي، مثانې، او معائي سیستم وظیفوي تشوشات ډېر زیات خطرناک وي چې مړینه هم دتنفسي اختلاطاتو له کبله معمولاً رامنځته کېږي.

درملنه ***(Treatement)***: دا ناروغۍ کومه خاصه تداوي نلري. اما ابتدائي عرضي تقویوي اهتمامات په درملنه کې شامل دي.

الف: د بستر استراحت: باید یادونه وشي چې فزیکي فعالیت او ترضیضات د ضعیف شوي عضلاتو د فلج خطر زیاتوي. یواځې خفیف Sedation داضطراب د کمښت په منظور په Spinal فلج ناروغانو کې ورکول کېږي اما هغه ناروغانو کې چې Bulbarیا Encephaletic تظاهرات لري نه توصیه کېږي د عضلاتو درد او Spasm د کمښت په لپاره د ناروغۍ په مقدمو مراحلو کې ګرم او مرطوب تطبیقات او د درد مسکنات توصیه کېږي.

- *د نهایاتو عمومي وضعیت* ***(Extremitase Position)***: فلج شوي نهایتو ته باید مستریح وضعیت د Splinting په مرسته ورکړل شي اما په Castکې د سخت Sunbagsplinting پلستر ته ضرورت نه احساس کېږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

فیزیوتیراپي: د عضلاتو درد او Spasm له منځه تلونه وروسته فیزیوتیراپي توصیه کېږي له یوې خوا د هغه عضلاتو چې فلج شوي نه وي قسمي ښه والي او له بلې خوا د سوأشکالو د تاسس څخه مخنیوی کوي

Good Nursing*(ښه پرستاري):* د پرستاري ښه څارنه او متوازن مغذي خواړو څخه استفاده د بهبودي لپاره ضروري ګڼل کېږي.

د بلع کولو ستونځې: ناروغ باید په بطني وضعیت پرستاري شي چې راس ئې یو طرف او پښې ئې لږ څه پورته وي ترڅو د بلعومي افرازاتو Drainage صورت ومومي. او پر له پسې توګه سکشن شوي افرازات پاک شي که چېرې دغه مانوره مؤثر واقع نشي Tracheostomy باید اجراشي. د تنفسي مشکلاتو مینځ ته راتلو پصورت کې تنفسي لپاره باید خلاصه وساتل شي. اکسیجن او دضرورت په وخت کې مصنوعي تنفس ورکړل شي د متیازو احتباس پصورت کې مثانه باید تخلیه شي.

تنفسي عدم کفایه! د میخانیکي Ventilator پواسطه مصنوعي تنفس ورکړل شي. هغه ناروغان چې د ناروغي حاد صفحه تیروي دوباره احیا شي.

1- فزیکي: د ماشوم د مجدد احیا لپاره د فزیولوتیراپست څخه مرسته وغوښتل شي.

2- حسي او رواني تقویه: ماشوم په محیط کې د ژوندانه د تطابق لپاره آماده کوي.

مخنیوی ***Prevention****:* ماشومان باید په انفرادي توګه د واکسین پذریعه Immunization شي.

داپیډیمي مخنیوی: ټول حساس ماشومان په ټولنه کې باید د Trivalent فمي واکسین پواسطه په یو دوز په یو لنډ وخت کې معاف کړل شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

1- **Killed (inactivated) polio Virus(IPV) یا KPV)Salkvaccine**:
د 4-8 هفتو فاصله کې درې دوزه عضلي یا تحت الجلدي تطبیق کېږي بوستر دوزئې 2-3 کاله وروسته توصیه کېږي چې په کولمو کې د ناروغۍ عامل د تکثر مخنیوی کوي

Unite 4 د 1-2-او 3 پولیو ویروس D انتي جن څخه عموماً د فلجي شکل د مخنیوي لپاره استفاده کېږي.

2- (OPV)Oral polio Vaccine: ژوندی ضعیف شوی ویروس څخه جوړ شوی دی 2-3 څاڅکی تر نیم سي سي پورې د خولې له لیارې د 4-6 هفتو په فاصله درې ځله تطبیق کېږي او بوستر دوزئې په پنځه کلنۍ کې تطبیق کېږئ باید یادونه وشي چې دا واکسین موضعي معائي معافیت هم تنبه کوي.

Sannitary Management: ضروري ده چې حفظ الصحه مراعت شي او دناروغانو افرازات او نور اطراحي مواد باید په ښه توګه ځای پرځای او ضد عفوني شي اما سره له دې هم د واکسین تطبیق یوه مناسبه طریقه او د ناروغي په مخنیوي کې بنسټیز ارزښت لري.

- په کال 1999 د امریکې په متحده ایالاتو کې د پولیو په واکسین تجدید نظر او IPV ته ئې زیات تمایل ښودلی دی داځکه چې په امریکه کې د OPV مفیدیت راټیټ شوی دی چې داهم د Wild Poliovirus د انتقال له کبله دغه هېواد ته چې opvد هغه په مخنیوي کې غیر مؤثر تمام شوي بناً اوس پدې تصویب شویدی چې ډېرکم د قبول وړګرځوي. دغه ګذري نظرچې IPV د استعمال لپاره پیداشویدی بناً 2001 کال لپاره یواځې IPV ته ترجیح ورکوي د 2000 کال د جنوري څخه راپدېخوا د IPV یواځنی Schedule په امریکه کې د روتین واکسیناسیون لپاره تطبیق کېږي چې ټول ماشومان باید څلور دوزه واخلي چې په (6-$18m^0$),($4m^0$,$2m^0$ او 4-6 کلنی کې) او برعکس OPV باید یواځې:

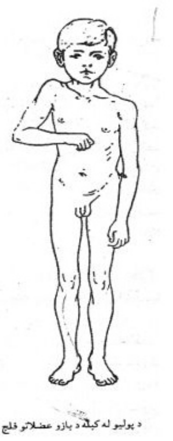
(c) ketabton.com: The Digital Library

1- کتلوي واکسیناسیون کې چې د شیوع څخه مخنیوی وکړي.

2- ناواکسین شوي ماشوم انتقال د پولیو یوې اندیمیک ناحیې ته د څلورو هفتـــو دننه موده کې.

3- هغه ماشومان چې والدین ئې د IPV سره مخالفت وښئي. چې دوی یـــواځې درې یا څلور دوزه یواځې یا دواړه واخلي. بناً باید یادونه وشي چې د OPV تطبیق یواځې اندیمیک سیمو کې بهتره او داهمیت وړ رول لري.

انذار – د ناروغۍ په لومړۍ صفحه کې دابه ګرانه وي چې د درد او سپزم له کبله د فلج اندازه ارزیابي شي ځکه فلج شوي عضلات معمولاً دغه توان په مختلفو درجو سره جبران کوي. 5-10 فیصده پورې ناروغان ممکن دي چې تنفسي یا Bulbar فلج ښئي سره له دې چې .bulbar فلج په روښانه ډول وژونکی نه بلکه زیات ناروغان پدې اخته او محکوم وي په غټو ماشومانو او په هغو کې چې ناروغي په حاد شکل په لوړه تبه شروع کړي وي د ناروغي انذار خراب دی. فلج په 30% پیښو کې خفیف او په 15% پیښوکې ځنډنی، او 10%-15 د مړینې باعث کېږي. همدارنګه باید وویل شي چې دناروغۍ انذارپه امیدواره ښځواوغټانوکې نسبت ماشومانو ته خراب دی. د یادونې وړ ده چې دVaccinations څخه وړاندې دمړینې اندازه 5-7% ښودل شویدي.



د پولیو له کبله د بازو عضلاتو فلج

(c) ketabton.com: The Digital Library

اتم فصل

وبا یا کولرا (**Cholera**)

د کولرو یوه حاد انتاني ناروغۍ ده چې د "Vibriocholera"O_1" سیروتایپ د Enterotoxins پواسطه مینځ ته راځي. د ناروغۍ کلینیکي سیر د یو غیر عرضي حالت (Asymptomatic) څخه ترشدید شکل (Choleragravis) توپیر کوي. په خاصه توګه د ناروغۍ شدید شکل د ډیر زیات او متکرراوبلن نس ناستې سره یو ځای وي چې په Metabolic Acidosis, Hypovolemicshock او دنه تداوي پصورت کې د مړینې سبب کیږي.

د ناروغۍ سبب (Etiology): Vibriocholera متحرک، لږ څه منحني الشکل، ګرام منفي، یو قطبي واحد Flagyl لرونکی مایکرو اورګانیزم دي چې تقریباً 70 سیروتایپونه ئې پیژندل شویدي لدي جملې څخه یواځې "O_1"-S د کولرا او نور یې د حاد اسهال سبب کیږي "V. Cholera "O_1 دوه Biotype لري چې یوئې کلاسیک او بل یې ElTor دي هریو ئې دوه سیروتایپونه د Ogava او Inaba په نوم لري. د ناروغۍ عامل په توده هوا، مالګینه محلول، غذائي مواد او آزاده هوا کې ژوند کولای شي همدارنګه د نباتاتو په ریښو کې موجود وي.

Epidemiology: په غربي بنګال او بنګلدیش کې دا ناروغۍ په اندیمیک ډول شیوع لري. ددې ناروغۍ شپږ پاندیمي د کال 1817 نه تر 1926 پورې په ټوله نړۍ کې لیدل شویدي. اوومه پاندیمي ئې په کال 1961 کې دEltors بیوتایپ پواسطه په اندونیزیا او په کال 1977 کې د اسیا جنوب شرق او شمالي اکثر ځایوکې، شرق میانه، افریقا، جنوبي اروپا او جنوبي Pacific کې منتشر او شیوع لري. دا ناروغۍ په غربي نیمه کره کې په کال 1991 د لومړي ځل لپاره مینځ ته راغله چې د

(c) ketabton.com: The Digital Library

Perue د شمال څخه شروع او په ډېره چټکۍ سره مرکزي او جنوبي امریکې ته انتشار وموند او ترکال 1993 پورې په مجموعي ډول 735820 پېښې او 6942 د مړينې راپور ورکړل شويدی په کال 1992 کې د لومړي ځل لپاره يو بل (V. chol. O_{139}) Strain د هندوستان په مدراس ايالت کې تجريد او اولينه اپيډيمي ئې د "O_1" سيروتايپ پواسطه مينځ ته راغلي وه چې د کال 1993 په لومړيو دريو مياشتو کې 13272 ناروغان بستر او 434 ناروغان مړه شوي وُ انديميک او اپيډيميک کولرا دموسم سره مستقيم اړيکې لري اما په ثانوي توګه د ناروغۍ پيښې په طبي پرسونل او هغه اشخاصو کې چې د ناروغ سره په تماس کې دي ډېر لږ او غير عرضي اشخاص يا د خفيف انتان لرونکی اشخاصو د ناروغۍ په انتقال کې عمده رول درلود. د کورنۍ غړي چې د ناروغ سره په تماس کې وُ معمولاً اخته شوي دا ناروغۍ په انديميک سيمو کې 2-9 کلنۍ پورې (بنګلديش) ليدل شوي او 5-10 واره ماشومانو کې نسبت غټانو ته زيات ليدل کېږي. هغه ماشومان چې د مورشيدو په واسطه تغذی کېږي پدې ناروغۍ لږ اخته کېږي د عمر په زياتېدو د Vibrocidal انتي بادي ګانو سويه د "Vibrio"O1 يا Subclinical او يا دغير عرضي انتان سره د مخامخ کېدو له کبله لوړه، پلاس راغلې چې په غټانو کې د پيښنو د کمښت ښکارندوی دي.

دا اورګانيزم امکان لري چې داپيډيمي په بين البيني موده کې د Subclinic يا خفيف ناروغۍ پشکل داشخاصو پواسطه انتقال ومومي د ناروغۍ په انساني سيکل کې حيوانات رول نلري. د يو شخص نه وبل ته مستقيم سرايت لږ اما بايد وويل شي چې د ناروغۍ سرايت Food born(د ملوث خواړو پذريعه) او Waterborn (د ملوث اوبو پذريعه) صورت مومي.

فيزيوپټالوژي: **Vibrio's** داسيد په مقابل کې ډېر حساس دي نو ځکه د معدې تيزاب کولمو ته د اورګانيزم تېريدو په مخنيوي کې عمده رول لري. په کولمو کې د

(c) ketabton.com: The Digital Library

Vibrios کالوني جوړښت د ناروغۍ د مینځ ته راتلو دپاره لازمي ګڼل شویدي. V. cholera په هضمي جهاز کې لومړی ځل لپاره د Jejunum د مخاطي غشا په سطح ځان نښلوي او وروسته د مخاطي طبقې لاندې ځای نیسي او په تکثر پیل کوي او وروسته Enterotoxin آزادوي همدارنګه Proteolytic انزایمونه لکه Mucinase هم تولید وي او د GM_1,Gangliosid ریسپتور سره د Enterotoxins نغښتې باندونه د اپیتل مخاطي غشا سره په تماس کې کېږي او دحجراتو دننه Adenylatecyclase فعال او c AMP. په زیاتېدو منجر او په نتیجه کې د سودیم او کلورفعال جذب د ذغاباتو په ژووکوکې کمېږي او د Crypt حجراتو څخه د کلور افراز زیاتېږي او په نتیجه کې دکولمو لومن ته د خالص اوبو او الکترولا یتو ضیاع رامینځ ته کېږي همدارنګه ددغاباتو د علوي نهایت شعریوي او لمفاتیک او عیه توسع کوي داسهال مایع Isotonic او نسبتاً Bicanbonate او K^+ ډېر پکې ضایع کېږي چې دکولرا اخته ماشومانو په اسهال کې زیات پوتاسیم، کم سودیم او بې کار بونات او کلور نسبت لویانو ته لړ احتوا کوي د بې کاربونات ضایع کېدل د Systemic Acidosis مینځ ته راتلو پورې دوام مومي. سره له دې چې داڅنا عشري انزایمونو لکه دای سکریداز او Lactase فعالیت متضرر شوي وي اما د ګلوکوز جذب بیاهم محفوظ پاته کېږي.

کلنیکي بڼه Clinical feature: په وصفي توګه د 5-6h ورځو(اوسط ډول 2-3 ورځې) تفریخ مودې نه وروسته دمحجم او اوبلن اسهال حاد او آني بې درد حمله مینځ ته راځي په ډېر شدید پیښوکې متکرر او بي له درد، اوبلن نس ناسته چې د وریجو اوبو ته ورته منظره لري او د مخاطي پارچو سره یو ځای لیدل کېږي او د ماهي بوی لري اطراح کېږي په متوسط پیښوکې غایطه مواد ژړ رنګې وي چې په 50% ناروغانو کې د نامه (Umblicus) چاپیریال کې د بطني Cramp سره یوځای وي اما Tenesmus موجود نه وي د ناروغۍ په شدیدو پیښو کې کانګې

(c) ketabton.com: The Digital Library

معمول دي چې د اسهال نه وروسته مینځ ته راځي او تقریباً په 25% ماشومانو کې د مقعدي حرارت درجه د بستر کېدو او یا 24 ساعته وروسته له هغې لږ څــه لــوړه وي($38\text{-}39c^0$) او ډېر زیات اسهال د دوراني Collaps او دیهایدریشـــن ســـبب کیږي چې په دارنګه شدید پیښو کې (Chol. Gravis) فشار ټیټ یا اکثراً، د تعین وړ نه وي نبض د جس وړنه وي تنفس سریع، عمیـــق، او د تبـــول جریـــان قطـــع کېږي.(Anuria مینځ ته راځي) سترګې او فانتنل ډېر ننوتی، پوټکی یخ، او لونـــد وي جلدي Turgor له مینځه تللی او دګوتو پوټکی ګونځې پیداکوي سیانوز او په نهایاتو کې عضلي درد ناکه Cramp موجود وي ناروغ ناراحت او بې نهایت تږی وي Lethargy, Thick Speech او یو خوبجن حالت په ناروغانو کې معمول وي نس ناسته امکان لري اوه ور ځو پورې دوام وکړي پرله پسې تظـــاهرات ئـــې د درملنې په جبران پورې اړه لري. په غایطه موادو کـــې د Bile Pegment بیـــا پیداکیدل د ناروغۍ په ښه کېدو دلالت کوي چې معمولاً د نس ناستې لـــه دریـــدو وروسته مینځ ته راځي. د کولرا خفیف شکل نسبت شدید شکل ته زیات په ماشومانو کې واقع او لیدل شویدي چې معمولاً د خفیف دیهایدریشن سره یـــو ځـــای وي او یاخیږ.

لابراتواري کتنې: د Hb سویه په ښکاره توګه لـــوړه (20gr%) تـــه رســـېږي همدارنګه Hyponatremia, Hypochloremia موجوده وي. Acidosis امکان لري چې Isotonic dehydration لاپسې اختلاطي کـــړي د TCBS (thio Sulfat citrate Bile-Salt Sucrose-agar)) په ذرعیه وسط کې د 16-18 ساعتو په موده کې تشخیص تائیدېږي او د باکتریالوژیک تفریقي تشـــخیص لپاره 36-48 ساعته وخت نیسي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص: د ناروغۍ تشخیص او درملنه په مقدم توګه د اهمیت وړ موضـــوع ده ځکه چې په نتیجه کې د محیط د ملوث کیدو پوتنسیال ښکته کېږي په هرحـــال د ناروغۍ په پام کې نیولو لپاره لا ندې ټکي ضروري دي.

1- که چېرې د ناروغ عمر تر پنځه کالو پورته او شدید د یهایدریشن د حـــاد او اوبلن نس ناستې په تعقیب مینځ ته راغلی وي باید کولرا په نظر کې ونیسو.

2- هغه ماشومان چې عمرئې له دوه کالو پورته او په حاد اسهال اخته وي او پـــه سیمه کې کولرا شیوع ولري د کولرا تشخیص باید نظر کې ونیول شي د ناروغـــۍ مقدم تشخیص اجازه راکوي ترڅو د ناروغ سره په تماس کې ټول منتن اشخاص پـــه ګوته او اپیډیمولوجست سره مرسته وکړو چې څرنګه کولرا شیوع او انتشار کړیدی تر څو د مخنیوي لا زم او ټاکلي لیارې ولټول شي. د ناروغۍ د اپیډیمي په وخت کې دابه ډېرښه تمام شي چې ټول ناروغان په یو صحي مرکز کې وکتل شـــي ترڅـــو د چاپیریال د ملوث کېدو څخه مخنیوی وشي. د ناروغۍ قطعي تشخیص د غایطه موادو څخه د "Vibriocholera"O1 د تجرید کولو پواسطه صورت مومي د غایطـــه موادو (Micمعاینه کې له پنځه حجرو کم PMN په یوه ساحه کې) لیدل شویدي.

اختلاطات

1- په ماشومانو کې نسبت لویانو ته د کولرا اختلاطات زیات معمول او خطرناکـــه سیر لري.

2- د پښتورګو د توبولو نکروز (دبې کفایتي سبب) چې د مایعاتو د ناکافي جبران په نتیجه کې مینځ ته راځي.

3- Nephropathy،د زړه ParalyticIleus,Hypokalemicarrhythmia.
د پوتاسیم د ناکافي جبران له کبله امکان لري مینځ ته راشي.

4- کله کله د سږو اذیما د مایعاتو د سریع تطبیق له کبله چې پکې د بې کاربونات سویه لږه وي مینځ ته راتلای شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

5- په ګذري توګه تیتاني معمولاً د Acidosis د تداوي په وخت کې مینځ تــه راتلای شي.

6- دوامدار خوبجن حالت، کوما، او اختلاجات ممکن دي چې مخکــې او یــا وروسته د تداوي خاصتاً په کوچنیو ماشومانو کې چې د 10% فیصده څخه زیــاتې پیښې تشکیلوي ولیدل شي چې دلیل یې احتمالاً Hypogly cemia کېدای شــي اما تر اوسه نا پیژندل شوي پاتې دي.

7- د امیدوارو میندو په دریم Trimester کې د جنین د مړینې اندازه لوړېــږي خاصتاً په هغه صورت کې چې په شدید دیهایدریشن اخته او ناوخته مراجعه ئې کړې وي.

8- باید یادونه وشي چې Seizure, Lethargy ، شعوري تغیرات، تبــه، او Hypoglycemia په ماشومانو کې نسبت لویانو ته زیاتره لیدل کېږي.

درملنه

1-ددې ناروغانو ددرملنې عمده هدف ددیهایدریشن ارزیابي او د ضایع شوي مایعاتو او الکترولایتو جبران دي. ارزان ترینه، Safest او ترټولو ساده او آسانه درملنــه د ORS څخه استفاده ده ، Rice base ORS تر اوسه د بحث لانــدې ده امــا ددرملنې (فمي ریهایدریشن) په وخت کې د مناسبې تغذی لپاره WHO له نظــره د Case Management پروګرام یوه عمده ستراتیژي تشکیلوي. چې هدف ئــې داسهال له کبله دمړینې او سؤ تغذی د اندازې راټیټول دي. باید یادونه وشــي چــې rice based ORS نسبت ORS ته ترجیح ورکړل شوېده اما د لوژســتیکي او اقتصادي ستونځو له کبله تراوسه د بحث لاندې دي.

- کانګې د ORS مانع ګرزېدای نشي مګر په عمومي توګــه داډول ناروغــانو لپاره عمومي پاملرنه ضروري ده ترڅو د intake او Out put له نظــره نــورې ستونځې رامینځ ته نشي. د ناروغ تغذی باید ډېر ژر د اوبو او الکترولایتو د جبران نه

(c) ketabton.com: The Digital Library

وروسته شروع شي د ORT نتایج په کال 1991. پـــه Perue کـــې ډیرعـــالي او دمړینې اندازه یو فیصد ښودلی شویده.

- د یادونې وړده چې د کولرا ناروغان باید په یو کوټښی وارد کې داخل بســتر، تجرید او مخکې له درملنې وزن او هم د غایطه موادو اندازه او دېښتورګو Output په 24 ساعتو کې تعین شي فمي ریهایدریشن د کولرا په اندیمیک سیمو کې ښه نتیجه ورکړېده لکه د کلکتې په غربي بنګال کې.

- په No sign of dehydration او Somedehydration لرونکی کولرا اخته ناروغان د ORS پذریعه (75ml/kg/4h) د خولې له لیارې تداوي کیـــږي که چېرې په لومړي ځل کې دیهایدریشن اصلاح نشي عین مقداریوځل لپاره بیـــا تکرارولی شو که چېرې ناروغ کانګې ولري لس دقیقې انتظار وروسته ORS بیـــا ورته شروع شي او په هر دوو ساعتو کې ناروغ ارزیابي شي هغه شیدي خــوړونکی ماشومان چې دمور شیدو پواسطه تغذی کېدل د مور شیدو پواسطه تغذي او کـــوم چې فورمولا Feeding کېدل نو فورمولا نیمائي د اوبو پذریعـــه اوبلـــن او (دوه ورځو) لپاره تغذی او وروسته دسن مطابق عادي شیدې ورته تیار او ورکړل شي.

- د ORT ګټه نسبت داخل وریدي تداوي ته (Advantages):

1- Somedhydration 95% ناروغان د ORT پواسطه ښه شویدي.

2- په شدید (Sever) دیهایدریشن کې لومړی داخل وریدي او بیا وروسته ORT ته ضرورت احساس کېږي.

3- ORT ښه او مناسب درملنه ده چې دنس ناستې په درملنه کې زیات اســـتعمال لري.

4- ORT دداخل وریدي تداوي په نسبت کم مصرف او طبي وســـایلو تعقـــیم او استعمال ته لکه ستنه، تیوب، سرینج او وریدي محلولو ته) ضرورت نـــه احســـاس کېږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

5- میندو ته اجازه ورکوي ترڅو د خپل ماشوم په څارنه کې زیات رول ولوبوي. او هم د نورو صحي ستونځوڅخه باخبره اوسي.

6- د IV درملنې پصورت کې د ناروغ تغذي په تعویق ولوېږي اشتهائې خرابېږي اما برعکس په ORT کې ډېر ژر بېرته راګرځي.

7- په ORT کې د موضعي او عمومي انتاناتو خطر کوم چې د سـامان الاتـو د استعمال له کبله مینځ ته راځي موجود نه وي.

:ORT Failure

1- د متوسط دیهایدریشن او اسهال اکثر پیښې د ORS پواسطه تداوي کېږي.

2- ***High rate purging*** : په اسهال او دیهایدریشن اخته هغه ناروغان چې په یو ساعت کې له 15ml/kg/h څخه زیات او بلن غایطه مـواد اطـراح کـوي ORT تاثیر نلري.

3- شدید دیهایدریشن: په هغه ناروغانو کې چې د 10 فیصده څخه زیات وزن بایللی وي دداخل وریدي محلولو پواسطه تداوي کېږئ او ORT نتیجه نه ورکوي داځکه چې په دې صورت کې ORS په کولمو کې لږ او آهسته جذبېږي اما په هغـه پیښو کې چې ناروغ د چښلو توان ولري او یا داچې د IV په تطبیق کې ځنډ موجود وي ORS د خولې له لیارې د NGT پواسطه تطبیق کېږي.

4- د ORS بېرته ګرزون یا ناروغ د چښلو توان ونلري: په هغه حالاتو کې چې ناروغ Stomatitis (د سرخکان له کبله، د Herpes-Virus او یا Thrush)، Fatigue (ژر ستړی کېږي) یا د CNS انحطاط (د کانګې ضد درمل له کبله یاد Antimotility drug) له کبله ولري نو ORT نتیجه نه ورکوي چې پـه دې صورت کې لا زم دی چې د NGT پواسطه (غیر له هغه ناروغـانو چـې د CNS انحطاط لري) ORS تطبیق شي همدارنګه باید یادونه وشـي چـې کـه د ORS محلول زیات تود، یا مالګین (د مالګې غلظت ئې زیات وي) د کانګو باعث ګرځي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

5- د ګلوکوز د جذب خرابوالي: ځینې ناروغانو کې امکان لري د ګلوکوز جذب خراب شي او د ORS استعمال پدې ناروغانو کې د Watery Diarrhea د زیاتېدو سبب شي او ګلوکوز په زیات مقدار په غایطه موادو کې اطراح شي چې د ORT په قطع کولو د اسهال د فعات په چټکي سره کمېږي.

*6- د ګېډې پړسوب او **Ileus**:* که چېرې د ګېډې پړسوب مخ په زیاتېدو شي نو لازمه ده چې ORS ناروغ ته په کراره او احتیاط سره تجویز شي چې د ګېډې د پړسوب زیاتوالی او د Ileus په تشکل (هغه حالت چې کولمو حرکې فعالیت له لاسه ورکړی وي او Bowel Sound معدوم وي) باید مایعات د ورید له لیارې تطبیق شي د یادونې وړده چې I lleus د Hypokalemia او یا د معائې حرکاتو ضد درمل پواسطه مینځ ته راشي. د کولمو انسداد یو جراحي پرابلم دی چې کېدای شي د Ileus له کبله مینځ ته راشي او د ORT failure لپاره یو دلیل وګرځي اما ډېر لږ لیدل کېږي.

*7- د **ORS** غلط تهیه او تجویز:* که چېرې ORS په نادرست (غلظت یا رقاقت ئې زیات) تهیه او یا په نامناسب توګه (لږ مقداریا په زیات سرعت) تجویز شي. ORT نتیجه نه ورکوي او دکانګې د مینځه راتلواود Purging د زیاتېدو سبب ګرځي نو لازمه ده چې د تهیه کولو او داستعمال طریقه، میندوته ښه وښودل شي او یا داچې موظف داکتر د څو ساعتو لپاره د ORS د تجویز څخه څارنه وکړي د ORT failure حالاتو په نظر کې نیولو سره هغه ناروغان چې په شدید دیهایدریشن او Hypovolemic shock اخته وي داخل وریدي مایعات لکه Ringer’s Lactate او یا Normal saline (100ml/kg/6h) چې په جدول کې د عمرمطابق ترتیب شوي ورکړل شي. باید یادونه وشي چې د شدید دیهایدریشن ناروغان ډېر زیات ستړي وي(د څښلو توان نلري) همدارنګه Coma, Stupor، او یا غیر قابل کنترول کانګې لري نو لزوماً مایعات د ورید له لیارې

(c) ketabton.com: The Digital Library

تطبیقیږي چې په (دریم) لمبر جدول کې خلاصه شویدي.

(دویم لمبر جدول)

وروسته 70ml/kg	په شروع کې 30ml/kg	عمر
5 ساعته	*یوساعت	له 12 میاشتو کم عمر ماشوم
2,5 ساعته	*نیم ساعت	له 12میاشتوڅخه زیات($>12m^o$)
*که چیرې کعبري نبض ډیر ضعیف او یا د جس وړ نه وي یو ځل دې بیا تکرار شي.		

کله چې ناروغ د شاک حالت څخه ووتلو که چیرې د چښلو توان ولري نو ژر تر ژره دي .ORS 5ml/kg/h محاسبه او د خولې له لیارې په کاچوغه یا پیاله (د عمر مطابق) ورکړل شي.

- که چیرې د IV د تطبیق امکانات موجود نه وُد ORS محلول 120ml/kg/6h د NGT له لیارې تطبیق شي البته مقدار، وخت، او دتطبیق سرعت په نظر کې ونیول شي ترڅو د کېدې پړسوب څخه مخنیوی وشي انتي بیوتیکونه سره له دې چې د ناروغۍ موده لنډه، داسهال حجم کموي او د Vibriocholera اطراح زیاتوي ددرملنې په دوهم قدم کې ځای ورکړل شویدي. (SMX د 50mg/kg/BW او Trimethoprim د10mg/kg)Septran له قراره په دوه کسري دوزو ددرې ورځو لپاره ورکول کیږي ځنې نشرئې 2-5 ورځو پورې توصیه کوي د تتراسکلین مقابل کې مقاوم پیښنو راپور ورکړل شویدی چې پدې صورت کې د Ciprofloxacins څخه دضرورت په وخت کې استفاده کیدای شي) له نورو درملو لکه Erythromycin‘Furazolidon,Chloramphenicol څخه هم استفاده

(c) ketabton.com: The Digital Library

کولی شو د اسهال ضد، سپزم ضد مرکباتو او قلبي مقویـــاتو، ســـتیروید، د ویـــنې Transfusion او پلازما څخه باید استفاده ونشي.

II- د نس ناستې په جریان او تر هغې وروسته د ناروغ تغذی: دنس ناستې په جریان کې مغذي خواړو پواسطه چې زیاته کالوري تولید کړې د ناروغ تغذي کې ډېر زیات اهمیت لري چې د نس ناستې دبنه کېدو وروسته دوه هفتې نور هم بایـــد تغذی شي باید یادونه وشي چې د کولمـــو لپـــاره اســـتراحت ورکـــول هېـــڅ ډول فیزیولوژیک اساس نلري او هر څومره ژر چې امکانات ولري کولمې باید خپله دنـــده دوباره پیل کړي او د مختلفو غذائي موادو په ورکولو د جذب قابلیت ئې بېرته اعاده شي. د نس ناستې په جریان کې تقریباً 60% غذایي مواد په دوامداره توګه جذبېږي بناً ناروغان باید ډېر ژر له ریهایدریشن وروسته تغذي شي.

مخنیوی (Prevention): ددې ناروغۍ د مخنیوي عمـــده او بـــا ارزښـــت موضوع دمور شیدو پواسطه د نوي زېږېدلي ماشومانو د تغذي مـــودې زیـــاتول یـــا اوږدول دي.(Prolong Breast feeding).

د پاکواو صحي اوبواو مصئون غذایې موادو څخه استفادهٔ په بنه توګه دکثافـــاتو ځاي پرځاي کول، دناروغۍ په مخنیوي کې خاص ارزښت لری، کله نا کله د داسې اهتماماتو نیول یو څه اقتصادی او اجتماعی ستونځی رامینځ ته کـــوی همدارنګـــه د Immunization د مخنیوی (prevention) له نطره خاص ارزښت لري.

د استفادې وړ واکسین چې دوژل شوي اورګانیزمو څخه تهیه او په دوه ابتدائې دوزو تطبیق او هر شپږ میاشتی وروسته بوستر دوز تطبیق کیږي .چې تقریباً 50% پینښـــو کې واکسین د تطبیق نه وروسته تر دری میاشتو مؤثر واقـــع شـــوي دي او کـــوم واکسین چې په امریکا کې فعلاً موجود دي وقایوی تاثیر ئې 3-6 میاشتې دوام کوي.

- د نـــوی واکســـین دتهیـــه کولـــو پروســـه کـــې پـــر مختګونـــه روان دي Chemoprophylaxis په هغو اشخاصوکې چي د ناروغ سره مستقیم اړیکـــی

(c) ketabton.com: The Digital Library

لري ژر تر ژره شروع شي تتراسکلین دورځي 500mg د پنځو ورځو لپاره اماځینی نشریو کې د دوه ورځو لپاره 500mg او 125mg (4-3 کلنـــی) او 50mg د درې کلن څخه ښکته عمر ماشومانو ته توصیه کیږي چې د بین الفامیلي تماس له کبله دمنتن کیدو درجه ټیټوی. او دانتان مخنیوی لپاره کافيدي د کار دآسانتیا له خـــاطره Doxycycline 300mg غټانو او 6mg/kg له 15 کلنی ښکته عمر کې په یو واحد مقدار نسبت تتراسکلین ته ترجیح ورکوله کیږي امـــا پـــه ماشـــومانو کـــې د تتراسیکلین په عیوض

Co-Trimoxazole په معمول مقدار ورکول کېږي او د یـــادونې وړده چـــې کتلوی Chemoprophylaxis په ټولنه کې نه توصیه کیږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

نهم فصل

تیتانوس (Lock jaw,Tetanus)

تعریف او سریزه: دا ناروغی د Clostridium Tetani پواسطه چې یو غـــیر هوازي (anaerobic) گرام مثبت انتان دی مینځ ته راځي.

- انتان یو ډول Exotoxine د Neurotoxin په نوم افرازوي چې په غـــیر معاف او نا تام معافیت لرونکی اشخاصوکې د ناروغۍ سبب کیـــږي همدارنگـــه دا ناروغۍ د اورگانیزم سپور لرونکی خاورو پذریعه د زخمونودککړیدو له کبله مینځ ته راځی چې زیاتره دحیواناتو په فضله موادوکې موجود وي.

- انتان په زخم کې وده کوي او Toxine ئــې د Axone پواســطه عصــبی مرکزی سیستم ته انتقال او ددماغ Ganglioside برخې ته رسیږي. اوپــدې تــر تیب سره د نخاع Neuroexcitability زیاتوی(د نهې کوونکو Synapses د دندي په نهې کولو) چې په نتیجه کې د عضلاتو شدید Spasm مینځ ته راځی.

- د امریکی په متحده ایالاتو کې اکثر پیښې د ستنو دوخذی له لیاری انتان بدن ته داخلیږی او لوی زخم موجود نه وي همدارنگه په نوزادانو کې د نامه د زخم لـــه لیاری انتان عضویت ته داخلیږي چې په کال کې تقریباً 500,000 تنه دتیتانوس له کبله ډوله نړۍ کې مړه کیږي . د نړیوال روغتیائې سازمان د احصائې له مخـــی یـــو فیصد خلک په مخ پروده هیوادو کې دتیتانوس له کبله مړه کیږي .

Etiology: د ناروغۍ عامل نری، اوږد، متحرک گرام مثبـــت، anaerobic باسیل دی چې کله په سپور بدلیږی رنگ نه اخلی او د ډول ډکی پشان معلومیـــږی سپورئې د حرارت او معمول انتی سپتیک مقابل کې مقاوم او د ډیر وخـــت لپـــاره ژوندی پاته کیږی چې زیاتره د سرک پـــه خـــاورو او د آس، غویـــانو، پســـونو، سپیانو،خرس، موږک ،مرغیو او پیشوگانو په فاضله موادو کې ژوندی پاتـــه کیـــږي

(c) ketabton.com: The Digital Library

ناروغی زیاتره په دهقانانو کې لیدل کیږي او هم په منـــتن Herion کـــې دانتـــان سپورونه لیدل شویدی باسیل Exotoxin د Tetano Spasmin په نوم ازادوی چې د اعراض او علایمو د پیداکیدو سبب کیږي

***Pathogenesis*:** انتان د وخذی، زخم او تخریش شوي ځایو څخه بدن تــه داخلیږي او دبدن په هغه برخه کې چې د Oxido-reduction سویه ټیټه وي ښه وده کوی، سوختګی، جراحي عملیاتو نه، ترافیکی پیښې د ناروغی مساعد کوونکی فکتورو څخه ګڼل کیږي حتی ددې امکانات شته چې هیڅ د دخول ځای موجود نه وي د هضمی جهاز د قرحاتو له لیاری هم عضویت ته داخلیږی. او Toxin ازادوی چې د حرکی اعصابو Axoplasm ته انتقال کوي.او په حرکی نیـــورون کـــې د Membran bound Endoplamic Reticulum برخه کې راټولیږي او دا توکسین Presynaptic Inhabitors نهې کوي او پـــه نتیجـــه کـــې منتشـــر Impulsنشي کنترولولای او Hyper- reflexia (د عکساتو شدت او زیاتوالي) د عضلاتو دوامدار تقلص (خاصتاً باسطه عضـــلات) او همدارنګـــه Synaptic سیستم متاثره کوی.

pathology: – په مرضی وتیره کې پتالوژیک تخریبات مینځ ته نه راځی اما د عضلاتو Spasm له کبله د پښتیو د ماتیدو او عضلاتو کې د نزف سبب کیږي.

اپیدیمولوژیکی فکتورونه :- ناروغی په ټوله نړی کې لیدل کیږي په امریکه کې له کال 1955-1985 راپدیخوا د ناروغی پیښـــی کـــم شـــویدی امـــا بیـــا هـــم Tetanus Neonatarum تر اوسه د ذکر وړ رقم تشکیلوي دا ځکه چې انتان د منتن طبی سامان الا توله لیارې نوی زیږیدلي ماشوم ته انتقال کوي. مګر باید ووایـــو چې د نامه پریکولو په وخت کې دلازم اهتماماتو په نیولو او امیدوارو میـــندو تـــه د واکسین تطبیق کولو سره د ناروغۍ مخنیوی کولي شو. پدې معنی چې تتانوس یـــوه

(c) ketabton.com: The Digital Library

نـــاروغی د ه چـــې د Aseptic شــــرایطو او Active Immunization پــــه حاصلولو مخنیوی کیدای شي.

معافیت: که چیرې مور معافیت ولري نو د IgG پشکل د پلاسنتا لـــه لیـــارې ماشوم ته انتقالیږی دا ډول معافیت Passive او کم دوام دي. دا ځکه چې مورنۍ ایمونوګلوبولینونه د Infants پواسطه متابولایز کیږي . او باید یادونه وشـــي چـــې تقریباً 0.01 واحد انتی بادی د تیتانوس مقابل کې چې کوربه وساتی کفایت کوي. د انتي توکسین تطبیق Enfants ماشوم او کاهل کې انتی بادی تحریکوي او کوربه د تیتانوس مقابل کې محافظه کوي چې کولی شودانتي توکسین دغه محافظوي تـــاثیر دبوستر دوز پواسطه ئې دوامداره کړو. هغه څوک چې د تیتانوس ناروغی تیروی باید په فعال توګه واکسین شي دا ځکه چې د ناروغی عامل د قوی توکسین په میزبان کې انتی بادی نشي تحریکولی.

کلینکی بڼه: د ناروغۍ د تفریخ موده 5-15 ورځو پورې ده اما لنډه موده ئې 1-3 ورځې په حدودو کې او دتفریخ اوږده موده ئې دوه اونۍ ده تر ټولو لومړنـــۍ علامه ئې د انتان د خولي سیمه کې د درد احساس دي. چې په مخفی ډول شـــروع کوي او د ارادی عضلاتو Hypertonicity په پر مخ تللی شکل مینځ ته راځي په عمومی توګه باید وویل شي چې هغه عضلات چې په مقدم توګه اخته کیږي د فک (Jaw) او دغاړې عضلاتو څخه عبارت دي یعني دا چې دناروغۍ په لومړیو 24-48 ساعتو کې ذکر شوي ناحې اخته کیږي وروسته افـــت کـــولی شـــي چـــې د تنـــې (Trunk)او نهایاتو عضلات اخته کړی. د فکی عضلاتو تقلص Trismus jaw (lockjaw) مینځ ته راځي او د ناروغانو مخ او تندی، ګونځې لرونکی تـــاوپیچ او وریځې او فمې زاویه انحرافي ښکاري او د ناروغ مخ مخصوصه بڼه ځانتـــه غـــوره کوي. چې د Grimace او یا Rhisus Sardonicus په نوم یادیږی تصـــویر نمبر ( ) چې غاړه او شاته (ظهری) ناحیه کې Spasm مینځ ته راځي او انحناً

(c) ketabton.com: The Digital Library

پیداکوی چې د بیرون خواته متوجه وي او د Opesthotonus په نامـــه یادیــږي (... نمبر)او د ناروغ ګیــډه دلرګـــي پشـــان کلکیـــږي همدارنګـــه دردناکـــه Paroxysmal سپزم څو ثانئې او یا دقیقې دوام کوي.او همدارنګه په ناروغ کـــې Spasm د لیدو ، تماس، غوږ نیولو یا اوریدواو تکان ورکولو پواسطه تنبه کیـــدای شي د مثال په توګه د ډیر تیز رڼا سمدلاسه لوړ اواز، او د ناروغ خوړولو پواســطه سپزم مینځ ته راځي په پیل کې حملې په زیاته فاصله کې تولیدیږی اما وروسته فاصله ئې کمیږي په شروع کې د حملي وروسته یوه موُقتی بهبودي (سپزم موجود نه وي) حاصلیږي اما وروسته د دوو حملو تر منځ هم نـــاروغ ســـپزم لـــري. د حنجـــرې عضلاتواو تنفسي عضـــلاتو پـــه شـــزن او قصـــباتو کـــې د افرازاتـــو تولیـــدو او دrespiratory distress سندروم سبب کیږي چې وروسته کیـــدای شـــي پـــه Coma،Hypoxia یا مړینه منجرشي. د مثانی عضلاتو اخته کیدل دمیتازو بندیدو (احتباس) سبب کیږي همدارنګه د سمپاتیک اعصابو اخته کیدل د وینې فشار تـــه تغیر ورکوي ناروغـــان Tachycardia ، د محیطـــی او عیـــئ تقـــبض، قلبـــی Arrhythmia، زیاتـــــــــه خولـــــــــه (Sweat)، Hypercapnea ، د Catecholamine د اطراح زیاتوالي پـــه میتـــازو کـــې او پـــه مـــوُخر توګـــه Hypotension ورته پیدا کیـــږي د بلعـــوم د عضـــلاتو Spasm لـــه کبلـــه Dysphagia هم په ناروغانو کې مینځ ته راځي.

- په نوی زیږیدلي، ماشومانو کې لومړی علامه د تخرشـــیت او poorsucking تشکیلوي شعوری حالت ئې ښه اما لږه تبه موجوده اویا هیڅ موجوده نـــه وي هغـــه ناروغان چې شفاهومي تبه نلری د څو اونیو وروسته د سپزم حملاتو شمیر او شـــدت کمیږی په عمومي توګه تر ټولو وروستی علامه چې له منځه ځـــي Trismus دي. هغه ناروغان چې دوامداره تبه لري اکثراً په لومړیو لسو ورځو کې مړه کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواري کتنې:

1 د*CSF* معاینه : د CSF معاینه نورمال اما استثناً فشار ئې لږ لوړ، موجــود وي. ECG او EEG موقتاً غیرنورمال وي د عضلی انزایمونو سویه لوړه وي دزخم څخه د موادو مستقیم معاینه او کلچر د ناروغی په تشخیص کې مرسته کوي اما باید وویل شي. چې په مشکل شنه کیږي یا دا چې دډول ډکي ته ورته ګرام مثبت باسیل تجرید شي دا تجرید د ناروغی ځینی تصادفي اشکال داسي دي چـــې Cephalic Tetanus نظر عمومي تیتانوس ته په مقدم توګه پیدا کیږي چې په دې شکل کې د تفریخ موده یو یا دوه ورځي وي. او د Otitis Media او منتن جروحاتو په تعقیب مینځ ته راځي چې په دې صورت کې د ناروغی انذار خراب دی. د ناروغی داشکل قحفي ازواج لکه X,IV,III,VII او XII متضرره کوي. چې دا شکل کیدای شي دتیتانوس دعمومي بنی مینځ ته راتلو نه په غیر پیدا او تظاهر وکړي.

***Tetanus Neonatarum:*-** د ژوند لومړیو 3-10 ورځو کې تیتانوس مینځ ته راځي. لومړني اعراض ئې د تی په رودلو کې ستونځی، زیاتــه ژړا او وروســته د Lockjaw تشکل او Poorsucking څخه عبارت دي همدارنګه د بلع کولــو ستونځي هم را مینځ ته کیږي . Trismus په مختلفو درجو موجود وي Spasm کیدای شي د تنبه او غیر له تنبه څخه تولیــد اوعمیــق عکســات شــدت مــومي Opesthotonus موجود نه وي. او یا تر هغه اندازي شدید وي چې د ماشوم سر د پښو پوندې سره په تماس کې کیږي ماشوم ژړا ټیټه او امکان لری بی سرو صــدا وي. د پوټکی رنګ ئې نورمال Cyanotic او یا خاسف وي چې د Hypoxia او یا Shock له کبله مینځ ته راځي.

د ناروغی تشخیص :- Risus Sardonicus او عمومي Spasm په هغــه ناروغانوکې چې نورمال شعور ولري د زخم او ترضیض تاریخچه موجوده وي سره له دي چې د ناروغی عامل نشو تجرید کولای ځکه په اسانی نه شــین کیــږي او پــه

(c) ketabton.com: The Digital Library

تجریدولوئي تشخیص تکمیلیږي غیر معاف یا قسماً معاف ناروغان د کلینکی بنـــی او Immunization تاریخچه په تشخیص کې مرسته کوي.

تفریقي تشخیص :-

1. د phenothiazine مشتقاتو مقابل کې عکس العمل: خارج اهرامـــي اعراض مینځ ته راوړی او Grimace, Torticollus اوداطراف عضلاتو تقلـــص مینځ ته راځي چې ددرمل په قطع کولو له مینځه ځي.

2- Tetany:- د Ca د کمښت له کبله په ماشومانو کې مـــنځ تـــه راځـــي Trismus موجود نه وي زیاتره Corpopedal Spasm لیدل کیږي او کلـــه کله Layngospasm لیدل کیږي دسیروم Ca سویه ټیټه وي چې په تشخیص کې مرسته کوي.

3 – Peritonsillar abscess : پدې ناروغانو کې د درد او تبی له کبلـــه Trismus مینځ ته راځي اما عمومي Spasm موجود نه وي چې د تشخیص لـــه نظره باید په نظر کې ونیول شي.

4- Encephalitis : د Encephalitis سره سره باید ناروغان ارزیـــابي شي په post. Infectious Encephalitis کې ډیر لږ Trismus لیدل کیږي او د CSF معاینه هم نورمال وي.

5- Rabies : د لیوني سپي پواسطه د چیچلو تاریخچـــه او Pleocytosis موجودیت مرسته کوي ناروغانو کې دوامدار سپزم موجود نه وي.

6- Strychnin poisoning: عضلی رخاوت د حملاتو تر مینځ په فاصله کې موجود او Trismus وروسته مینځ ته راځي.

7 – Bacterial Meningitis او Decebrate posturing د Narcotic او نورو درملو قطع کول هم د ناروغۍ سره په تفریقي تشخیص کې باید په نظر کې وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Complication :- (1) دحنجرې او تنفسي عضلاتو سپزم له کبله په تنفسي لیاره کې افرازات راټولیږي. چې په Atelectasis, Pnumonia او Asphyxic Spasm باعث ګرځي همدارنګه د بستر زخم د ستون فقرات کسر (د سپزم له کبله) د ژبې ځیرى لیدل، Sepsis ، سوٌ تغذې د ناروغی په اختلاطاتوکې شامل وي چې د ټولو ناروغیو مخنیوی د خاصو اهتماماتو په نیولو سره کیدای شي.

انذار- (prognosis) :- تراوسه پوري تیتانوس د خطرناکو ناروغیو په جمله کې شمیرل کیږي د اخته کیدواو مړینې رقم په وروستیو دوه لسیزه کې یو شانته پاته دي او یا داچې د مړینی له نطره ډیر لږ تغیر پکې راغلی دي او هغه ناروغان چې ژوندی پاته کیږي معیوب نه وي که چیرى تهویه او تقویوي درملنه په صحیح توګه اجراشي نو لا ندې فاکتورونه د ناروغی په انذارو کښې تغیرات رامینځ ته کولی شي.

1 – عمر : زیاتره مړینه د عمر په لحاظ د ژوندانه په شروع اوآخره کې واقع کیږي دمثال په توګه په نوی زیږیدلي ماشومانوکې مړینه 66% او تر پنځوس کلنی پورته عمر کې 70% ښودل شویده اماپه 10-20کلنی عمرکې دمړینې فیصدي 10%-20 پورې ښودل شویده.

2 – دتفریخ موده: هغه ناروغان چې مړه شویدی د تفریخ موده ئې 2-6 ورځو او هغه چې ژوندي پاتې شویدي 7-8 ورځې ښودل شویده اما د ارزښت وړ موضوع داده چې د Trismus او دعمومي حملو د پیداکیدو تر مینځ زمانې فاصله څومره ده که چیرى دا وخت د 48 ساعتو څخه کم وي د ناروغی انذار خراب دي او که چیري دا فاصله اوږده وي نو ناروغی به خفیف وي اما سره لدې چې ترڅودحملا تو شمېراو شدت ونه لیدل شي، د انذار و پیش بیني به ډکه وي له ستونځو.

3 - fever : د ناروغی په خفیف او متوسط شکل کې تبه دومره لوړه نه وي. اما که چیرى Brainstem (د مغزو ساقه) متضرر شوي وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

اوHyperpyrexia په ناروغانوکې موجود وي لازمه ده چې یادونه وشي د هغه ناروغانو چې تبه ونلري د ښه کېدنې چانس یکې زیات دي.

4- Extent of Involvement *(د اخته کیدو درجه)* :- ناروغی کې د محراقی تیتانوس مینځ ته راتګ د جرحي د موقیعت پورې اړه لري چې پدې شکل کې انذار معمولاً ښه دي. اختلاج یواځینی علامه ده چې ناروغۍ په خرابوانذارو دلالت کوي. (خاصتاً له شل کلن ښکته عمر ناروغانوکې.)

5- Antitoxintherapy: په عمومي ډول د انتی توکسین په ذریعه درملنه د ناروغی په انذارو عمده تاثیر نلري ځکه چې Toxins مخکې تثبیت شویدي او په لوړ مقدار په دوراني توکسینو باندې مؤثر دی (خنثی کولی شي)

که چیری Antitoxin دتفریخ په موده کې تطبیق شي د ناروغی سیر کم او یا تغیر ورکوي او یاد ټولو مهمه داده چې که چیرې د ناروغۍ په پیل کې تطبیق شي ډېر اهمیت لري.

- دیادونی وړده چې په ځینو نشریو کې د ناروغی دانذارو په مورد داسې ذکر شوي چې د مړینی اندازه د Herion په معتادینو او نوزادانو کې لوړه (70-90%) ته رسیږی حال داچې امریکی په ټولو برخو کې 65% ته رسیږي تر ټولو وروستی څیړنه چې په Mexico کې په 44 تیتانوس اخته ماشومانو شوي د مړینی اندازه 25% ذکر شویده همدارنګه باید وویل شي چې تقویوی ابتدائې او مقدم اهتمامات د وفیاتو په اندازه باندې ډېر رول لری وفیات اکثراً د pneumonia یا تنفسی عدم کفایه له کبله ښودل شویدي او همدارنګه که چیري ناروغ تر یوې هفتې ژوندی پاتې شي نو د روغیدو چانس ئې زیات دي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملنه (Treatment):

1 – د عضلی ســپزم کنتــرول Control of Muscular spasm: د
تیتانوس ناروغان باید په تیاره کوټه او آرام محیط کې بستر شي یعنی دا چې کوټه باید د اوریدو، رڼا او تماس له نظره په کلُی توګه آرامه اود امکــان ترحــده د مختلفــو تنبهاتومخنیوی وشي. د عضلی سپزم عمده تداوي ددرمــل پواســطه اجراکیــږي ترڅوعضلي سپزم کنترول شي. او په قشری مراکزو باندې انحطاطي تاثیر نه لــري. Diazepam 0.6-1.2mg/kg/day په شپږوکسری دوزو توصیه کیږي اماپــه نوی زیږیدلي ماشومانوکې 2-3 کسری دوز ورکــول کیــږي پــه ځینــو نشــریو کې8mg/kg/day حتی 25mg/kg/day په غټو ماشومانو کې په کسری دوزو (2-3mg) هر دري ساعته وروسته توصیه کوي (خاصتاُ لــه 2-5 کلنــی پــوری) Barbiturates، Chlorpromazine او Paraldehyde هم مفید دي.

2 – د Antitoxin *پذریعه درملنه:* کله چې د ناروغ مکمل تسکین صــورت ومومي نو انسانی Antitoxin دتیتانوس 3000-6000 واحد پوری عضلی تطبیق کیږي که چیرې دا نوع موجودنه وُ نوحیواني نوع ئې پیــداکیږي اوکــه چیــرې د Horseantitoxin سره حساسیت موجود نه وي عضلی یا وریدي تطبیق کولي شو چې نیمائې عضلي او نیمائې وریدی ورکول کیږي .

3 – Antimicrobial Therapy -: Crystalin penicilline یــو میلون هر شپږ ساعته وروسته او پروکائین پنسلین 1.5 میلیون په 24 ساعتوکې 10-14 ورځې تطبیق کیــږي او Metronidazole هــم 500mg/8h مســاوي موُثریت لري په غټانوکې تتراسیکلین 2gr کافي دي خاصتاً هغه ناروغانو ته چــې د پنسلین مقابل کې حساسیت ولري توصیه کیږي پنسلین د باسیل په نباتي شکلو موُثر دي او پر هغه باسیلو چې د نشو ونما په حال کې دي وژونکی تاثیر لــري او پــدي

(c) ketabton.com: The Digital Library

ترتیب توکسین نشي تولیدولای اما باید ووایو چي په ازاده شوي توکسینو باندې او کوم چې د باکتري په دننه کې دي تاثیر نلری.

4 – جراحی درملنه : کله چې ناروغ آرام کړی شو او Antitoxin تطبیق شو جرحه پاکه شوه نکروتیک پارچي ئې ليري اما وسیع جراحي Excision ته ضرورت نه پیدا کیږي.

5 – تقویوي تداوي: طبی څارنه او ښه پرستاری د منبهاتو کمول چې د اختلاج سبب کیږي لکه وریدی Catheterization تطبیق او نورهغه وخت تطبیق شي چې مسکن درملو خپل اعظمی اغیزه کړي وي او هڅه وشي چې د ناروغی اختلاطاتو لکه Aspiration pneumonia د کولمو د نهائې برخی انسداد د سختو غایطه موادو پواسطه د میتازو احتباس (بندش) او د بستر زخم د پیداکیدو څخه مخنیوی وشي د مسکن درمل کافی مقدار که توصیه شي نو د ښتیو دکسر څخه مخنیوی کیږي تنفسی تهویه هم ضروری ده چې کله کله د Intubation له لیاری اویا Tracheostomy اجرا کیږي Tracheostomy ،د قوی مسکناتو تطبیق د بلع کولو ستونځی د حنجری Spasm او د افرازاتو راټولیدل د Aspiration او تنفسی انسداد مینځ ته راوړي. چې د ستونځوپه موجودیت باید Intubation او یا Tracheostomy اجرا شي. ذکر شوي اهتمامات 10% وفیات راټیټوي.

وقایوی اساسات (preventive Meassures):

Active Immunization : د ناروغی له مینځته راتلو نه مخکی د کنترول عمده ټکی فعال معافیت تشکیلوی چې د مخنیوی (prevention) اساس تشکیلوي او د درې دوزه د تطبیق نه وروسته حاصلیږی ټول شیدی خوړونکي ماشومان باید د Tetanus Toxoid واکسین چې د دیفتري او توره ټوخلې سره یو ځای دی DPT Immunized شي چې لومړنی مقدارئې په شپږو لومړیواونیوکې شروع اود 1-1.5 میاشتی په فاصله کې دري ځله تطبیق کیږي. بوستر دوزئې یواو4 کاله

(c) ketabton.com: The Digital Library

وروسته تطبيق كيږي او وروسته هـــر لســـو كـــالوكې تطبيـــق شـــي مګـــراوس د DTaP) واكسين څخه چې $6M^0,4M^0,2M^0$ كې د يو بوستر دوز سره چې په -6 4 اويا 10 كلنۍ كې تطبيقيږي او د 10 كالو په فاصله په غځانو كې وروســـته TD تطبيقېږي چې زياته ترجيح وركړل شوېده همدارنګه د WHO په توصيه TD د نوي زېږيدلي ماشوم په تيتانوس اخته كېدو څخه د جلوګيري په منظور دوه دوزه او په غير معاف اشخاصو كې د 7 كلنۍ وروسته يا تر دې لوړسن كې درې دوزه عضـــلې 4-6wk) وروسته دوهم دوز او $6\text{-}12M^0$ وروسته ددوهم دوز څخـــه دريم دوز تطبيق شي. (Nelson. 2000) د جرحې په موجوديت كې بوستر دوز ضـــروری دي چې د يوې اونۍ په موده كې مناسب محافظوى انتى بادى ګاني توليدوي او پـــه هغه صورت كې چې آخري بوستردوز څخه لس كاله تير شوي وي بوستردوزكفايت كوي كه چيرى زخم زيات خراشيدګى يا شريدلى وي (Crush) او يا ډيرملـــوث اومنـــتن شـــوي وي لكـــه د قحـــف متعـــدد كســـور (Tetanus Human Immunoglobulin)TIG د 250 واحدو په انـــدازه IM تجـــويز كيـــږي او وروسته د هغه سره واكسين هم تطبيق كيږي ذكر شوي عمليه د خطرناكه نـــاروغى څخه چې د تفريخ موده ئې لنډه وي مخنيوى كولي شي هغه ناروغان چـــې تيتـــانوس تيروى معافيت نلرى لا زم دي چې فعال واكسين ورته تطبيق شي چې د Tetanus Toxiod څخه تيار شوي وي .

Passive Immunization: هغه اشخاصو ته چې جرحه ولري. او واكسين شوي نه اوسى لزوماً انساني ايمونوګلوبولين ورته تطبيق كيږي چـــې 250 واحـــد د عضلى له لیارې وركول كيږي كه شديد جروحات موجود وي نو 500 واحد بايد تطبيق شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د زخم څارنه یا مراقبت: **زخم تطهیر، نکروتیک انساج هم تطهیر او پانسمان شي. که چیرې استطباب ولري Debrid اجراشي د WHO او Unicef د هدایت مطابق فعال Immunization حاصل کړل شي چې مخکې تېرې یادونه شویده.**

(c) ketabton.com: The Digital Library

لسم فصل

د یني حاد ویروسی التهاب (Acute Viral Hepatitis)

تعریف اوعمومیات

Acute Hepatitis د ینی حاد ویروسی التهاب څخه عبارت دي چـې شـپږ ډوله Hepatotropic ویروسونو A,B,C,D,E,G پواسطه میـنځ تـه راځـي دمالیکولر بیالوژی تازه څیړنو پواسطه تشخیص او ننی عصر کې دا ناروغی په مـخ پروده او پر مخ تللی هیوادو کې د عامی روغتیا عمده ستونځی جوړوي یو شمیر نور ویروسـونه لکـه Herpes Simplex virus ، Cytomegalo(CMV) Virus ، Arbo virus, Epstien Barre Virus، Varicella، Adeno Virus ، Rubella، Enterovirus، او Human Immundeficiency Virus (HIV) او نور د Hepatitis سبب کیـدای شي، پدې معنی چې Hepatitis د اړوند ناروغی دکلینیکي اعراضو او علایمو یـوه برخه جوړوی په متحده ایالاتو کې HAV (Hepatitis A virus) په ماشومانو کې زیاتره (Most Common) پیښې تشکیلوی حال داچي (Hepatitis B virus) HBV تقریبـاً 1/3 اوHCV (20%) پـیښې او Hepatitis D HDV(په لږه اندازه هغه ماشومانوکې چې په HBV اخته وي د نـاروغی سـبب کیږي د Hepatitis سببی ویروسو څخه صرف درې ډوله ئې په مفصـل توګـه مطالعه او د نورو به ئې په مختصر توګه یادونه وشي په متحده ایالتو کې. HEV نه دی لیدل شوی او HGV ئې په دې وروستیو کې کشف او تشخیص کـړی دی.او تراوسه رول ئې نه دی واضح شوی او د ناروغی (Non HAV–Ev) لږه فیصدی جوړوي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Hepatitis A
(Infectious Hepatitis, Epidemicjaundice Catarrhal Jaundice)

HAV په ټوله نړۍ کې د عامي روغتیا عمده ستونځه جوړوي لکه څنګه چې د امریکې په متحده ایالاتو کې د کال Hepatitis 70,000 پېښو راپور ورکول کیږي.

Etiology: HAV دکال 1960 څخه مخکې کشف او RNA Virus دي چې 27nm قطر لري او Picorna Virus فامیل پورې اړه لري د ناروغ اشخاصو دغایطه موادو څخه تجرید شوي د تودوخې په $56c^o$ کې د 30 دقیقو لپاره ژوندی پاته کیدای شي اما $98c^o$ کې په یوه دقیقه کې له مینځه ځي د تودوخي په -) ($18\ c^o$)($-70\ c^o$) کې مرضی فعالیت ئې ځو کاله محفوظ پاته کیدای شي د نور او کلورین مقابل کې ډېر مقاومت لري .

اپیډیمولوژي: HAV په ټوله نړۍ کې شیوع لري اما په مخ پرووده هیوادو کې تقریباً 100% له پنځه کلنۍ کم عمر ماشومانو کې لیدل شویدی. د امریکې په متحده ایالاتو کې 30%-40% غټان اخته کوي. چې زیاتره عرضی سیر لري. اما تر پنځه کلنۍ ښکته عمر ماشومانو کې غیر عرضی خفیف او یا د غیر وصفی تظاهراتو سره سیر کوي. په پرمخ تللی هیوادو کې ماشومان د 10-20 کلنی پورې یواځې 20% په HAV اخته دي د ناروغی عامل دخولي او زرقیاتو له لیاري بدن ته داخل او Hepatitis مینځ ته راوړي د ناروغی تفریخ موده 15-45 ورځو (اوسط ډول 30 ورځې) پوري دي. د انتان سرایت همیشه منتن شخص څخه وبل شخص ته صورت مومي او په چاپیریال کې Fecal-oral انتشار لري. تحت الجلدی سرایت ئې ډېر کم او د مور څخه نوی زیږیدلی ماشوم ته د زیږیدني په وخت کې او همدارنګه د HAV سرایت د میتیازودخولي افرازات اومنی(Semen) پذریعه تراوسه توضیح شوي ندي. د شیوع د منابع ئې غذائي مواد (Food Born) او دچښلو اوبه (Water Born) تشکیلوی او په ځینی نشریو کې لیکل شوي. چې د جنسی مقاربت له لیاری هم انتقال کوي. باید یادونه وشي چې د ناروغی عامل د تفریخ دوری د پیل او د ناروغی له پیل څخه یوه انۍ وروسته د غایطه موادوڅخه

(c) ketabton.com: The Digital Library

تجرید کیدای شي اما دوینی په دوران کې تریوی لنډی مودي پورې موجود او د ژیړی د تاسس سره همزمان له وینی څخه له مینځه ځي. دا ناروغی خراب محیطی او فردی حفظ الصحی لکه (عسکری قشله، لیلیه او دارالایتام) کې زیات لیدل کیږي او د موسم پورې ارتباط نلري (دکال په هر وخت کې مینځ ته راتلای شي).باید یادونه وشي چي د خلکو صحی او اقتصادی حالت په ښه والی د ناروغی پیښې کمیږي. د ناروغی Unicteric شکل 80%له دوه کلنی ښکته او) 50%(4-3 کلنی) کې په مخفی توګه سیر کوي او د انتی بادی ګانو په بنیاد چې له مور څخه اخلی د ژوندانه په لومړیو میاشتوکې په اخته ماشومانوکې خفیف سیر کوی امیدواره میندی که په HAV اخته وي په ولادي توګه ماشوم په ناروغی نه اخته کیږي او همدارنګه د سقط او سؤ تشکلاتو باعث نګرځی د Hepatitisد ویروس مختلفو ډولونو د سرایت طریقه په (څلوروم) لمبر جدول کې خلاصه شویدی.

	HAV	HBV	HCV	HDV	HEV	HGV
Nucleicacid	RNA	DNA	RNA	RNA	RNA	RNA
د تفریخ موده(اوسط)	30 ورځي	100-120 ورځي	7-9 هفتی	2-4 میاشتی	40 ورځي	معلوم ندی
سرایت: جلدی	نادراً	معمولاً	Common	Common	No (-)	Common
Fecal-oral	معمولاً	No	No	No	Common	No
Sexual	نادراً	معمولاً	Rare (نادراً)	Rare (نادراً)	Rare (نادراً)	Rare (نادراً)
Transplacental (دپلاسنتاله لیاری)	No	معمولاً	Rare	No	Probably No	Rare
Chronic Infection	No	Yes	Yes	Yes	No	Yes
Fulminant Disease	Rare	Yes	Rare	Yes	Rare	Probably No

پتالوژي: د ځیګر ټول ژووکی متضرر کیږي خاصتاً د Centrelobular ناحیٔی حجرات په نکروز مواجه کیږي اوCellularity افزایش زیاتره په portalzone

(c) ketabton.com: The Digital Library

کې ليدل کيږي سره لدې چې فصی ساختمانونه ســالم بــاقی پــاتې کيــږي امــا د پرانشيمائې حجراتو استحاله او نکروز په پيل کې مينځ ته راځي شحمی تغيرات کم او التهابی عکس العمل د Mononuclear حجراتو دبابی طرق د توسع سبب کيږي د صفراوي قناتو Proliferation معمولاً ليدل کيږي اما تخريب نه مشاهده کيږي . د Kupffer حجراتو منتشر هاپير پلازيا د Sinosoid په امتداد د پولي موروفونو کلير لوکوسيت او ايزونو فيل ارتشاح موجود وي په نوی زيږيدلی ماشومانو کــې د کبدی افت مقابل کې د Giantcell په جوړيدو ښکاره کيږي .Fulminant.H کې د حجابی منظم نسج پرته، ټول پرانشيمائې حجرات تخريب کيږي کيدای شــې دHAV له کبله ماؤف شوی حجرات ددرې مياشتو په موده کې دمورفولوژی لــه نظره دوباره نورمال حالت ته راوګرځي. د هــډوکو مغــز پــه متوســط درجــه Hypoplastic او Aplastic Anemia هم راپور ورکړی شويدی. د دورانــی Immuncomplex له کبله دپښتورګو بندونو او پوټکی اخته کيدو راپــور هــم ورکړی شويدی د يادونی وړده چې دهستولوژيک منظری له نظره حــاد ويروســی هيپاتييت D.C.B.A ، E او G ويروس له کبله دتفريق وړندي اما د کبد وصــفی بيوپسی شواهد د التهابی فصيصو نکروز، ساختمانی نکروز شــواهدد پرانشــيمائې عناصرو صفراوي قناتو تکثر، د کبدی حجراتو استحاله د Kupffer حجراتو تکثر و د مونو نوکلير حجراتو ارتشاح، صفراوی قناتو تکثر، په Centrelobular ناحيه کې د افت تمرکز دحجراتو اذيمــا، د Reticulum اليــافو تکــاثف، دceroids صباغاتو تجمع او دفګوسائتيک حجراتو غټوالی (په پيل کې فيصصی وروسته طــرق بابی) موجودوي همدارنګه د ياودنی وړده چې تام شفا د هيپاتيت د ټولــو انواعــو معمول سيردي چې 2-3 مياشتو په موده کې مينځ ته راځي. اما ځينــی وخــت پــه Chronic persistent Hep او Chronic Active- Hepatitis - منجــر

(c) ketabton.com: The Digital Library

کیږي . همدارنګه ځینی وخت د ناروغی شفایابی د نکروزی ندباتو د کبد سیروز او یا وژونکی کتلوی نکروز سره یو ځاي وي.

Pathogenesis :- ژیړی په دوه عمده دلایلو (د داخل کبدی صفراوی لیــاری بندش او پرانشیمائي حجراتو متضرر کیدو) مینځ ته راځي نو له همدی کبله مستقیم او غیر مستقیم بیلروبین سویه لوړیږی. دداخل کبدی قناتو بندش له کبله غایطه مواد په پیل کې سپین رنګی وروسته چې صفرا دوباره په اثناعشر کې جریان پیداکوی او په نورمال توګه په وینه کې جذبیږی کبدی حجرات نشي کولي چې خارج ئې کړي نــو ځکه دهغه مقدرا په وینه کې لوړه او په میتیازو کې اطراح کیږي بناً د ځیګــر دننــه صفراوی لیاری بندش په نتیجه کې دانزایموسویه لکه Alkaline phosphatase ، 5- Nucleotidase او Gamma Glutamyl Transpeptidase په وینه کې لوړیږی چې دمختلفو کبدی افاتو محتوی دوران ته داخل او وظیفوی ســتونځی میــــنځ تـــه راځــــی چــــې د Transaminase د انـــدازی پــــه تعینولــــو لکــه(Serumglutamic oxalacetic Transaminase (SGOT) او (Serumglutamic pyurovic Transaminase)SGPT زیــاتوالی اود حجروی افت نوعیت ارزیابی کیدای شي باید وویل شـــي چـــې SGPT نســبت SGOT ته د کبدی حجراتو دافت په ارزیابی کې ډیر ارزښــت لــری همدارنګــه SGOT دسرو کروپاتو په افت، اسکلیتی، عضلی حجرات او قلبی عضله کې هــم لوړیږی چې لازم دي په پام کې ونیول شي پـــه Fulminant Hepatitis کــې دکبدی حجراتو تخریب له کبله د کبدی انزایمو سویه ټیټیږي چې باید په نظــر کــې ونیسو نورو کبدی انزایموسویه هم ټیټیږی لکـــه (Lactic dehydrogenase) LDH د ځیګر التهابی پیښو په ا رزیابی کې رول لری د کبدي حجراتو اخته کیدل دکبدی حجراتو وظیفوی تغیراتو پذریعه انعکاس مـــومي لکـــه د prothrombin Time اوږدیدل د Vit-K فقدان (صفرا کمښت له کبله) همدارنګه په کبـــدی

(c) ketabton.com: The Digital Library

حجراتوکې د قندی موادو، شحمی او پروتینی، امونیائې موادو میتابولیزم مختل کیږي پدې لحاظ باید د Hepatitis په مصابېنو کې د درمل په استعمال کې خاصه توجه پکار واچول شي. Sedrate په Hepatitis کې نه ممکن لوړشی.امادIgM سویه لوړیږی چې په Hepatitis کې زیات واقع کیږي . په عمومي توګه د ناروغی پـــه لمړی دوو اونیوکې Leukopenia موجود دي.

- *کلینیکی بڼه* :- ناروغی معمولاً په فوق الحاد شکل پیـــل او پـــه Systemic تظاهراتو (تبه، ستړیا، د زړه بدوالی، کانګی، بې اشتهائې او د ګیډې دردونه او سر دردي.) سره یو ځای وي دا اعراض امکان لري چې خفیف وي او اکثـــر شـــیدی خوړونکي اودمکتب څخه مخکې عمر ماشومان باید په نظرکې وي په ماشومانو کې اکثراً اسهال او لویانو کې قبضیت موجود وي ځینی وخت کیدای شي چې یرقـــان واضح نه وي تنهاد لابراتواري معایناتو پواسطه ممکن تشخیص شي همدارنګه بایـــد وویل شي چې یرقان 5-10 ورځي وروسته د مخبروي غیروصفی اعراضو په تعقیب مینځ ته راځي د ژیړی په منځ ته راتلو د متیازو رنګ توربخن او وروسته معمـــول Systemic اعراض مینځ ته راځي د ماشومانو بر خلاف اکثر انتانات د HAV په غټانو کې شدید او Symptomatic وي چې اعـــراض او علایمـــو کـــې ئـــې (دښې Hypochonder درد) او توربخن متیازی او یرقان شامل دي او که له یوی میاشتی لږ دوام کوي اود ناروغ اشتها تمریناتو تحمل او دښـــه والي احســـاس پـــه تدریجی توګه اعاده کیږي . د HAV اخته ناروغان تقریبا په تام ډول شفا مـــومي اما نکس کوونکی‌سیرئې امکان لري دځومیاشـــتودننه واقـــع شـــي Fulminant Hephatitis وژونکی دي اما په عمومی توګه کم واقع کیږي د ژیړی د پیداکیدو په وخت کې غایطه موادو رنګ Clay colour (خاکی رنګ) وي. ینه دردناکه، حساس او وصفی یرقان موجود او د توری غټوالی په مختلفو درجو. توپیر کوي په هر حال دکار د اسانتیا په خاطر کلینیکی بڼه په دوه صفحو کې ویشل شویدی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Pre Icteric phase – I : - غالباً ناروغانو کې تبه موجــوده نــه وي امــا د موجودیت په صورت کې په همدي صفحه کې تبه منځ ته راځي چي کیــدای شــي ګذری وي تبه خاصتاً په کوچنیو ماشومانو کې لیــدل کیــږي امــا پــه غټــانو او adolesscent دوره کې تبه امکان لري پنځه ورځي دوام وکړی د حرارت درجه کیدای شي چې د $37.8c^{o}$ څخه تر $40c^{o}$ لوړه شي او عموماً سرخوږ، ستړیا، بــی اشتهائي، د ړزه بدوالی، کانګی، بطنی دردونو سره یو ځاي وي کبــد ضــخاموی (لوی) او ددر ناکه وي توری او لمفاوي عقدات په ځینی ناروغانو کې غټ وي.

Icteric phase -II : دتبی په له مینځه تلو او د متیــازو رنــګ پــه توریــدو (Biluria) معمولاً په یرقانی صفحه کې پیل اویرقان مینځ ته راځــی پــه ځوانــو ماشومانوکې د یرقان په ظاهریدو د ناروغی اعراض له مینځه ځی او له بلی خوا نه په غټانو او لویو ماشومانو کې د یرقان صفحه امکان لري د ځینی اساسی او یا ابتــدائې اعراضو لکه (بی اشتهائې، د زړه بدوالی، کانګی، بطنی دردونو دشدت سره یو ځاي وي Mentaldepression ، خارښت او Bradycardia په غټانو کې معمــول اما په ماشومانو کې غیر معمول دي. دغایطه مواد Clay colour چې یــوه کــم دوامه علامه ده او دا صفحه دڅو ورځو نه تر یو میاشتی پوري په اوسط ډول -11) (8 ورځو په ماشومانو کې دوام کوي اما بر خلاف په کاهلانو کې 3-4 هفتــی دوام کوی د ناروغی مخبروی اعراض د یرقان د پیداکیدو په وخت کې له مینځــه ځــي نقاهت دوره چټکه وي. Hepatitis له دری کلن ښکته او شیدوخوړونکو ماشومانو کې Unicteric وي لازم دي یادونه وشي. چې دوزن بایلل په لویانو کې نســبت ماشومانو ته زیات معمول دي.

لابراتواري کتنی او د ناروغی تشخیص : دHAV انتان تشخیص په هغه اشخاصو کې چې دکورنۍ غړو ، هم لوبو، همصنفی او د ښوونځی پرسونل سره او یا داچــې دکورنۍ غړو سره چې اندیمیک سیمی ته سفرکړی وي دتماس تاریخچه موجــوده وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

لزوماً باید په نظر کې ونیول شي په عمومي توګه د ناروغی تشخیص داپیدیمو لوژیک تاریخچی، کلینکی بنی، لابراتواري کتنواو سیرولوژیک تستونو پواسطه وضع کیږي او د بیوپسی اجرا ته ډیر کم ضرورت پیدا کیږي . د مزدوج بیلروبین اوغیر مزدوج بیلروبین سویه (Hyperbilirubinemia) حتی د یرقان په عدم موجودیت کې لوړ بنئ. او امکان لري تر یوې میاشتی پوری دوام وکړی چي په ماشومانو کې زودګذر او غټانو کې دوامداره باقې پاتې کیږي . د Transaminase سویه په HAV کې اعظمی حد ته رسیږی (تر 1000unit پوری) اونسبت HBV ته په چټکی سره بیر ته ښکته کیږي په عمومي توګه دسیروم پروتین نورمال اما د Gamma globuline په سویه کي زیاتوالي د2.5gr%< ښودل شویدی. چې د ناروغی په خرابو انذارودلالت کوي. Hypoalbuminemia او Hypoglycemia د prothrombin Time اوږدیدل هم یو له مهمو لابراتواری کتنو څخه شمیرل کیږي . چې د انذارو په خرابی دلالت کوي. او هم ناروغ په Hospitalization محکوموي. همدارنګه د Urobilinogen سویه هم لوړه وي د وینې په روتین معایناتو کې دلوکوسیت شمیره نورمال یاښکته وي Lymphocytosis او Atypical Lymphocytes امکان لری د ناروغی لومړیو دوو هفتو په پیل کې موجود وي Sed.rate هم لوړیږی او په وینه کې دAlkalin phosphatases (115-345iu/l) نورمال او Gammaglutamyl Transpeptidase نورمال جبل سروی (193 u/L , اوسط 13-24 u/L) او 5-Nucleotidase سویه لوړیږي چې د صفراوی لیاري په انسداد دلالت کوي اما په سببی تفریقی تشخیص کې مرسته نه کوی.HAV دوه اونیِ مخکې اویوه اونیِ وروسته د ناروغی دپیل نه

(c) ketabton.com: The Digital Library

په غایطه موادو کې اطراح کیږي . چې د ویروس د تجرید له نظره د اهمیت وړ دي. باید یادونه وشي چې د ناروغی قاطع تشخیص دسیرولوژیک تستو پواسطه صورت نیسی. د Anti-HAV-IgM زیاتوالي په حاد ناروغی دلالت کوي او په سیروم کې لوړه سویه ئې (6-8) اونیو حتی 12-13 میاشتو پوری باقې پاتې کیږي اما IgMله شفایابی وروسته لوړیږی لکه څنګه چې مخکې یادونه وشوه چې د کبد بیوپسی ته ډیر کم ضرورت احساس کیږي چې دضرورت په وخت کې لزوماً percutaneus liver biopsy په احتیاط سره اجرا او معاینات لکه Prothrombin Time دمویه صفحات ، Bleeding Time او Partial Thrombon plastine Timeاجرا کړي د حبن موجودیت د بیوپسی په اجرا کې ستونځی رامخ ته کوي په هستولوژیک مطالعاتو کې دکبد بیوپسی دکبدی حجراتو موضعی یا منتشر نکروز چې د PMN التهابی حجراتو ارتشاح، Macrophage, Lymphocyte او plasma cell خاصتاً portal ناحیه کې یو ځای وي د صفراوی قناتو په perilobular Portal area کې لیدل کیږي دکبدی حجراتو Regeneration او R.E.S تکثر موجود وي ځینی وخت نکروز په کتلوی شکل موجود وي چې په ناوړه انذارو دلالت کوي. د Viral Hepatitis دمختلفو ډولونو اپیدیمولوژیکی کلینکی او ایمونو لوژیکی مشخصات د تشخیصیه تستو او درملنی سره په (پنځم لمبر) جدول کې خلاصه شویدی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

(5) نمبر جدول

Features	A	B	C	D	E
Virus Family	HAV Picorna virus	HBV Hepadna virus	HCV Flavi virus	HDV Satellite in Complet RNA	HEV Calici virus
د ناروغی پیل	معمولاً حاد	معمولاً تدریجی	معمولاً تدریجی	معمولاً حاد	معمولاً حاد
مخبروی اعراض: Arthritisاندفاعات	موجودنه وی	ممکن موجود وی	ممکن موجودوی	نامعلوم دی	موجود نه وي
تشخیصیه تستونه	Anti HAV IgM	HBS Ag Anti HBS IgM	Anti HCV	Anti HDV	Anti HEV
Sequelae:Carrier	No	Yes	Yes	Yes	No
Vaccin available واکسین موجود دی	Yes	Yes	No	Yes (HBV)	No
Mortality Rate	(0.2-0.1)%	(0.2-0.5%) په غیر اختلاطی پیښو کې اما په اختلاطی پیښو کې ممکن لوړ وی	(1-2%) په غیر اختلاطی پیښو کې مګر په اختلاطی پیښیوکې ممکن لوړوي	(2-20)%	20%په امیدواره ښځو کې (20-1%) په عمومي نفوس کې
Treatment	Non	Interferon Alfa-2b	Interferon Alfa –2b	Inerferon Alfa-2b	None

تفریقي تشخیص:

(I) – د ژیړی مېنځ ته راتلو نه مخکــی: د. Infectious mononucleosis, Acute -appendi citis ، Gastro – Enteritis ، Influenzae او د Dengue fever سره تفریقی تشخیص وشي. نړی په ځینی سیمو کې د ملاریااو

(c) ketabton.com: The Digital Library

ددي . ناروغیو تشخیص دسببی عامل د تجرید اوسیرولوژیک تستو پواسطه اجرا کیږي .

(II) – دژیړی دپیداکیدوڅخه وروسته Acute Viral Hepatitis د لاندي ناروغیو سره باید تفریقی تشخیص وشي.

1 – د فیزیولوژیک ژیړی سره: په بامیعاد نوزادانو کې یرقان په دریمه او څلورمه ورځ کې مینځ ته راځي اما په قبل المیعادو کې په ځنډ سره را مینځ ته کیږي .

2 – دنوی زیږیدلي ماشومانو Hemolytic Jaundice : دا ډول ژیړی د ولادت دپیل نه موجود وي لابراتواری معاینات په تشخیص کې مرسته کوی هغه ژیړی چې انتانی اسباب لري انتانی ښکاره علایم په ماشوم کې موجود وي همدارنګه په نوزادانو کې باید د ژیړی نور سببونه ولټول شي لکه Galactosemia ، Hypothyroidism بیلروبین استقلابی تشوشات، Biliaryatresia ، Choledachalcyst او نور باید په پام کې ونیول شي په غټو ماشومانو کې Extra hepatic obstructive jaundice د درمل او د انتان له کبله ژیړی په نظر کې ونیول شي.

3 – Hemolytic Uremic synd : دسرو کرویاتو او کلیوی معاینات، تشخیص وضع کوی.

4 – Reye's Synd : د ژیړی نه علاوه ، دماغی تشوشات Hypoglycemia په نارو غ کې موجود دي.

5 – دملاریا، بروسلیوز، او Leptospirosis کې هم کله کله ژیړی لیدل کیږي .چې په نظر کې باید ونیسو.

6- Cirrhosis ، Gallstone, ، Wilson'sdisease Chronic Hemolytic process د ژیړی سبب کیدای شي. چې دتفریقی تشخیص له نظره د اهمیت وړ دي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

7 – acute Cholangitis, Yellow fever. او د نورو ناروغیو له کبله ژیړی لکه Cirrhosis, IMN سفلیس چې په تفریقي تشخیص کې لازم دي تر ټولو لومړی د Hepatitis A (که Anti HAV IgM هم منفي وي) او Hepatitis B (که HBS Ag او Anti HBc IgM هم منفي وي) ناروغي باید رد شي. سیرولوژیک تستونه د HCV تشخیص لپاره وجود نلری

8- Extra Hepatic obstructive jaundace : د تیږو او نیوپلازم واقعات په ماشومانو کې کم واقع کیږي په شیدی خوړونکو کې د صفراوی ولادي قنات تخریب امکان لري په پیل کې ستونځی رامینځ ته کړي د Transaminasis سویه نسبت Viral Hepatitis ته په ټیټه سطح قرار لری.

9- Hepato cellular jaundice : د کیمیاوی سمی موادو پواسطه مینځ ته راځي او د تاریخچې د اخیستو نه غیر په تفریقي تشخیص کې ستونځی رامینځ ته کیږي .

10 – Drug associated jaundice : هغه هیپاتیت چې منشائې درمل وي او امکان لري دکلینکي ، بیوشیمکي او مورفولوژیک له نظره د ویروسي هیپاتیت سره غیر قابل تفریق وي درملونه لکه (Pyrazinamid, isoniazide, Gold) د یرقان سبب کیږي چې په پام کې ونیول شي.

Complication :

-1- : Fulminant Hepatitis : د Hepatitis A په تعقیب ځینی وخت مینځ ته راځي چې د بیلروبین تدریجی او دaminotransaminases زیاتوالی سره یو ځای وي د بیلروبین سویه 20mg% ته رسیږی همدارنګه Edema,bleeding، Encephalopathy او Ascites ورسره وي.Transaminase په زرهاو، واحدو پورته ځی اووروسته نورمال سرحد ته ښکته کیږي . د امونیا سویه په وینه کې لوړه او دځیګر په بیوپسی کې Briding

(c) ketabton.com: The Digital Library

Necrosis ښکاره کیږي چې زیاتره په Hepatitis B کې معمول دي او د مړینې فیصدي پدې برخه کې 30% ته رسیږي.

2- دکبد وظیفوي Systemic تشوشات چې په نتیجه کې PT اوږد غالباً د نــزف سره یو ځاي وي.

3 – د سیروم البومین سویه ټیټه وي چې داذیما او ascites سبب کیږي .

4 – دامونیا تدریجي زیاتوالی چې دماغي حسي تشوشات رامینځ ته کوي او خــوبجن حالت چې تر Coma پورې پر مختګ کولي شي لیدل کیږي .

Chronic Hepatitis - 5 : سره له دې چې د یرقان شروع په حاد ډول ســره وي اما په دقیق استجواب سره غالباً ناروغي د یوې بــې اشــتهائي ، دزړه بــدوالي، کانګي، دوزن بایلل دڅو اونیو راهیسي د تدریجي پیل یوه تاریخچــه کیــدای شــي موجوده وي د کبد په تناسب معمولاً د توري غټوالي لیدل کیږي ناروغ له خفیــف تبې، د بندنو درد څخه معمولاً شکایت کوي. Hypergamaglobulinemia د antibodies Antinuclear، Antiglomerular، Antimitochondrial او Antismoth muscle antibody د ظاهریــدو سره مل وي. HBs Ag ډیر کم په ماشومانو کې لیدل کیږي کم خوني موجوده او دمزدوج او غیر مزدوج بیلروبین سویه معمولاً لوړه وي. د Transaminase سویه لــوړه او Thrombocytopenia او Prothrombin Time معمــولاً اوږد وي.

*7 - **Aplastic anemia*** : د Hepatitis دپیل څخه څوانۍ وروسته میــنځ ته راځي چې د ناروغي انذار فوق العاده خراب دي.

8- متفرقه: د HBV له کبله نفروزس مینځ ته راځي چې HBe Ag. په ګلومیرولي شعریو کې ځاي نیسي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنیوی (*Prevention*): فعال - منفعل معافیت د ستندرد ایمونو ګلوبـولین پـه تطبیق چې 0.02-0.04 mg/kg په عضله کې په حساس اشخاصو کې چې ناروغ سره په تماس کې دی مینځ ته راځي د ناروغ سره په تماس کې اشخاصـو تـه کـه ایمونوګلوبولین دتماس په اوله او دویمه هفته کې تطبیق شي نو 80-90% د ناروغی واقعات کمیږي هغه افرادو کې چې اندیمیک سیمو ته سفر کـوي لازم دي 0.02-0.06 ml/kg ایمونو ګلوبولین او یا د HAV نوی واکسین په وقایوی شکل تطبیق شي چې دا هم د اوسیدو مودي پوری اړه لری د ژیړی دمینځ ته راتلو وروسته تر 7 ورځو پوری دا ناروغی ساری ده. بناً لازم دی چې د مکتب پرورشګاه یاد شغل لـه ځاي څخه تجرید شی.

***Vaccine*:-** د HAv واکسین د 2 کلنۍ یا تر دي پورته سن کې پـه دوه دوزه عضلی تطبیق کیږي. د اول دوز د تطبیق نه 6-12 میاشتی وروسته دویم دوز تطبیـق کیږي.چې Seroconversion د اول دوز د تطبیق په تعقیب 90% او 100% د دوهم دوز په تعقیب مینځ ته راځی چې په پنځم جدول کې توضیح شویدی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Hepatitis A Virus Prophylaxis(شپږم لمبر جدول)

Age	Exposure	Dose
Pre Exposure Propylaxis (Travelers to Endemic regions)		
<2Y	Expected < 3M°	IG 0.02 ml/Kg
	Expected 3-5 M°	IG 0.06ml/Kg
	Expected Long Term	IG 0.06ml/Kg at Depsrture and every 5 M° there after.
>2Y	Expected <3 M°	HAV vaccine* or IG 0.02 ml/kg
	Expected 3-5 M°	HAV vaccine* or IG 0.06 ml/Kg
	Expected long Term	HAV vaccine*
Post Exposure Prophlylaxis Future Exposure likely		
>2Y	<2wk Since Exposure	IG 0.02 ml/Kg & HAV vaccine
	>2wk Since Exposure	HAV vaccine*
	Future Exposure unlikely :	
All ages	<2wk Since Exposure	IG 0.02 ml/Kg & HAV vaccine should be consider (if>2Yrs)
	>2wk Since Exposure	No prophylaxis

* دوه ډوله Inactivated او د استفادي وړ واکسین د 2Y یا 2Y< سن لپاره موجود وي.

(Immumoglobuline) :IG

د Hav واکسین نور کاندیدان عبارت دي له : ټول هغـــه اشخاصـــوچې د HAV انتان اندیمیک سیمی ته سفر کوی او یا په کار بوخت وي. همدارنگه :

(1) هغه طفل چې عمر ئې 2 کاله یا تر هغی لوړ او په اندیمیک ناحیه کې چې دانتان شیوع ولري لکه امریکه او Alaska کې اوسیږي.

(2) ناروغ چې کبدی مزمن ناروغی ولری.

(3) Homo Sexual or Bisexual men

(4) د زرقیاتو او درملو څخه استفاده

(5) هغه اشخاص چې دخطر سره مواجه وی.

Immunoglubline د پنځم لمبر جدول مطابق تطبیق کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- IVIG چې په کافي مقدار، موثریت او د مخنیوی وخت مطابق (زمان وقایه) ډېر مفید دی. د IG هغه اشخاصو لپاره چې د HAV اندیمیک سیمی ته سفر کوی ضروری دي. د دوه کلنی او تر هغی لوي ماشومانو کې HAV Immunization چې د سیمی د پریښودلو وخت له یوی میاشتی زیات وي. باید تطبیق شي.

- IG په لاندې حالاتو کې تطبیق کیږي.

(1) - د HAV کورنی پیښو او تماس لرونکو ته

(2) - هغه نوزاد چې په (HAV) منتن مور څخه پیدا شوی وی.

(3) - د صحی مرکز پرسونل او صحی مراقبت کارکوونکی، اطفال اونور دکورنی تماس لرونکی اشخاص د ناروغی د شیوع په وخت کې.

(4) شیوع په مکاتبو او موسساتو کي. د IG استعمال دوه اونی وروسته له مواجه کیدواستطباب لری او په روتین ډول طبی پرسونل ، مکاتبو کې استطباب نلری.

درملنه (Treatment) : - کومه خاصه تداوی نلری د Sedative او Corticosteroidداستعمال څخه ډډه وشي په پیل کې ناروغ ته ترجیحاً ملایم خواړه ورکړل شي. په یرقانی صفحه کې لږ شحم لرونکی غذائی موادو په توصیه کولو معدی معائی اعراض کمیږي اما د ناروغی په انذارو کوم تاثیر نلری فردي او محیطی حفظ الصحه مراعت شي او د امونیا له کبله انسفالوپاتي د مخنیوی په خاطر Lactulose او Neomycine توصیه او پروتین په لږ مقدار ورکړل شي.

انذار - Prognosis :- 95% ناروغ ماشومان بې له Sequelae ښه کیږي اما ډېر لږ پیښو کې د Fulminant Hepatitis له کبله ممکن دي چې په لومړیو پنځو ورځو کې ناروغ مړ شي یا داچې د 1-2 میاشتو پوری ژوندي پاتې شي. د Hepatic coma دعلایمو په پیداکیدو د ناروغی انذار نور پسی خرابیږی او د ascites او ژیړی سره مستقیم اړیکی لري چې په دې ډول پیښو کې

(c) ketabton.com: The Digital Library

Orthotopic Liver -Trans plantation اسطباب لري د ناروغی ناتام شفا په Long duration Hepatitis یا Chronic cholestatic Hepatitis - منجر کیږي اما سیروز مینځ ته نه راځي د Aplastic Anemia ډیـــری لــږی پیښی د Infectious Hepaptitis په تعقب مینځ ته راځی. د نـــاروغی ســـلیم نکس امکان لري چې په 10%-15 پیښو کې د تام شفا نه وروسته 6-10 هفتـــو دننه موده کې مینځ ته راشي

(HBV) Dane particle (Hepatitis B)

Epidemiology: دتفریخ موده ئې(50-180 ورځي) اوپه ځینی نشـــریوکې (21-35) ورځي لیکل شویدی . د ناروغی عامل HBV (Hepatitis B virus) دي چې د DNA څخه جوړشوی او د 42 nm Daneparticle په نـــوم هـــم یادیږی. HBV

دیو Core (28 nm particles) چې د هستی په داخل کـــې منـــتن کبـــدی حجرات او یو ضخیم خارجی پوښ (Surface antigen) لري. چې Surface antigen په وینه کې د HBS antigen په نوم یادیږی، او د هغه مقابل کې انتی بادی د Anti- HBs په نوم یادیږی مرکزی انتې جن (Core Ag) چې د HBc Ag په نوم او انتی بادی Anti- HBs په نوم یادیږی. دHBc Ag چې د HBe Ag یو ناقص شکل دي چې د ویروس فعال عکس العمل د ناروغانو په سیروم کـــې ښئ او د HBc Ag موجودیت دویروس دمنتن کولـــو قـــدرت ښکارنـــدوی دی. دزرقی وسایلو پواسطه فوق العاده سرایت کوی اود HAV برعکس دخولی له لیاری سرایت نه کوی همدارنگه دناقلو میندو څخه په perinatal دوره کې په ستنه کـــې دوینی محصولاتو، سیرنج، جلدی خالکو بی ستنی او مستقیماً دجنسی مقاربـــت پـــه اساس سرایت کوی دویروسی انتی جینونه د مورشیدو، ادرار یا دخولې لعـــاب کـــې موجود وي همدارنگه باید یادونه وشي چې د انتان ســـرایت د وینـــی لـــه لیـــاری

(c) ketabton.com: The Digital Library

(Donor HBs Ag) صورت مومي. طبی پرسونل او paramedical اکثـــراً د تصادفی منتن وخذو پذریعه انتان اخلـــی ناروغـــان او هغـــه پرســـونل چـــي پـــه Renaldialysis ، جدی مراقبت (خـــارنی) ، oncology وارد، او دوینـــی معايناتو مختلفو لابراتوارو او منتن انساجو سره سروکار لري د لوي خطـــر ســـره مخامخ دي مرضی انتی جن زیاتره په هغه اشخاصو کې چې ډیر ګڼه ګوڼه او نـــاوړه حفظ الصحوی شرايطو کې ژوند کوي موجود دي نو ځکه په موسساتو کـــې (پـــه عقلی تاخر اخته کسان) دناروغی د اندیمي لپاره زمینه مساعده وي د HBc Ag د ناقلینو اندازه د 0,1% څخه تر 10% نه زيات فرق کوی چې جغرافیاوی موقیعیت. عمر او جنس پوری اړه لری HBsAg دتفریخ دوري په وروستیو وختو کې په وینه کې دلیدو وړ دي همدارنګه ديو نامعلوم وخت لپاره دژیړی دشروع نه وروسته دلیدو وړ دي. او هم د منتن کولو قدرت د HBe Ag او HBs Ag دلوړ تایتر پوری اړه لری د مثال په توګه هغه ماشوم چې د perinatal دوره کې د HBS(Ag+) د مور څخه پیدا کیږي نسبت هغه ماشوم ته چې HBe (Ag+) څخه پیدا کیږي د HBV انتان سرایت ډیر دي اوله بلې خوا HBs (Ag+) او HBc(+) انتان ډیر لږ انتقالیږی. پدې وروستیو کې د امریکی په متحده ایـــالاتو کـــې پـــه 300,000 ارزیابی شوي. HBv انتان چې په هر کال کې واقع شویدی. خطر ته متوجه زیـــاتره پیښې په 20-39 کلنۍ کې ښودل شویدی. او ماشومانو کې د غیر عرضی انتان لـــه کبله ارزیابی ئې مشکله ده. پداسي حال کې چې انتان تقریباً 10% په ماشومانو کې لیدل شوی چې 20-30% ئې مزمن (ځنډنی) پیښې جوړوی. او زیاتره پیښې ئـــې Perinatal Exposure ، HBs Ag+ مورڅخه چې تداوی شوی نه وي.-70 90% ماشومان منتن پیدا کیږي. او زیاتره دنوی زیږیدنی مرحله کې 2,5% پیښې د منتن مور څخه چې داخل رحمی انتان ئې اخیستی تشکیلوي هـــر کـــال 22000

(c) ketabton.com: The Digital Library

ماشومان د +HBs Ag میندو څخه په امریکه کې پیدا او له 98% څخه زیـــات Immune – prophy laxis شوي اودانتان څخه مخنیوی شوي دی.

کلینکي تظاهرات : اعراض ئې غیر وصفي اوخفیف تبه (امکان لری موجود نه وي) او معدي معائي خفیف تشوشات پکې شامل دي د لیدو وړ ژیـــړی (25%پـــیښې جوړوي) او 8 هفتې وروسته د مواجه کېدو څخه مینځ تـــه راځـــي او 4wk دوام کوي د اهمیت وړ لومړنی با ارزښت کلینیکي علامه ده چې په همدې وخـــت کـــې هغې سره د ادرارو رنګ توریږی اوغایطه مواد خاڅف یا خاکستری رنـــګ (Clay colour) او دکبد غټوالي موجودوي ځینې وخـــت د Macular ، Urticarial، Purpuric rash او Arthritis یو Complex د ژیړی دپیداکیدو نه مخکې په ناروغانو کې موجود وي چې مخبروي علایم ګڼل شویدي ژیړی په نوزادانو کې د HBV د نادر تظاهراتو څخه دي او اکثر شیدی خوړونکی ماشومان د HBV انتان دمور څخه چې غیر وصفي مزمن HBV انتان لري پیدا کیږي لومـــړنی کلینیکـــي شواهد د ALT (SGPT) د لوړېدو څخه عبارت دی چې مخکې د Lethargy ، بې اشتهایي، خستګي، (چې معمولاً د مواجه کېدو څخه 6-7WK وروسته رامینځ تـــه کېـــږي) تبـــارز کـــوي او Polyarteritis ,G. Nephritis, aplasticanemia د خارج کبدي علایمو څخه شمېرل کېږي په فزیکي معاینه کې د ژبې لاندې مخاطي غشا تالو، نرم حنک او Sclera ژېړ، کبد لوې او حساس وي توری او لمفاوي عقدات هم ضخاموي وي.

لابراتواری کتنی: د ناروغی د تشخیص لپاره د HBV انتان تستونه Anti HBc IgM، HBs Ag ، باید اجرا شي چې د Anti HBs موجودیت دشفا لپـــاره. معافیت او د HBc واکسین مقابل کې ښه شواهد دي. HBs Ag د یو حاد انتان څخه وروسته 8 اونیو پوری دوام کوي او همدارنګه د مزمن انتان ښکارنـــدوی دي

(c) ketabton.com: The Digital Library

دکبد وظیفوي تستونه د HAV انتان ته ورته دي دکبد بیوپسی ځینی وخت د HAV اوHBV انتان په تفریقی تشخیص کې مرسته کوی.

تشخیص : د ناروغی تشخیص دکلینیکی تظاهراتو، لابراتواری معایناتو، د جنسی تماس تاریخچه د زرقیاتو اخستل اوفامیلی تماس او همدارنګه سیرولوژیک شواهدو HBS Ag,HBe Ag,Anti HBc IgM پذریعه صورت مومي چې د اعراضو په شروع کېدو سویه ئې لوړېږي او څو میاشتې دوام کوي Anti ,HBc Ag IgM د HBV حاد انتان لپاره غوره سیرولوژیک معاینه ده ځکه چې مخکې د HBs Ag څخه موجود او دوام له نظره د HBs Ag له منځه تللو څخه وروسته موجود وي یواځې Anti ,HBc, Ag په هغه افرادو کې چې د HBV, Vaccine شوی او همدارنګه په هغه اطفالوکې چې روغ شوي وي Anti HBc Ag او Anti HBs Ag د لیدو وړ دي.

تفریقی تشخیص :- دتفریخ اوږده موده HBs Ag ، دزرقیاتو تاریخچه HBV د HAV څخه تفریق کوی اود HCV سره د سیرولوژیک معایناتو پواسطه تفریقی تشخیص اجرا کیږي همدارنګه د Auto Immune Hepatitis او Wilsons Disease سره هم تفریقی تشخیص کیږي . همدارنګه Hepatitis (NA.NB,NC)دهیپاتیت باالخاصه تایپو(B,A او C) سیرولوژیک مشخصاتو پواسطه تفریق کیږي.

مخنیوی (Prevention) :- په ټولنه کې د HBV پیبنو د Donors د وینی معایناتو، دامیدوارو میندو، د وینی معایناتو ، معقم ستنو استعمالولو دجراحی معقم سامان لوازم دجنسی مقاربتوڅخه ډډه کولو (خاصتاً ناقلینو سره) په کور کې دتماس لرونکو اشخاصو واکسنیشن Sexual partner ، طبی پرسونل او نورهغه څوک چې دخطر سره مواجه دي مخنیوی کولی شو دامریکی په متحده ایالاتو کې ټولو نوو زیږیدلو او Adolescents ته ایمونایزیشن اجرا کیږي دواکسین تطبیق د ناروغ

(c) ketabton.com: The Digital Library

سره د تماس نه مخکی دمخنیوی په منظور ډیر مؤثر دي د HBV واکسین د لومړی ځل لپاره په کال 1981 کې په متحده ایالاتو کې دهغه انتاناتو څخه چې د percutaneus او جنسی له لیاری سرایت کړی وٌ تهیه او تطبیق شویدی پرله پسی څیړونو کې ښودل شویدی چې د 85% څخه زیات واقعات د Perinatal کسبی انتان او 80%-90 د postnatal کسبی انتان په مخنیوی کې مؤثر واقع شویدی په کال 1988 دامریکی په متحده ایالاتو کې د ولادي نسائی په مکتب کې توصیه کوي چې ټول امیدواره ښځی باید د HBV انتان له نظره معاینه او HBs Ag په هغوی کې وڅیړل شي هغو کې چې مثبت عکس العمل موجود وي ممکن دي چې اولاد ته ئې انتان سرایت وکړی HBV دواکسین دوه دوز په عضله کې ضروری زرق کیږي د اولی او دومی ابتدائې دوز تر منځ دفاصلی زیاتوالی په Immunogenicity کم اغیزه لري اما د دوه اخری دوز تر مینځ اوږده فاصله (4-12) میاشتی د Anti HBs لوړ تایتر په تولیدولو کې رول لري بناً کافی عکس العمل او د Seroconversion اندازه دواکسین د مقدار پذریعه چې په لاندې طریقه (د تولد په وخت، 6 Mº, 1Mº یا تولد وخت، 6 Mº,2 Mº یا 6 Mº,2 Mº یا 6 Mº.,4 Mº,2 Mº) استعمال شي مینځ ته راځی په مختلفو نقطو کې د نورو واکسینو سره ددې واکسین تطبیق مصئون او مؤثر دي.المونیم هایدرواکسایداو Thimerosal کې د دوه ډوله منحل واکسین اجازه ورکړی شوي چې یو ئې Recombivax HB (10 iomcrogr/ml) او بل ئې Engerix B (20microgr/ml) دي.

د تطبیق ځاي: په نوزادانو، شیدی خوړونکو ماشومانو او adolescent مرحله کې د واکسین دتطبیق یواځینی مناسب ځاي دورانه قدامی وحشی برخه ده که چیری دجلد له لیاری تطبیق شي، نومعافیتی عکس العمل به ناتام وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

د عمر په لحاظ HBV vaccine او HBIG استطباب او دوزاژ: (اووم لمبر جدول)

Groups	Vaccine		Scheduale	HBIG	
	RecombivaxHB (microgr)	Engerix B (microgr)		Dose/ml	Schedule
Neonates					
HBs Ag(+)د میندو څخه متولد ماشوم	1ml(10milgr) 5 (0.5ml)	1ml(20milgr) 10 (0.5ml)	Birth,1,6M^o	0.5	دزیږیدنی لومړیو 12 ساعتو کي
HBs Ag(-)د میندو څخه پیداشوی شیدی خوړونکی ماشوم	5 (0.5ml)	10 (0.5ml)	0.1,2,6-18M^o	None	-
Children and adolescent (11-19 y)	5	10 (0.5ml)	0,1 and 6M^o	None	-
contact with acute HBv Intimate (صمیمی‌تماس) 0-19 Y old	5	10 (0.5ml)	Exposure 1oand 6M^0	0.06/kg	دتماس وخت کي
> 19Y old	10	20 (1ml)	= 1and 6M^o	0.06/kg	دتماس وخت کي
House hold	none	None	None	none	None
Casual	none	None	None	none	None
Contact with chronic HBv imtimate and house hold					
0-19 Y old	5	10	Exp 1and 6M^o	none	-
> 19Y old	10	20	Exp, 1and 6M^o	none	-
Casual (تصادفی)	none	None	-	none	-
Immune suppresed or Hemodialysis patients	40	40	Exp 1and 6M^o	none	

PEP (Post Exposure Prophylaxis) – A : په لاندې حالاتو کــې PEP د HBV انتان مقابل کې استعمالیږی (شپږم لمبر جدول)

a-- هغه نوی زیږیدلی ماشوم چې Perinatal دوره کې د + HBs Ag مــور څخه پیداشوی وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

b-- دمخاطی جلدی له لیاری په تصادفی ډول (د+HBs Ag وینی سره تماس)

c-- د +HBS Ag سره جنسی مقاربت

d- په شیدی خوړونکی ماشوم چې عمر ئې $<12M^o$ او په کورنۍ کـــې د HBv اخته شخص سره په تماس کې وی چې پدې مواردوکې د HBIG څخه اســـتفاده کیږي . او څیړنی د HBIG یا HB vaccine په مختلفو حالاتوکې د مؤثریت په هکله شویدی.

(a) په نوی زیږیدلی ماشوم کې چې مورئې prtinatal دوره کـــې د HBs Ag+ او +HBe Ag وي. یـــو مشـــترک رژیم د HBIG یـــو دوز او HB vaccine د تولد په وخت کې هر څومره چې ژر امکان ولری تطبیق شي چې 85-95 فیصده پیښو کې د HBV ناقلینو څخه جلوګیری شویده د HBIG څـــو دوز رژیم یا HB vaccine په یوائې توګه 70%-85 موثر دي.

(b) د جلدي مخاطي تصادفي تماسو لپاره: یوائې د HBIG یا IG رژیم امتحان شویدي چې دارژیم د HBIG دوه دورې چې یو دوز د شخص د مواجـــه کېـــدو وروسته او دویم دوز یوه میاشت وروسته تطبیق کېږي او تقریباً 75% واقعاتو کې په HBv داخته کېدو څخه مخنیوی کوي(پدې شرط چې د تماس په وروســـتیو دوه هفتو کې تطبیق شوي وي). د PEP مشرک رژیم HBIG او HB vaccine لنډ محال او اوږد محال معافیت تولیدوی همدارنګه دHBIG دوه دوز څخه اقتصادي تمامیږي او له بلی خوا انتخابی درمل دي.

(B) - Perinatal Exposure and Recomendation: د Perinatal په دوره کې د HBV کسبي انتان د اخته کېدو چانس په هغه نوزادانو کـــې چـــې د HBs Ag(+) مور څخه پیدا شوی وي 70%-90 پیښو کې موجود وي او 90-80 فیصده منتن نوزادان هریو د HBV په مزمن ناقلینو بدلېږي. او همدارنګه هغه نوي زیږېدلې ماشومان چـــې د (-)HBc Ag او (+)HBs Ag میـــندو څخـــه

(c) ketabton.com: The Digital Library

پیداکېږي د Perinatal په دوره کې په Hepatitis B انتان باندې داخته کېدو چانس کم دی.

Perinatal Recomendation

1- ټولې میندې په روتین ډول د Prenatal په مقدم دوره کې د HBs Ag لپاره تست شي.

2- که چېرې یوه امیدواره ښځه د ولادت لپاره بستریدو وخت کې د HBs Ag تست نتیجه د ځانه سره ونلري یاتست ئې نه وي اجراکړی لازم دي چې تست په همدغه وخت کې یا هرڅومره ژر چې امکان ولري ترهغې وروسته اجراشي. که چېري مور یوه میاشت وروسته له ولادت څخه HBs Ag(+) تثبیت شي لازمه ده چې ماشوم د HBs Ag لپاره تست شي که چېرې نتیجه منفي وه ضرور دی چې ماشوم ته HBIG او HB Vaccine تطبیق شي.

3- د ټولو مثبتو ابتدایي تستو په تعقیب لازم دي چې یو تکراري تائیدونکی تست د عین سمپل څخه اجراشي او په تعقیب ئې د خنثی سازي لپاره تستونه اجراشي د هغه ښځو لپاره چې HBs Ag تست په هغوی کې ندی اجرا شوی او په لومړی تست کې مثبت تثبیت شي بناً د ماشوم تداوي هر څومره ژر چې امکان ولري په 24 ساعتو کې شروع او د تست د اجرا وقت باید ضایع نشي.

4- هغه نوي زیږیدلی ماشوم چې HBs Ag+ مور څخه پیداشوی وي لازم دی HBIG 0,5ml په عضله کې یو ځل په لومړیو 12 ساعتو کې او Hepatitis B-vaccine په مناسب مقدار عضله کې تطبیق شي HBIG لومړی دوز د سره هم زمان د زرق محل په تغیر غوښه کښې تطبیق کېږي چې داسې ماشومان په 15-12 میاشتې کې د HBs Ag او Anti HBs لپاره تست شي ترڅو دموُفقانه او غیر موُفقانه درملنی څخه اګاهی حاصل کړو. که چېرې HBs Ag د لیدلو وړنه وُ او Anti HBs موجود وُ ماشوم باید وقایه شي د Anti HBc تست مفید نه واقع

(c) ketabton.com: The Digital Library

کیږي داځکه چې د مور څخه ماشوم ته انتقال شوی Anti HBc له یوه کاله زیات دوام کوی. روټین Vaccination د HBIG او HB Vaccine د تطبیق له کبله نه مختل کیږي.

5- کورنۍ کې تماس لرونکی ناقلین اود HBv جنسي Partner مشخص د HBV انتان مقابل کې حساس اشخاص تشخیص او وروسته واکسین . ورته تطبیق شي.

6- په کال 1991 فبروري په امریکا کې د ACIP کښې (Advisory commettee of immunization - practices) توصیه کړې ده چې ټولو نوی زیږیدلی ماشومانو ته په روټین ډول د HBv vaccines تطبیق شي، همدارنګه د امریکا ساري ناروغیو علمي کمیټې دوه نور غوره پشنهادونه وړاندې کړیدي.

1- د واکسین اول دوز د زیږیدنې په وخت، دوهم دوز 1-2 میاشتنۍ او دریم دوز په 6-18 میاشتنی عمر کې تطبیق شي.

2- اول دوز په 1-2 میاشتنۍ، دوهم په 4 میاشتني او دریم دوز 6-18 میاشتنی عمر کې تطبیق شي. چې په شپږم لمبر جدول کې ورته اشاره شویده.

7- د ولادي او اطفالو متخصص باید + Hbs Ag میندو ته ډیره توجه وکړي ترڅو بې له ځنډه نوي زیږیدلي ماشوم ته درملنه شروع اوتعقیبیه واکسین تطبیق کړي.

درملنه (Treatment): د ناروغۍ په فعاله مرحله کې تقویوي اهتمامات لکه د بستراستراحت او Nutricious خواړه توصیه شي د ستیروید تطبیق استطباب نلري چې پیشرفته ناروغیو اخته ناروغانوکې (لکه .Chr.ActiveHep) Alfainterferon2b 5-6 Million unit/M^2 د بدن په سطح درې ځله په هفته کې د 4-6 میاشتو لپاره په 40% واقعاتو کې د ویروس فعالیت نهي کوي اما سره له هغې ددرملنې د کورس د تکمیل نه وروسته هم عود کولای شي. د HBs Ag غیر عرضي ناقلین ښه ځواب نه ورکوی اما ځوان ماشومان ښه ځواب ورکوی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

پــــه Hepatitis Acutefulminant کــــې د کبــــد (ځیګــــر Transplantation موفقانه تر ســــره شــــوی دي اما د هغــې پــه تعقیــب Reinfection معمول دي. چې په دې صورت کــېTransplantation پــه تعقیب پرله پسی شیوع (واقع کیدنه) د HBIG په دوامداره درملنه کمیږي.

انــذار: د ناروغــی انــذار ښــه دي مګــر Fulminant Hepatitis, Chr. Persistent Hepatitisیا Chr. Active Hep او دځیګر Cirrhosis پــه 10% ناروغانو کې په تصادفي ډول مینځ ته راتلای شي . د ناروغی سیر فرق کوي اما ژیړی کله ناکله تر دوه اونیو زیات دوام کوي د کلینیکي شفایابي په وخت کې په 90% پیښنو کــې د Hbs Ag+ لــه مینځــه ځــي دوامــداره غــیر عرضــي Antigenemiaد Leukemia,Down Syndrome او هغه ناروغانو کــې چې د Hemodialysis دوامداره تداوي لاندې دي ممکن ولیدل شي.

:Hepatitis C

تعریف او ایتولوژي: HCV تقریباً د ټولو هغه کسبی parenteral پیښنو د سبب په توګه پیژندل شوی چې پخوا د Non.A ،Non B هیپاتیت په نــوم یادیــده او همدارنګه د مزمن هیپاتیت (Non A, Non B) 90% پیښې د نقل الدم په تعقیب مینځ ته راځي او یو Single Strand RNA Virus (واحــد فــایبر لرونکــی ویروس) دی چې د Flavi Virus) فامیل پورې ارتباط لــري لــه خطــره ډک فکتورونه لکه د غیر مجاز وریدي درملو استعمال (40%)، جنســي یــا وظیفــوي partner (10%) نقل الدمunit/0.01% او باقې پاتې 40% د خطر فکتورونه تراوسه پیژندل شوي نه دي همدارنګه د نوی انتاناتو 10% توضیح شوي ندي. پــه Hemophilia اخته ناروغانو او هغه چې د دوامدار Hemodialysis لانــدې قرارلري د خطر باالخاصه پیښې جوړوي HCv د مور شیدوله لیارې سرایت ډېر کم دی اما Perinatal دوره کې د سرایت راپور توضیح ولی پیښې ئې لږ دی.په غربي

(c) ketabton.com: The Digital Library

ممالکو کې HCV ډېرکم د Fulminant Hepatitis سبب کېدای شي اما نور سیرو تایپونه ئې په اسیایي ممالکو کې لیدل شویدي.

اپیدیمولوژیکي فکتوورونه: د Anti HCV د تعین لپـــاره ســـیرولوژیک معاینـــاتو امکانـــات او همدارنګـــه اپیـــدیمولوژیکي Parenteral ســـرایت او د HCV سپورادیک انتان چې ددې ټولو د تعین ښکارندوی دی د اهمیت وړدی . ناروغي په ټوله نړی کې شیوع لري (تقریباً 100Milion د HCV ناقلین په ټوله نړۍ کـــې موجود دي) په امریکا کې تقریباً 20-40% د حاد Hepatitis ټولې پیښې HCV تشکیلوي او ارزیابی شویده چې تقریباً څلور میلونه امریکائې په HCv اختـــه دي او همدارنګه نقل الدم ته اړ اشخاص، وریدي درمل اخستونکی ناروغان، او هغه چـــې Hemoialysis کېږي او یا صحي کارکنان چې د وینې سره ســروکار لـــري د HCV کسبي انتان اخستو د خطر سره مخامخ دی. تقریباً 85% منتن افراد حتی د ځیګر ناروغۍ بیوشیمیکی شواهدو په عدم موجودیت کې هم دوامداره پاتې کیږي.

کلینیکي بڼه: یوائینی Hepatato tropic انتان چې ډېر ژر مزمن کیدو ته تمایـــل لري د HCv څخه عبارت دی. د تفریخ موده (7-9wk) او range ئې 2-24) (wks دی. ناروغی تدریجي پیل کوي د ماشومتوب دورې زیـــاتې پـــیښې د مـــزمن Hepatitis د تأسس سره سره اعراض نلري اما مخبروي وصفي اعراض چې ریزش او زیړی ته ورته وي له 25% پیښو څخه کم لیدل کېږي د طحال او ځیګر غټوالی، دمزمن هیپاتیت د شواهدو څخه ګڼل کېږي. حبن Clubbing، ورغوو سوروالی او Spiderangioma د کبدي cirrhosis خواته د ناروغی د پیشرفت ښکارندوی او دلالت کوی چې په 20-30 کلنۍ کې 25% پیښو کې سیروز عـــدم کفایـــه او Carcinoma مینځ ته راځی. د HCv ځنډنی انتان د شعریوی vasculitis سره Membrano proliferative, Glomerulonephritis, یـــو ځـــای وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Cerebritis, peripheral nephropathy او نفروتیک سندروم د خارج کبدی تظاهراتو څخه شمیرل کیږي.

لابراتواري کتنې: د HCV مزمن انتان په ټولو مراحلو کې د Transaminase سویه په خفیف یا متوسط اندازه لوړوي چې وصفي علامه تشکیلوي.

تشخیص: د ناروغـی تشـخیص د ELISA دویم Generation او د Anti HCV پواسطه اجراکیږي.

تفریقي تشـخیص: HCV Hepatitis د NB,NC,non,A/HBV,HAV هیپاتیت سره د سیرولوژیک تستو پواسطه تفریقي تشخیص کولی شو. مګر په ځنډني پیښنو کې باید د Livercirrhosis نور اسباب پـه نظـر کـې ونیـول شـي. Alfa$_1$antiTrypsin deficiency, wilson disease یـا Chronic Hepatitis امکان لري ددرمل او یا د Auto immune عکس العمل له کبلـه مینځ ته راشي چې لازم دي په نظر کې ونیول شي.

*درملنه (**Treatment**):* د Acute Hepatitis درملنه تقویوي اجراکیـږي د HCV ځنډنی Hepatitis ناروغ چې عمر ئې له 18 کلنی لوړ وي. او دځیګـر معاوضوی ناروغی او دوینی یاد وینی محصولاتو Exposure تاریخچه او یا Anti HCv+ وي. Interfer Alfa-2b (3Milion)واحد في متر مربع د بـدن پـه سطح) درې واره په ورځ کې د شپږو میاشتو لپاره تجویز په 40%-50 پیښنو کـې ځواب ورکوي د ناروغی نکس معمول دی د اوږد محال درملنه د 12-15 میاشـتو پورې پیش بیني شوېده. د درملنی نتیجه په سیروم کې د ALT (SGPT)د سوئې په ټیټیدو ارزیابی کیږي. چې دتداوی شپږمی میاشتی اخر کې 50% ټیټیږي یواځی 10-15% ناروغان د "Sustained responders" په نوم یاته کیږي. چـې د ALT سویه نورمال او وروسته له شپږو میاشتو RT-PCR Negative په نـوم یادیږي. د IFN- Alfa-2b او ribavirin مشترکه درملنه ډیر لوړ response ورکړیچې د هستولوژیک ښه والي سره یو ځای باید په پام کې ونیول شی.

*د ناروغی مخنیوي (**prevention**):* تر اوسه داسی واکسین ندی تهیه شـوي چې HCV کنترول کړی او IG هم مفید نه تمامیږي.یواځي د انتـان سـرایت د

(c) ketabton.com: The Digital Library

کنترول پخاطر متنن اشخاصو ته لازم دي. چې له Condom څخه استفاده وکړی، د غابنو برسونه او د رېږی ماشین د چاسره شریک استعمال نکړی.

انذار: د ناروغۍ په هغه کسانو کې چې په 10-30 کلنۍ کې مزمن ناروغۍ درلودې د کهولیت په دوره کې HCV 80% پیښېږي مزمن کیدو. 20% د کبدي سیروز د جوړېدو خواته پیشرفت مومي همدارنګـــه Hepatocellulurcarcinoma او مزمن HCV تر مینځ قوي اړیکې حد اقل 15 کاله وروسته د HCV انتان څخه ثابت شویدی. شیدي خوړونکی چې د تولد وخت کې منتن کېږي عموماً د HCV ضمیموي انتان لري چې انذار ئې تر اوسه ندی توضیح شـــوي. (Nelson.Text book of ped/2000) د Hepatitis (D,EG) په هکله معلومات مخکې په جدولو کې توضیح شوي کفایت کوي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

یوولسم فصل

کوڅکی (آب چیچک)

Chicken pox(Varicella)Varicella Zoster Virus (VZV)

عمومي کتنــــه : یــوه معمولـــه او فــوق العـــاده ســـاري ناروغـــی ده چـــې د Varicellazoster Virus ابتدائي انتان له کبله مینځ ته راځي. د ناروغـــی لـــه تیرولو وروسته تقریباً همیشه د ټول عمر لپاره معافیت تولیدوي. ویروس پـــه مخفـــي شکل په حسي Ganglia کې پاته کیږي او 10%-15 کې د Herpes Zoster پشکل تظاهرکوي د ناروغی پیښې په Immunosuppressive ناروغـــانو کـــې زیات واقع کیږي په حساس اشخاصو کې د مستقیم تمـــاس، د تنفســـي افرازاتـــو، ویزیکول یا پوستول له لیارې له 95% څخه زیات د ناروغی انتشار صورت مـــومي. HerpesZoster تقریباً په 1/3 واقعاتو کې ساري دی او 95% ځوانو کـــاهلانو کې چې ناروغی ئې تیره کړې وي معافیت ورکوي.

Etiology: VZV یو انساني Herpes ویـــروس دی چـــې د Prototype د شباهت له کبله دا ګروپ د Herpes Virus په کلاس (H. Simplex) تصنیف شویدي د Double Strand DNA Virus څخه دی په عمومي توګـــه بایـــد وویل شي چې ناروغي فوق العاده ساري او سلیم سیر لري مخبـــروي دوره لنـــډه او Polymorph اندفاعات لري(Monomorph په چیچک کې لیدل کیـــږي) د ناروغی عامل Varicella Zona Virus دی چې د ویرولوژي او ســـیرولوژي او اپیډیمولوژي له مخې دZona یا Herpes Zoster ناروغی سره اړیکې لري.

اپیډیمیو لوژي: دا ناروغی د نوې زیږیدنې او د ژوندانه په ټولو مرحلو کـــې لیـــدل کیږي اما زیاتې پیښې ئې د 10 کلنی څخه ټیټ عمر خاصتاً 5-9 کلنی پورې ډیـــر

(c) ketabton.com: The Digital Library

لیدل کېږي. په ناروغۍ اخته ماشومان 24 ساعته د اندفاعاتو د پیداکیدونه مخکې ترار چق جوړېدو پورې چې عموماً 6-7 ورځې نیسي ساري وي. په ځینې نشریو کې داسې ذکر شوي چې ناروغۍ معمولاً د 2-8 کلو ترمینځ په متبارز ډول واقع کېږي. اکثر ماشومان چې په حاره او تحت الحاره سیمو کې ژوند کوي د تماس او مواجه کیدو تاریخچه ورسره موجوده نه وي او انسانان د انتان یواځنۍ منبع شمیرل کېږي.

پتالوژي: ویروس د تنفسي سیستم د مخاطي غشا له لیارې عضویت ته داخلېږي او په ناحیوي لمفاوي انساجو کې تکثرکوي اوهم مؤلفین پدې عقیده دي چې که 5-6 ورځې وروسته د Viremia (حتی ټېټه سطح) مینځ ته راشي په نتیجه کې په توري، ځګر او احتمالاً نورو غړو کې هم تکثر کولای شي. او تقریباً 10-12 ورځې وروسته تالي، Viremia مینځ ته راځي چې په دې وخت کې ویروس جلد ته رسېږي انتان دداخلېدو څخه 14 ورځې وروسته اندفاعات مینځ ته راځي Viremia د Zostervirus پواسطه هم راپور ورکړی شویدی. Skin lesion په Varicella کي دMacules پشکل پیل کوی چې اکثر ئې papule او وروسته بیاVesiculeپه Pustule او باالاخره د څو ورځو په موده کې په Crust (ارچق) بدلېږي ځینې وخت جلدي افت د Macule او Papule په صفحه کې په شاراګرځي په پیل کې Vesicule په اپیدرم کې چې ځمکه ئې Lucidium او Cornium او سقف ئې د Prickle عمیقه حجراتو پواسطه تشکیل شوي وي داپیدرم حجراتو بالوني استحاله د Giantcell څو هستهٔ حجراتو د تشکل په تعقیب چې زیاتره د هغې د A حجراتو هستوي تایپ وصفي انکلوژن بادي لیدل کېږي. مینځ ته راځي انکلوژن بادي په اندوتیل حجراتو کې هم موجود وي ویزیکولونه د اوبو د راټولیدو له کبله چې د جلدي شعریو څخه منشأ اخلي او داپیدرم استحالوي حجراتو څخه ډک وي مینځ ته راځي. د آفت په پرمخ تلو سره PMN لوکوسیت د Corium طبقه او ویزیکولي مایع د حملې لاندې نیسي او

(c) ketabton.com: The Digital Library

شفاف رنګ ئې توررنګی کېږي. مؤلفين پـــدې عقيـــده دي چـــې Interferon د ويزيکول په محتوی کې موجود او په نتيجـــه کـــې د ميزبـــان Cell mediated معافيتي عکس العمل د ويروس په مقابل کې مينځ ته راځي. په نورو غړو لکه مـــرۍ ځيګر، پانکراس، پښتورګی، حالب مثانه، رحم او ادرينال غدواتوکې د Inclusion Body او Acidophilic موضعي نکـــروز، ليـــدل کېـــږي پـــه ســـږو کـــې د Interstitial Pnumnia شواهد چې د يو تعداد زيات نزفي متکاثف نودولو سره يو ځای وي ليدل کېږي. نتحه (Exudate) چې د سرو کريواتو، فبرين، د مونـــو نوکلير زيات حجراتو سره د حجرې په دننه کې تشکل، د عصبي مرکزي سيســـتم پتالوژيک تغيرات خاصتاً په Encephalitis کې يو Demyelination د جوهر ابيض (سپين جوهر) د رګونو په چاپيريال کې ښئي.

کلنيکي بڼه:

1- د تفريخ موده : 13-17 ورځې او په ځينو نشريو کې د تفريخ مـــوده 14-21 ورځو پورې ذکر شويده ناروغۍ د شري د واقعاتو برخلاف د Infancy په مرحلـــه کې ليدل کېږي داخل رحمي انتان ئې د Varicella neonatarum سبب کېږي چې تر 20% مړينه لري د ولادت وروسته انتانات د کلاســـيک Chicken pox سبب کېږئ اما شدت ئې لږ وي يواځې شيدې خوړونکو ماشومانو کې چې ميندې په ناروغۍ اخته نه وي Contact ممکن پيدانکړای شو. سره له دې چې Varicella د ماشومتوب دوره کې زياتره د قابل تفريق اندفاعي ناروغيو څخه دی اما بيـــا هـــم مجربو مشاهده کوونکو هم د نورو ناروغيو سره غلط کړيدي.

2- مخبروي دوره: 1-3 ورځو پورې وي ناروغ تبه ، او تنفسي اعراض خاصتاً پـــه غټو ماشومانو کې امکان لري واقع شي چې په ځنې نشريو کې اعراض او علايم ئـــې خفيف دي. تبه د غړو درد، بې اشتهائي ځينې وخت دنس ناسته، د ســـتوني درد او ګنګسيت موجود وي. چې په غټو ماشومانو کې نسبت کوچنيو ماشومانو تـــه ډيـــر

(c) ketabton.com: The Digital Library

شدید سیر کوي. Herpes Zoster د اندفاعي مرحلې څخه مخکې کېدای شي څو ورځې دوام وکړي او د نورو ناروغیو سره غلط شي.

3- اندفاعي دوره: د ناروغۍ اندفاعات په ابتداکې د ماکول پشکل وي چې په سرعت سره په Papule او څو ساعتو وروسته په ویزیکول بدلیږي دا اندفاعات په یوه احمراري زمینه کې تاسس کوي او یا داچې د یوه احمراري حلقې پواسطه احاطه شوي وي. ویزیکولونه سطحي وي کله چې احمراري حلقه د هغې په چاپیریال کې موجود نه وي د شبنم قطرې سره ورته والی ښئي ذکر شوي اندفاعات د 3-4 ورځو په موده کې وچ او نامه ته ورته منظره غوره کوي وروسته ارچق پیدا او د 5-20 ورځو کې ارچق له مینځه ځي او په غیر اختلاطي اشکالو کې ند به باقي نه پاتې کېږئ. اندفاعات په عمومي توګه مرکزي موقعیت لري یعني دتني ،Trunk او مخ څخه شروع کوي او بدن نورو برخو ته انتشار کوي دا اندفاعات د حجماتو(ټولګۍ) پشکل ظهور کوي او یوه polymorph منظره ارائیه کوي ډېر لږ خارښت لري او ویزیکو لونه د خولې په مخاط بلعوم، حنجره، شرن، منضمه او تناسلي ناحیه کې هم مینځ ته راځې چې په چټکې تخریب کېږي او سطحې قرحات مینځ ته راځي چې په (لومړی تصویر) کې ښودل شویدی. دا ناروغۍ په هغه کاهلانو کې چې په Immunedeficiency او یا د Corticosteroid او یا د Cytostatic درملنې لاندې قرار لري وخیم سیر کوي. د وصفي شکل په خواکې ناروغۍ نور شکلونه هم لري.

تشخیص: ناروغی دکلینیکي سیر او وصفي اندفاعاتو په نظر کې نیولوسره تشخیص کېږي ویروس د مناسبو سمپلو، د الکترون مایکروسکوپ او سیرولوژیک او لابراتواري معایناتو څخه تجرید کېدای شي. همدارنګه کولی شو چې د ناروغۍ عامل د اندفاعاتو د تشکل په دریمه څلورمه ورځ د ویزیکول محتوی څخه تجرید کړو د ذکر وړده چې لاندیني څو ټکي د ناروغۍ په تشخیص کې اهمیت وړ رول لري.

(c) ketabton.com: The Digital Library

1- 20-10 ورځې مخکې د Varicellazoster ناروغ سره د تماس تاریخچه موجوده وي پرته له دې چې په ناروغۍ اخته شوي وي.

2- تیت او پراګنده Macule په مخ او تنه کې متمرکز پاپولونه چې په چټکي سره د روښانه ویزیکول په جوړېدو او وروسته د 5-6 ورځو په موده کې دارچق په جوړښت او همدارنګه تبه او Systemic غیر وصفي اعراض په مختلفو درجو لیدل کېږي.

Complication:

1- باکتریائي انتانات لکه Streps,Staph,aureus انتانات معمول دی چې د Scarletfever ,Abscess, Cellulitis یا Sepsis پشکل ښکاره کېږي.

2- معند استفراغات یا حسي، شعوري تغیرات چې Reye's Synd یا انسفالیت تمثیلوي د Aspirin د استعمال څخه در ملنه کې ډېره وکړي.

3- Encephalitis: د 0,1% پیښنو نه کم لیدل کېږي او معمولاً د ناروغۍ په اوله هفته کې واقع کېږي او اکثر په Cerebellitis او Ataxia پورې اړه لري او کا ملاً شفا مومي منتشر Encephalitis ممکن وخیم وي.

4- نزفــي افــات: ځیــنې وخــت د Idiopathic disseminated intra Vascular coagulation (Fulminantpurpura) د Auto immune thrombocyto penia له کبله مینځ ته راځي.

5- په Immune Suppress ناروغانو کـې پــه خــاص ډول Leukemia Lymphoma او هغه چې په لوړ دوز ستیرؤید اخلي امکان لري د ناروغانو ژوند محکوم کړي.

6- ناروغۍ امکان لــري د شــدید Hepatitis ، pnumonitis او اختلاطـي Encephalitis پشکل رامینځ ته شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

7- د Varicella معمول اختلاطــات عبــارت دي لــه Optic Neuritis ,
Orchitis, Transversmyelitis, Myocarditis او Arthritis:
درملنه : A- عمومي اهتمامات: تقویوي اهتمامات پکــې شــامل دی همدارنګــه Maintenance Hydration ، د نــاراحتي لپــاره Antipyruretics ‌Acetaminophen، د خاربنــــت لپــــاره لکــــه Diphenhydramin (Hydroxyzine 0,5mg/kg یا 1,25mg/kg/6h) هرشپږ ساعته وروسته او دنورو حفظ الصحوي عمومي اهتماماتو نیول لکه د نوکانو پریکول د پوستکي پــاک ساتل او نور، همدارنګه د Staphylocoque ضد موضعې تطبیقاتو ته امکان شته چې ضرورت پیداشي.

B- اختصاصي اهتمامات: سره لدي چې Acyclovir د Herpes Simplex ضد یو فعال مرکب دی د Zoster او Varicella انتاتو لپاره هم ترجیح ورکړل شویدي چې 30mg/kg/d په ورید کې په درې کسري دوز د Infusion پشکل د یوساعت په موده کې توصیه کیږي زرقي درملنه په مقدم توګه په نــوي زیږیــدلي ماشومانو Immunsuppressive اخته کسانو کې باید شروع شي.

Varicella Zoster I.G (V. Zoster Immunoglobuline) دومــره ارزش نلري د فمي Acyclovir تاثیرات (80mg/kg/d/ 4dose) په نورمــال Varicella ناروغانو کې تر یوې اندازې مفید دي په هغه صــورت کــې چــې د ناروغی د شروع څخه 24 ساعته وروسته توصیه شوې وي او هم باید وویل شــي چې غیر سمي هم دي دوه ویروسي ضد درملنه چې یو څه برتري لري موجــود دي چې ښه جذبیږي لکه Valvacyclovir او Fannciclovir چې په ماشومانو کې پدې نژدې راتلونکې کې به مطالعه او تطبیق شي. ډیر ښه ویروسی ضد درمل په ننی عصر کې چې دvaricella او Herpes Zoster کورس ته تغیر ورکــوی او د پیښو په کمولو کې رول ښودلی دي خاصتاً په HIV اخته ماشومانو کــې یــوائینی

(c) ketabton.com: The Digital Library

درمل چې فعلاً د تجارت په بازار کې موجود دي. Foscarnet څخه عبارت دی چې د Acyclovir مقابل کې مقاوم پیښې هم تداوی شویدی.

مخنیوی: (Varicella Zorter Immunoglobine)VZIG هغه اشخاصو ته چې د ناروغ سره په تماس کې دي (وروسته له مواجه کېدو څخه) خاصتاً هغه اشخاصو کې چې خطر سره مخامخ دي. او همدارنګه واکسین(ژوندی ضعیف شوی ویروس) ټولو حساس ماشومانو او لویانو ته توصیه کېږي. په کال کې تقریباً 4 میلون ماشومان د 10 کلنی ټیټ عمر کې په Varicella اخته کېږي. او واکسین ئې د لومړي ځل لپاره په جاپان کې په کال 1970 او په کال 1995 امریکا کې جوړ او له 12 میاشتنی پورته عمر ماشومانو کې تطبیق شو. واکسین د سیرولوژیک تغیراتو په راوستو تقریباً 95 فیصده مثبت نتائیج ورکړیدي انتي بادي ګانې د Immunization نه وروسته تر 20 کالو پورې وینه کې موجود وي د VZV(0,5ML) 12 میاشتې څخه 13 کلنۍ پورې چې د ناروغ سره په تماس نه وي راغلی توصیه کېږي او له 13 کلنۍ پورته ماشومان دوه دوز د V. Zoster) Vaccine) VZV یوه میاشت ترمینځ تطبیق کېږي.

جانبي عوارض: په 25% ناروغانو کې موضعي عکس العملونه لکه ګذري درد، حساسیت او سوروالی لیدل کېږي.

مضاد استطبابات:

1- په حساس اشخاصو کي .(د VZV هر نوع اجزاو په مقابل کې د Neomycine په شمول چې د واکسین په ترکیب کې شامل دي) باید تطبیق نشي.

2- د هډوکو د مغزو په Cancer اخته ماشومانو کې.

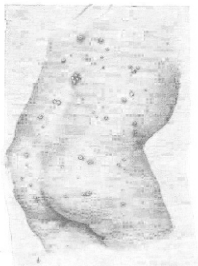
3- هغه ماشومان چې د ImmuneSuppressive درملنې لا ندې قرار لري.

4- امیدواره ښځو کې.

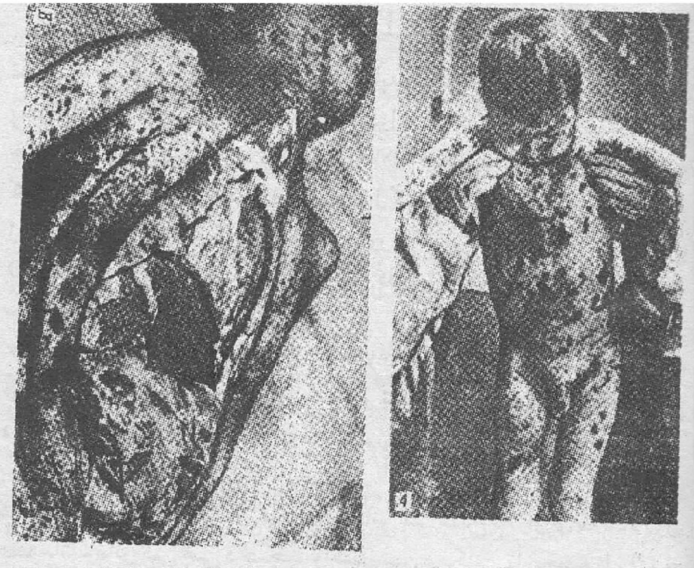
5- په هغه اشخاصو کې چې فعال او ناتداوي شوي T.B ولري.

انذار Prognosis: **د باکتریائي تالي انتاناتو په استثناً، شدید اختلاطات ډېر لږ لیدل کېږي اما پوره ښه والی په نورمال کوربه کې لیدل شویدی.**

لومړی تصویر کوڅکي ناروغي ښيي



(c) ketabton.com: The Digital Library



دوهم نمبر تصوير د کوشکۍ د نزفي اندفاعاتو ښکارندوي چې د کورتيکو تيراپي لاندې نيول شوی ماشوم کې ګوری.

(c) ketabton.com: The Digital Library

دولسم فصل

انفلوینزا (Influenzae)

د تنفسی سیستم اکثر ناروغی د Influenazae Virus پواسطه مینځ ته راځي . همدارنګه د ماشــومتوب دوري Morbidity (اختــه کیــدو) او Mortality (مړینی) عمده سبب تشکیلوي.

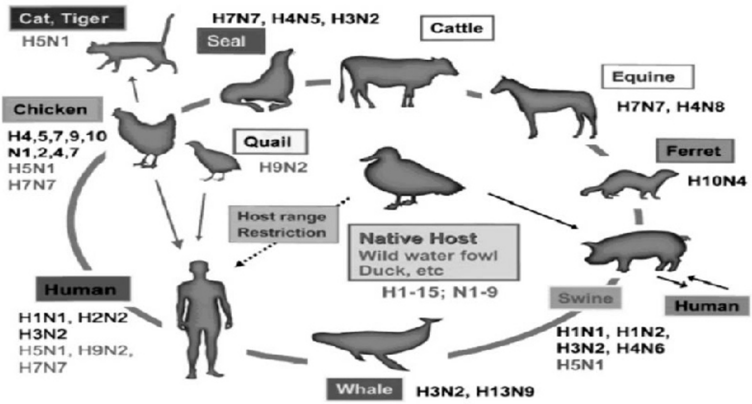
Etiology :- دانفلوینزا ویروس Ortho myxoviridae او د RNA څخه جوړ،چې دوه پروتیني او شحمی پوښ لري. او درې ډولونه لکه B,A او C چــې د A او B نوع ئې ابتدائې پتوژن او د ناروغی اپیدیمی مینځ ته راوړی او دریم ډول ئې په Sporadic نوع د علوی تنفسی لیاری انتان سبب کیږي .

اپیدیمولوژي: Influezae A یوه کړکیچنه اپیدیمولوژي لري چــې لومړنــۍ کوربه ئې حیوانات دي چې د انسانانو لپاره د انتان منبع تشکیلوي د B نوع ئــې Antigenic تغیراتو کې کم تاثیره او حیواني منابع ئې هم ندې تر لاســه شــوي. انفلوینزا پاندیمی Morbidity, او Mortality د ټولنی په غیر معاف انسانانو کې ورځ په ورځ زیاتیدونکی دي. د انفلوینزا پیښې په ځوانو ماشومانو کې ډېــر لیــدل کیږي چې تقریباً کال کې 15-30% ماشومانو کې دانتان ســیرولوژیک شــواهد موجودوي هغه ماشومان چې د انفلوینزا په ابتدائې Strain اخته شوي وي د انتــان ډیر ښه ناقلین شمیرل کیږي.

- د اقلیم له نظره دا ناروغی د کال په ساړه موسم کې دمعتــدل اقلــیم خاصــه ناروغی تشکیلوی
- سرایت ئې د هوائې قطراتو (Aerosol) پواسطه صورت مومي. په ټولنه کــې انتشار ئې ډیر په چټکۍ سره صورت مومي یعني. 2-3 اونیو په موده کې پیښي ئــې

(c) ketabton.com: The Digital Library

فوق العاده زیاتوالي ښئ همدارنګه د روغتون په دننه کې ښه انتشار کوي او داصلي ناروغی د اختلاطی کولو امکانات ئې وسیع دي چې بستری کیـــدو تـــه ضـــرورت احساس کیږي دانفلوینزا یویا دوه Strain په یو هیواد او په جهانی سطح د انتشار سبب او اپیدیمی مینځ ته راوړی. پدې وروســـتیوکې د Influenzae (H_1, N_1) Type A او Strain N_2H_3 د B انفلوینزا پوری اړوند د انتشار او اپیدیمی لـــه نظره عمده رول لری.



Pathogenesis **:-** ویروس د Sialic Acid د بقایاو سره پـــه حجراتـــو نښلی او دhemagglutinin یا Edocytosis پواسطه او یـــا Endosomal غشاء او د ویروس څخه ازاد شوي RNA Acidification زیاتوالی لـــه کبلـــه دسایتو پلازم سره وصل کیږي چې RNA هستی ته منتقل کوي جدید التشـــکیل RNA بیرته سایتو پلازم ته راګرځي او دهغه پروتینو سره چې حجروي غشاء تـــه انتقالیږي ارتباط پیداکوي چې د ویروس دا ډول تکثر چې حجروی غشاء کې دوام مومي Prteolytic تکثرپه ځینی نقطو کې واقع کیږي چـــې د Re infection لپاره دویروس تاثیر زیاتیدو سبب کیږي په انسانانو کې د تکثرد امرحله په تنفســـی اپتیلوم کې صورت نیسی. د ویروس ابتدائې انتان 14-10 ورځې دوام کوي او په ساحه کې د ویروس موُفقانه تکثرد پروتیو لا تیک انزایمونو مطلق موجودیت ښئ.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د Hemagglutinin موأفقانه انقسام د تنفسی افرازاتو څخه لاس ته راځي اما د انزایم حجروی منشاء تراوسه لا ینحل پاتې دي؛ هغه واضح میخانیکتونه چې پېژندل شوي ندي، د تفريخ مودی لنډوالی او په مخاطی سطح کې د انفلوینزا وده، د محافظتي معافیت لپاره بالخاصه ستونځې ایجادوي. په ابتداء کې د تنفسی لمفاوي سیستم مخاطی ساحی پوری اړوند Antigenic تظاهرات مینځ ته راځي. د Hemagglutinin مقابل کې د خلطی عکس العملو تبازر او دانتي بادی لوړه سویه دغیر فعال ویروس څخه جوړشوي واکسین له کبله دې. تولید شوي مخاطی انتی بادی ګانی (IgA) په یو نواخت ډول د Antigenic ساحی پوري اړه لري او فکرکیږي چې دانفلوینزا په مخنیوي کې ډیر ځوابګوي دي. او باید یادونه وشي چې دانفلوینزا مقابل کې د IgA انتی بادی ګانی ډیرکم دوام کوي. او د عرضی انفلوینزا Reinfection د 3-4 کالو په موده کې مینځ ته راتلی شي.

کلینکی بڼه (Clinical Feature): د تفريخ موده ئې امکان لري چې 48-72 ساعتو پوري وي دواړه (A او B) تاپیونه د تنفسی سیستم کې د ملاحظې وړ زیان سبب کیږي ناروغی په حاد ډول د ریزش pharyngitis, conjunctivtis او وچ ټوخي سره پیل کوي. برجسته اعراض ئې تنفسي سیستم کې دانتان د توضع ځاي پوري اړه لري. لکه URTI، Croup، Bronchitis، Pnumonia او نور. همدارنګه نسبت نورو تنفسی ویروسونو د Systemic علایمو لکه لوړه تبه (76-100%) ، سر خوږ (51-75%) ستوني درد 75-51%) ،خوله (26-50%)، نس ناسته (26-50%)، سترکو درد، کانګي 1-), (51-75%) (1-25%) Pharyngitis Whcez, Pul. Rale 25%) او عضلاتو درد سبب کیږي تبه لرونکی حالت ئې د 2- 4 ورځي دوام کوي. ټوخی زیات وخت دوام کوي او د تنفسی سیستم وظیفوي تغیراتو شواهد څو هفتې وروسته رامینځ ته کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

دنورو ویروسي ناروغیو سره چې Respiratory Syntitial ویروس او para influenzaevirus او Adinovirus له کبله مینځ ته راغلی وي. د تفریق وړ ندی.

لابراتواری کتنې: د انفلوینزا لابراتواري کتنې دومره وصفي ندی.تنها یو نسبی Leukopenia موجوده وي او په 10% ماشومانوکې دسینی په رادیوګرافی کې د Atelectasis شواهد او یا ارتشاح لیدل کیږي . سربیره پردې کولاي شو چې ویروس دناروغ دستونی موادو څخه کلچر او تجرید کړو. همدارنګه د Fluorescent antibody تلوین پواسطه د Influ A ویروس تجرید کولي شو.

تشخیص او تفریقی تشخیص : د ناروغی تشخیص اپیدیمولوژیکی او کلینیکي شواهد پوری اړه لري د اپیدیمی د موجودیت په صورت کې دانفلوینزا کلینکی تشخیص په یو ځوان ماشوم کې د تبی ستړیا، او تنفسی اعراضو سره کیدای شي. او د لابراتوار له نظره ناروغی عامل په دریو طریقو تثبیت کیدای شي.

1 – دناروغۍ په مقدم صفحه کې مواد د Nasopharynx څخه اخلو او په القاح شوي رشیم کې تلقیح کیږي .

2- د سیروحجراتو سره د Hemagglutinin باند جوړونه د Hemadsorption پواسطه د انفلوینزا کلچر:

3- فوری تشخیص د ELISA تست (Enzy- linked Immuno Sorbant assay) پواسطه اجرا کیږي په هر حال د ټولو نورو ویروسی انتاناتو سره لکه R.S.V ،Adenovirus ،C. pnumonia M.pnumonia (دتفریخ موده اوږده او ناروغی دوامداره)، Streptococcalpharngitis (د ټوخي نشتوالي، بلعومي اکزودات ، Adenitis ،petechia) Bacterial Sepsis (purpric او Petechial اندفاعات امکان لري ولیدل شي.) Miningitis, Toxic Shocksynd (اندفاعات او د فشار ټیټوالي.)

(c) ketabton.com: The Digital Library

Arvovirus Encephlitis او Rickettsial Infection (انــدفاعات، مختلف فصلونه، د حشراتو سره دمواجه کیدو تاریخچه) تفریقـــي تشـــخیص اجـــرا کیږي.

Complication : تنفسی اختلاطات زیاتره پنځه کلن څخه ښکته ماشـــومانو کې لیدل کیږي په ځوانو ماشومانو کې Acute,otitis او pnummia د ناروغی معمول اختلاطات شمیرل کیږي Acuteotitis Media په 25% ماشومانو کې چې د انفلوینزا کلچر پواسطه تثبیت شوی وي لیدل کیږي. پدې ډول ناروغانو کـــې pnummia کیدای شي د ویروسی انتان یوه ابتدائي پروسه جوړه کړی امـــا پـــه شدیدو پیښو کـــې Acute Hemorrhagic pn, میـــنځ تـــه راتـــلای شـــي د punmonia عمده عامل په متضرر شوي اپتیل د تالی باکتریائي انتان علاوه کیـــدل وي اما Myositis دکلینیکي بڼې یو غیر معمول تظـــاهر دی چـــې د Type B پواسطه مینځ ته راځي چې په تنفسی لیاره کې 7-5 ورځو پوری موجود وي د عضلی ضعیفی او خاصتاً د پښو د عضلاتو درد او Myoglobin uria د وصـــفی بڼـــی ښکارندوی دي د Influ. Type B له کبله په Toxic Shock synd کـــې د Sterptococal انتان کلونایئزیشن په خاص ډول موجود وي د یادونی وړ بولم چې انفلوینزا په ولادی یا کســـبي قلبـــي دســـامي افتـــو Bronchopulmonary Asthma, Myocardiopathy, Dysplasia، Cysticfibrosis عصبي او عقلي اخته ناروغانو کې شدید سیر کوی.

مخنیوي ***(Prevention):*** غیر فعال شوي انفلوینزا واکسین په هر کـــال کـــې دنوي Strain د کشف کولو له امله د اوړی موسم کې همیشه موجود وي کله چې واکسین جوړیږی له $6m^{o}$ هغه ماشومان چې قلبي ولادي ناروغیو، ریوی، کلیـــوی، میتابولیزم، Hemoglobinopathy اوImmunosuppressive حالتواختـــه وي)

(c) ketabton.com: The Digital Library

په غوښه کي تطبیق وړ دي د Splite virus vaccine تر12 کلنـــۍ ښکتـــه عمر ماشومانو کې 0,25ml د 6-36 میاشتني عمر کـــې، 0,5ml د 3-8 کلنـــۍ پورې حد اقل یوه میاشت په فاصله په پیلنۍ ایمونایزیشن کې تر 9 کلنۍ ښکته عمـــر کې تطبیق کېږي.

- او هغه واکسین چې د ژوندي ضعیف شوي ویروس څخه جوړ شوي 90% نتیجه ئې په ماشومانو کې نسبت غټانو ته ورکړېده او کیدای شي ډېر ژر مـــروج شـــي. واکسین د Intranasal له لیارې هم ورته موثریت لري.

- د تطبیق سهولت له کبله ډېر مروج شویدی. پـــه کـــال 1995-1994 کـــې د انفلوینزا د استفادي وړ واکسین چې درې برخی (B/Panama/46/90)، - (A/Texas/36/91/H_1.N_1) او (A,Shong-Dong/9/93 H_3-N_3) لرې تهیه شوي دي.

د واکسین کلنۍ استطبابات:

ټولو هغو اشخاصوکي چې د Flueخطر سره مواجه وي.

- ټول ماشومان چې عمر ئي $6m^o$- $59m^o$ وي.
- غټان >65y
- ټول هغه اشخاص چې د ناروغ سره دوامدار په توګه د نرســـنګ اطـــاق، صحي کلینیکو او یا په کورکي تماس ولري.
- غټان او ماشومان $6m^o$< چې ځنډني قلبي تنفسي ناروغي او یـــا اســـتما ولري.
- غټان او ماشومان $6m^o$ < چې منظم طبي اهتماماتو، شـــکر نـــاروغي، د پښتورګو ځنډني ناروغي، او HIV.
- $6m^o$- 18yr ماشومان چې په اسپرین دوامدار درملنه کیږي.
- میندي چې د انفلونزا د شیوع په وخت کي حمل ولري.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- ټول هغه اشخاص چې 50-64 کالو عمر لري
- ناقلین لکه دایه، د ناروغ سره دوامدار تماس، صحي کارکنان، ماشومان 0-23m° او ډیر نژدي اړیکي د 65 کالو زیات عمر اشخاص.

درملنه *Treatement* :-

د ویروس ضد دوه درمله (Oseltamivir, Zanamivir) ماشـــومانوکي (1-7yr) انشاقي توګه تطبیق کیږي چې په انفلونیزا A او B دواړو شکلونو مـــوثر دي.د infhu.A په شیوع کي د Amantadin Hcl. او Rimantadinhcl استفاده کیږي او په infl.B غیر موثر دي. د یو کلنۍ ښکته عمـــر ماشـــومانوکي استطباب نلري دواړه درملوته په لومړي 48 ساعتو کي استعمال او واکنیشن ورسره یو ځاي اجرا کیږي.

اووم جدول Chemoprophylaxis وتداوی دوائی انفلوینزا.

Antiviral	route	تداوی	prophylaxis	age		
				1-6 y	7-9 y	>10 y
Zanamivir†	انشاقی	بلی	نخیر	استطباب ندارد	10mg-bid	10mg-bid
Oseltomivir†	فمی	بلی	بلی×		30-75mg-bid	
Amantadin‡	فمی	بلی	بلی		5mg/kg/day max(150mg)	100mg-bid
Rimantadin‡	فمی	بلی	نخیر		5mg/kg/day max (150mg)	100mg-bid

† effective on (A.B) influenzae * > 12 y (75mg single dose)
‡ only on (A)

تقویوي درملنه:

مایعات، استراحت، ګټور دي پراستیامول، بروفن د تبي کنترول لپاره موثر دي.

د ناروغي غیر اختلاطي شکلوکي په لومړي 48-72 ساعتوکي اخته ناروغان شفا مومي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

انذار: د ناروغی انذار ډیر ښه دي اما باید ذکر شي چې نورمـــال حالـــت تـــه برګشت او نورمال فعالیت پیل اود ټوخی ښه کیدل معمولاً څو ورځې او هفتې پـــه غیږ کې نیسي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

دیارلسم فصل

Encephalitis, Encephalopathies

تعریف: د مرکزي عصبي سیستم د التهاب څخه عبارت دي چې د وظیفوي ستونزو سره مل وي. یو شمیر پیښنو کي لکه Raye's synd عصبي تظاهرات په انسفالیت دلالت کوي مګر په دماغ کي التهابي وتېره موجوده نه وي چې دا حالت د Encephalopathy په نوم یادیږي. یا په بل عبارت د دماغي حجراتو وظیفوي ستونزي چې د دوراني توکسینونو او یا میتابولیک تشوشاتو پواسطه د عصبي نیوزونونو دنده متاثر شي. هر کله چې د Encephalitis سره یو ځاي نوري برخي هم متضررشي Meningo Encephalitis ,Meningo- Encephalo myelo radiculitis په نوم یاد یږي.

Etiology: انتاني او غیر انتاني عوامل ئي اسباب تشکیلوي چې عبارت دي:

1. ویروسي

(Enterovirus, Measles. German Measles ,Mumps) RNA - viruses

HSV, Epstienbarr. CMV, chicken Pox) DNA Viruses -

- Arthropod born
- Dengue- Lymphocytic chorio Meningitis Rabies
- غیر ویروسي:(Crypto coccus) Fungi, Rickettsia
- (Toxoplasma gandii) Protozoa
- TBM, shigella, Leptospirosis, Typhoid bacteria

HIV, Reye's synd

Encephalo pathies -2

Post. لکه (ADEM) Dissiminated Encephalo myelopathy -i

Post. Vaccinal. او Post Allergic Post Exanthematous

(c) ketabton.com: The Digital Library

Hypoxic Encephalo pathy , Heat Hyper Pyrexia -ii

iii- د اوبو او الکترولایتـــو تشوشـــات:د اوبـــو تســـمم، Lactic Acidosis ،

Hyper/Hypo natrermia ، Acidosis

Toxic -iv: ثقیله فلزات لکه سرب، سیماب او ارسینک.

Insecticides لکـــه د Organophosphorous مرکبـــات او Corbon

.monoxide

Malignancies -v

vi- استقلابي:

Hyper, bilirubinemia Lactic Acidosis, Diabetic Acidosis

په نوي زېږېدلي ماشوم، Hepatic coma ، uremic coma

Pathogenesis

پتالوژیک تغیرات غیر وصفي دي د ماکروسکوپیک معائیناتو له نظره د دماغ اذیمـــا، احتقان او کوچني نزفي نقطي لیدل کیږي په Mic معاینـــه کـــي Perivascular (cuffing) به د نوتروفیل اولمفویـــت ارتشـــاح موجـــود وي نیـــو رونونـــه پـــه Degeneration او Necrosis اخته کیږي. همدارنګه د ســـحایا احتقـــان او د رګونو په محیط کي Plasma cell او التهابي حجراتو ارتشاح لیـــدل کیـــږي د نکروز په مختلفو مرحلو کي د اوعـــئ تـــر څـــنګ د میـــالین پـــوښ تخریـــب او Neuropathy لیدل کیږي همدارنګه د Glial نسج تکثر موجود دي.

کلینیکي بڼه: کلینیکي تظاهرات ئي د انتان شدت، د کوربه مســـاعدت، د انتـــان موقعیت (کومه برخه ئي متضرر کړیده)، او د داخل قحفي فشار لوړیدل. په کلینیکي تظاهراتو کي ممکن ډیر تفاوت ولیدل شي چې دا د یو غیر واضح کلینیکي حالت، د ناروغي خفیف شکل او د Aseptic Meningitis یا

(c) ketabton.com: The Digital Library

Sever-Encephalo myelitis او یا Radiculitis په شکل مینځ ته راشي.

په عمومي ډول د ناروغي پيل حاد اما کيداي شي چې په تدريجي توګه پيل وکـــړي. ابتدائي اعراض ئي عبارت دي له لوړه تبه، سردردي، کانګي، د حواســو اخــتلال، تخريشت، بي علاقګي او د شعور له مينځه تلل (اکثر د اختلاج ســره يــو ځــاي) شروع کوي. د دماغي لوړ فشار له کبله پــه ناروغــانو کــي د Decerebrate وضعيت، قلبي تنفسي بي کفايتي، د تهويه زياتوالي او د اوتو نوم سيســتم وظيفــوي ستونزي، رامنځ ته کيږي.ناروغان ښائي د خبري کولــو ســتونزي، عينــي فلــج، Hemiplegia او مخيخي سندروم ولري خارج اهرامي اعراض معمول دي.

د ناروغي وصفي بڼه: داخــل قحفــي فشــار لــوړ والي، د حليمــي پړســوب د Brainstem د وظيفوي ستونزو علايمو څخه عبــارت دي. د دمــاغ پړســوب د Tentorial Herniation او په Medbrain فشار راوړي چې د ناروغ د شور تغير، د حدقي ابنار ملتي، Ptosis ، د 6th زوج فلج، عيني فلج، cheyne stoke respiration د تهويــه زيــاتوالي، او Brady cardia ســبب کيــږي. د cerebellum فتــق Foramen Magnum لــه ليــاري د Medulla oblongata د معوج کيدو او د حياتي مرکزونو شديده ستونزه رامينځ ته کوي چې په قلبي تنفسي توقف او مړينه تماميږي.

سير او انذار: د ناروغي سير متفاوت وي مګر کيداي شي څو ورځي يا 3-4 هفتي ونيسي. د ناروغ د انذارو وړاندوينه مشکل او متحول دي. اکثر وختوکي خودبخود ښه کيږي. ولي ځيني وختوکي دايمي عصبي معيوبيتونه باقي پاته کيږي.

Neuological sequella لکه د ذکاوت ستونزي، حرکي، روحــي، د مرګــي تظاهرات، د اوريدو او ليدلو ستونزي، کيداي شي رامينځ ته شي. دا نــاروغي پــه شيدوخوړونکو ماشومانو کي وخيم سير کوي او په هغه صورت کــي چــې ســبب Herpesvirus وي د ناروغي سير وخيم او انذار ئي هم خراب وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص: لاندیني ټکي په تشخیص کي مرسته کوي.

1- د تاریخچې اخستنه: چې پدې حالت کي ماشوم په نژدي وروستیو کي په ناروغي اخته او یا د Toxic، موادو سره مواجه شوي وي.

2- دقیق فزیکي معایناتو اجرا کول

3- د CSF معاینه: د بیوشیمي او Cytology له نظـره مطالعـه او کلچـر د باکتري او ویروس د تجرید لپاره اجرا کیږي. CSF شفاف رنـګ حجـرات 10-500/ml شروع کي PMN او وروسته Lymphocyte ، ګلوکوز نورمـال او پروټین لوړ وي.

4- د ادرار معاینه: د شکر ناروغي او د پښتورګو ناروغیو لپاره.

5- د ویني معاینه: د الکترولایتو معاینه.

6- سیرولوژیک: د Neurotrop وایرسونو د تشخیص لپاره.

7- Herpes, Measles, Arbovirus, Enterovirus د IgM لوړه سویه د ELISA تست پواسطه.

8- Toxicology : په وینه کي د سرب اندازه (نورمال 10 micgr/dl>)

9- قطعي تشخیص د دماغي نسج د بیوپسي په ذریعه

درملنه: د درملني هدف عبارت دي له

- د امکان تر حده د عصبي معیوبیتونو مخنیوي.
- د ناروغ د ژوند ساتنه
- د کلینیکي اعراضو تسکین.

سببي درملنه: د طبي ټولو اهتماماتو سره د مراقبت اطاق کي درملنه.

تبه د Antipyretic ، Hydrotherapy کنترول او تنفسي سیسـتم خـلاص وساتل شي. د مصنوعي تنفس لپاره وسایل مجهز، او د شاک پـه صـورت کـي د

(c) ketabton.com: The Digital Library

S.Ringer ، وینــــه، او Vassopresors درملونــــه لکـــه Dubotamin, Dopamin چې 2.5micgr /min د ورید له لارې پرفیزیون تطبیق کیږي. تـــر څو د ویني فشار ثابت وساتل شي Status Epilepticus لپـــاره Diazepam 0.1-0.2mg/kg او د اختلاج د کنترول لپاره Delantin 7mg/kg توصـــیه کیږي. د داخل قحفي فشار ټیټولوته لاندي اهتمامات نیول کیږي.

- Dexamethason 0.5mg/kg/day شروع او په تدریجي توګه کمیږي.

Mannitol20% هر څلور ساعته وروسته یا پـــه هـــر 12-8 ســـاعتوکي 0.5-2gr/kg/dose

- د L.P اجرا کول په هغه صورت کي چې Pupil Edema موجود نه وي.

حفظ الصحوي اهتماماتو نیول، د بستر زخم څخه مخنیوي، کافي کالوري لرونکـــي مناسب غذا، قلبي او تنفسي پرابلمو بالخاصه درملنه، د فلزاتو تسمم لکه ســـرب او insecticide د بالخاصه Antidote څخه اســـتفاده کـــول د Herpes لپـــاره Acyclovir 30mg/kg /day د لسو ورځو لپاره توصیه کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

خوارلسم فصل

Sepsis, SIRS او Shock

(Systemic inflammatary Pespons synd) : SIRS

د باکتریائي، فنګس، ویروسونو، پرازیت، او Rickettsia انتاناتو مقابـل کـي د کوربه له سیستمیک عکس العمل څخه عبارت دي چې د میزبان دفاعي عکس العمل د انتان مقابل کي پاتي راشي او همدارنګه د غیر انتاني عواملو له کبله مینځ ته راځي.

Sepsis: د SIRS څخه عبارت دي چې د مشکوک یا تثبیت شوي انتان له کبلـه مینځ ته راځي. د Sepsis کلینیکي بڼه هغه وخت پیل کیږي چې یو سیستمیک انتان لکـه (Baetremia, Fungemia او Viremia) او یـا موضـعي انتـان (Meningitis, Pneumonia, Pyelonephritis) چې Sever sepsis (Sepsis د Organ dysfunction سره یو ځاي) پیشرفت وکړي.

Septic shock: د (Sever sepsis +Hypoperfusion یـا Hypotension) څخه عبارت دي چې له یوه ساعته زیات کافي احیاي مجـدد د مایعاتو او یا Inotropic agent یا Vaso Pressor مرکباتو ضرورت سره سره دوام وکړي او بالاخره په MODS (د حیاتي غړو وظیفوي سـتونزي) او مړینـه تمامیږي.

Etiology: Sepsis بنـائي د یـو موضـعي انتـان د اخـتلاط پشـکل یـا Colonization او یا مخاطي غشا د انتان مداخلي په نتیجه کي مینځ ته راځي.

مساعد کوونکي فکتورونه: د 3yr- 3m° ماشومان د Bactremia او Sepsis لپاره مساعد دي. همدارنګه شیدي خوړونکي او نور ماشومان چې شدیداً مجـروح وي، او هغه چې په دوامداره توګه د انتي باکتریال د تداوي لاندي، سوٌتغذي او هغه

(c) ketabton.com: The Digital Library

ماشومان چې مزمن طبي پرابلم لري د Sepsis لپاره مساعد دي. همدارنګــه هغــه ماشومان چې ټیټ معافیت کي Transplant شوي وي، یا د معافیت د انحطــاط ورکوونکي درمل لاندي، ستیروید، شیموتراپیوتیک او کســبي یــا ولادي معــافیتي انحطاط) ولري دغه ډول اختلاط خطر زیاتوي او په Sepsis او Septic shock اخته کیږي. د نوزادي په دوره کي انتانات لکه , Enteroviruses, Str. G.B. E.coli, Listeria Monocytogenes او یا HCV زیاتر د Sepsis ســبب کیـــږي. پـــه غټـــو ماشـــومانو .Staph. Aureus, str. Pneumonia N.Menigitides معمــول انتانـــات دي او Toxic shock د Str. G.A او Staph. Aureus پواسطه منځ ته راځي په ټیټ معافیتي، لرونکي ناروغانو کـــي Nasocomial انتانات (Hosp. acquired) معمول دي.

Pathogenesis: شاک د دوراني وظيفوي تشوش څخه عبارت دي چې

- د زړه د Output کمـــوالي یـــا نـــاحیوي د مـــوي جریـــان Maldistribution، د میتابولیک ضرورت زیاتوالي چـــې داکســیجن د مصرف نقیصي د کافي اکسیجن په موجودیت را مینځ ته کیږي.
- د زړه Output بنائي نورمال، زیات او یا ټیټ وي بـــدن د معاوضـــوي میکانیزمونو (د محیطي او عیئي تقبض او د زړه ضربان زیاتیدنـــه، د وینـــي فشار نورمال ساتي.

Septic Shock: د کلاســیک شـــاک دري ډولـــو (Hypovolemic, cordiogenic, distributive) څخه جوړ شویدي.

Hypovolemia: د رګونو داخلي مایعاتو ضایع کیـــدل چـــې د Capillary leakage په نتیجه کي مینځ ته راغلي وي.

Cardiogenic shock : په قلبي عضلي د Sepsisانحطاطي تاثیر اتو له کبلـــه مینځ ته راځي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Distributive shock: د او عيئ سيستميک مقاومت د کمښت په نتيجه کې مينځ ته راځي.

Warm shock: ځيني ناروغانو کي د قلبي دهاني زياتوالي او سيستيميک وعائي مقاومت کموالي په نتيجه کي مينځ ته راځي.

Cold shock: د Warm shock بر خلاف د اوعيئي سيستيميک مقاومت د زياتوالي او قلبي دهاني د کمښت په نتيجه کي مينځ ته راځي.

کلينيکي بڼه: د Sepsis ابتدائي نښې نښاني عبارت دي له حرارت درجي د تنظيم بدلونونه/ (Tachypnea,Tachycardia,Hypo/ Hyperthermia) په مقدم مرحله کي (Hyperdynamic phase) قلبي دهانه زياتوالي مومي تر څو د ميتابوليک ضرورت زياتوالي او کافي اکسيجن انساجوته تامين کړي. د Sepsis په پيشرفت، قلبي دهانه د زياتو Mediators په مقابل کي د عکس العملي تاثيراتو په نتيجه کمښت مومي. نور علايم ئي اوږد CRT، د محيطي او مرکزي نبضان کمي، ساړه نهايات، او د پښتورګو دهاني کموالي. د شعوري حالت تغيرات (Anxiety, Obtundation lethargy, aggitation, confusion يا کوما هم د قلبي دهاني له خراب علايمو څخه شميرل کيږي. د شعريه او عيئي نفوذ يه قابليت تغيرات په Capillary leakage ختميږي Lactic Acidosis د شاک د پيشرفت او د انساجو د متواتر توليد او د کبدي Clearance کمښت په نتيجه کي مينځ ته راځي.

* جلدي افات د Echthema gangrenosum , Echymosis, Erythema, petechia او متناظر محيطي ګانګرين) ليدل کيږي. ژيړي د انتان علامه يا د MODS په نتيجه کي مينځ ته راځي.په ناروغانوکي د موضعي انتان شواهد لکه Arthritis, pneumonia, Meningitis cellulitsis او يا Pyelonephrtis هم ليدل کيږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص: ناروغي د کلینیک له نظره تشخیص کیږي مګر Microbiologic معایناتو اجرا لکه د ويني کلچر، Gram stain, د مایکرو اورګانیزم تجرید د Petechial سمپل وینه، ادرار،Abscess, CSF ، او یا Exudate څخه قطعي تشخیص وضع کیږي همدارنګه د ويني سپین کرویات Prothrombin Tim, Platelet, PTT فبرینوجن او د شریاني ويني د ګاز اندازه، د پښتورګو وظایف او Ca^{++} ایونایزي اجرا کیږي.

لابراتواري معاینات:

Thrombocytopenia, Metabolic Acidosis, Partial Pro throm bin time, Prolong Prothrombintime د فبرینوجن کمښت او د Fibrin split محصولاتو زیاتوالي، د ويني O2 فشار ټیټیدل او د نوتروفیل تعداد او ساختمان زیاتوالي مومي او د Band شکل ئې زیاتیږي د خام سپین کرویاتو زیاتوالي او، Neutropenia د Sepsis لپاره د خطر غوره علامي دي د CSF په معاینه کي د نیوتروفیل حجراتو زیاتوالي او باکتریا لیدل کیږي.

درملنه: نوي زیږیدلي ماشوم: د Genta + Ampicillin یا Ampicillin+ cefotaxim او د HSV د اشتباه پصورت کي acyclovir توصیه کیږي.

اطفال: Ceftriaxon, severe pneumonia, N.Meningitides, Str. Pneumonia Staph. aureus او د cefotaxim یا H.influenzae پصورت کي Voncomycin علاوه شي.

- Nasocomialانتانات د Piperacillins, Tazobactam جمع Aminoglycosid یا vancomycin Ceftazidim+ یا Aminoglycosid, cefepim (یا Piperacillin Tecarcillin, tazobatam .
- Toxic shock (clindamycin+penicillin یا Vancomycin .

(c) ketabton.com: The Digital Library

تقويوي درملنه: د مايعاتو عاجل احتمامات او Catecholamin څخه استفاده چې د مړيني پيښې کموي د درملني يو ساعت ځنډ کي 40% د مړيني کچه لوړيږي.
بيا رغونه د مايعاتو پواسطه 60ml/kg پرته د ريوي اذيما د پيدا کيدو يا زياتيدو خطر څخـــه شفايـــابي مينـــځ تـــه راځـــي چـــې کـــولـــي شـــــــي 20ml/kg په دري دوزو تجـــــويز کـــــړو تـــــر څـــــو د زړه ضربـــــان، د پښتورګـــو Capillary Refilling Tim<2sec, (1ml/kg/hr) Outpnt او شعوري حالت ئي نورمال ته تقرب وکړي له هغه ځايه چې د فشار ټيټوالي د وروستيو تظاهراتو څخه شميرل کيږي نو ځکه دويني فشار د احياي مجدد وروستي ارزيابي لپاره کـــوم ارزښت نلري.په ځيني حالاتو کي د ضـــايعاتو جبـــران لپـــاره 100-200ml/kg ضرورت احساس کيږي. چې د مايعاتو نوعيت colloid يا crystallin تطبيـــق کيږي. د مايعاتو نور ډولونه (دويني محصولات) ضروري ګڼل کيږي د حجراتـــو لپاره د اکسيجن تأمين پـــه منظـــور د ناروغـــانو Hb (10gr) وســـاتل شـــي. د Coagolopathy د اصـــلاح لپـــاره CryoPrecipitate, Fresh frozen plasma او د مويه صفېحاتو ترانسفوزيون خاصتاً په نزفي حالاتوکي په نظـــر کـــي ونيول شي.

- Dopamin د Fluid Refractory shock حـــالاتو کـــي لومـــړنی انتخابي درمل شميرل کيږي.
- د Dopamin resistant shock پيښنو کـــي د ادرينـــالين او Nor adreralin څخه استفاده وشي.
- Dubotamine ، د قلبي دهاني د کمبود په صورت کـــي مفيـــد واقـــع کيږي. هغه ناروغانوکي چـــې وعـــائي Systemic مقاومـــت لـــوړ او Epinephrin مقابـــل کـــي مقـــاوم، او قلبـــي دهانـــه ښکتـــه وي د Vasodilators لکه Nitropruside او يا په Phoshodiesterase

(c) ketabton.com: The Digital Library

نهي کوونکي دريم تايپ Milrinone ښائي شاک ارجاع شي همدارنګــه Nor Epineplrin resis tant ، Argenin vasopressin shock لپاره مفيد واقع شي. ځکه چې د الفا receptor لپاره ضــرورت نلري. الکترولايتونه دقيقاً ارزيابي او د ضرورت په وخت کي اصلاح شي.

د Hypoglycemia پصورت کي (0.5-1gr/kg) ګلوکوز توصــيه کيــږي. Hypocalcemia چې په Cardiodysfunction کي ذيدخل دي د کلســيم کلورايد پواسطه (10-20mg/kg د مرکزي وريد کيتيتر پواسطه تطبيق شي.

څيړنو ښودلي ده چې د ICU 50% ناروغان د ادرينال په بي کفايتي اخته کيــږي چې هيدروکورتيزون Bolous 50mg/kg /day شکل تطبيق او خاصتاً چــې د Cotecholamine او مايعاتو مقابل ځواب نه وي ويلي ټولو هغو ناروغــانوکي د ادرينال غدي انحطاط په ثانوي توګه د دوامدار ستيرويدتيراپي له کبله د Asthma, Rheumatic diseases او IBD ولري همدارنګه ناروغان که چيري -Cong Adrenal Hyperplasia, Hypo Pituitarism تثبيت شــوي وي لازم وي Stress dose steroid ورته تطبيق شي.

- د Septicshoek ناروغانوکي لازم دي د مرکزي وريدي فشار، د وينــي فشار Pulseoxy metry د کليوي دهانه په هر يو ساعت کي، مواظبت وشي.

د Sup. V. cava O_2 Saturation د احياي مجدد ډير ښه مشعردي. او لازمه ده چې لومړي شپږو ساعتوکي 70%< څخه زيات وي.

انذار: په Septic shock اخته ناروغانو د مړيني کچه د انتان موقعيــت، پتــوژن باکتري د MODS موجوديت او د کوربه معافيتي عکس العمل پوري اړه لري.

د مړيني 40-60% د ګرام منفي انتاناتو Enteric Sepsis له کبله مينځ ته راځي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنیوی: د H- Influ.B او S. Pneumonia ترکیبي واکسیناسیون ټولو ماشومانو ته توصیه کیږي.Antibiotic Prophylaxis د کورنۍ غړوته او هغه چې د N.Meningitides او H.Influ.B سره صمیمي تماس لري توصیه کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

پنځلسم فصل

(ABM). Acute Bacterial Meningitis

تعریف:

د دماغي او نخاع شوکي سحایا (Duramater, piamater, arachnoid) التهاب څخه عبارت دي اما د سحایا او دماغ قشر التهاب د Meningo Encephalitis په نوم یادیږي.

اپیډیمولوژي:

کوربه: په نوي زیږیدلي او شیدي خوړونکي ماشومانو کي د فاګوسایتیک دندو او معافیتي میکانیزمو د خامواﻟي له کبله د ABM پیښي نسبت غټانوته ډیر لیدل کیږي.

د ناروغي عامل

نوي زیږیدلي ماشوم کي: Staph. Fecalis , Str. Pneumonia, E-coli Hinfluenzae, Pseudomonase aerogenosa,Salm. Species, Meningocoque او د دري کلني وروسته Pneumococcal انتان د معمول اسبابو څخه شمیرل کیږي او N.Meningitides په هر عمر کي د ناروغي لامل جوړ وي.

پتالوژي: د پتالوژي له نظره په Lepto Meninge کي د التهابي حجراتو ارتشاح لیدل کیږي. د مغزو قشر اذیمائي، Exudate او د Microglial تکثر بسودل شویدي. Epandymal حجرات تخریب او تقیحي Exudate د دماغ په قاعده کي راټولیږي. د عنکبوتیه غشا لاندي خالیګاه د غلیظ خیرن مایع په خاصه توګه chias matic cistern او Interpedunculerکي راټولیږي چې په نتیجه کي د Magendie او Lushka ثقبي (سوري) تړل کیږي او د Hydrocephalus

(c) ketabton.com: The Digital Library

سبب ګرزي د مغزو رګونو ترومبوفليبيت اختشا او دايمي معيوبيتو سبب کيږي. دوامدار Sequelia د احتشا او نکروز او هيدروسفالوس په نتيجه کي مينځ ته راځي. د Meningococal Meningitis پيښو کي د ناروغي سير ډير چټک او په ظرف د څو ساعتو کي د indotoxic shock له کبله په مړينه تماميږي.

Subucellular Pathogenetic ميکانيزم د حجروي غشا او ديوال د تخريب په نتيجه کي حجروي فعال اجراوي لکه Indotoxine , Teichoic Acid او Peptedoglycon) ازاديږي چې د دي په نتيجه کي د کوربه حجروي عکس العمل شعريوي اندوتيل Platelet activity او Cytokines, TNF فکتورونه توليديږي او د هغه په نتيجه کي BBB او نيورونونه شديداً متضرر کيږي. دماغي اذيما بنائي Vasogenic يا د اندوتېل حجراتو د متضرر کيدو او يا Leukocytes, cytotoxic د محصولاتو او Toxic راديکالو پواسطه مينځ ته راشي. چې د Dexamethason د تطبيق رول هم د همدغه وتيري په نهي کولو توضيح کيږي.

:Pathogenesis

1. انتانات بنائي د Haematogenous له لياري، بعيده محراقو (Sepsis، Pneumonia، yodermia,Empyema او Osteomyelitis) سرايت وکړي.
2. انتانات ډير لږ د نژدي Septic محراقانو لکه جمجمه Osteomyellitis، Mostoiditis, Paranasal sinuses, او د قحف قاعدي کسر له لياري سحاياته انتقال وکړي.
3. تقيحي ABM بنائي د سر په ترضيضاتوکي رامينځ ته شي (head Trauma).

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلینیکي بڼه: ناروغي په حاد شکل پیل او د تبي سره یو ځاي وي. په شـــروع کـــي ناروغ نا آرام، شدیده سر دردي چې ښائي منتشر او یا جبهي ناحیئ پوري منحصر او یا غاړي خواته، سترګو ګاټو شاته انتشار مومي ناروغ ښائي فوراني کـــانګي ،ژړا، او فانتنل یي پړسیدلي او بهرته وتي وي اختلاج د معمول علایمو څخه شمیرل کیږي. چې ښائي د ناروغي په شروع او یـــا پـــه جریـــان کـــي را میـــنځ تـــه شـــي شـــدیده Photophobia ، عمومي Hypertonia، او د غاړي شدید شخي او همدارنګه Kernig sign او Brudzinski sign ښائي موجـــود وي Fundus ښـــائي نورمال او یا هم احتقان او اذیما وښائي. د سترګو د ګاټي بـــیرون ښـــائي فلـــج او Diplopia, squint او Ptosis سبب شي. که چیري ګیډي پوټکي ملایم توګـــه وګرول شي امکان لري چې Flushing د لیـــدو وړ وي (Tuch cerebral) د اطراف عضلاتو مقویت ښائي وساتل شي. Reflexes کیداي شي مشتد ، نورمال، او یا متناقص وي Neuologicaldeficite لکه Hemi Paresis ، د قحفـــي ازواج فلج او Hemianopsia ښائي رامینځ ته شي. تنفس ممکن Peziodix یا cheynstolc چې معمولاً د شات سره مل وي.

40-60% د مړیني ګرام منفي انتاناتو Enteric sepsis پوري اړ لري.

مخنیوي: مرکب واکسیناسیون د H-Influ.B او Spreunoma کمولوماسومانو ته توصیه کیږي.Antibiotic Prophylaxis د کورنی غړوته او د هغـــه چـــي صمیمي تلاش د Ne Meningitedio او H. mflu.B سره لرني توصیه کیږي.

په نوي زیږیدلي او شدو خوړونکو ماشومانوکي:

په نوي زیږیدلي او $4\text{-}6m^{o}$ عمر ماشومانوکي ځیني خاص تظاهرات لکه د غـــاړي شخي Kernigsign ډیرلږ را مینځ ته کیږي. قدامي فانتل ښائي نورمال یا برجسته وي. پدي ماشومانوکي مشکوک نښي نښاني لکه Vacant star ، نآرامي، خوبجن حالت، معند کانګي د تبي سره یو ځاي، د تي نه رودل، ضعیفه ژړا، ضـــعیف تـــون

(c) ketabton.com: The Digital Library

Tremor,Hypothermia تبه یا ، Collaps شاک او دوراني،(Poor tone) اختلاج، عصبي ضیاع او نور شامل دي چې باید په نظر کي ونیول شي.

Complication:عمومي اختلاطات،(Subdural ناحئ انصاب اختلاج، دماغي ابسي، دماغي defect د Hemiplegia په شکل د اوریدو ستونزي، هیدروسفالوس، Ventriculitis, Arachnoiditis او دماغي تأخر. (Mental retardation).

لابراتواري معاینات:

ABM په ټولو ناروغانو کي چې لوړه تبه، تخرشیت، Photophobia سر خوږ، کانګي د سر خوږ او LP په تعقیب، او د CSF معاینې پذریعه صورت نیسي.

د CSF فشار لوړ رنګ ئي خیرن (Turbid) او زیات حجرات معمولاً د $1000/mm^3$ څخه زیات دي چې اکثریت ئي د PMN او پروتین له 100mg% څخه زیات او ګلوکوز ئي د ویني ګلوکوز 50%او یا له 40mg% څخه کم وي.

د CSFاو د ویني کلچر د ناروغي عامل د تجرید لپاره لزوماً اجرا کیږي او .PT Meningitis کي د CSF مایع معقم او Lymphocytois موجود وي د ویني کلچر هم کیداي شي معقم وي همدارنګه بیوشیمیک معایناتو تغیرات پکي موجود وي CRP او Lactate بنائي لوړ وي Latex Text بنه Indicator دي او معمولاً د انتي بیوتیک تیراپي وروسته هم مثبت پاتي کیږي. CT scan ضروري نه بلکه د Subdural Effusion ،دماغي ابسي ، اکزودات، هیدروسفالوس او وعائي ستونزي د ناروغي په تشخیص کي مرسته کوي. او همدارنګه کي Partial Treated Meningitis د TB. Meningitis په تفریقي تشخیص کي مرسته کوي.

Rapid Antigen Test: د ویروسي انواعو، باکتریائي او TB. Meningitis تفریقي تشخیص کي مرسته کوي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

غیر وصفي تستونه: CRP ,LDH او د CSF سویه هم شامل دي چې د تقیحي او غیر تقحیي Meningitis په تشخیص کې مرسته کوي. او همدارنګه په CSF کې د تقیحي ناروغي د شکل په سیر کې TNF لوړیږي، پدي وروستیو کې د انتاناتو لکه Enterovirus, HSV او نورو په تشخیص کې مرسته کوي.

تفریقي تشخیص:

TBM,Aseptic Meningitis,Partial Treated Bact. Meningitis, Cryptococcus Meningitis, Poliomyelitis, Subarachnoid Hemorrhage, Viral Encephalitis, Lyme disease.

درملنه:

ابتدائي تجربوي درملنه: پیلنۍ درملنه د سفالو سپورین لکه ,Cefotaxim ceftriaxon پواسطه اجرا کیږي. 200mgkg Ampicillin او chloramphenicol 100mg/kg د 10-14 ورځو لپاره هم موثر دي که چیري تبه، او د سحایا تخریش علایم د در ملنۍ وروسته د 48 ساعتو لپاره دوام وکړي CSF باید په تکراري توګه معاینه او په انتي بیوتیک هم تجدید نظر وشي.

مکروبي ضد باالخاصه درملنه، ټول انتي بیوتیکونه باید وریدي تطبیق شي.

او Pneumococal Meningococcal Meningitis د Crystalpenicill in 400.000-500.000/kg/day

پواسطه هر څلور ساعته وروسته، cefotaxim 150-200mg/kg/12hr یا Ceftriaxon 100-150mg/kg2hr درملنه اجرا کیږي.

H.influenza M.: Cefotaxim, ceftriaxon د ورید له لیاري یواځي استعمالیږي او یا دا چې کولاي شو په مشترک توګه د هغه پر ځاي له Chloramphenicol 100mg/kg+Ampicillin 300mg/kg د ورید له لیاري استفاده وکړو

(c) ketabton.com: The Digital Library

Staph. Meningitis: په هغه صورت کي چې د Methicillin او Penicillin مقابل کي مقاومت موجود وي د Vancomycin څخه چې انتخابي درمل دي استفاده وشي Ampicillin د همدغه درملو نفوذ په قدرت او هم د له منځه وړلو قدرت زیاتوي.

Listeria:

(Netilmycin,Amikacin,Genta)Aminglycosid+ Ampicillin

بنـــائي د Ceftriaxon, ceftazidim, cefotaxim : Gram Negrods استفادي وړ وي او یو alternative درمل (-Genta.+Ampicillin) هم موثر دي.

Pseudomonase: د Aminegl ycosid+ ceftazidim بنائي ډیر مــوثر وي Ceftazidim کولي شو د Ticarcilline یا mezlocillin سره عــوض کړو.

د درملني دوام:

1. تبه د پنځه ورځو لپاره موجوده نه وي.
2. CFS د پروتین او شکر له نظره نورمال شي.
3. د حجراتو تعداد له $30/mm^3$ څخه کم شي.

د ABM ناروغان معمولاً د 10 ورځو درملني وروسته ښه کیږي. او کله کله 14-10 ورځو پوري درملني ته ضرورت احساس کیږي (پرته له Staph او - g انتانات) Dexamethason 0.15/kg/6hr د 5 ورځو لپاره توصیه کیږي که چې کیداي شي پدي ترتیب هیدرو سفالوس Sensory neuronal Deafness او د رفتار ستونزي راکم کړي.

د نوي زیږیدلي ماشوم په درملنه کي رول نلري. د انتي بیوتیک د تطبیق نه 15 دقیقي مخکي باید تجویز شي چې د .HinfluM لپاره ډیر زیات موثر دي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

تقویوي درملنه:

1. د داخل قحفي فشار زیاتوالي: LP باید په ډیر احتیاط سره پدي ناروغانو کي اجرا شي Osmotic duresis په منظور(0.5mg/kg) د Mannitol 20% هر څلور ، شپږ ساعته وروسته د ورید له لیاري د شپږو ورځو لپاره تطبیق کیږي.
2. *اختلاج:* د Diazepam 0.3mg/kg (اعظمي 5mg) پواسطه درملنه اجرا کیږي. او 10-15mg bolous پشکل لمړي ورځ او په وروستي ورځو کي فمي دوز 5mg/kg د 3-4 هفتو لپاره پرته لدي چې اختلاج د ډیري اوږدي مودي لپاره دوام وکړي.د شعور نه موجودیت پصورت کي ناروغ د NGT پذریعه تغذي کیږي.

3. اوبه الکترو ولایتونه: پدي ناروغانو کي مایعات محدود کیږي چې 2/3 حصه د Maintenance ضرورت توصیه کیږي (د ADH بي نظمي له کبله)

4. Hypotension باید د مایعاتو او Vasopressor درملو پواسطه) لکه Dopamin یا Dobutamin تداوي کیږي.

5. Nursing care: د خولي جوف، سترګي، مثانه او کولمي د مراقبت لاندي ونیول شي. اهتمامات د قبضیت او د ریکتم اتوني څخه مخنیوي کوي که چیري د میتیازو بندش موجود وي په Suprapubic ناحیئ فشار او د اوبو ګرم بوتل او که چیري ډیر شدید وي نو د Catheter څخه استفاده کیږي د بستر زخم د مخنیوي په منظور لازم دي چې ناروغ وضعیت ته کله نا کله تغیر ورکړل شي. او د Methylated sprite څخه د ترضیض سره مخامخ کیدو په ناحیو کي د سخت کیدو لپاره استفاده کیږي. Soft foam rubber mattrs څخه د زخمو د رامینځ ته کیدو د مخنیوي په منظور استفاده کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

شپاړلسم فصل

(Shigellosis (Bocillary Dysentery)

تعریف: وینه لرونکي نس ناسته چې د مخاط WBC او د ګیډې Cramp سره یو ځای وي

سببونه: ګرام منفي غیر متحرک او ډکي ته ورته باسیل دي څلور ډوله شګیلا د Bacillaiy dysentery تولیدونکي عبارت دي له:

Shigella Dysentery ګروپ A (Serotyp.13)

Shigella Boydii ګروپ 3 (سیروتایپ 6 و 15)

Shigella Flexneri سیرو ګروپ C (پروتایپ 18)

Shigella sonnei سیرو ګروپ D (سیروتایپ 1)

Epidemiology:

موسم: په ګرم او باراني اقلیم کي په حاره سیموکي شیوع لري.

میزبان: دواړه جنس په مساویانه توګه اخته کوي او په ټول عمر کي لیدل کیږي. مګر د عمر په لومړي دوه او دري کالوکي زیات لیدل کیږي د dysentery (70%)پیښې د شګیلا پواسطه را منځ ته کیږي او 60% مړینه له پنځه کلنی کم عمر کي له همدي کبله منځ ته راځي. د ناروغي انتقال Fecal oral له لیاري، صورت مومي. د عمر په لومړي شپږو میاشتوکي غیر معمول دي په خاصه توګه هغه ماشومان چې د مور په شیدو تغذي کیږي. انسانان د انتان اساسي منبع دي.

Pathegenesis: Shigella انتان invasive او د کمولو اپتیل حجراتو د تخریب سبب کیږي. چې په نتیجه کي التهاب، اذیما، Microabsces او قرحه جوړوي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

او په نتیجه کي د خونریزي سبب کیږي.ځینــي Strain لکــه S.Dysenteria type-1د تولیــد ســبب ګرځــي. چــې یــو قــوي Shiga Toxin Enterotoxinدي د پروتین د جوړیدو مانع کیږي. پتالوژیک تغیرات په کولون کي مینځ ته راځي چې د Shigellaغوره هدف تشکیلوي شدید تغیرات په بعیده کولون کي مینځ ته راځي ښائي Pancolitis مینځ ته راشي. همدارنګه په Gross شــکل موضعي اذیما یا منتشر مخاطي قرحه، خونریزي او Exudate ښائي ولیدل شــي. د Mic له نظره قرحه، کاذب غشاء، تخریب یا د اپتیل حجراتو مرګ، له مخاط تــر مخــاطي عضــلي طبقــي پــوري د Polymorphonuclear حجراتــو او Mononuclearحجراتو ارتشاح توسعه پیدا کوي او تحت المخاطي اذیمــا لیــدل کیږي.

معافیت: Secretory IGAاو Serum Antibody د ناروغي په جریان او یــا څو هفتي وروسته د Shigellaپه مقابل کي مینځ ته راځي.

ژغورنه یواځي د بالخاصه Suertypeپه مقابل کي مینځ ته راځي

کلینیکي بڼه: د تفریخ دوره 12hr څخه تر څو ورځي وي. د ګیډي شدید دردونه، تبه، د زړه بدوالي، بي اشتهائي، عمومي toxicity ,urgeniy ، دردناکه تغــوط، بطني انتفاخ، د ګیډي حساسیت، Hyeractive Bowrel sounds، حســاس رکتم د ګوتي د معاینې پواسطه، د ناروغي وصفي کلینیکي بڼه تشکیلوي. په پیل کي اسهال ډیر زیات اوبلن او وروسته د حجم له نظره لږیږي مخاط او وینه پکي زیاتیږي له 50% زیات ماشومان د Blody Diarrheaمرحلي ته نه رسیږي او پاتي اختــه ماشومانو کي په لومړیني تغوط کي وینه موجوده وي. د اوبو او الکترولایتو ضــایع کیدل په نس ناسته او کانګو کي صورت مومي نس ناسته پرته لــه در ملنــې د 2-1هفتي دوام کوي یواځي 10% اخته ماشومانو کي نس ناسته له 10 ورځو ډیر دوام کوي. عصبي تظاهرات لکه اختلاجات، سر خوږ، Lethargy ، confusion ، د

(c) ketabton.com: The Digital Library

غاړي سخوالي، هذيان (چتي ګوئي) څخه عبارت دي. دغه ټـول نښـي نښـاني د Neurotoxine لـه کبلـه نـه بلکـه د تبـي سـره Hypocalcemia, Hyponatremia او د CNS انتان لري اما Shig. Meningitis ډير لږ واقع کيږي. د ناروغي زيات معمول اختلاط ديهايدريشن او د ADHنا متناسـب افـراز ښودل شويدي. Hypoglycemia او Protein lossing Enteropathy ښائي را مينځ ته شي په خوار ځواکي اخته ماشوم او کوچنـی عمـر ماشـوم کـي Sepsis او DIC ليدل شويدي د يادوني وړ ده چې په نوي زږيدلي ماشومانوکي د Shig ډيرلږ واقع کيږي.

تشخيص: سره لدي چې کلينيکي نښي نښاني د ناروغي په تشخيص کي مرسته کوي مګر قطعي تشخيص وضع کولي نشي. لابراتواري معاينات د ناروغي په تشخيص کي مرسته کوي.

- د غايطه موادو معاينه: د WBC تقيحي حجرات، RBC موجود وي.
- د ويني معاينه: Leukocytosis موجود وي (Shift to left).

ولي ځيني وخت Leukomoid reaction ښائي وليدل شي. د کـولـو سـايتو شميره چې $5000\text{-}15000/mm^3$ څخه فرق کوي امـا ځينـي وخـت Leukopeniaهم را منيځ ته کيداي شي

- د ويني کلچر: هغه ناروغ ماشومان چې Toxic معلوميږي ښائي مثبت وي په کوچني ماشومانو او هغو کي چې خوار ځواکي اخته وي د اهميـت وړ وي ځکه چې د باکترياو خطر په هغوي کي زيات وي د ناروغي تشخيص د ناروغي عامل د غايطه موادو او Rectum د سمپل کلچر پواسطه تجريـد کيږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

اختلاطات:

، Rectal Prolaps ،Sepsis ، DIC ،Acidosis ،Dehydration انزایم کمبنت Disacharidase،Anemia،HUS ،Febrileconvulsion Cholestatic Hepatitis, Arthritis, conjunctivitis, Pneumonia, Iritis, Rietter syndrome, vaginitis, cystitis Hypoglycemia, Hyponatremia, IADH, Toxic Megacolon, Myocarditis, Protein losing Enteropathy, Hypothermia, thrombocytopenia, همدارنګه نادر اختلاطات cornealulcer, Pseudomembanous colitis چې تر اوسه ئي لامل ندي توضیح شوي له هغه سندروم څخه عبارت دي چې د دماغي اذیما په تعقیب، شدیده Toxicity، سردردي Heat Hyperpyrexia او اختلاج چې په اني توګه د مړيني سبب ګرځي پرته لدي چې دیهایدریشن او یا Sepsis موجود وي.

تفریقي تشخیص: د ټولو اورګانیزمو سره چې د دیزانتیري سبب کیږي باید تفریق شي. Salmonella Enterocolitis, Entero invasive E. Coli Yersinia Entero او Compylo bacter jejnri, E.A Histolytica Inflammatory او همدارنګه Dysentery ممثل حالات لکه colitixa او bowel Disease او Intussusception.

درملنه:

1- د الکترولایتو او اوبو ورکول چې د ORS پواسطه صورت مومي.

2- د انتي بیوتیکو ورکول نه یواځې د شفا سبب کیږي بلکه د ناروغي د انتشار څخه هم مخنیوي کوي.

3- د انتي بیوتیکو انتخاب د غایطه موادو د کلچر پر بنسټ صورت نیسي.

4- ټول انتي بیوتیکونه د 5-7 ورځو پوري ورکول کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Cefixime, Nalidixic Acid, ceftriaxon, ciproflo xacin, Co-Trimoxazal, Tetracycline, Chloiamphenicol او د یــادوني وړ ده چې د Ampicillin مقابل کې مقاوم شویدي. -Cefexime د 8mg/kg/24h څخه په دوه دوزه د خولې له لیارې، او Ceftriaxon د 50mg/kg/day څخــه په یو دوز عضلي یا دوه کسري دوزو وریدي، او همدارنګه د Nalidixic Acid څخه 55mg/kg/day په څلور کسري دوزو د ناروغي په درملنه کــې اســتفاده کولې شو.

د Quinolonمشتقانو څخه د Arthropathic خواصو له کبله له اته کلنی ټیټ عمر کې استفاده کولې نشو لدې مشتقاتو څخه په عاجل پیبنو کې چــې د نــاروغي لامل د نورو درملو سره مقاوم وي استفاده کولې شو پدې نــاروغي کــې د Vit A څخه استفاده په هغه صورت کې باید وشي چې په سیمه کې د دې ویتامین کمــوالي موجود وي او Vit.A 200000iu د ناروغي شدت کموي. له هغــه درملــو او مرکباتو څخه چې د کولمو حرکات کموي باید استفاده ونشي ځکه چې ناروغي سیر اوږدوي د Zinc څخه 20mg/day د (14) ورځو لپاره استفاده وشي. ځکه چې د انتان مقابل کې د کوربه مقاومت زیاتوي. ځیني مولفین انتي بیوتیکونه د ناروغي د باالنفسهي شفا له کبله (Self-limited)، د درمل قیمت او د انتان مقاوم کیدو له امله نه توصیه کوي. د نه درملنې پصورت کې، ناروغي دوه یا تــر دوه اونیوزیــات دوام کــوي کــه چــیري انتــان د Ampicillin مقابــل کــې حســاس وي 100mg/kg/day په څلور کسري دوزو اســتفاده کیــږي. ځینــي هیــوادو کې دAmprulll او Co- Trimoxazol مقابل کې مقاوم او ځیني نــور ئــې Co-tnimoxazol انتخابي درمل بولي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنيوي:

1- د مورشدو پواسطه د تغذي دوام

2- د فردي او محيطي حفظ الصحي (لاسونو پرېمينځل د صابون پواسطه په خاصه توگه مخكي له ډوډي خوړلو او د تغوط وروسته) رعايت كول.

3- د ښبناك صحي اوبو تهيه كول.

انذار:

1- هغه ناروغانوكي چې ديهايدريشن ولري او جبران شوي نه وي خراب دي.

2- په سوتغذي اخته شيدو خوړونكو كي چې د اوبو او الكترو ولايتو جبران شوي نه وي انذارئي خراب دي.

3- انتي بيوتيک استعمال د درملنې 80% Cure rate د 48 ساعتو وروسته رامينځ ته كيږي.

4- هغه ماشومانوكي چې Sepsisواقع شوي وي مړينه 20%< بنودل شويدي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

اوولسم فصل

Infectious Mononucleosis (IMN)

تعریف:

دیوحاد ویروسی سندروم څخه عبارت دی چــې د **Epteine Barrvirus(** **EBV)** پواسطه مینځ ته راځی. تبه pharyngitis، Lymphadenopathy د توری غټوالي، Atypical Lymphocytosis او د Heterophile انتی بادي تولید د ناروغۍ د غوره علایمو په توګه پیژندل شویدی.

Epidemiology: د ناروغــۍ ســبب، EBV د DNA لرونکــی Herpes virus ګروپ څخه دي چې لمفاوي سیستم خاصتاً B-Lymphocyte زیات اخته کوی. او د لمفوسایتو د proliferation باعث ګرځي چې په نتیجه کې یو شــمېر زیات atypical lymphocyte په محیطی وینه کې ظاهریږي او له بلی خوانه – B-Lymphocyte د ویروس ضد انتی بادي ګانی جوړوي.

کوربه (میزبان) : دا ناروغی په ټول عمر کې لیدل کیږی اما د دوه کلنــۍ څخــه ښکته اوله 40 کلنۍ نه وروسته ډیر لږ لیدل کیږي. ځوان ماشومان پواسطه په کورنۍ کې د منتن غړو او یا دمنتن هم لوبو ماشــومانو پواســطه منــتن کیــږی ځوانــان (adolescents) امکان لري چې د جنسي فعالیت له لیارې مستقیماً منــتن شــي. همدارنګه EBV د نقل الدم او د Transplantation له لیاري هم سرایت کولي شي.

Pathogenesis:- حساس B- Lymphocytes د EBV پواسطه منتن او د تکثر وروسته مستقیماً Lymphoreticular سیستم ته انتشار کوی حجروي او خلطی معافیت دویروس پواسطه مینځ ته راځې. د EBV مقابل کــې انتــی بــادي

(c) ketabton.com: The Digital Library

جوړيـــږي حجـــروي معافيـــت د T-Lymphocyte پواســـطه چـــې د B-lymphocyte د انتان په مقابل کې شديد تکثري عکس العمل ښئي او په محيطی وينه کې د Atypical Lymphocyte په مينځ ته راتلو انعکاس مومي توليديږي چې دا د Cytototoxic او Suppresor حجرات د Lymphiod حجراتو د proliferation څخه چې د EBV پواسطه منتن شوی وی مخنيوی کوي

کلينکی بڼه:- دناروغی د تفريخ موده 25- 28 ورځې ده اما ځينی نشريو کې 4-5 هفتې او (1-2 مياشتو پورې هم يادونه شويده) 2-3 ورځې د تفـــريخ مـــودي نـــه وروسته د ناروغی په پيل کې تبه ($39c^0$) زجرت، د ستونی درد، بی اشـــتهائي پـــه تدريجي يا آنی توګه ميـــنځ تـــه راځـــې. چـــې 1-2 هفتـــې وروســـته عمـــومی (90%) Lymphadenopathy مينځ ته راځی چې اخته لمفاوي عقدات سخت، حساس او غټ شوی وي. (خاصتاً رقبی خلفی او قدامی عقدات چې تشخيص له نظره ارزښت لری په خاصـــه توګـــه Epitrochlearlymphadenopathy د IMN لپاره تشخيصيه ارزښت ئې ډير دی په اکثر پيښو کې جلدی اندفاعات چې Maculopapular وصف لری مينځ ته راځی. او کيدای شي چې دا انـــدفاعات Urticarial يا Scarlatiniform وي د خولې په جوف کې ښائي چې تقرحات او اندفاعات د نرم او سخت حنک (hard palate) د اتصال په نقطه کې موجود وي د ناروغی کلينيکي بڼه ځينی وخت غيروصفي وي چې پـــه دې صـــورت کـــې نامعلومه تبه، د لوزه تانو التهاب او يا د سږو غير وصفي تظاهرات په ناروغانو کـــې موجود وي چې زياتره په کوچنيو ماشومانو کې ليدل کيږي (دوه کلنۍ څخه ټـــيټ عمر کې).

- د ناروغۍ د وصفي شکل پيل تدريجی او له تبی، دبدن دغړو درد، ستونی درد تنبلی، سرخوږ، بی اشتهائي، د زړه بدوالی او دګيډی درد څخه شکايت او دوه اونۍ دوام کوی او پدې مرحله کې دستونی درد زياتوالې مومي . او لوزه تانو پړسوب چې

(c) ketabton.com: The Digital Library

Exudateئې د پاسه تأسس کړی وي ليدل کيږي او له همدی کبله دstreptococcal pharyngo-Tonsillitis ته ورته وي بايد يادونه وشي چې Pharyngitis د ناروغانو عمده شکايت جوړوی او 50 % پيښې ئې Exudative وي. د ناروغۍ نور وصفي علامی لکه د توري غټوالي (2-3 سانتي متره) د آخري پښتيو په ښکتنۍ څنډه کې جس کيږی او په 50-70 فيصده ناروغانو کې موجود وی اما ځيګر غټوالي او حساسيت په 30 فيصده ناروغانو کې موجود وي ځينی وخت توری په سرعت سره غټيږي او د Left upper quadrant د درد سبب ګرځی چې دناروغانو د مراجعی عمده سبب جوړوی، سره لدی 80 فيصده ناروغانو کې د Transaminase اندازه لوړيږي. اما ژيړی په 50 فيصده ناروغانو کې ليدل شويدی همدارنګه د سترغلو پړسوب موجودوي يو شمير ناروغان د Aseptic Meningitis ، Meningo Encephalitis ته ورته اعراض او علايم (سر خوږ د غاړی شخوالی، د رويت تشوش،د شعور مختل کيدل او، اختلاجات) لري چې بايد په پام کې ونيول شي.

لابراتواري کتنی او د ناروغی تشخيص: د ناروغی تشخيص د کلينيکی بنی، دويني معاينات او سيرولوژيک مطالعاتو پواسطه اجرا کيږي.

1- د وينی معاينه: امکان لري Leukopenia په مقدم توګه مينځ ته راشي. اما معمولاً د لمفوسايتو مطلق زياتوالي (Lymphocytosis) چې د لوکوسايتو 10 % او يا20 % تشکيلوي موجود وي او زياتره لمفو سايتونه غټ او Atypical (20-40% څخه زيات) خاسف او آبی رنګ سايتو پلازم، خلا لرونکي، نامتمرکزه او غير منظم هسته، او متکاثف کروماتين لرونکی، وي چې د ناروغی په څلورمه او شپږمه ورځ مينځ ته راځی په 50 % پيښو کې Thrombocytopenia ليدل کيږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- په طبي معتبـرو نشـريو کـې لـه 90% زيـاتو پيښــو کــې 10,000- $20,000/mm^3$ (Leukocytosis) ښودل شوي چې $^2/_3$ برخه يې لمفوسـايت تشکيلوي.

2- سيرولوژيک معاينات:

Paul Bunnel Davidson Test - a: د 1:28-1:40 مثبت لوسـتل شويدي. اما د يادونې وړ ده تر ځلورکلنۍ پورې پـه ماشـومانو کـې منفـی وي. Heterophile antibody چې د پسه د سرو کروياتو سره په 1:56 يا تـر دې لوړ Agglutination کوی موجود وي. او تر دريو هفتو سويه ئې لـوړه پاتـه کيږي په غټو ماشومانو کې 90% او 50% له پنځه کلنۍ تيټ ماشومانو کې دغـه تست مثبت وي.

(Monospot Test) Screening Test -B : د ناروغی فوری او مقدم تشخيص لپاره لدی تست څخه استفاده کيږي چې همدا اوس قابـل د اجـرا دي. دناروغی په حادپيښو کې Antiviral Capsid antigen (VCA) او Anti Early antigen Antibody ممکن موجود وي.) .

(EBNA) Anti Epstein Barr Nuclear Antigen Antibody -C: د نقاهت دوري ناروغانو په سيروم کې موجود وي دEBV انتان IgM انتـی بـادی موجوديت د(VCA) مقابل کې او يا په لوړه سويه د IgG VCA-antibody موجوديت د EBNA په عدم موجوديت کې تشخيص او تائيد صورت مومي چې د ناروغانو په سيروم کې ترڅو اونيو موجود وي. او د IMN په حـاد مرحلـه کـې 1:32 - 1:256 مثبت لوستل کيږي.

Gamma Glutamyl Transferase او aminotransferase – D په 80 % ناروغانو کې او سيروم بيليروبين په 50% ناروغانو کې خفيفاً لوړ وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

تفریقي تشخیص :

1- Pharyngitis چې سبب ئې Streptococcus β.H ګروپ A وي د قدامی رقبی لمفاوي عقداتو غټوالي، Neutrophilic Leukocytosis او د توری نه غټیدل، په باکتریائي انتان دلالت کوي.

2- Sever primary Herpes pharyngitis: په ځوانانو (adolescent) کې لیدل کیږي او امکان لری چې IMN تقلید کړی

3– ځینې نور مشابه ناروغی چې Atypical Lymphocytosis تولیدوی لکه- Rubella pharyngitis (دومره متبارز نه وي، ناروغی لنډمحال د توری او لمفاوي عقداتو غټوالی لږ لیدل کیږي)

4- Adenovirus: دعلوی تنفسی سیستم انتان اواعراض، تبه وخی د لمفاوي عقداتو غټوالی، اوډیرکم Conjunctivitis Atypical Lymphocytes ژوو کې لیدل کیږي

5- Hepatitis: د ځیګر شدید وظیفوی اختلال موجود وي اما pharyngitis او د طحال غټوالي، موجود نه وي.

6– Heterophile:Toxoplasmosis تست منفی اوفرنجیت ډیرکم مشاهده کیږي.

7- Cytomegalo virus Mononucleosis : د IMN سره مطلق شباهت لری اما د فرنجیت اعراض خفیف وي adenopathy ډیر کم او ناروغی ډیر لږ واقع کیږي .

8- Leukemia : د هډوکو د مغزو مطالعه ډیر ارزښت لري

9– Aseptic Miningitis

10- د T.B, Malaria. Mumps او محرقی سره تفریقي تشخیص باید وشي،

(c) ketabton.com: The Digital Library

اختلاطات Complichtion

1- د توری تمزق(چاودنه)

2 - عصـــــبی اختلاطـــــات : اختلاطـــــات، AsepticMeningitis، Infectious Poly neuritis, Transvers myelitis ،Encephalitis (Bell's palsy) او وجهی عصب فلج Guillain) (Barre synd).

Immune Hmolytic anemia-3: د بارد انتی بادی له نوع څخـــه چـــې ممکن د Leukopenia, Neutropenia, Thrombocytopenia سره یو ځاي وي او زیات معمول دي.

Myocarditis-4 او Pericarditis ډیر کم واقع کیږي .

-5 Atypical pneumonia : د علوی تنفسی لیاری بندش دلوزه تانو د اذیمـــا او پړسوپ له کبله مینځ ته راتلای شي.

6- په نادر توګه د Lympho proliferative انتان د EBV پر مخ تلـــونکی ستونځو پشکل تبـــارزکوي (دوامــــداره تبـــه، د مختلفـــو غـــړو اختـــه کیـــدل، Neutorpenia، pancytopenia او agammaglo bulinemia موجود وی) .

7 - د معافیت ولادي فقدان: (Congenital Immune defficiency)

8 -Haemocyto phagia په مخ عظم کې موجود وي.

A - orchitis, parotitis, Hepatitis او نور

درملنه: ناروغی کومه خاصه تداوي نلری اما 80% په IMN اخته ناروغان چـــې Maculopapular-rash ئې درلودلو دAmpicilline او Amoxycilline پواسطه تداوي شوي دي چې میخانیکیت یې لاتر اوسه معلوم ندي تر هغه وخته چې د ناروغی سریری لوحه شدید او ماشوم Toxic وی د بستر اســـتراحت توصـــیه کیږي او په خاص ډول د توری د غټوالي په صورت کې د ثقیل دنـــدو او حرکـــاتو

(c) ketabton.com: The Digital Library

داجرا څخه ډډه وکړی پاراسیتامول د تبی دکنترول پخاطر ورکـــړی شـــي. تبــه د ناروغی په (10- 14) ورځو کې له مینځه ځی او په لا ندې حالا تو کې ســـتیروئید اسطباب لري.

1- په هغه صورت کې چې د بلعوم او لوزتانو پړسوب او اذیما د علـــوي تنفســـی سیستم انسداد تمثیل کړی.

2- د لمفاوي عقداتو او دتوری د غټوالي له کبله د ګیډی درد څو اونۍ دوام وکړی.

3 -په هغه صورت کې چـــې Haematologic او نیورولوژیـــک اوږد محـــال اختلاطات ظاهر شي، لکه .Guillain Barre Synd .

4 - د Hepatitis د مینځ ته راتلو په صورت کې پورته ذکر شوو پیښنو کـــې ناروغان د ستړیا او تنبلۍ (کسالت) څخه شکایت کوی چې ستیروئید دغه حالت ته زماني تخفیف ورکوي هغه ناروغان چې د توری غټوالي په هغوی کې تـــر 8 اونیـــو دوام وکړی د بدنی سپورت څخه دې ډډه وکړی په مزمن IMN اوEBV چې د Polyclonal lympho proliferation سره یو ځاي وي نو Acyclovir ناروغانو ته دې توصیه شي- چي په . یواځې توګه او یا د کورتیزون سره یو ځای په لوړ مقدار د ویروس د replication څخه جلوګیري کوي اما په ســـیر، انـــذار، اعراض او علایمو په موده او دناروغۍ په شدت کوم تـــاثیر نلـــري امـــا لنډمحـــال کوتیکوتیراپي (2wks) د اختلاطاتو په مخنیوي کې رول لري (Prednisolon 1mg/kg/day د اوه ورځو لپاره او بیا په وروســـتی اوه ورځـــوکې مقـــداریې Taper کیږي).

انذار (prognosis): د ناروغی انذار ښه دي او اختلاطاتو د نه مینځ تـــه راتګ په صورت کې باالنفسهی شفا مینځ ته راځی او ناروغی تقریبـــاً دوه میاشـــتی دوام کوي. او یا امکان لری چې مزمن کیدو ته تمایل پیدا کړی. چې Lympho proliferative تشوشات مینځ ته راوړي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

References

1- Akbar khan, Parvez, Kundi Zafarullah 2011 Basic of pediatrics 8th edition.
Umar Khan Carvan book center Printed of Zahid Bashir Printers, Lahor Pakistan.

2- Behrman Reehard E, Kliegman Robert M. Jenson Hal B, Etal.2000/2007, Nelson Text book of Pediatrics, 16th , 17th , 18th Edition. Chapter infectious diseases
W,B Saunders Philadelphia pensylvania New York.

3- Ghai op, Gupta piyush, paul V.K. 2011 Essential Pediatrics 7th Edition Chapter infectious diseases.
Meenakshi Printers: Dr. Op. Ghai Publisher;

4- سلطان محمد صافی، امراض ساری اطفال ، پوهنتون طبی کابل ، چاپ سوم ، مطبعه نعمانی ، ناشر سلطان محمد صافی ۱۳۹۰ کابل افغانستان.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Message from the Ministry of Higher Education

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

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

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

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students.

At the end, I am very grateful to the German Federal Foreign Office, the German Academic Exchange Service (DAAD) and all those institutions and people who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am hopeful that this project should be continued and publish textbooks in other subjects too.

Sincerely,

Prof. Dr. Obaidullah Obaid

Minister of Higher Education

Kabul, 2012

(c) ketabton.com: The Digital Library

Publishing of textbooks & support of medical colleges in Afghanistan

Honorable lecturers and dear students,

The lack of quality text books in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging the students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past two years we have successfully published and delivered copies of 60 different books to the medical colleges across the country.

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

“Funds will be made ensured to encourage the writing and publication of text books in Dari and Pashto, especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of- the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this, it would not be possible for university students and faculty to acquire updated and accurate knowledge”

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

For this reason, we have published 60 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh & Kabul medical colleges. Currently we are working on to publish 60 more different medical textbooks, a sample of which is in your hand. It is to mention that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students they want to extend this project to non-medical subjects like (Science, Engineering, Agriculture, Economics & Literature) and it is reminded that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

As stated that publishing medical textbooks is part of our program, we would like to focus on some other activities as following:

1.Publishing Medical Textbooks

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

2.Interactive and Multimedia Teaching

In the beginning of 2010, we were able to allocate multimedia projectors in the medical colleges of Balkh, Herat, Nangarhar, Khost & Kandahar. To improve learning environment the classrooms, conference rooms & laboratories should also be equipped with multimedia projectors.

3.Situational Analysis and Needs Assessment

A comprehensive need assessment and situation analysis is needed of the colleges to find out and evaluate the problems and future challenges. This would facilitate making a better academic environment and it would be a useful guide for administration and other developing projects.

(c) ketabton.com: The Digital Library

4.College Libraries

New updated and standard textbooks in English language, journals and related materials for all important subjects based on international standards should be made available in the libraries of the colleges.

5.Laboratories

Each medical college should have well-equipped, well managed and fully functional laboratories for different fields.

6.Teaching Hospitals (University Hospitals)

Each medical college should have its own teaching hospital (University Hospital) or opportunities should be provided for medical students in other hospitals for practical sessions.

7.Strategic Plan

It would be very nice if each medical college has its own strategic plan according to the strategic plan of their related universities.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We assure them quality composition, printing and free of cost distribution to the medical colleges.

I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

We are very thankful to the German Federal Foreign Office & German Academic Exchange Service (DAAD) for providing funds for 90 different medical textbooks and the printing process for 50 of them are ongoing. I am also thankful to Dr. Salmaj Turial from J. Gutenberg University Mainz/Germany, Dieter Hampel member of Afghanic/Germany and Afghanic organization for their support in administrative & technical affairs.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

In Afghanistan, I would like cordially to thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Associate Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, the universities' chancellors and deans of the medical colleges for their cooperation and support for this project. I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave all these books to be published.

At the end I appreciate the efforts of my colleagues Dr. M. Yousuf Mubarak, Abdul Munir Rahmanzai, Ahmad Fahim Habibi, Subhanullah and Hematullah in publishing books.

Dr Yahya Wardak
CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, November, 2012
Karte 4, Kabul, Afghanistan
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

(c) ketabton.com: The Digital Library

از سال 1377-1381در ایام مهاجرت در پشاور پاکستان عل الرغم تحمل تمام مشکلات و مشقت، آرام نه نشسته و اولاد کشور را فراموش نکرده است و کتاب را تحت عنوان"د کوچنیانو ناروغی" طی 830 صفحه به رشته تحریر در آورده است که همین اکنون تمام دکتوران جوان و شاگردان عزیز پوهنتون طبی کابل پوهنځی طب خوست و کندهار از آن مستفید میباشند مجموعاً 19 اثار طبی مطبوع تحقیقی در مجلات مختلف کشور بخصوص افغان طبی مجله به نشر سپرده است همچنان باید تذکر داد که به هر دو لسان رسمی کشور پشتو و دری کتب درسی تحت عناوین (د کوچنیانو ساری ناروغی ، و امراض ساری اطفال) را نیز تالیف نموده است.

اخیراً کتاب را تحت عنوان امراض اطفال برای صنف پنجم جهت اخذ رتبه علمی پوهاند تالیف نموده است همچنان چاپ چهارم کتاب امراض ساری اطفال را مطابق کوریکولوم جدید پوهنتون طبی کابل را به طبع رسانیده است که امیدوارم شاگردان دکتوران جوان و متخصصین شامل پروگرام تخصص استفاده اعظمی نمایند.

با احترام

پوهاند دکتور سلطان محمد صافی

استاد دیپارتمنت داخله اطفال پوهنتون طبی کابل

(c) ketabton.com: The Digital Library

خلص بیوگرافی مؤلف

پوهاند دکتور سلطان محمد صافی در سـال 1338 هــ ش (1959 م) در قریـهٔ قلعه شاهی ولسوالی درهٔ نور ولایت ننگرهار در یک فامیل روشـنفکر چشـم بـه جهان گشود. تعلیمات ابتدائی و ثانوی را در لیسه درهٔ نور بدرجه عالی در سـال 1355 به پایان رسانیده و بعد از سپری نمودن امتحان کانکور در سال 1356 در پوهنځی طب کابل وقت شامل و در سال 1362 از پوهنځی طـب کابـل فـارغ گردیده است.

از سال 1362 الی 1366 در شفاخانه پوهنتون پوهنځی طب ننگرهـار ایفـای وظیفه نموده و بتاریخ 16/5/1366 بحیث استاد در دیپارتمنـت داخلـهٔ اطفـال انستیتوت طب کابل در شفاخانهٔ دولتی اطفال وقت توظیف گردیده و جهت کسب معلومات و افزایش دانش طبی در پروگرام CDD به کشور هندوستان از طریـق سازمان صحی جهان اعزام گردید از سال 1373-1376 بحیث شف دیپارتمنـت داخلهٔ اطفال و رئیس پوهنځی طب اطفال در تعلیم و تربیه اولاد جوان کشـور و معالجه مریضان نیازمند مصدر خدمت گردیده است.

ناگفته نماند که در زمان متـذکره در پروگرامهـای CDD ، ARI و EPI بحیـث ترینر با وزارت محترم صحت عامه نیز همکاری نموده است.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Book Name	Infectious Diseases of Children
Author	Prof. Dr. Sultan Mohammad Safi
Publisher	Khost Medical Faculty
Website	www.szu.edu.af
Number	2000
Published	2012
Download	www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service **(DAAD)** with funds from the German Federal Foreign Office.

Administrative and Technical support by **Afghanic** organization.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it.

Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:
Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul
Office: 0756014640
Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936200029

Get more e-books from www.ketabton.com
Ketabton.com: The Digital Library