خوست طب پوهنځۍ

د کوچنیانوساری ناروغۍ

پوهاند دوکتورسلطان محمد صافي

Ketabton.com

۱۳۹

(c) ketabton.com: The Digital Library

د کتاب نوم	د کوچنیانوساری ناروغۍ
لیکوال	پوهاند دوکتور سلطان محمد صافی
خپرندوی	خوست طب پوهنځۍ
ویب 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 اکاډمیکو همکاریو د ټولنې (DAAD) لخوا د آلمان فدرالي خارجه وزارت له پانګې څخه تمویل شوی دی.

اداري او تخنیکي چارې يې په آلمان کې د افغانیک موسسې لخوا ترسره شوې دي.

دکتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت دکتاب په لیکوال او اړوندی پوهنځۍ پورې اړه لري. مرسته کوونکې او تطبیق کوونکي ټولنې په دې اړه مسؤلیت نه لري.

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

ډاکتر يــحــيى وردک، د لوړو زدکړو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: 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 پیغام

د بشر د تاریخ په مختلفو دورو کې کتاب د علم او پوهې په لاسته راوړلو کې ډیر مهم رول لوبولی دی او د درسي نصاب اساسي برخه جوړوي چې د زده کړې د کیفیت په لوړولو کې مهم ارزښت لري. له همدې امله د نړیوالو پېژندل شویو ستندردونو، معیارونو او د ټولنې د اړتیاوو په نظر کې نیولو سره باید نوي درسي مواد او کتابونه د محصلینو لپاره برابر او چاپ شي.

د لوړو زده کړو د مؤسسو د ښاغلو استادانو څخه د زړه له کومي مننه کوم چې ډېر زیار یې ایستلی او د کلونو په اوږدو کې یې په خپلو اړوندو څانګو کې درسی کتابونه تألیف 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 محصلینو په واک کې ورکړل شي.

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

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

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

په درنښت

پوهاند ډاکتر عبیدالله عبید

د لوړو زده کړو وزیر

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 کوی 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 داسی 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 تعليمی نصاب د ريفورم لپاره له انګريزی ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او درسی 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 دی 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 زياته پاملرنه وشي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

تر اوسه پورې مونږ د ننګرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ طب پوهنځيو او کابل طبي پوهنتون لپاره ۲۰ مختلف طبي تدريسي کتابونه چاپ کړي دي. د ۵۰ نورو طبي کتابونو د چاپ چارې روانې دي چې يوه بېلګه يې ستاسې په لاس کې همدا کتاب دی. د يادونې وړ ده چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هيواد ټولو طب پوهنځيو ته په وړيا توګه ويشل شوي دي.

د لوړو زده کړو د وزارت، پوهنتونو، استادانو او محصلينو د غوښتنې په اساس راتلونکی غواړو چې دا پروګرام غير طبي برخو (ساينس، انجنيري، کرهنې) او نورو پوهنځيو ته هم پراخوالی ورکړو او د مختلفو پوهنتونو او پوهنځيو د اړتيا 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 لاندې ډول دي:

۱. د درسي طبي کتابونو چاپ

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

۲. په نوي ميتود او پرمختللو وسايلو سره تدريس

د ۲۰۱۰ کال په اوږدو کې پدې وتوانيدو چې د بلخ، هرات، ننګرهار، خوست او کندهار د طب پوهنځيو په ټولو ټولګيو کې پروجيکتورونه نصب کړو. د مناسب درسي چاپېريال د رامنځ ته کولو لپاره بايد هڅه وشي چې ټول درسي، د کنفرانس اطاقونه او لابراتوارونه په مولتي ميډيا، پروجيکتور او د ليدلو او اورېدلو په نورو وسايلو سمبال شي.

۳. د اړتياوو ارزونه

د طب پوهنځيو اوسنی حالت (شته ستونزې او راتلونکي ننګونې) بايد و ارزول شي او د هغه په اساس په منظمه توګه اداري، اکاډميکي او پرمختيايي 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 عملی تریننګ 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 پوهنتونو او پوهنځیو له ښاغلو رییسانو او استادانو څخه مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړۍ یې هڅولی او مرسته یې ورسره کړې 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 هلې ځلې کړې 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 گټهور 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 پیښو 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 سطحې لوړولو، اقتصادي او اجتماعي حالت، په موقع سره د ناروغیو تشخیص درملنه، او Vaccination له کبله ډیر کم شوي دي. مگر برعکس په وروسته پاتې،اومخ پروده 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 درسې 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 ستونزې لااقل کم او یا له مینځه یوسي.

ددې کتاب په لیکلو کې چې دډیرو 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(١٧) 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 کړې اسانتیاوی برابروي د هر فصل په پای کې ځاي ورکړل شویدی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د یادونی وړ بولم چې پدې چاپ کې د ډیر نوی خارجی معتبرو طبی منابعو څخه استفاده شوی او دلومړي چاپ سره چې د علمي تر فیع لپاره په کاروړل شوي وُ توپیر لري چې Reference کې په ګوته شویدي. په پای کې د درنو لوستونکو او د طب پوهنځي ګرانو شاګردانو څخه هیله کوم چې د لوستلو په وخت کې که چیري دعلمی او طباعاتي نیمګړتیا و سره مخ کیږي نو د دیپارتمت په پته او یا 0700223733 د مبایل شمیري پذریعه له ماسره په تماس کې شي تر څو که د الله تعالی رضا وه په راتلونکي چاپ کې نیمګړتیاوی رفع او لوستونکو ته به اسانتیاوې په برخه شي.

په درناوي

پوهاند دکتور سلطان محمد "صافی"
د اطفالو دیپارتمنت 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	بَغتې	(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	کوڅکۍ (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

شرى (Measles, Rubeolla)

تعريف: د ماشومتوب دوري د ساري ناروغي څخه عبارت دي چې تبه، ټوخي، ريزش، اوښكي بهيدني، او د خولي جوف په مخاطي غشا كي د Koplikspot موجوديت (د اندفاعي مرحلي څخه مخكي) غوره علامي ګڼل كيږي.

اپيډيمولوژي

د ناروغي عامل: د ناروغي سببي ويروس د Paramyxovirus فاميل او Morbilivirus په genus مربوط او د RNA ګروپ ويروس دي چې كروي شكل او 140 مايكرون قطر لري. Uv شعاع مقابل كي حساس او د خوني حرارت درجي كي لږ تر لږه 34 ساعته فعال پاته كيداي شي. او $-4c^{o}$ كي پنځه مياشتي ژوند كولي شي. د شپږو ساختماني پروتينو څخه صرف دوه ئي غوره دي چې د معافيت په توليد كي رول لري چې H. Protein (Hemagglutinin) او F.Protein (Fusion) څخه عبارت دي.

كوربه يا Host:

د انتان طبيعي منبع انسانان دي چې معمولاً Preschool age ماشومان اخته كوي په غټو ښارو او مركزي برخوكي اكثراً د مكتب سن څخه مخكي ماشومان او شيدي خوړونكي ماشومان اما په دهاتي او له مركز لېري برخوكي 5-10 كلنۍ عمر ماشومان اخته كوي. له 4-3 مياشتو كم عمر ماشومانوكي بي نهايت لږ ليدل كيږي چې د مورنۍ انتي بادي ګانو موجوديت له كبله د معافيت ښكارندوي وي. په مخ پر

(c) ketabton.com: The Digital Library

وده هیوادوکي د اخته کیدو او مړيني درجه د خوار ځواکي او تالي انتانــاتو رول د اهميت وړ دي.

سرايت لېاره: د ناروغي عامل د پزي او ستوني منتن افرازاتــو پواســطه د جلــدي اندفاعاتو تر پيداكيدو څلور ورځي مخكي او پنځه ورځي وروسته سالم اشخاصــوته سرايت كوي

اقليم: د كال په ټولو فصلونوكي واقع كيږي مگر زياتي پيښي ئي د ژمي او پســرلي موسم كي ليدل كيږي چې په معتدل اقليم كي دا ناروغي د پسرلي - ژمني ناروغي په نوم ياديږي. د ناروغي انتشار airborn (د هواله لاري) دي چې د ســرايت لپــاره كافي گڼل كيږي.

پتالوژي: تر ټولو د مخه د تنفسي سيستم اپيتل د حملي لاندي نيسي او په هغه ځاي كي وايرس تكثر كوي او په دوهمه ، دريمه ورځ د Viremia سبب كيږي وروسته R.E.S ته انتشار كوي د Rash (دانو) Exanthema (اندفاعاتو) هستولوژيک معاينه كي داخل حجروي اذيمــا Epidermal syncytial Giantcell د 26 هسته چو سره يو ځاي ليدل كيږي. همدارنگه Lymphoreticular انســاجوكي Hyperplasia متبــارز وي او د منــتن حجراتــو Fusion د څــو هســتوي Giantcell د تشكل سبب كيږي چې Warthin finkeldey- Giant cell د شري لپاره Pathogonomic او ترسلو پوري هسته چــې او داخــل هســتوي intra cytoplasmic inclusion هم ورسره يو ځـــاي موجــود وي. RES حجرات نكروز كوي او ناروغي په 7-5 ورځوكي د تالي Viremia سبب كيــږي چې د سيتيمېک تظاهراتو عمده سبب تشكيلوي پاته دي نه وي چې د نقاهـــت پــه صفحه كي د inter lukin IV سويه زياته وي.

Pathogenesis: شري څلور صفحي (د تفريخ، مخبروي، اندفاعي او نقاهت) لري په مخبروي صفحه كي Virus shedding شروع كيږي 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% پیښنو 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 ئـــې 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 كي غاړي، مخ، علوي طرف او د تني پورتني برخه اشغالوي. 50% پيښو كي Maculo popular rash په ورغوي او د پښو تلوكي رامينځ تــه او د يــو دوه ورځو په موده كي زياتوالي مومي او بيرته له مينځه ځي.

تبه چې د نزلوي يا مخبروي مرحله كي را ښكته شوي وي ممكن بيرته 39-40c° ته لوړه شي او په دوهم 24 ساعتوكي د تني شا د ګيډې، ورنو پوټكي اشغالوي. چــې دوهمي او دريمي ورځي په پاي كي د پورتني اوښكتني طرف نهائي برخي هم اختــه كوي.د يادونى وړ ده چې اندفاعات د رامنځ ته كيدو توپوګرافي په ترتيب په څلورمه او پنځمه ورځ له مينځه ځي.او سبوسک ته ورته تفلسات پر ځاي پريږدي. نــاروغ ماشومان ستړيا، بي اشتهائي لري او د لمفاوي عقداتو غټوالي موجود وي په لږو پيښو كي اندفاعات غير وصفي او تغير اختياروي كوم ماشومان چې واكســين شــوي دي ښائي د ناروغي هيڅ شكل په هغو كی رامينځ ته نشي او يا په تغير شكل رامينځ تــه شي. (دوهم نمبرتصوير)

كلينيكي شكلونه:

Classic-1 شكل چې پورته توضيح شو.

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

Sever hemorrhagic Measles-3: د ناروغي دا شكل ډير لږ ليــدل كيږي اخته ماشومان لوړه تبه، د خولي، پزي خونريزي او تنفسي ستونزي، اخــتلاج، هذيان، ګنګسيت، خوبجن حالت لري او حتي coma رامينځ ته كيږي. مخاطي او جلدي اندفاعات پراګنده، مجتمع او حتي نزفي وي چې اكثر وختــوكي پــه مړينــه تماميږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Atypical Measles-4: هغه ماشومانوکي چې د شري وژل شوي واکسين تطبيق شوي وي ليدل کيږي سر خوږ، د ګيډې درد، کـــانګي، د عضــــلاتو درد، د Pneumonia تنفسي علايم، Pleural Effusion او جلدي متفاوت اندفاعات د ناروغي کلينيکي بنه تشکيلوي. اندفاعات په شروع کي د لاس ورغوي، بندونو، د پښنوتلي عنق القدم څخه پيل او مرکزي سير اختياروي چې په پيل کـــي انـــدفاعات Maculopapular ، وروسته Vesicular او بالاخره Purpuric او نـــز فـــي 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 وروسته له مينځه تللي وي.

لابراتوار: د ناروغي تشخيص د سيرولوژيک معايناتو د IGM لوړه ســـويه چـــې د جلدي اندفاعاتو د بروز څخه يو يا دوه ورځي وروسته په سيروم کي راښکاره کيږي د ELISA حساس تست پذريعه اجرا او انتي بادي څلور چنـــد لـــوړوالي قطعـــي 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 کلیشه کي د سبزو سروي محیط ارتشاح، او د سږو پرانشیمال پاغنده ارتشاح همدارنگه Consolidation او یا انصباب د تالي انتان له کبله موجود وي.

اختلاطات: د پنځه کالو کم عمر خاصتاً له یو کلنۍ ټیټ عمر ماشومانو کي او د 20 کلنۍ پورته عمر کي د اخته کیدو او مړیني سویه لوړه وي. معمول اختلاطات ئي تنفسي، دماغي، Anergy هضمي جهاز، سوُتغذي، مایو کاردیت او د زړه بې کفایتي، Thrombocytopenia ، keratitis ، Optic Neuritis ، DIC ، Steven's jhonson synd, AGN د TB محراق فعال کیدل، مخکي له وخته تولد، Still birth ، اختلاج، او Noma څخه عبارت دي مړینه 20-40% پیښنو کي لیدل شویدي.

تفریقي تشخیص: دلاندي ناروغیو سره اجرا کیږي.

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

مخنیوي: د ناروغانو تجرید د ناروغي لومړیو اوه ورځو څخه د سرایت دوري تر ختم پوري (د اندفاتو پنځمي ورځي پوري).

Vaccination: د شري واکسین د ژوندي ضعیف شوي ویروس څخه جوړ شوي او معمولاً د 8-12 میاشتني وروسته تطبیق کیږي چي دایمي معافیت تولیدوي (حتي د عمر تر پایه پوري). د توبرکلوز په موجودیت، PPD مثبت د ټیټ معافیت لرونکي ماشومانو چې د شري ناروغ سره په تماس کي وي واکسین نه تطبیق کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

• د ناروغي د مخنيوي او يا لا اقل د تعديل په منظور په حساس اشخاصوکي د تماس په لومړي شپږ ورځــوکي ايمونوګلوبــولين 0.25ml/kg/IM (اعظمــي 15ml) له يو کلنۍ ټيټ عمر، او 0.5ml/kg/IM له يو کلنــۍ پورتــه عمــر ماشومانوکي تطبيق کيږي. د يادوني وړ ده چې په هغه ماشومانوکي چې د ســتيرويد Antimetabolite تــر درملنــې لانــدي وي او يــا پــه Leukopenia lyrmphoma ، سوٌ تغذي، فعاله T.B د غړو پيوند ، په HIV منتن ماشــومان، او اميدواره ښځو کي واکسين بايد تطبيق نشي اروپــائي ممــالکو کــي لومړنــۍ Vaccination د MMR واکسين پواسطه په 12-15 مياشتني کي تطبيق کيږي مګر د ناروغي د مخنيوي او شيوع، لپاره شپږمياشتي ماشومانو کي د ناروغ سره د تماس وروسته تطبيق کيږي. په 4-6 کلنۍ کي MMR واکسين دوهم ځل تطبيــق کيږي که چيري دوهم ځل واکسين شوي نه وي نو په 11-12 کلنۍ کي بايد تطبيق شي.

• ***Post Exposure Prophylaxis*** : په حساس ماشــومانوکي، چې عمر ئي له $12m^o$ کم او اميدواره ښځوکي د تمــاس Hospital contact پــه شــپږو ورځــوکي هــر څــومره ژر چــې ممکــن وي ايمونــو ګلوبــولين 0.25ml/kg/IM (اعظمي 15ml) په غوښــه کــي زرق شــي Immune compromised ماشوم د Immunization حالت نــه پرتــه 0.5ml/ kg ايمونوګلوبولين عضلي زرق کيږي. شيدي خوړونکي ماشوم چې عمر ئي لــه $6m^o$ کم او د غير معاف مور څخه پيدا وي ايمونو ګلوبولين تطبيق او. شري ته مســاعد ماشومانو کی چې عمر ئي له $12m^o$ زيات وي د تماس په لومړي 72 ســاعتوکي واکسين تطبيق کيږي.

درملنه: تقويوي او عرضي اجرا کيږي Antiviral باالخاصه درملنه وجود نلري او مفيد نه واقــع کيــږي د ټــوخي او د ســترګو مراقبــت، وشــي د تبــي لپــاره

(c) ketabton.com: The Digital Library

Paracetamol يا داوبونيم ګرم حمام توصيه شي د Salicylate استعمال څخه ډډه وشي. سوُتغذي ناروغانو ته Vit A توصيه کيږي ځکه د ناروغي وخامت د Retinol غلظت سره مستقيم ارتباط لري. همدارنګه د اخته کيدو او مړيني پيښې راټيټوي (په خاصه توګه مخ پر وده هيوادوکي).

* د امريکي د اطفالو اکادمي په شري اخته ماشومان چې بستري وي، اختلاطي پيښې 6-24m^{o} او کوم چې immune deficiency ولري (>6m^{o}) ، Avitaminose A چې عيني شواهد (شب کوري، xerosis يا Bitots spot) دکولمو سوُجذب، دصفراوي لياري دانسداد له کبله Short Bowel synd, cysticfibrosis شديد يا متوسط سوُتغذي، د سرخکاني مناطقو څخه چې لوړه مړينه ولري نقل مکان کړي وي، د 6m^{o}- 1yr عمر ماشوم ته 100,000 iu vit. A او تر يو کلنۍ پورته 200,000iu په يو دوز د خولې له لياري ورکول کيږي.

هغه ناروغانو ته چې عيني علايم ولري يو اضافي دوز په ورروستي ورځ يا 4 هفتې وروسته ورکول کيږي. د مايعاتو ورکول په کافي اندازه، او مناسب تغذي تجويز شي اختلاجات د ديازيپام په تطبيق 2.5mg اهسته وريدي او يا د 5mg/kg IM Phenobarbital پواسطه کنترول کيږي د انسفالوپاتي جلوګيري په منظور د ACTH او هيدروکورتيزون څخه استفاده تر اوسه روښانه شوي نده.

انذار: ناروغي خپله ښه کيږي او سيلم سير لري مګر سره له هغي اختلاطي پيښې بايد په پام کي ونيول شي. د مړيني 90% واقعات د اختلاطي پيښو چې ډير ئي د تنفسي انتان او انسفاليت له کبله ښودل شويدي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

لومړی جدول:

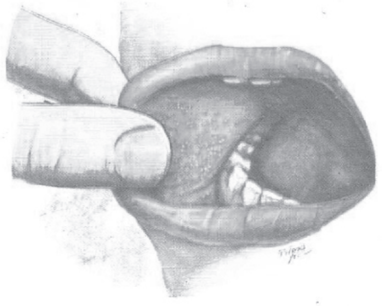
Recommendation for Measles immunization

Recommendation	Category
MMR لومړي دوز $12\text{-}15m^o$ دوهم دوز 4-6 کلنۍ	* غیر معاف ماشومان چې د شري تاریخچه ونلري $12\text{-}15m^o$ عمر
Monovalent vaccin تطبیق او د نشتوالي پصورت کي MMR Re-immunization ($12\text{-}15m^o$) او دریم دوز د 4-6 کلنۍ کي.	* د ($11\text{-}6m^o$) عمر ماشومان د اپیدیمیک سیمي ، یا بین المللي سفر څخه مخکي
Re immunization یو دوز	* 4-12 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 کي چې د ایمونایزیشن تاریخچه د لومړي سالګري نه مخکي
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

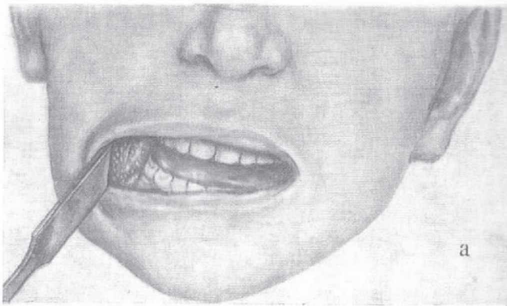
(c) ketabton.com: The Digital Library

* TB	Immunize شي پرته له هغي كه تداوي شوي نه وي د واكسين تطبيق نه مخكـــي تداوي شي
* Measles Exposure	Vccination يا IG نظـــر د ماشـــوم حالت مطابق
* په HIV اخته ماشوم	په دوه دوزو ايمونايز شي
* د اختلاج فردي يا فاميلي تاريخچه ولري	Immunize شي او والدين د اخـــتلاج زياتيدو څخه باخبره شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library



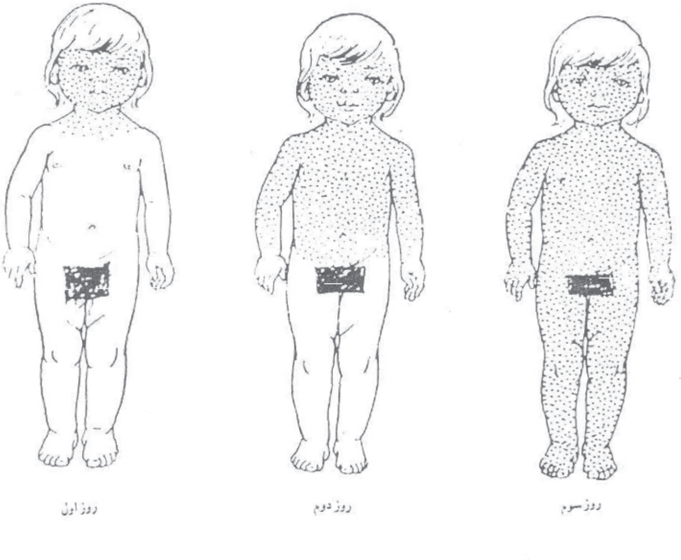
(a.b) تصویر (دشري ناروغی مخاطی اندفاعات (Koplik's Sopt's) ښي:



لومړی نمبر تصویر: *koplis spot*

دوهم نمبر تصویر د شري ناروغی د اندفاعاتو پیل او Peak ښي:

(c) ketabton.com: The Digital Library



(۱.۰ تصویر) د شري ناروغی د جلدي اندفاعاتو بالترتیب لومړی دوهمی او دریمی ورځې توپوګرافی ښيې:

(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 خولې څاڅکو پواسطه انتقال او هم د پیروان (Placenta) له لارې یو ولادي انتان سبب کیږي.

میزبان (کوربه): په طبیعي ډول د ویروس منبع انسانان تشکیلوي چې زیاتي پیښې په لس کلنۍ او adolescent عمر کې راپور ورکړې 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 - خاصیت (د جنین منتن کولو تمایل)

لرلوله کبله دنورو ویروسونو څخه توپیر کیږي دا ویروس په لومړي ترای مستر کې 80 % او دوهم ترای مستر کې 20 % جنین منتن کوي او په دریم ترای مستر کې د جنین اخته کیدل غیر معمول دي. دموسم له نظره دا ناروغي پسرلی په موسم کې زیاته لیدل کیږي

Pathogenesis

سره له دې چې د ناروغیPathogenesis ښه روښانه شوې ندی اما کېدای شي چې ویروس یا د ناروغۍ عامل د جلد د منتن او غیر منتن برخو څخه تجرید کړو چې پدې هکله ایمونو لوژیک وتیره مهم رول لري په هغه امیدواروه میندو کې چې د امیدواري یوولسمې هفتې څخه مخکې په درې ورځني شرې اخته شوي اوسي د جنین اخته کیدو 90% چانس موجود دی "Cong. Rubella Synd "CRS چې د امید واره میندو Rubellaانتان خطر د جنین او نوي زیږیدلي ماشومانو لپاره په لومړي اته اونیو کي فوق العاده زیات دي (90%)، په 11 - 12 اونیو کي (3%) او 13-14اونیو کي (11%) او د امیدواري په 16-15 اونۍ کي (24%) اټکل شویدي. په 16 هفته کې د میندو انتان د جنین لپاره کم خطره لږ شویدی.

کلینیکي بڼه (Clinical Feature)

1- د تفریخ دوره ئې 12څخه تر14 ورځو پورې دي.

2- مخبروی مرحله (prodromal phase) : پدې مرحله کې د ناروغی اعراض ئې نسبت شری ته خفیف او لنډ محاله وي اوحتی دومره خفیف وي چې د نظره لری پاته کیږي ناروغی 80% پیښنو کې په Subclinical شکل سیر کوی سره لدی هم ډیره مهمه علامه ئې د Postauricular، postcervical او postoccipital lymphadenopathy څخه عبارت دي. د حساس لمفاوي عقداتو د اخته کیدو 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 ياپه 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- اندفاعی مرحله (Eruptive phase): د شرى اندفاعات د سرخکانچې سره فرق لرى په ابتدا کې له مخ څخه شروع او په چټکى 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 ښيٌ. (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 ناروغى 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 اشتهائې د سر درد ناراحتى لرى او غالباً د تورى خفيف غټوالى موجود وي .

د ***Congenital Rubella syndrome*** *نښې نښانې (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 علایمو 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، همدارنگه امکان لــری چــې شیدی خوړونکی ماشومان دزیږیدنی په وخت کې پــه Acute Meningitis, Encephalitis اخته شي او مؤخر 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 گــانی 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- عصبی مرکزی سیستم: Microcephaly او Mental Retardation

10- هضمی جهاز: Esophageal jejunal atresia او Hepatitis

11- شکري دیابت، د درقي غدی وظیفوی تشوشات، پیشرونده انسفالوپاتي، رواني حرکی نواقص، دغابنو ابنارملتي، اود تکلم تشوشات دناروغی مؤخر 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 شی 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 یادونې 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 تســتونه نورمــال نــه 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 بنی پواسطه تر سره کیږي اما کله کلــه د ناروغــی تشخیص دمتفاوت کلینکی بنی دموجودیت له کبله تشخیصیه ستونځی رامینځ تــه کوي.

- د یادونی وړ ده چې دناروغی تشخیص د نوی زیږیدلی ماشوم پــه ســیروم کــې دRub.IgM دباالخاصه انتی بادي ګانو په موجودیت اویا شیدو خوړونکو ماشومانو ادراراو نسجی کلچر پواسطه تائیدیږي. ویروسونه تر یو کاله پــوری د نــاروغ پــه میتیازو کې ممکن اطراح شي د prenatal په دوره کې دناروغی تشــخیص د Amniotic مایع څخه د ویروس د تجرید اویا د Rub. Ig M باالخاصه انتــی بادی ګانو په تثبیت کولو تر سره کیږي.

تفریقي تشخیص (Differential Diagnosis)

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

Complication *(اختلاطات)*

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنيوي (Prevention) : په کال 1970(د واکسين تطبيق نـــه وروســـته) د امريکې په متحده اياتو کې ددې ناروغی پیښې 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 يوائې د امريکې په متحده ايالاتو کې جوړ شويدی چې انســـانی Diploid حجراتـــو کې 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 يوائې 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.

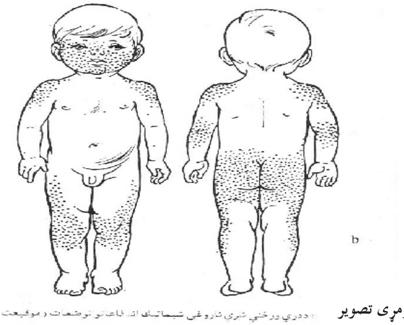
(c) ketabton.com: The Digital Library

- *تداوي (درملنه):* دا ناروغي ويروسي ضد درملنه نلري پرته د اختلاطي پيښو څخه د ناروغـــي نـــور شـــکلونه عرضـــي تـــداوي کيـــږي.چـــې د تـــبې لپـــاره د Acetaminophen او Ibuprofen څخه اســـتفاده کيـــږي. Amantadin Hcl لږ څه ګټور واقع شويدي.

***انذار (پايلي):* د Post natal Rubella انذار فوق العاده ښه دي پايلي او ځنډني سير ئي ډير لږ د قناعـــت وړ او Reinfection د Rubella وحشـــي ويـــروس پواسطه مينځ ته راځي چې د لوړ IgG پواسطه تثبيت کيږي.**

د (تصوير) د درې ورځنې شرى Maculopapular اندفاعات ښئ.

دوهم نمبر تصوير : په دري ورځني نوی زيږيدلي ماشوم کې د ولادي دري ورځني شري ناروغي اندفاعات ښيي.



لومړی تصوير : د دري ورځني شري ناروغي شيماتيک اندفاعاتو توضعات (موقيعت) 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 چـــې د باالخاصه جلدي منتشراحمرار او په نهاياتوکې د تفلساتو رامينځ ته کيـــدو پواســـطه 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 لـــــــــــــــــه Erythrogenic Toxin يا Dick Toxin، Hyaluronidase ،Streptokinase (A.B) Striptolysin (o,s)، Esterase ، Proteinase او Amylase څخه چې د سترپتوکوک 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 پيښو 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 پواســـطه 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 ماشومانوکې 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 چــي 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 رګونه توسع ورکوی د پتالوژۍ له نظره داپیدرم طبقه کې د پــولي نــوکلیر حجراتوارتشاح موجوداو د وینښتانو 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 کي. $40c^0$ ته رسیږي او د هغه سره یوځای سرږه لري، د ستوني درد، د نبض چټکې، کانګې او شدیده سردردي مینځ ته راځي ناروغ ستړی 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 موُقتاً 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 لرونکې (تخرګو ، غاړه، د څنګل قدامي مخ او مغبني) ناحیو کې لیدل کیږي چې د ګوتې 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 څنډې 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 اندازهmm^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 محراقي انتانانود تأسس خواته فکر وشي. د وینې فورمول کې په لومړۍ اونۍ کې Neutrophile 90-75% 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 ورځي پوري موجوداو په 95% پېښو 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 دتاریخچی ، 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

IMN-4، 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 virusاو نور زیات تنفسی ویروســـونه د phayrgitis سبب کیدای شـــی اوهـــم دیـــادونی وړده چـــې د Coxackie virusفرنجیت، تقرحي یا Vesicularوی لکه (Herpangina) چې باید پـــه پام کې ونیول شی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Herpes simplex:7 : هم د تقرحي ستونزو سبب کيږي

اختلاطات (Complication):

1 - قلبي (د زړه اختلاطـــات) CHF,Myocarditis دورانـــی Collaps د ناروغۍ په جريان کې مينځ ته راتلای شي

2- کليوی اختلاطات

3- تقيحی (خيری 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 نـــورو ځايوتـــه (عمـــدتاً جلـــد(impetigo) او مهبـــل (Vagina) يا د جلد مزمن انتان لکه (Infantil Eczema) اختلاطی کيـــدل دناروغی په اختلاطاتو کې شامل دي.

درملنه:

A - بالخاصه اهتمامات: د ناروغۍ درملنه تنها دانتان له مينځه وړل نه بلکـــه عمده هدف د Rhumatic fever مينځ ته راتلو څخه مخنيوی، د ناروغي د سير لنډونه، د اختلاطاتو او سرايت کمښت څخه عبارت دي.

Penicilline-1 : د فرنجـــت اوImpetigo ناروغـــا نـــوکې د (0.6Million)Benzathin penicillin واحد په يو دوز چې ناروغ وزن له 60 پونډه کم وي او 1.2Milion واحدهغو ته چې وزن يې لـــه 60 پونډڅخـــه زيات وي ګټور تمام شويدي اوعضلی تطبيق کېږيPenicilline V هغه ناروغانو کې چې له 40 پونډه لږ وزن لری. 250mg او هغو ته چې له 40 پونـــډه زيـــات

(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 یاځلور 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 يا غرغــره د 30% ګلوکوز يا Warm Saline محلول سره د درد تسکين لپاره تجويز شي. غــذائي نرم رژيم چې د چښلو وړ ګلوکوز زياتره Noncarbonated (ســيب، انګــور، امرود اوبه) شيريخ، اوشربت ګټور دي، همدارنګه پاراسيتامول د درد اوتبــی لپــاره ګټور دي.

***C*- داختلاطاتو تداوی:** دناروغی حاد اختلاطات د پنسلين پواسطه تداوی کيږي.

د R.F د واقع کيدو څخه دوړومبی او کافی مقدار پنسلين پواسطه درملنــه او مخنيوي کيدای شي،

***d* – د ناقلينو تداوی:** د Str.β.H.G.A د ناقلينواو هغی لپاره تدابيرو نيــول ګران کاردي دا ځکه چې د کلينک له نظره دناقلينو او واقعاً منتن اشخاصو کلينکی اوسيرولوژيکی تــوپير کــوونکی Criteria وجــود نلــری. Clindamypin 20mg/kg/day په څلورو کسری دوزو د Rifamein 20mg/kg د څلــور ورځو لپاره د خولی له لياری او د پنسلين سره د Combination په توګــه پــه قبول شوي مقدار د خولې له لیارې د Str. Pharyngitis پــه باکتریولوژيــک Curerate خاصتاً د Stepto په انتخابی ناقلينو کې ګټور رول لري.

مخنيوي (*prevention*):

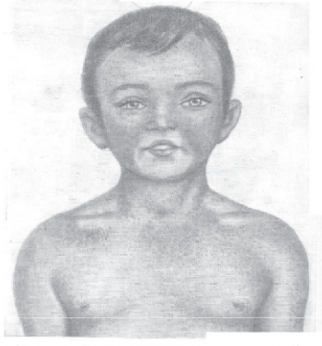
***a* – په روماتيک اشخاصو کې دناروغی دنکس څخه جلوګيری:**

B –دلاندی ذکر شوو درملوڅخه د Alternative درمل پشکل د خولې لــه لياری استفاده کيږي. Sulfadiazine (0.5-1gr) د ورځې penicilline G 200000 unit دوه ځله او Erythromycine 250 mg په ورځ کــې دوه واره اما اکثر مؤلفين پدې عقيده دي چې طويل المدت (اورډ محال) وقايه په تــول

(c) ketabton.com: The Digital Library

عمر کې ضروري دي خاصتاً د Rhumatic Heart disease په موجودیت کې.

انذار ***(Prognosis)***: به غیر له هغو شیدوخوړونکو ماشومانو او ځوان ماشومانوکې چې په Sepsis یا Pnumonia اخته وي مړینه ډیر لږ مینځ ته راځي. دناروغی تبه لرونکي او اختلاطي سیر دمقدم درملنې (کافی مقدار penicilline) پواسطه محدود او لنډولی شو.



خلورم نمبر تصویر خسافت او د مخملك تبي د اندفاعاتو شدید ترین مرحله ښيي.

لومړی نمبر دمخاطی توقی اندفاعاتو Exudate په Tonsils باندي ښيي

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 منفی غیر 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 کېږي.

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 ناروغی 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 ناروغی د کال په هر وقت کې پیل وکړي مګرمعمولاً د مني او پسرلي په شروع کې واقع کېږي. پدې وروستیو کې ثابته شوېده چې ناروغی 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 تخریبیږي. اذیما احتقان د مخاطي غشا افرازاتو تولیدل او په لږه اندازه ارتشاح التهاب د Lymphocytes او Polymophonuclear لوکوسیت راټولیدو 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 تالې 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 مړینې سبب کیږي همدارنګه جلدي نزف هم ځنـــیې وخـــت پـــه متوسط اندازه اواکثراً کم لیدل کیږي چې امکان لري د Petechia پشکل ښکاره شي.

Pathogeneis: نژدې اړیکې (تماس) او د تماس موده د ناروغۍ رامینځ ته کېدو کې عمده رول لري ځکه چې دسببي عامل زیات شمېرته ضرورت دی چې په Cilia د non fibrial Surface protein چې د Pertictin په نوم یادیږي ونښلي او ناروغۍ رامینځ ته کړي د یادونې وړده چې په Cilia باندې د باســیل د التصاق لپاره LPF او FHA مواد چې انتي جینیک خواص لري ضروري او مرسته کوي چې په دې وروستۍ مرحله کې باسیل د میزبان (کوربه) معافیـــت تـــه تغـــیر ورکوي یعنې دمیزبان دفاعي حالت بدلوي یا له مینځه وړي همدارنګـــه د ناروغـــۍ اعراض او علایم د تنفسي لیارې د اندو تیلیلي تغیراتو له کبله مینځ ته راځـــي(دنـــده مختل او یا ژووکې په مړینه محکوم کیږي) په اساسي ډول کله چې cilia له مینځه ځي یا دنده یې خرابیږي په نتیجه کې د تخریب شوو ژوو کو، افرازاتـــو او اجنبـــي اجسامو Clearance په تنفسي سیستم کې کمېږي بناءً ذکر شوي مواد را ټول او په تخلیه کېدو کې یې ستونځې رامینځ ته کیږي چې په نتیجـــه کـــې د قصـــباتو او قصیباتو بندش atelectasis او نادراً Emphysema مینځ ته راځي همدا رنګه غیر وصفي Bronchopnumonia هم مینځ ته راځي د مخاطي غلیظ افرازاتـــو دنه تخلیه کېدو له کبله پر له پسې او دوامدار ټوخی مینځ ته راځي چې غالباً په قـــی کولو پای ته رسیږي د قي کولو میخانیکیت امکان لري چې په بلعوم کې دچسپناک مخاط له کبله وي د شدید Spasm په پای کې هوا د ســږو او قصـــباتو څخـــه خارجیږي او ناروغ کوښښ کوي چې دوهم ځل د حنجـــرې لـــه لیـــارې شـــهیق اجراکړي داچې حنجره هم د چسپناک مخاط او سپزم له کبله قسماً تـــړلی وي پـــه نتیجه کې وصفي whoop مینځ ته راځي د یادونې وړ ده چې اواز لرونکی شهیق د

(c) ketabton.com: The Digital Library

Anoxia په نتیجه کې د حنجرې عضلا تو سست او نرم کېدو له کبله هم مینځ ته راتلای شي. لزوماً باید ذکر شي چې دغه پورته ذکر شوې پتالوژیک حالتونه د Secretory IgA antibody. (چې په Cilia باندې د باسیل دالتصاق مانع ګرځي او د باکتریا و Mucociliayclearance ته اسانتیا وې برابروي) پذریعه دفع کېږئ همدارنګه دا محافظوي حالت، په سیروم کې دانتي توکسین مقابل کې دانتي بادي ګانو پواسطه هم تأمینېږي (توکسینونه خنثی او یا داچې په Receptor حجراتو باندې د توکسین له تثبیت کېدو څخه مخنیوی کوي) بنا خلطي معافیت د ټوخلې په مقابل کې د میزبان په محافظت کې ستر رول لوبوي: کله کله د ناروغۍ په جریان کې ددماغ دایمي زیان او کله د مړینې Encephalopathy سبب کېږي چې د Anoxia له کبله مینځ ته راځي Anoxia داشتدادي ټوخي (Paroxysmal) او یا په مختلفو درجو دماغي نزف له کبله رامینځ ته کېږي چې خپله انزفه د لوړ داخل قحفي فشار او وعایي Anoxia له کبله پیداکېږي هغه ماشومان چې د ټوخلې له کبله مړه شویدي درې عمده میخانیکیتونه پکې رول لوبوي Sever- Broncho pulmonary- چې د Sever Bronchopnumonia disease سره په ګډه موجود وي او که چېرې د CNS damage سره یو ځای وي ډېر زیات خطرناک سیرکوي په مخ پرووده هېوادوکې کانګې او د ناکافي غذایي موادو اخستل د مړینې عمده اسباب شمېرل کېږي دریم فکتورئې عبارت دی له شدید معدي معایي انتانات، Malnutrition، LBW او داسې نور ناروغۍ لکه شرۍ او تنفسي شدید انتانات چې د میزبان د معافیت د ټیټوالي سبب او په ټوخله اخته ماشوم، ژوند تهدیدوي.

کلینیکي بڼه: په عمومي توګه باید وویل شي چې د ناروغۍ کلینیکي بڼه د سببي عامل په شمېر د ناروغ عمر، او د میزبان Immunization سره مستقیم اړیکې لري ناروغۍ 6-8 اونۍ دوام کوي د تفریخ موده یې 7-14 ورځې وي (کله نا کله

(c) ketabton.com: The Digital Library

20 ورځې) چې د ناروغۍ تر ټولو اوږده د تفریخ موده هغه ماشومانو کې چې پــه قسمي توګه معافیت لري لیدل کېږي 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 ټــوخي، پرنجــي، د پزې افرازات او داوښکو په بهېدو) پیل کوي او د خفیف تبې ســره یوځــای وي د لوړې تبې موجودیت ($38.3c^0$) په تالي انتاناتو دلالت کوي پدې مرحله کې ټوخلــه فوق العاده ساري او دوه هفتې دوام کوي دامرحله د نورو انتاناتو د نزلوي حالــت 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 کېږي 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 وروســته ټــوخي تشنجي شکل غوره کوي چې په تعداد او شدت کې یې زیاتوالی رامینځ ته کېــږي. یعنې داچې په یو شهیق کې په پرله پسې توګه 10-20 واره ټوخی مینځ ته راځــي او سمدلاسه جبري شهیق اجرا او whoop تولیدېږي لکه د یو تنګ شــوي(متضــیق) مزمار(Epiglott) څخه هوا تېره شي چې د هغې په تعقیب کانګې پیداکېږي حتــی که چېرې د whoop د نشتوالي سره سره د متواتر تشنجي ټوخي په تعقیب نــاروغ 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 تــه

(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 ځای او ماشوم Cyanotic ښکاري د ناروغ سترګې سره، پړسېدلې، ژبه يې بيرون ته راوتلې او وداجې رګونه برجسته معلومېږي د ټوخي په پای 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 (لومړی 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 ټوخی Chronic Bronchitis ته ورته او 2-4 هفتو پورې نور هم دوام کوي د ناروغ اشتها پيدا او عمومي بنه يې ببرته اعاده کېـــږي او عمـــومي حالت يې بهبودي حاصلوي.

لابراتواري کتنې:

1- دويني 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 چېږې PMN مطلق په صحنه کې حاکم وي نو په غلط تشخیص یا د تالې انتان په مداخلې دلالت کوي او Eosinophilia په دې ناروغۍ کې (حتی په شیدو خوړونکي ماشومانو) کې غیر معمول دي.

- غټ ماشومان او لویان په ټوخله کم اخته کېږي او د لمفوسیت شمېره هم نه لوړېږي. د وینې دا ډول تغیرات ALL(Acute Lymphoblastic Lukemia) او یا Leukomoid reaction ته نژدې شباهت لري مګر د ناروغۍ عامل ستوني او پزې د مرضی موادو کلچر پواسطه تجریداو د ناروغۍ تشخیص ثابتېږي اود تشنجي حملاتو د پیل نه دوه اونۍ وروسته کلچر منفي کېږي د ټوخي د اشتدادي حملاتو د پیل نه 4-5 هفتې وروسته Fluorescent antibody Test منفي کېږي.

رادیو ګرافي: د سږو په رادیو ګرافي کې قصبات پړیږ او دزړه حدود مخشوش ښکاري یعنې Bronchopneumonia او Atelectasis خیال ورکوي. همدارنګه Perihilarارتشاح، اذیما او کله نا کله buttterfly appearance او atelectasis خیال چې د Pertusis لپاره وصفي دي لیدل 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 پر له پسې ټوخي موجودیت چې په خاصه توګه د تداوي سره سره د شپې لخوا تغیر ونکړي شنې ټوخلې خواته باید فکر وشي. حال داچې په تشنجي مرحله کې د ناروغۍ علایم ډیر وصفي او روښانه دی چې په آساني سره تشخیص کېږي حتی کارکوونکي، نیاګانې او میندی چې د تشنجي ټوخي دلیدلو تجربه او سابقه ولري تشخیص کولی شي. د Contact موجودیت د تشخیص له نظره ستر رول لري. ځینې وخت کېدای شي

(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 ورکړی شوی 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 تیر قرن کې د امریکې په متحده ایالاتو کې له هر 200 ژوندي تولداتو څخه یو ماشوم له پنځه کلنې مخکې د ټوخلې له کبله مړه کېدل مګر اوس د مړینې اندازه ډېره راټیټه شوې ده.

د واکسیناسیون وروسته کالوکې (1900-1930 پورې) د مړینې پېښې 80 فیصده کم شویدي چې عمده علت ئې (داسهال د پیښو کمېدل، ښه تغذي، د اقتصادي حالت ښه کېدل د فامیل د غړو د تعداد کنترول، بهتره تداوي او دټوخلې واکسین تطبیق تشکیلوي همدارنګه په برطانیه کې واکسیناسیون د مړینې د کمښت اصلي علت ګڼل شویدی. د ناروغۍ انذار هغو کې چې انسفالوپاتي درلودله ښه نه وُ او ضمناً ناروغۍ د یو کلنۍ نه کم عمر ماشومانو کې خطر ناک سیر لري مګر د ښه پرستارۍ او عمومي اهتماماتو په نیولو 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 زیاتوالي، استراحت او پرته له Sequella روغتیا څخه عبارت دي له دري میاشتو کم عمر ماشومان لزوماً په روغتون کي تداوي اجرا شي.مخکي له وخته زیږیدلي ماشومان، د زړه، تنفسي، عضلي یا عصبي ناروغیو 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	د ماشوم 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 د ۱۴ ورځو لپاره	15mg/kg/2di د ۷ ورځو لپاره	40-50mg/kg/day د ۱۴ ورځو لپاره	10mg/kg/single/dos د پنځو ورځو لپاره	1-5m°
//	15mg/kg/7d	40-50mg/kg/14d	10mg/kg/d اوله ورځ 5mg/kg, په دوهمه او دریمه ورځ	≥ 6m° لوی ماشومان

د فاميل غړي او نورماشومان چې د ناروغ سره په تماس کې وي بې لــه دې چــې معافيت په نظر کې ونيول شي لازم دی Erythromycine ورته توصيه شــي. د يادونې وړده چې Ampicillin, Septran او Rifampin پــه متوســط ډول موثر امـــا اول او دوهـــم Generation سفالوســـپورين هېـــڅ مـــوٴ ثـــر نـــدی Corticosteroid د ناروغۍ اعراضو ته تخفيف ورکوي مګر کله کله د تالي انتان د مخفـــي پاتـــه کېـــدو ســـبب ګرځـــي زيـــادتره د Betamethasoneڅخـــه 0,75mg/kg د خولې له لياره استعمالېږي Salbutamol(albuterol) څخه 0,3-0,5mg/kg پـــه څلـــورو کســـري دوزو ګټـــور واقـــع کېـــږي چـــې د Paroxysms د واقع کېدو او شدت د کمښت سبب ګرځي مګر تطبيـــق ئـــې 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 تطبيق شي.

د مايعاتو توصيه کول ډېر ارزښت لري ټول هغه شيانو څخه چې د ټـــوخي د تنبـــه سبب کېږي مخنيوی وشي. د ټوخي ضد درمل استعمال په لـــږ مقـــدار مګرزيـــات مقدارئې دافرازاتو د و چېدو او د خارجېـــدو څخـــه مخنيـــوی کـــوي د افرازاتـــو Suction او ناروغ ته د بلغم د خارجېدو په منظور وضعيت (د ناروغ سر په 60-

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

C- د اختلاطاتو درملنه: د Bronchopnumonia او یا نورو اسبابو له کبله تنفسي بې کفایتي لازم دي چې دا کسیجن او یا د کمکي تهویې پواسطه تداوي شي همدارنګه باید چاړان (اختلاج) د اختلاج ضد درمل او اکسیجن پواسطه تداوي شي د Bacterial Pneumonia, Otitis Media لازم اهتماماتو او باالخاصه انتي بیوتیک پذریعه تداوي شي.

مخنیوی (*Prevention*):

څوک چې ناروغی تیروي دایمي معافیت به حاصلوي. د واکسین پواسطه دکلنیکي ټوخلې مخنیوی کېدای شي مګرنه په هغه پیمانه چې ناروغی ئې تیره کړې وي واکسین په 75 فیصده پیښنو کې موؤثر معافیت تولیدوي. د ټوخلې واکسین ددیفتري، تیتانوس سره یو ځای تهیه شویدي چې د DPT په نوم یادېږي د ژوندانه له شپږمې هفتې څخه پیل او د یوې میاشتې په فاصله درې ځله 0,5ml په غوښه کې تطبیق کېږي. دا چې انتي بادي ګانې له مور څخه ماشوم ته ډېر لږ انتقالېږي او یا هېڅ انتقال نه مومي نو ضروري ده چې د ټوخلې واکسین د امکان ترحده د ژوند په لومړیو ورځو کې تطبیق شي باید وویل شي چې واکسین ډېر لږ داختلاج او Encephalopathy سبب کېږي چې پدې صورت کې د واکسین د وروستي مقدار د تطبیق څخه باید ډډه وشي بوستر دوزئې په عام ډول دوه کلنی کې تطبیق کېږي. د وخت په تیرېدو د واکسین له کبله حاصل شوی معافیت مخ په کمېدو ځي چې له همدې کبله کېدای شي ټوخله د کهولت په مرحله کې مینځ ته راشي مګر د ناروغی شدت به ئې کم وي.

- په هغه ماشومانو کې چې چاړان (اختلاج) او عصبي ارتقایي ناروغی تاریخچه لري واکسین تطبیق نشي که چېرې اختلاج د تبې له کبله وي(Febrile

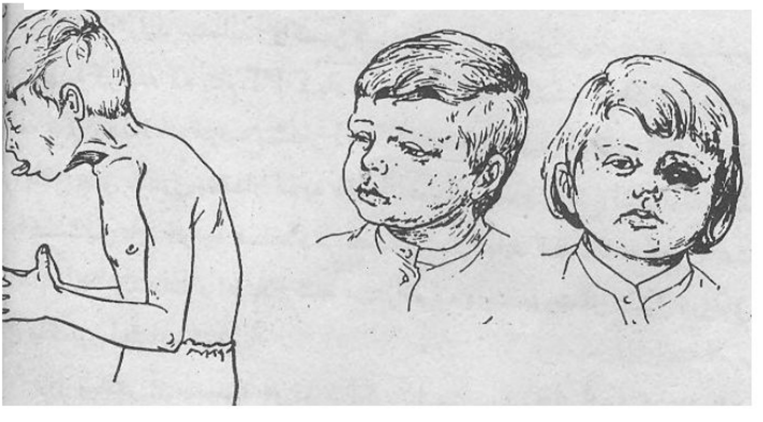
(c) ketabton.com: The Digital Library

Convulsion) او یا غیر ارتقایي دماغي ناروغۍ یـــا Cerebral palsy ولـــري واکسین تطبیق کولی شو. او له پنځه کلنۍ پورته عمرکې د واکسین تطبیـــق معمـــول ندی ځکه چې پدې عمر کې د ناروغۍسیر ښه دی‌له دوه کلنۍ ښکته عمر ماشومانو تـــه چـــې د ټـــوخلې نـــاروغ ســـره پـــه تمـــاس شـــوی وي Hyper Immunegammaglobuline د مستحضراتو پواســـطه دی منفعـــل معافیـــت حاصل کړي شي چې 2.5ml د 4,3 ورځو ترمینځ په دوه دوزو تطبیق کیږئ.

د ناروغ د کورنۍ غړو او د ناروغ سره په تماس کې روغتون پرسونل ته د 14 ورځو لپاره د Chemoprophylaxis پواسطه د Erythromycin په خاص ډول هغه ماشومانو کې چې عمر ئې له دوه کالوکم وي په روغتون کې ناروغان باید تجریـــد (جلا) شي ځکه چې د روغتون کار کوونکو ته په ډېره آساني تېربـــږي پـــه ځینـــو روغتونو کې ئې د ناروغۍ پیښې لیدل شویدي.

...نمبر تصـــویر د تـــورې ټـــوخلې تشـــنجي مرحلـــه او Subconjunctival Hemorrhage ښئي.

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



(c) ketabton.com: The Digital Library

پنځم فصل

بُغڅ 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.

اپیډیمولوژي

د ناروغی 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 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 ناروغی په ټول عمر او دواړو جنسوکي مساوي لیدل کیږي. د ناروغی اکثر پیښې په 15-10 کلنۍ کې لیدل کیږي مګر په ځینو نشریو کې دا ناروغی 85% پیښوکې 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 اپيډيمي ليدل شويده مګر د منـــي او پسرلي موسم کې لږ څه ډېر معمول دي د انتان د منبع پيداکول ګران کار دی ځکه چې 30-40 فيصده پورې دا انتان په Subclinical توګه سير کوي

- *د سرايت طريقه:* د ناروغۍ عامل د مستقيم تماس د لياړو(ډېره ښــه منبــع)، ملوث افرازاتو او دهوا له لیارې (air born) سرايت کوي د لعابيه غدو پړســوب څخه (2-1) ورځې مخکې او 7 ورځې وروسته د سرايت غوره موده شمېرل شوېده. ماشومان د ژوندانه په لومړيو 6-8 مياشتو کې د مور څخه د پلاسنتا له لیارې د انتي بادي د تيريدو له کبله معافيت لري مګر د کلينيکي او يا Subclinical انتـــان د تېرولو وروسته دايمي معافيت 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 وينې دوران ته داخلېږي او Viremia مينځ ته راوړی وروسته بيا په لعابيه غدواتو او مرکزي عصبي سيستم کې ځای نيسي د پتالوژي له نظره د Lymphocytic حجراتو Infilrtation او په بين الخلالي انساجو کې اذيماليدل کېږي

کلنيکي بڼه: د ناروغۍ تفريخ موده 12-25 ورځو او په اوســط ډول 16-18 ورځې دي) د ناروغی 30-40 فيصده پيښې په غير وصفي (Subclinical) توګه سيرکوي او مخبروي علايمو لکه تبه د سر درد، زړه بـــدوالی، د غـــړو درد او بـــې اشتهائي پيل کوي او دناروغۍ د پيل نه 24 ساعته وروسته معمولاً د ژوولو په وخت کې ستونځې او دغوږ پکې شا و خواکې درد مينځ ته راځي. همدارنګه دا ناروغـــۍ دنکفي غدې په يو طرفه يا دوه طرفه پړسوب پيل کوي د فکي زاوئې شـــاتنۍ برخـــه ډکه معلومېږي او نکفي غدې پړسوب په واضح ډول ليدل کېږي. (... تصوير).

(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 حلقـــوي 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 پیښنو 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 پیښنو 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 یو ځای وي چې په نادر توګه $40c^0$ او یا ترهغې لوړه وي د 1-6 ورځو دوام کوي او دپړسوب له مینځه تللو مخکې نورمال ته رسېږي اما باید یادونه وشي چې په 20% پېښو کې حرارت درجه د Parotitis ناروغانو کې نورمال وي د Parotitis سره د Wharton's قنات سوروالی او پړسوب معمولاً یو ځای لیدل کېږي.

1- لعابیه غدواتوپورې اړوند کلنیکي علایم: دردناکه پړسوب چې یو یا څو غُدې اخته کوي چې ناثابته تبه، او دمخ Lymphedema ئې غوره علایم ګڼل کېږي دنکفي غدې اخته کېدل ډېر معمول دي چې غوږ پورته او بیرون خواته بیځایه او فکی زاویه منحرف شوی وی Systemic Toxicity نه لیدل کیږي .

2- د Meningo Encephalitis پورې اړوند کلینیکي علایم: دکتلوي Immunizationنه مخکې په 50% پیښو کې د Aseptic Meningitis معمولترین سبب کله چرک تشکیلاوه چې ناروغان دخفیف سرخوږ، څخه شکایت او د CSF په معایناتو کې وصفي بدلون لکه Mono nuclearpleocytosis لیدل شویدي دماغي علایم د نکفي غدې علایمو سره کوم ارتباط نلري دزړه بدوالی، کانګې او د غاړې شخوالی ښائي موجود وي اما Encephaletic اعراض ډېر کم لیدل شویدي چې د کله چرک ناروغانو 1/1000 پیښي جوړوي دا ناروغان د 10-3 ورځو په موده کې ښه کېږي او Meningo encephalitis چې دکله چرک د واکسین په تعقیب مینځ ته راځي په باالنفسي توګه ښه کېږي.

3- د Pancreatitis علایم: د ګېډې درد د ګذرې پانکریاتیت څخه نماینده ګي کوي په Salivary disease کې د سیروم Amylase سویه لوړ ځي چې پدې حالا توکې د Lipase isoenzym او امیلاز تعین د پانکریاتیت دندې د ارزیابي لپاره ښه Indicator دي (چې په تفریقي تشخیص کې باید په پام کې ونیول شي.) همدارنګه باید یادونه وشي چې دکله چرک د خطرناکه اما غیر معمول

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

4- د Oophoritis او Orchitis اړوند علايم: د ګونادو اخته کيدل چې د تبې ، موضعي Tenderness، پړسوب، سرہ لړې، د زړه بــدوالی، کـــانګې 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 يـــو ځای ليدل کېږي.

لابراتواري پلټنې:

1- د وينې معاينه: په محيطي وينه کـــې معمـــولاً leukopenia او نســـبي لمفوسيتوز ليدل کېږي اما ځيني نشريو کې ليکل شويدي چې Leukocytosis او Monocytosis موجود وي حال داچې په معتبره طبـــي منـــابعو کـــــــــــې 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 ئـــې 130 Iu/L ته رسېږئ مګر په 2-4 هفتو کې ببرته نورمال حد ته رسېږي.

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

3- سيرولوژيک معاينات: د کلنيکي علايمو د شتوالي پصورت کې پـــه 75% پيښنو کې انتي بادي د انتي جن مقابل کې اعظمي حد ته رسېږئ اود تشخيص وړ دي او 6-12 مياشتو موده کې ببرته 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

Meningo Encephalomyelitis -III، د Parotitis پـــه عـــدم موجودیت کې هم مینځ ته راتلای شي چې لازم دي لابراتواري معاینــاتو پذریعــه 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 .

Meningo-Encephalo Myelitis -1
Orchitis & Epididimytis -2
Oophoritis -3
Nephritis -4
Pancreatitis -5
6- نور اختلاطات چې لږ معمول دي.
Myocarditis – A
Thyroiditis - B
Mastitis-C

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

Arthritis -E : التهابي علایم موجود مګـــر کامـــل ښـــه والی حتمـــي دی. Migritory Polyarthralgiaکیدای 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 لیـــدو ســـتونځي) 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 اړيکــې لري مګر پتوژنيک ارتباط ئې تراوسه معلوم شوى ندى.

درملنه (Treatment): کومه خاصه تداوي وجود نلـري. امــا د نــاروغي 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 ورکولــو، استراحت او د Meningo-encephalitis – له کبله سردردي د قطني بــذل او استراحت پواسطه تداوي شي. Orchitis د بستر استراحت او مسکناتو په تطبيق او موضعي تثبيت پواسطه درملنه وشي ځينې مؤلفين د Corticotherapy يو کــورس (دوه اونۍ) 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 ځلــورو 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 کولی شــو اما Aspirin دومره مؤثر ندی.

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

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

Active Immunization: د Mumps ژوندی ضعيف شوی ويــروس څخه جوړ واکسين په تطبيق مينځ ته راځــي(Jerly Lym Strain). او تــر 15 مياشتو پورته عمر کې تطبيقېږي. د واکسين د تطبيق نــه 7-10ورځــې وروســته Parotitis ډېر کم مينځ ته راتلای شي. واکسين په 96% پيښو کې د انتي بادي د توليد سبب کېږي د Mumps مخنيوی 97% پيښو کې مؤثر واقع شويدی 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 چــې د تــيټې 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 ورځنـــي شـــري ســـره يوځای په درې ګوني ډول تهيه شويدی(MMR vaccine).

مؤلفين پدې عقيده دي چې د MMR واکسين ټولو هغو ځوانانو ته چې مخکـــې ئې د Mumps ناروغۍ نده تيره کړې تطبيق شي او دکلينيک له نظـــره پـــه 75-90% پيښو 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 typhi-B para (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.

اپیډیمولوژي:- د سرایت لیاره ، پیښی (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 چینلوله 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 پورې مربوط او لاندې مختلف ډولونه لرې.

1- Sal, Typhi (چې یو سیرو تایپ لرې)

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

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

سلمونیلا ګرام منفی، متحرک، ډکې ته ورته باسیل دي چې سپوراو کپسول نلرې او اکثر Strains ئې،ګلوکوز، مانوز، او Mannitol په اسیداوګاز تخمر کوې اما Lactose او Saccharose نه تخمرکوې په هوازي یا غیرهوازې او اختیارې شکل نمو کوي دمختلف فزیکي عواملومقابل کې مقاومت لرې او د تودوخې په $54.4c^0$ دیو ساعت او$60c^0$په 15 دقیقوکې له مینځه ځي. د تودوخې په ټیټه درجه د څو 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 راځې 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 دتودوخې په مقابل کې مقاومت نلرې. دریم انتی جن (Vi) یا Virulent دي چې پولي سکرایدیک کپسول لرې 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 ابسې، پنوموني،Septic arthritis، Osteomyelitis، pyelonephritis ، Endophthalmitis او Meningitis موجود اولیدل شویدی.

Pathogenesis :- د Enteric fever د تاسس لپاره دويني 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 Microvilli اوBrush 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 گرځی 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 غذائي 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 پوری: پدی عمرکې محرقه نسبتاً لږ لیدل کیږي اما سره لدې هم کیدای شي چې Sepsis مینځ ته راشي داناروغی 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 ګیډی 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 . ستړیا، 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 لـــري او تقريبـــاً 50 فيصـــده 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 مينځـــه 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 رنـــګ تغير پاته کيږي. دغه جلدی lesion د باکتريائې امبولي په نتيجه کې مينځ ته راځي او په 60 فيصده پيښنو 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 چـــې نـــاراحتی ، Lethargy 1يا2 مياشتی نور دوام وکړی که چيرې ناروغ شديده Toxemia ولری احساس ئې مختل کيږي . apathic او Stupor حالت تـــه داخليـــږي، د ناروغی په دوهمه اويا دريمه هفته کې نزف ممکن منځ ته راشي او په Exudative peritonitis منجرشـــي Enteric fever چـــې 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 اعـــراض او علايم ئې نسبت محرقې 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 ښکتـــه وي اماکيدای شي چې زيات وي معمولاً د Leukopenia اندازه لـــه $2500/mm^3$ څخه کم نه وي او غالباُ د لومړی او دوهمی اونۍ وروسته مشاهده کيـــږی مګـــر د

(c) ketabton.com: The Digital Library

تقیحی ابسی ګانو دجوړیــدو پصــورت کــې د Leukocytosis -20,000)
25,000/mm^3) موجود وی په ځینو طبی خپرونو کې یادونه شوې چې WBC
به نورمال یا ټیټ حدودوکې وي. همدارنګه په لومړی اونۍ کــې لوکوســیتوزاوپه
دوهمه اونۍ کې Leukopenia او Thrombocytopenia همیشه دنسبی
Lymphocytosis سره یو ځای وي په لومړی اونۍ کې له 75% څخه زیــات
ناروغانو کې د وینې کلچر S, Typhi ښئې په غیر اندیمیک مناطقو او په غیر معاف
افرادو کې د widal Agglutination Test انتي جن "O" تایتر 1:160 د
ناروغی په لومړی هفته کې د تشخیص لپاره کافی مرسته کــوی او Vi- antigen
1:5 او یا تر دې لوړ په غیر اندیمیک مناطقو کې وصفي دي اماپه هندوستان کــې د
انتی جن "O" 1:80 د ناروغی په لسمه ورځ په تشخیص کې ارزښتناکــه ښــودل
شویدی. چې په همدی اساس Widal Test د Duration له نظره په لومــړی
هفته کې (42%) په دوهم کې(56%) دریمه کې (76%) او په څلورمه اونــۍ
کې (60%) په هندی کتنو کې مثبت ارزیابی شویدی. د انتی بادی تایترلوړیــږي د
"O" انتی جن مقابل کې د انتی بادی تایتر لوړیدل او د محرقی اوشبه محرقی لپاره
Pathognomonic دي. د H انتی جن مقابل کې د انتی بادی لوړ تایتر د محرقی
او شبه محرقی(Bاو.A)انتان د لالت کوی که چیري ماشوم په سابقه کې د para
typhoid fever انتان تیرکړی وي او یا د TAB واکسین پواسطه معاف شــوي
وي د H انتی جن مقابل کې انتی بادی ســویه لــوړه او همدارنګــه پــه Non
typhoid feverکې د انتی بادی H تایتر په سرعت لوړیږي مګر د "O"انتــی
جن مقابل کې انتی بادي نه لوړیږي.چې دي ته Anomnestic reaction وائې
د S.Typhi انتی جن مقابل کې ایمونو لوژیک حجروی عکس العملونه د لومــړی
اونۍ څخه وروسته مینځ ته راځی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

1-د تشو میتازو معاینه: Proteinuria موجود او پــه دوهمــه اونـــۍ کـــې د Salmonella کلچر مثبت وي. مګر ځینی طبی خپرونو کې دلومړی اونۍ په ختم او همدارنګه په ناقلینو کي د ادرارو کلچر مثبت ښودلی شوي دي.

2 -د غایطه موادو معاینه: WBC او د وینی موجودیت په غایطه موادو کې زیات معمول دي چې د دوهمی هفتی په اخر کې د غایطه موادو کلچر کله ناکله حتــی د ناروغی د تفریخ دوره کې او همدارنګه ناقلېنو کې مثبت ارزیابی شویدی.

تشخیص : د ناروغی ځینی کلینیکي علامی (نښې نښانی) د محرقې د تشخیص لپاره وصفي دي چې لدي جملی څخه Tympanitis په هندی تجاربو کې ارزښتناکه تشخیصیه علامه ګڼل شویده. همدارنګه په اندیمیک سیمو کې ټولې هغه تبی چــې اوه ورځو څخه زیات دوام وکړی خاصتاً هغه تبی چې موضعی علایم ورسره موجود نــه وي همدارنګه کــه چیری Bradycardia موجود وي یوه وصفي علامه ده. پــه ځینو نشریو کې د Sallmon, Strains, ځینې ، د تشخیص په بنسټ کې شـــامل ګڼل شویدی. مګر په ځینی نوروکې د وینې کلچر د ناروغۍ په مقدم ســیرکې پــه 40-60 فیصده ناروغانو کې مثبت دي د هډوکو د مغزوکلچر غالباً د ناروغۍ پــه اخرمرحلو کې مثبت وي اما په ځینی وختو کې داسی پیښ 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 نــاروغ ضــد میکروبی درمل هم اخستی وي خپل موقف ئې ساتلي دي. په هغه حالا توکې چــې د غایطه موادو کلچر منفی وي او یا مشکوک پیښو کې خاصتاً مزمن ناقلینو کــې د اثناعشر String capsules اسپیری شوي مواد ممکن د انتان په تائید کې مرسته وکړی د وظیفوی دمــاغی بــی نظمــی پــه صــورت کــې چــې احتمــالاً پــه Encephaloathy دلالت کوی L-P اجرا شي تر څــو TBMســره تفریقــي

(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 تفریقی تشخیص وشي.

Complication

1- Orodental : 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 ځیگر او صفراکڅوړی: Hepatitis ،Fatty-liver دځیگـــر ابســـي cholecystitis اوHepatitis چې په ښکاره ډول وظایف يې مختل شـــوی وی شامل دي

6- معدي معائي سیستم: اسهال،معائي تثقب ، معائی نـــزف عمـــومي او موضـــعي 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 همدارنگه 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 اختـــه 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 گڼـــل کیږي . همدارنگه 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 موُثر 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 مــوُثر 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 تولیدیږي همدارنګــه هغــه ماشــومانو کــې چــې 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 چــې 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 ناقــل تجریــد، ادرار، او غایطه موادئې په صحی صورت سره د فن او د ناروغ سره په تماس کې اشــخاص لزوماً واکسین شي باید وویل شي چې بهترین او مناسبترین واکسین چې نــن تــرې استفاده کیږي

4- *Killed by aceton and dried vacin:* 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 کــې (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 انتــی ســپتیک محلــول پواسطه د خولی پرله پسی پریمنځل، د کولمواو مثانې وظیفوی تعادل برقرارول، په مثانه کې دادرارو درکودت څخه جلو ګیری دقبضیت لپاره د خاص اهتمامــاتو نیــول (پارافین، یاملیناتو څه استفاده کول) په بستره کې ناروغ ته تغیروضعیت ورکول چي

(c) ketabton.com: The Digital Library

د بستر دزخم څخه مخنیوی کوي همدارنګه د اطراحی موادو او ادرارو پواسطه د جلد ملوث کیدو څخه مخنیوی، 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 خوارو باندې ټینګار 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 کیږي.

E: د تبی ضد درمل بایدپه مناسب ډول تطبیق شي ځکه 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 مقاوم پیښوکې دکلچرد نتایجو تررسېدولوپورې دCefotaximeیا Ceftriaxone څخه استفاده وشي برسیره پر دی یو لنډ کورس د 3mg/kg Dexsamethasone په پیل او وروسته 1mg/kg/Bw هر شپږ ساعته وروسته د 48 ساعتو لپاره، هغه ناروغانو ته چې په Shock, مرګوني حالت stupor - کو ما، شدید Toxemia او یا په اوږد محال ناروغی محکوم وي تطبیق شي تر څو د ناروغ عمومي حالت ښه او Sequelae پیښې هم ټیټ شي.

انذار (prognosis): د ناروغی خفیف واقعات کله نا کله دتقویوی اهتماماتو په مقابل کې حتی بی له دې چې انتی بیوتیک استعمال شي ښه ځواب ورکوی په ناتداوي شوي پیښو کې 10% مړینه ښودل شویده اما د عصری درملنې په نتیجه کې د مړینی اندازه له یو فیصد څخه کمه ده اما په ماشومانوکې د صحتمند ناقلینو 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 ناروغۍ)

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

اپیډیمولوژي

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 فکتوررونه*

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 ستړيا.

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 4-5 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 لیارې يا مستقيماً د دوران له لیارې مرکزي عصبي سيستم اخته کوي همدارنګـــه د

(c) ketabton.com: The Digital Library

ناروغۍ عامل ځینې وخت د CNS نورې برخې لکه د نخاع قدامي قرن، د قحفي ازواجو هستې، د بصلي حیاتي مرکز، Vermis او مخیخي هستې په انتخابي توګــه اخته کوي.

پتالوژي: ویروس په انتخابي توګه د CNS ځنې برخې اخته کوي چې په همدې بناً کلینیکي بڼه ئې په اخته ناحیو پورې اړه لري چې په عمده ډول دا ناحیئ عبــارت دی له، د نخاع قدامي قرن، قحفي بطیني ازواجو هستې، د بصلي حیــاتي مرکــز، Vermis او د مخیخ قشري هستې چې د زیان اندازه ئې کېــدای شــي ګــذري، خفیف، شدید او یا وسیع وي اما باید یادونه وشي چــې د شــوکې نخــاع ســپین جوهر(White matter) د مخیخي نیمې کرې، او ددماغ غیر حرکي قشــر، نــه اخته کوي.

کلینیکي بڼه (Clinical feature)

د تفریخ موده یې 7-14 ورځې ده اما حدودئې(5-35) ورځو بنودل شــویدي په اکثر ناروغانو کې ناروغۍ دیو غیر واضح انتــان یــا Minor illness پشــکل سیرکوي اما ځینې ددې انتاناتو څخه د Major illness سبب کېږي چې کېــدای شي د فلج سره مل او یا فلج ونلري.

Minor Illness: د ناروغۍ خفیف شکل کېــدای شــي د Abortive یــا Inapparent (غیرواضح) شکل مینځ ته راشي.

Abortive polio.- A: د ناروغۍ داشکل 1-4 ورځو دوام کوي تبه د ســر خوږ، د ستوني درد، د زړه بدوالی، کانګې، بې اشتهایي او دګېډې نامعلوم دردونه په اعراضو کې شامل دي همدارنګه د ستوني خفیف احتقان (سوروالی) موجــود امــا عصبي تظاهرات پکې موجود نه وي، کله ناکله دا ناروغۍ د یوه موُقتي بڼه والی پــه تعقیب شدت اختیاروي چې د فلجي اشکالو د تأسس سره یوځــای وي د ناروغــۍ تشخیص د اپیدیمولوژیک سیرولوژیک او ویرولوژیک شواهدو پذریعه ترسره کېږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

II - *Major Illness*: د ناروغۍ په دې شکل کې مرکزي عصبي سیســـتم 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 ورځــې وروســته د Minor Illness په تعقیب مینځ ته راشي. د زړه بدوالی، کانګې، او دسر خــوږ د ناروغانو عمده شکایت تشکیلوي. د ظهري ناحئې او ســفلی طــرف 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 تــه بــه وائــې Tripod Position دی.

ب: *Kiss the knee Test*: د ناروغ زنګنونه هوار ساتو او د هغې څخــه خواهش کوو چې خپل زنګانونه ماچ (چپې) 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 چیرې د غاړې شخوالی ارادي وي دوامــدار پاتــه

(c) ketabton.com: The Digital Library

کېږي او که غیر ارادي وي نو له مینځه ځي بناً په هغه صورت کې چې ماشوم په پولیواخته وي او په پړمخ په میزباندې واچولی شي د غاړې شخوالی له مینځه ځي.

د CSF په معاینه کې حجرات او پروتین په متوسط اندازه لوړېږي حجرات په ابتداکې امکان لري PMN او وروسته د Lymphocyte شمېره لوړه شي.

B- Paralytic Poliomyelitis: د ناروغۍ داشکل د پولیو انتان د غیر معمول تظاهراتو څخه دي چې کلنیکي بڼه ئې د اخته ناحیئ پورې اړه لري.

1- Spinal شکل: د شوکې عضلا تو فلج ممکن دی چې په آني توګه مینځ ته راشي. د عضلاتو درد، Hyperesthesia، رعشه، او د عمیق وترې عکساتو بدلونونه مخکې له فلج څخه موجود وي د توضع له نظره دعضلاتو فلج غیر متناظر اما د فلج درجه په نهایاتو کې توپیر کوي. د حجاب حاجز او بین الضلعي عضلاتو اخته کېدو له کبله تنفسي ستونځې رامینځ ته کېږي او عصبي او تو نوم(خودکار) اعصاب عموماً مصئون پاته کېږي اما د متیازو ګذري احتباس او قبضیت لیدل کېږي.

2- Bulbar and Bulbo Spinal شکل: فلجي شکل تقریباً له 10 فیصده څخه کم پیښې تشکیلوي او د ناروغ ژوند په خطر کې اچوي اما همیشه وژونکی نه وي. د Vagus عصب د فلج له کبله د نرم حنک، بلعوم او صوتي حبولو ضعیفي مینځ ته راځي د ناروغ اواز انفي طنین غوره او خشن کېږي د تنفس عملیه او بلع په سختي اجرا او ناروغ چنبل شوي مایعات او خواړه د پزې له لیارې بېرته راګرزوي 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 تنفسي مرکز اخته کړي د ناروغ تنفس غیر منظم او بطي کېږي باید په یاد ولرو چې د پولیو په سیر کې د تنفسي سیستم ماؤف کېدل د لا ندې عواملو په نتیجه کې مینځ ته راځي.

- د حجاب حاجز او بین 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 وینې فشارکې تغـــیرات مینځ ته راځي د ناروغانو پوستکی احمراري، خړ او لکه دار معلومېږي، نبض چټک، ضعیف او خیطي وي ناروغ ناراحت، پریشانه، هذیاني، شعورئې مختل او کوما تـــه داخلېږي.
- Bulbar poliomyelitis امکان لري چې د شوکې عضلاتو د فلج ســـره یوځای وي یا خیر؟
- فلج معمولاً غیر متناظر، تکلم او قلبي تنفسي وظایف مخشوش او تقریباً ټول د مړینې سبب کېږي. دعضلا تواتروفي په 4-8 هفتوکې رابرسېره کېږي او فلج شوي عضلات امکان لري چې د شپږو میاشتو په موده کې ښه والی ومومي.

3- Encep halitic form: ناروغ تخریش پذیر، او هذیاني وي همدارنګـــه امکان لري چې رعشه، چاړان (اختلاج) په ناروغانو کې موجود وي او خپل تـــوازن له لاسه ورکړي.

لابراتواري معاینات او دناروغۍ تشخیص: د ناروغۍ تشـــخیص د تـــاریخچې، کلنیکي بڼې خاصتاً غیر متناظر او نرم فلج پواسطه صورت مومي. ناروغۍ داپیدیمي په وخت کې ټولې هغه ناروغۍ ګانې چې دستوني درد، سرخوږ، تبه، دظهري، ورنـــو، غاړې او د ظهرې عضلاتو درد او شخی ولـــري لازمـــه ده چـــې احتمـــالي Non paralytic poliomyelitis په نظر کې ونیسو قطني بذل د ABM دردولو په منظور باید اجراشي د CSF معاینه یو متوسط اندازه د حجراتو زیاتوالی او د پروتین ناثابت زیادښت وښیئ. اما ګلوکوز او کلوراید نورمال وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- د CSF حجراتو شمېره د پولیو په صورت کې $200^{cell}/mm^3$ ته رسېږي چې په لومړیو ورځو کې PMN او وروسته Lymphocyte یا Monocyte ډېر لیدل کېږي.

- د ناروغۍ عامل 3-5 ورځې د Meningitis د رابرسېره کېدو وروسته د CSF څخه تجرید کېدای شي د پروټین سویه معمولاً په دوهمه او دریمه هفته کې 50-200 mg% ته رسېږي او په لومړۍ هفته کې اکثراُ نورمال وي کلچر نتیجه ورکوي او دنورو Enterovirus ناروغیو سره تفریقي تشخیص اجراکېږي د CSF کلچر نتیجه منفي او ځینې وخت ویروس تجرید کېدای شي. په غایطه موادو کې د پولیو ویروس موجودیت تشخیص وضع کولی نشي.

- د نقاهت په دوره کې دسیروم انتي بادي ګانو اندازه لوړه وي په خلص ډول باید وویل شي چې د پولیو د تشخیص لپاره لاندیني ټکي ارزښتناکه بلل شویدي.

1- اپیدیمولوژیکي شواهد.

2- سریري مشخصات.

3- لابراتواري معاینات (خاصتاً سیرولوژیک او ویرولوژیک).

تفریقي تشخیص: لازم دي د لاندې ناروغیو سره تفریقي تشخیص وشي.

1- Aseptic Meningitis: د پولیو غیر فلجي شکل باید د Aseptic Meningitis (د مختلفو اسبابو له کبله(کله چرک ویروس، Coxackie او Echoviruses) تفریقي تشخیص وشي چې د وصفي سیرولوژیک تستونو پواسطه د اجرا وړ دي. Meningismusچې په Typhoid fever, Dysentery, Pneumonia او UTI کې موجود وي امکان لري چې دناروغۍ په تفریقي تشخیص کې ستونځې رامینځ ته کړي. په Acute Tonsillitis اخته ماشومانو کې د غاړې شخوالی موجود وي چې په تفریقي تشخیص کې باید په پام کې ونیول شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

الــف: (***infective polyneuritis Guillain Barre Synd.***): تبــه، 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 عصــب(Facial Nerve) معمولاً په مقدم توګه اخته کېږي همدارنګه نور قحفي ازواج لکــه 11- 10-9 او Bulbar ناحيه هم متضرر کېږي Ataxia امکان لري وليــدل شــي او Paresthesia هم موجوده وي د ناروغۍ په پيلنۍ مرحله کې د CSF حجــرات نورمال اما پروتين ئې لوړوي دا ناروغان د شپږو هفتو په موده کې ښه کېږي.

ب: Sever Hypokalemia: په سوٌ 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 ارجــاع کېــږي 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 نــرم فلج وليدل شي کله کله کيدای شي چې نرم فلج ځنډنی شي سره له دې چې وتــري عکسات ئې هم نورمال وي اما دعلوي حرکي نيورونو د فلجي علايمو په ميــنځ تــه راتلو کېدای شي چې وتري عکسات تيز يا زيات شي.

ذ: Botulism : د Clostridium Botulinum له کبله غذايي تســمم هــم Poliomyelitis تقليدوي چې پدې صورت کــې تاريخچــه ، باکتريالوژيــک او Toxicologic معاينات په تشخيص کې مرسته کوي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

هـ: ***Encephalitis***: حسي تشوشات او عموماً منتشــر نيورولوژيــک نقيصــې موجودوي.

و: ***Pseudoparalysis***: د نهاياتو دردناک او شديد آفتونه د فعال ارادې حرکاتو د محدوديت باعــث ګرځــي چــې دا ناروغــۍ عبــارت دي لــه Scurvey Osteomyelitis, Acute Rhumaticfever، ولادي ســـــفليس او Trichinosis.

ی: ***Hysteric paralysis***:(د مثال په توګه د پوليو په اپيډيمي کې).

Complication Sequelae: د ناروغۍ د حاد او دوامدار فلج له کبله ميــنځ ته راځي همدارنګه د تنفسي بلعومي، مثانې، او معائي سيستم وظيفوي تشوشات ډېر زيات خطرناک وي چې مړينه هم دتنفسي اختلاطاتو له کبله معمولاً رامنځته کېږي.

درملنه (***Treatement***): دا ناروغۍ کومه خاصه تداوي نلري. امــا ابتــدائي عرضي تقويوي اهتمامات په درملنه کې شامل دي.

الف: د بستر استراحت: بايد يادونه وشي چې فزيکي فعاليت او ترضيضــات د ضعيف شوي عضلاتو د فلج خطر زياتوي. يواځې خفيف Sedation داضطراب د کمښت په منظور په Spinal فلج ناروغانو کې ورکول کېږي اما هغه ناروغانو کې چي Bulbarيا Encephaletic تظاهرات لري نه توصيه کېږي د عضــلاتو درد او Spasm د کمښت په لپاره د ناروغۍ په مقدمو مراحلو کې ګــرم او مرطــوب تطبيقات او د درد مسکنات توصيه کېږي.

- *د نهاياتو عمومي وضعيت*(***Extremitase Position***): فلج شوي نهــايتو ته بايد مستريح وضعيت د Splinting په مرسته ورکړل شي اما په Castکــې د سخت Sunbagsplinting پلستر ته ضرورت نه احساس کېږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

فیزیوتیراپي: د عضلاتو درد او Spasm له مینځه 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 لیاره 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:

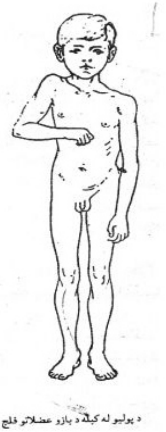
(c) ketabton.com: The Digital Library

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 عرضـــي حالت (Asymptomatic) څخه ترشدید شکل (Choleragravis) توپیر کوي. په خاصه توګه د ناروغۍ شدید شکل د ډېر زیات او متکرراوبلن نس ناستې سره یـــو ځای وي چې په Metabolic Acidosis, Hypovolemicshock او دنـــه تداوي پصورت کې د مړینې سبب کېږي.

د ناروغۍ سبب (Etiology): Vibriocholera متحرک، لږ څه منحنـــي الشکل، ګرام منفي، یو قطبي واحد Flagyl لرونکی مایکرو اورګـــانیزم دي چـــې تقریباً 70 سیروتایپونه ئې پیژندل شویدي لدي جملې څخه یواځې "O_1"-S د کولرا او نور یې د حاد اسهال سبب کېږي "O_1" V. Cholera دوه Biotype لـــري چې یوئې کلاسیک او بل یې ElTor دي هریو ئې دوه ســـیروتایپونه د Ogava او Inaba په نوم لري. د ناروغۍ عامل په توده هوا، مالګینه محلول، غذائي مـــوادو 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، شـــرق 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 تـــه راغلـــه چـــې د

(c) ketabton.com: The Digital Library

Perue د شمال څخه شروع او په ډېره چټکۍ سره مرکزي او جنوبي امریکې تــه انتشار وموند او ترکال 1993 پورې په مجموعي ډول 735820 پېښې او 6942 د مړینې راپور ورکړل شویدی په کال 1992 کې د لومړي ځل لپاره یو بـــل (V. chol. O_{139}) Strain د هندوستان په مدراس ایالت کې تجرید او اولینه اپیـــدیمي ئې د "O_1" سیروتایپ پواسطه مینځ ته راغلي وه چې د کال 1993 په لومړیو دریو میاشتو کې 13272 ناروغان بستر او 434 ناروغان مـــړه شـــوي وُ انـــدیمیک او اپیدیمیک کولرا دموسم سره مستقیم اړیکې لري اما په ثانوي توګه د ناروغۍ پېښې په طبي پرسونل او هغه اشخاصو کې چې د ناروغ سره په تماس کې دي ډېر لږ او غـــیر عرضي اشخاص یا د خفیف انتان لرونکی اشخاصو د ناروغۍ په انتقال کـــې عمـــده رول درلود. د کورنۍ غړي چې د ناروغ سره په تماس کې وُ معمولاً اخته شـــوي دا ناروغۍ په اندیمیک سیمو کې 2-9 کلنۍ پورې (بنګلدیش) لیـــدل شـــوي او 5-10 واره ماشومانو کې نسبت غټانو ته زیات لیدل کېږي. هغه ماشومان چې د مورشـــیدو په واسطه تغذی کېږي پدې ناروغـــۍ لـــږ اختـــه کېـــږي د عمـــر پـــه زیاتېـــدو د Vibrocidal انتي بادي ګانو سویه د "Vibrio"O1 یا Subclinical او یـــا دغیر عرضي انتان سره د مخامخ کېدو له کبله لوړه، پلاس راغلې چې په غټانو کې د پېښو د کمښت ښکارندوی دي.

دا اورګانیزم امکان لري چې داپیدیمي په بین البیني موده کې د Subclinic یـــا خفیف ناروغۍ پشکل داشخاصو پواسطه انتقال ومومي د ناروغۍ په انساني ســـیکل کې حیوانات رول نلري. د یو شخص نه وبل ته مستقیم سرایت لږ اما باید وویل شي چې د ناروغۍ سرایت Food born(د ملوث خواړو پذریعه) او Waterborn (د ملوث اوبو پذریعه) صورت مومي.

فیزیوپتالوژي: **Vibrio's** داسید په مقابل کې ډېر حساس دي نو ځکه د معدې تیزاب کولمو ته د اورګانیزم تېریدو په مخنیوي کې عمده رول لري. په کولمو کـــې 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 نغښتي باندونه د اپیتل مخاطي غشا سره په تماس کې کیږي 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 یکې ضایع کېږي چې دکولرا اخته ماشومانو په اسهال کې زیات پوتاسیم، کم سودیم او بې کار بونات او کلور نسبت لویانو ته لږ 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 3-2 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 یاخیر.

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

تشخيص: د ناروغۍ تشخيص او درملنه په مقدم توګه د اهميت وړ موضـوع ده ځکه چې په نتيجه کې د محيط د ملوث کيدو پوتنسيال ښکته کېږي په هرحـال د ناروغۍ په پام کې نيولو لپاره لا ندې ټکي ضروري دي.

1- که چېرې د ناروغ عمر تر پنځه کالو پورته او شديد د يهايدريشن د حـاد او اوبلن نس ناستې په تعقيب مينځ ته راغلی وي بايد کولرا په نظر کې ونيسو.

2- هغه ماشومان چې عمرئې له دوه کالو پورته او په حاد اسهال اخته وي او پـه سيمه کې کولرا شيوع ولري د کولرا تشخيص بايد نظر کې ونيول شي د ناروغـۍ مقدم تشخيص اجازه راکوي ترڅو د ناروغ سره په تماس کې ټول منتن اشخاص پـه ګوته او اپيډيمولوجست سره مرسته وکړو چې څرنګه کولرا شيوع او انتشار کړيدی تر څو د مخنيوي لا زم او ټاکلي لیارې ولټول شي. د ناروغۍ د اپيډيمي په وخت کې دابه ډېرښه تمام شي چې ټول ناروغان په يو صحي مرکز کې وکتل شـي ترڅـو د چاپيريال د ملوث کېدو څخه مخنيوی وشي. د ناروغۍ قطعي تشخيص د غايطه موادو څخه د "Vibriocholera"O1 د تجريد کولو پواسطه صورت مومي د غايطـه موادو (Micمعاينه کې له پنځه حجرو کم PMN په يوه ساحه کې) ليدل شويدي.

اختلاطات

1- په ماشومانو کې نسبت لويانو ته د کولرا اختلاطات زيات معمول او خطرناکـه سير لري.

2- د پښتورګو د توبولو نکروز (دبې کفايتي سبب) چې د مايعاتو د ناکافي جبران په نتيجه کې مينځ ته راځي.

3- Nephropathy،د زړه ParalyticIleus,Hypokalemicarrhythmia.

د پوتاسيم د ناکافي جبران له کبله امکان لري مينځ ته راشي.

4- کله کله د سږو اذيما د مايعاتو د سريع تطبيق له کبله چې پکې د بې کاربونات سويه لږه وي مينځ ته راتلای شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

5- په ګډري 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 راتیټول 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. پــه Perue کــې ډېرعــالي او دمړینې اندازه یو فیصد ښودلی شویده.

- د یادونې وړده چې د کولرا ناروغان باید په یو کوټنۍ وارد کې داخل بســتر، تجرید او مخکې له درملنې وزن او هم د غایطه موادو اندازه او دپښتورګو 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 کیــږي که چېرې په لومړي ځل کې دیهایدریشن اصلاح نشي عین مقداریوځل لپاره بیــا تکرارولی شو که چېرې ناروغ کانګې ولري لس دقیقې انتظار وروسته ORS بیــا 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 کــوم چې فورمولا Feeding کېدل نو فورمولا نیمائي د اوبو پذریعــه اوبلــن او (دوه ورځو) لپاره تغذی او وروسته دسن مطابق عادي شیدې ورته تیار او ورکړل شي.

- د ORT ګټې 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 اســتعمال لري.

4- ORT دداخل وریدي تداوي په نسبت کم مصرف او طبي وســایلو تعقــیم او استعمال ته لکه ستنه، تیوب، سرینج او وریدي محلولو ته) ضرورت نــه احســاس 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 اشتهائي خرابېږي اما برعکس په ORT کې ډېر ژر ښېرته راګرځي.

7- په ORT کې د موضعي او عمومي انتاناتو خطر کوم چې د ســامان الاتــو 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.

High rate purging -2 : په اسهال او دیهایدریشن اخته هغه ناروغان چې په یو ساعت کې له 15ml/kg/h څخه زیات او بلن غایطه مــواد اطــراح کــوي 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 هغــه پیښو کې چې ناروغ د څښلو 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 ښېرته ګرزون یا ناروغ د څښلو 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 پــه دې صورت کې لا زم دی چې د NGT پواسطه (غیر له هغه ناروغــانو چــې د CNS انحطاط لري) ORS تطبیق شي همدارنګه باید یادونه وشــي چــې کــه 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 خرابوالې: ځینې ناروغانو کې امکان لري د ګلوکـوز 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 چټکې 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 تطبیـق شي د یادونې وړده چې I lleus د Hypokalemia او یا د معائې حرکاتو ضـد 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 (غلظـت یـا رقاقت ئې زیات) تهیه او یا په نامناسب توګه (لږ مقداریا په زیات سـرعت) تجـویز شي. ORT نتیجه نه ورکوي او دکانګې د مینځه راتلواود Purging د زیاتېـدو سبب ګرځي نو لازمه ده چې د تهیه کولو او داستعمال طریقه، میندوته ښه وښودل شي او یا داچې مؤظف داکتر د څو ساعتو لپاره د ORS د تجـویز څخـه څارنـه وکړي د ORT failure حالاتو په نظر کې نیولو سره هغه ناروغان چې په شـدید دیهایدریشن او Hypovolemic shock اخته وي داخل وریدي مایعـات لکـه Ringer's Lactate او یا Normal saline (100ml/kg/6h) چـې پـه جدول کې د عمرمطابق ترتیب شوي ورکړل شي. باید یادونه وشي چـې د شـدید دیهایدریشن ناروغان ډېر زیات ستړي وي(د چښلو توان نلري) همدارنګه Coma, Stupor، او یا غیر قابل کنترول کانګې لري نو لزوماً مایعات د ورید لـه لیـارې

(c) ketabton.com: The Digital Library

تطبیقېـــــږي چـــې پـــه (دريم) لمبـــر جـــدول کـــې خلاصـــه شـــويدي.

(دويم لمبر جدول)

ورو‌ســــــــــــته 70ml/kg	په شروع کې 30ml/kg	عمر
5 ساعته	*يوساعت	له 12 مياشتو کم عمر ماشوم
2,5 ساعته	*نيم ساعت	لــــــه 12مياشـــــــتوڅخه زيات($>12m^o$)

*که چېرې کعبري نبض ډېر ضعيف او يا د جس وړ نه وي يو ځل دې بيا تکــرار شي.

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

- کـــه چېـــرې د IV د تطبیـــق امکانـــات موجـــود نـــه وُد ORS محلـــول 120ml/kg/6h د NGT له لیارې تطبیق شي البته مقدار، وخـــت، او دتطبیـــق سرعت په نظر کې ونیول شي ترڅو د کېډېې پړسوب څخه مخنیـــوی وشـــي انتـــي بيوتيکونه سره له دې چې د ناروغي مـــوده لنـــډه، داســـهال حجـــم کمـــوي او د Vibriocholera اطراح زياتوي ددرملنې په دوهم قدم کې ځای ورکړل شويدي. (SMX د 50mg/kg/BW اوTrimethoprim د10mg/kg)Septran له قراره په دوه کسري دوزو ددرې ورځو لپاره ورکول کېږي ځـــنې نشـــرئې 2-5 ورځو پورې توصيه کوي د تتراسکلين مقابل کې مقاوم پيښنو راپور ورکړل شـــويدی چې پدې صورت کې د Ciprofloxacins څخه دضرورت په وخت کې استفاده کيـــــداى شـــــــي) لـــــــه نـــــــورو درملـــــــو لکـــــــه Erythromycin‘Furazolidon,Chloramphenicol څخه هم اســـتفاده

(c) ketabton.com: The Digital Library

کولی شو د اسهال ضد، سپزم ضد مرکباتو او قلبي مقویــاتو، ســتیروید، د ویــنې 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 بایــد تغذی شي باید یادونه وشي چې د کولمــو لپــاره اســتراحت ورکــول هېــڅ ډول فیزیولوژیک اساس نلري او هر څومره ژر چې امکانات ولري کولمې باید خپله دنــده 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 عمــده او بــا ارزښــت موضوع دمور شیدو پواسطه د نوي زېږیدلي ماشومانو د تغذي مــودې زیــاتول یــا اوږدول دي.(Prolong Breast feeding).

د پاکواو صحي اوبواو مصئون غذایي موادو څخه استفادهٔ په بنه توګه دکثافــاتو 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 کــوی همدارنګــه د شري Immunization د مخنیوی (prevention) له نطره خاص ارزښت لري. د استفادې وړ واکسین چې دوژل شوي اورګانیزمو څخه تهیه او په دوه ابتدائي دوزو تطبیق او هر شپږ میاشتی وروسته بوستر دوز تطبیق کیږي .چې تقریباً 50% پیښــو کې واکسین د تطبیق نه وروسته تر درې میاشتو موثٔر واقــع شــوي دي او کــوم واکسین چې په امریکا کې فعلاً موجود دي وقایوی تاثیر ئې 3-6 میاشتي دوام کوي.

- د نــوی واکســین دتهیــه کولــو پروســه کــې پــر مختګونــه روان دي

Chemoprophylaxis په هغو اشخاصوکې چي د ناروغ سره مستقیم اړیکــې

(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 (3-4 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 کافیدي د کار دآسانتیا له خــاطره Doxycycline 300mg غټانو او 6mg/kg له 15 کلنی ښکته عمر کې په یو واحد مقدار نسبت تتراسکلین ته ترجیح ورکوله کیږي امــا پــه ماشــومانو کـــې د تتراسیکلین په عیوض

Co-Trimoxazole په معمول مقدار ورکول کېږي او د یــادونې 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 غیر هوازي (anaerobic) ګرام مثبت انتان دی مینځ ته راځي.

- انتان یو ډول Exotoxine د Neurotoxin په نوم افرازوي چې په غیر معاف او نا تام معافیت لرونکی اشخاصوکې د ناروغۍ سبب کیږي همدارنګه دا ناروغۍ د اورګانیزم سپور لرونکی خاورو پذریعه د زخمونودککړیدو له کبله مینځ ته راځي چې زیاتره دحیواناتو په فضله موادوکې موجود وي.

- انتان په زخم کې وده کوي او Toxine ئې د Axone پواسطه عصبی مرکزی سیستم ته انتقال او ددماغ Ganglioside برخې ته رسیږي. اوپدې ترتیب 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 همدارنګه په نوزادانو کې د نامه د زخم له لیاری انتان عضویت ته داخلیږي چې په کال کې تقریباً 500,000 تنه دتیتانوس له کبله تږوله نړۍ کې مړه کیږي . د نړیوال روغتیائې سازمان د احصائې له مخې یو فیصد خلک په مخ پروده هیوادو کې دتیتانوس له کبله مړه کیږي .

***Etiology*:** د ناروغۍ عامل نری، اوږد، متحرک ګرام مثبت، anaerobic باسیل دی چې کله په سپور بدلیږی رنګ نه اخلی او د ډول ډکی پشان معلومیږی سپورئې د حرارت او معمول انتی سپتیک مقابل کې مقاوم او د ډیر وخت لپاره ژوندی پاته کیږی چې زیاتره د سرک په خاورو او د آس، غویانو، پسونو، سپیانو،خرس، موږک ،مرغیو او پیشوګانو په فاضله موادو کې ژوندی پاته کیږي

(c) ketabton.com: The Digital Library

ناروغی زیاتره په دهقانانو کې لیدل کیږي او هم په منـــتن Herion کــې 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 داخلېږي 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 نیــورون کــې 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 توله 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 کولې شو. پدې معنی چې تتانوس یـــوه

(c) ketabton.com: The Digital Library

نـــاروغی د ٥ چـــې د Aseptic شـــرایطو او Active Immunization پـــه حاصلولو مخنیوی کیدای شي.

معافیت: که چیری 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 مورنی 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 کولي شودانتي توکسین دغه محافظوي تـــاثیر دبوستر دوز پواسطه ئې دوامداره کړو. هغه ځوک 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 پوری ده اما لنډه موده ئې 1-3 ورځی 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 دغاړی عضلاتو ځخه عبارت دي یعني دا چې دناروغۍ په لومړیو 24-48 ساعتو کې ذکر شوي ناحې اخته کیږي وروسته افـــت کـــولی شـــي چـــې د تنـــی (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 نامــه یادیــږي (... نمبر)او د ناروغ ګیــډه دلرګــي پشــان کلکیــږي همدارنګــه دردناکــه Paroxysmal سپزم څو ثانئې او یا دقیقې دوام کوي.او همدارنګه په ناروغ کــې Spasm د لیدو ، تماس، غوږ نیولو یا اوریدواو تکان ورکولو پواسطه تنبه کیــدای 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 نــاروغ ســپزم لــري. د حنجــرې عضلاتواو تنفسي عضــلاتو پــه شــزن او قصــباتو کــې د افرازاتــو ټولیــدو او دrespiratory distress سندروم سبب کیږي چې وروسته کیــدای شــي پــه Coma،Hypoxia یا مړینه منجرشي. د مثانی عضلاتو اخته کیدل دمیتازو بندیدو (احتباس) سبب کیږي همدارنګه د سمپاتیک اعصابو اخته کیدل د وینې فشار تــه تغیر ورکوي ناروغــان Tachycardia ، د محیطــی او عیــئ تقــبض، قلبــی Arrhythmia، زیاتـــــــه خولـــــــه (Sweat)، Hypercapnea ، د Catecholamine د اطراح زیاتوالي پــه میتــازو کــې او پــه مــوُخر توګــه Hypotension ورته پیدا کیــږي د بلعــوم د عضــلاتو Spasm لــه کبلــه Dysphagia هم په ناروغانوکې مینځ ته راځي.

- په نوی زیږیدلي، ماشومانو کې لومړی علامه د تخرشــیت او poorsucking تشکیلوي شعوری حالت ئې ښه اما لږه تبه موجوده اویا هیڅ موجوده نــه وي هغــه ناروغان چې شفامومي تبه نلری د څو اونیو وروسته د سپزم حملاتو شمیر او شــدت کمیږی په عمومي توګه تر ټولو وروستی علامه چې له منځه ځــي 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* معاينه : د CSF معاینه نورمال اما استثناً فشار ئې لږ لوړ، موجـــود وي. ECG او EEG موٌقتاً 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، زیاتـــه ژړا او وروســـته د Lockjaw تشکل او Poorsucking څخه عبارت دي همدارنګه د بلع کولـــو ستونځي هم را مینځ ته کیږي . Trismus په مختلفو درجو موجود وي Spasm کیدای شي د تنبه او غیر له تنبه څخه تولیـــد اوعمیـــق عکســـات شـــدت مـــومي 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 صـــدا 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 هغـــه 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 شـــین کیـــږي او پـــه

(c) ketabton.com: The Digital Library

تجریدولوئي تشخیص تکمیلېږي 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 تنفسی لیاره کې افرازات راټولیږی. چې په Atelectasis, Pnumonia او Asphyxic Spasm باعث ګرځي همدارنګه د بستر زخم د ستون فقرات کسر (د سپزم له کبله) د ژبې څیری لیدل، Sepsis ، سؤ تغذي د ناروغی په اختلاطاتوکې شامل وي چي 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 چیری 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 کلنۍ پورته عمر کې 70% ښودل شویده اماپه 10-20کلنۍ 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 ورځي ښودل شویده اما د ارزښت وړ موضوع داده چې د Trismus او دعمومي حملو د پیداکیدو تر مینځ زماني فاصله څومره ده که چیری 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 چیری 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 پکې 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 ډیر 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 ډیر 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 عضلي سپزم کنترول 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 کلُي توګه آرامه اود امکـان ترحـده د مختلفـو تنبهاتومخنیوی وشي. د عضلي سپزم عمده تداوي ددرمـل پواسـطه اجراکیـږي ترڅوعضلي سپزم کنترول شي. او په قشری مراکزو باندې انحطاطي تاثیر نه لـري. Diazepam 0.6-1.2mg/kg/day په شپږو کسری دوزو توصیه کیږي اماپـه نوی زیږیدلي ماشومانو کې 2-3 کسری دوز ورکـول کیـږي پـه ځینـو نشـریو کې8mg/kg/day حتی 25mg/kg/day په غټو ماشومانو کې په کسری دوزو (2-3mg) هر دري ساعته وروسته توصیه کوي (خاصتاُ لـه 2-5 کلنـی پـوری) Barbiturates، Chlorpromazine او Paraldehyde هم مفید دي.

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

***Antimicrobial Therapy – 3** -:* Crystalin penicilline یـو میلون هر شپږ ساعته وروسته او پروکائین پنسلین 1.5 میلیون په 24 ساعتوکې 10-14 ورځې تطبیق کیـږي او Metronidazole هـم 500mg/8h مسـاوي موُثریت لري په غټانوکې تتراسیکلین 2gr کافي دي خاصتاً هغه ناروغانو ته چـې 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 لـري او پـدي

(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 لیري 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 کولو 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 ښنتیو 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

ورروسته تطبیق کیږي او ورروسته هــر لســو کــالوکې تطبیــق شــي مګــراوس د DTaP) واکسین څخه چې $6M^0,4M^0,2M^0$ کې د یو بوستر دوز سره چې په 6-4 اویا 10 کلنۍ کې تطبیقیږي او د 10 کالو په فاصله په غټانو کې ورروســته TD تطبیقیږي چې زیاته ترجیح ورکړل شویده همدارنګه د WHO په توصیه TD د نوي زیږیدلي ماشوم په تیتانوس اخته کیدو څخه د جلوګیري په منظور دوه دوزه او په غیر معاف اشخاصو کې د 7 کلنۍ ورروسته یا تر دې لوړسن کې درې دوزه عضــلي 4-6wk) ورروسته دوهم دوز او $6\text{-}12M^0$ ورروسته ددوهم دوز څخــه دریم دوز تطبیق شي. (Nelson. 2000) د جرحې په موجودیت کې بوستر دوز ضــرورى دي چې د یوې اونۍ په موده کې مناسب محافظوی انتی بادی ګاني تولیدوي او پــه هغه صورت کې چې آخري بوستردوز څخه لس کاله تیر شوي وي بوستردوزکفایت کوي که چیرې زخم زیات خراشیدګي یا شړیدلې وي (Crush) او یا ډیرملــوث اومنــتن شــوي وي لکــه د قحــف متعــدد کســور (Tetanus Human Immunoglobulin)TIG د 250 واحدو په انــدازه IM تجــویز کیــږي او ورروسته د هغه سره واکسین هم تطبیق کیږي ذکر شوي عملیه د خطرناکه نــاروغی څخه چې د تفریخ موده ئې لنډه وي مخنیوی کولي شي هغه ناروغان چــې تیتــانوس تیروی معافیت نلری لا زم دي چې فعال واکسین ورته تطبیق شي چې د Tetanus Toxiod څخه تیار شوي وي .

Passive Immunization: هغه اشخاصو ته چي جرحه ولري. او واکسین شوي نه اوسی لزوماً انساني ایمونوګلوبولین ورته تطبیق کیږي چــې 250 واحــد د عضلی له لیارې ورکول کیږي که شدید جروحات موجود وي نو 500 واحد باید تطبیق شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د زخم څارنه یا مراقبت: **زخم تطهیر، نکروتیک انساج هم تطهیر او پانسـمان شي. که چیرې اسـتطباب ولـري Debrid اجراشـي د WHO او Unicef د هدایت مطابق فعال Immunization حاصل کړل شي چې مخکې تـرې یادونـه شوېده.**

(c) ketabton.com: The Digital Library

لسم فصل

د يني حاد ويروسی التهاب (Acute Viral Hepatitis)

تعریف اوعمومیات

Acute Hepatitisد ینی حاد ویروسی التهاب څخه عبارت دي چې شپږ ډوله Hepatotropic ویروسونو A,B,C,D,E,G پواسطه مینځ ته راځي دمالیکولر بیالوژی تازه څېړنو پواسطه تشخیص او ننی عصر کې دا ناروغی په مخ پروده او پر مخ تللی هیوادو کې د عامی روغتیا عمده ستونځی جوړوي یو شمیر نور ویروسونه لکه Herpes Simplex virus ، Cytomegalo(CMV) Virus ، Arbo virus, Epstien Barre Virus ،Varicella ،Adeno Virus ، Rubella Virus ،Enterovirus، او Human Immundeficiency Virus (HIV) او نور د Hepatitis سبب کیدای شي، پدې معنی چې Hepatitis د اړوند ناروغۍ دکلینیکي اعراضو او علایمو یوه برخه جوړوی په متحده ایالاتو کې HAV (Hepatitis A virus) په ماشومانو کې زیاتره (Most Common) پیښې تشکیلوی حال داچې (Hepatitis B virus) HBV تقریباً 1/3 اوHCV (20%) پیښې او Hepatitis D HDV(په لږه اندازه هغه ماشومانوکې چې په HBV اخته وي د ناروغی سبب کیږي د Hepatitis سببی ویروسو څخه صرف درې ډوله ئې په مفصل توګه 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 کړی 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 روغتيا عمده ستونځه جوړوي لکه څنګــه چــې د امريکې په متحده ايالاتو کې د کال Hepatitis 70,000 پيښو راپور ورکول کيږي.

Etiology: HAV دکال 1960 څخه مخکې کشــف او RNA Virus دي چې 27nm قطر لري او Picorna Virus فاميــل پــورى اړه لــري د نــاروغ اشخاصو دغايطه موادو څخه تجريد شوي د تودوخې په $56c^o$ کې د 30 دقيقو لپاره ژوندى پاته کيداى شي اما $98c^o$ کې په يوه دقيقه کې له مينځه ځي د تودوخي په -) $(-70\ c^o)(18\ c^o$ کې مرضى فعاليت ئې څو کاله محفوظ پاته کيداى شي د نور او کلورين مقابل کې ډير مقاومت لري .

اپيډيمولوژي: HAV په ټوله نړى کې شيوع لري اما په مخ پــروده هيــوادو کــې تقريباً 100% له پنځه کلنۍ کم عمر ماشومانو کې ليدل شويدى. د امريکــى پــه متحده ايالاتو کې 30%-40% غټان اخته کوي. چې زياتره عرضى سير لري. اما تر پنځه کلنۍ ښکته عمر ماشومانو کې غير عرضى خفيف او يا د غير وصفى تظاهراتو سره سير کوي. په پرمخ تللى هيوادو کې ماشومان د 10-20 کلنى پــورى يــواځې 20% په HAV اخته دي د ناروغى عامل دخولي او زرقياتو له لياري بدن ته داخل او Hepatitis مينځ ته راوړي د ناروغى تفريخ موده 15-45 ورځو (اوسط ډول 30 ورځې) پوري دي. د انتان سرايت هميشه منتن شخص څخه وبل شــخص تــه صورت مومي او په چاپيريال کې Fecal-oral انتشار لري. تحت الجلدى سرايت ئې ډير کم او د مور څخه نوى زيږيدلى ماشوم ته د زيږيــدني پــه وخــت کــې او همدارنګه د HAV سرايت د ميتيازودخولي افرازات اومنــى(Semen) پذريعــه تراوسه توضيح شوي ندي. د شيوع د منابع ئې غــذائې مــواد (Food Born) او دچښلو اوبه (Water Born) تشکيلوى او په ځينى نشريو کې ليکل شوي. چې د جنسى مقاربت له ليارى هم انتقال کوي. بايد يادونه وشي چې د ناروغى عامــل د تفريخ دورى د پيل او د ناروغى له پيل څخه يوه انۍ ورروسته د غايطه موادوڅخــه

(c) ketabton.com: The Digital Library

تجرید کیدای شي اما دویني په دوران کې تریوی لنډی مودي پــوری موجــود او د ژیړی د تاسس سره همزمان له ویني څخه له مینځه ځي. دا ناروغي خراب محیطــي او فردی حفظ الصحی لکه (عسکری قشله، لیلیه او دارالایتام) کې زیــات لیــدل کیږي او د موسم پوری ارتباط نلري (ډکال په هر وخت کې میــنځ تــه راتــلای شي).باید یادونه وشي چي د خلکو صحی او اقتصادی حالت په ښه والی د نــاروغي پیښې کمیږي. د ناروغي 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 مــور څخه اخلی د ژوندانه په لومړیو میاشتوکې په اخته ماشومانوکې خفیف ســیر کــوی امیدواره میندی که په HAV اخته وي په ولادي توګه ماشوم په ناروغي نــه اختــه 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 تفــــــریخ 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 (دپلاســــتاله 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 نــاحیٔی حجرات په نکروز مواجه کیږي اوCellularity افزایش زیاتره په portalzone

(c) ketabton.com: The Digital Library

کې لیدل کیږي سره لدې چې فصی ساختمانونه ســالم بــاقی پــاتې کیــږي امــا د پرانشیمائې حجراتو استحاله او نکروز په پیل کې مینځ ته راځي شحمی تغیرات کم او التهابی عکس العمل د Mononuclear حجراتو دبابی طرق د توسع سبب کیږي د صفراوي قناتو Proliferation معمولاً لیدل کیږي اما تخریب نه مشاهده کیږي . د Kupffer حجراتو منتشر هایپر پلازیا د Sinosoid په امتداد د پولي موروفونو کلیر لوکوسیت او ایزونو فیل ارتشاح موجود وي په نوی زیږیدلی ماشومانو کــې د کبدی افت مقابل کې د Giantcell په جوړیدو ښکاره کیږي .Fulminant.H کې د حجابی منظم نسج پرته، ټول پرانشیمائې حجرات تخریب کیږي کیدای شــي دHAV له کبله ماؤف شوی حجرات ددرې میاشتو په موده کې دمورفولوژی لــه نظره دوباره نورمال حالت ته راوګرځي. د هــډوکو مغــز پــه متوســط درجــه Hypoplastic او Aplastic Anemia هم راپور ورکړی شویدی. د دورانــی Immuncomplex له کبله دپښتورګو بندونو او پوټکی اخته کیدو راپــور هــم ورکړی شویدی د یادونی وړده چې دهستولوژیک منظری له نظره حــاد ویروســی هیپاتییت D.C.B.A ، E او G ویروس له کبله دتفریق وړندي اما د کبد وصــفی بیوپسی شواهد د التهابی فصیصو نکروز، ساختمانی نکروز شــواهدد پرانشــیمائې عناصرو صفراوي قناتو تکثر، د کبدی حجراتو استحاله د Kupffer حجراتو تکثر و د مونو نوکلیر حجراتو ارتشاح، صفراوی قناتو تکثر، په Centrelobular ناحیه کې د افت تمرکز دحجراتو اذیمــا، د Reticulum الیــافو تکــاثف، دceroids صباغاتو تجمع او دفګوسائتیک حجراتو غټوالی (په پیل کې فیصصی ورروسته طــرق بابی) موجودوي همدارنګه د یاودنی وړده چې تام شفا د هیپاتیت د ټولــو انواعــو معمول سیردي چې 2-3 میاشتو په موده کې مینځ ته راځي. اما ځینــی وخــت پــه - Chronic Active- Hepatitis او Chronic persistent Hep منجــر

(c) ketabton.com: The Digital Library

کیږي . همدارنګه ځیني 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 لیـــاری 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 میـــنځ تـــه راځـــی چـــې د Transaminase د انـــدازی پـــه تعینولـــو لکـــه(Serumglutamic oxalacetic Transaminase (SGOT) او (Serumglutamic pyurovic Transaminase)SGPT زیـــاتوالی اود حجروی افت نوعیت ارزیابی کیدای شي باید وویل شـــي چـــې SGPT نســبت SGOT ته د کبدی حجراتو دافت په ارزیابی کې ډیر ارزښـــت لـــری همدارنګــه SGOT دسرو کرویاتو په افت، اسکلیتی، عضلی حجرات او قلبی عضله کې هـــم لوړیږی چې لازم دي په پام کې ونیول شي پـــه Fulminant Hepatitis کـــې دکبدی حجراتو تخریب له کبله د کبدی انزایمو سویه ټیټیږي چي باید په نظـــر کـــې 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 کي زیات واقع کیږي . په عمومي توګه د ناروغی په لمړی دوو اونیوکې Leukopenia موجود دي.

- *کلینیکی بڼه* :- ناروغی معمولاً په فوق الحاد شکل پیل او په 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 اکثر شیدی 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 یرقان واضح نه وي تنهاد لابراتواري معایناتو پواسطه ممکن تشخیص شي همدارنګه باید 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 معمول Systemic اعراض مینځ ته راځي د ماشومانو بر خلاف اکثر انتانات د HAV په غټانو کې شدید او Symptomatic وي چې اعراض او علایمو کې ښې (دښې Hypochonder درد) او توربخن متیازی او یرقان شامل دي او که له یوی میاشتی لږ دوام کوي اود ناروغ اشتها تمریناتو تحمل او دښه والي احساس په تدریجی توګه اعاده کیږي . د HAV اخته ناروغان تقریبا په تام ډول شفا مومي اما نکس کوونکیسیرئې امکان لري دځومیاشتودننه واقع شي 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 موجـــوده نـــه وي امـــا د موجودیت په صورت کې په همدي صفحه کې تبه منځ ته راځي چي کیـــدای شـــي ګذري وي تبه خاصتاً په کوچنیو ماشومانو کې لیـــدل کیـــږي امـــا پـــه غټـــانو 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، بـــی اشتهائي، د ړزه بدوالی، کانګی، بطنی دردونو سره یو ځاي وي کبـــد ضـــخاموی (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 متیـــازو رنـــګ پـــه توریـــدو (Biluria) معمولاً په یرقانی صفحه کې پیل اویرقان مینځ ته راځـــی پـــه ځوانـــو 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 ابتـــدائي اعراضو لکه (بی اشتهائي، د زړه بدوالی، کانګی، بطنی دردونو دشدت سره یو ځاي وي Mentaldepression ، خارښت او Bradycardia په غټانو کې معمـــول اما په ماشومانو کې غیر معمول دي. دغایطه مواد Clay colour چې یـــوه کـــم 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 هفتـــی دوام کوی د ناروغی مخبروی اعراض د یرقان د پیداکیدو په وخت کې له مینځـــه ځـــی 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 نســـبت ماشومانو ته زیات معمول دي.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

لزوماً باید په نظر کې ونیول شي په عمومي توګه د ناروغی تشخیص داپیدیمو لوژیک تاریخچې، کلینکی بڼې، لابراتواري کتنواو سیرولوژیک تستونو پواسطه وضع کیږي او د بیوپسی اجرا ته ډیر کم ضرورت پیدا کیږي . د مزدوج بیلروبین اوغــیر مــزدوج بیلروبین سویه (Hyperbilirubinemia) حتی د یرقان په عدم موجودیت کــې لوړ ښئ. او امکان لري تر یوې میاشتی پورې دوام وکړی چې پــه ماشــومانو کــې زودګذر او غټانو کې دوامداره باقې پاتې کیږي . د Transaminase سویه پــه HAV کې اعظمی حد ته رسیږی (تر 1000unit پورې) اونسبت HBV تــه په چټکی سره بیر ته ښکته کیږي په عمومي توګه دسیروم پــروتین نورمــال امــا د Gamma globuline په سویه کې زیاتوالي د%2.5gr< ښودل شویدی. چې د نــاروغی پــه خرابــو انــذارودلالت کــوي. Hypoalbuminemia او Hypoglycemia د prothrombin Time اوږدیدل هــم یــو لــه مهمــو لابراتواری کتنو څخه شمیرل کیږي . چې د انذارو په خرابی دلالت کوي. او هــم ناروغ په Hospitalization محکوموي. همدارنګه د Urobilinogen ســویه هم لوړه وي د وینې په روتین معایناتو کې دلوکوسیت شمیره نورمــال یاښکتــه وي Lymphocytosis او Atypical Lymphocytes امکان لری د نــاروغی لومړیو دوو هفتو په پیل کې موجود وي Sed.rate هم لوړیږی او په وینــه کــې دAlkalin phosphatases (115-345iu/l) نورمـــــــــــــال او Gammaglutamyl Transpeptidase نورمـــــــــــــال جبــل ســـروی (193 u/L , اوسط 13-24 u/L) او 5-Nucleotidase ســویه لوړیږي چې د صفراوی لیاري په انسداد دلالت کوي اما په سببی تفریقی تشــخیص کې مرسته نه کوی.HAV دوه اونی مخکې اویوه اونۍ 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 ځاي 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 پیښنو کې اما په اختلاطی پیښنو کې ممکن لوړ وی	(1-2%) په غیر اختلاطی پیښنو کې مګر په اختلاطی پیښنیوکې 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 مخکـــی: د. Infectious mononucleosis, Influenzae ، Gastro – Enteritis ، Acute -appendi citis او د Dengue fever نړی په ځینی سیمو کې د ملاریااو سره تفریقی تشخیص وشي.

(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 ناروغ 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 تــر ټولــو لومــړی د Hepatitis A (کــه Anti HAV IgM هــم منفــی وي) اوHepatitis B (که HBS Ag او Anti HBc IgM هــم منفــی وي) ناروغی باید رد شي. سیرولوژیک تستونه د HCV تشخیص لپاره وجود نلری

8- Extra Hepatic obstructive jaundace : د تیــږو او نیــوپلازم واقعات په ماشومانو کې کم واقع کیږي په شیدی خوړونکو کې د صــفراوی 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 تــه راځي او د تاریخچې د اخیستو نه غیر په تفریقي تشخیص کې ستونځی رامیــنځ تــه کیږي .

10 – Drug associated jaundice : هغه هیپاتیت چې منشائې درمــل وي او امکان لري دکلینکی ، بیوشیمکی او مورفولوژیک له نظره د ویروســی هیپاتیــت 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 وخــت مینځ ته راځي چې د بیلروبین تــدریجی او دaminotransaminases زیــاتوالی ســره یــو ځــای وي د بیلــروبین ســویه 20mg% تــه رســیږی همدارنګــه Edema,bleeding، Encephalopathy او Ascites ورســــــــره وي.Transaminase په زرهاو، واحدو پورته ځی اووروسته نورمال ســرحد تــه ښکته کیږي . د امونیا سویه په وینه کې لوړه او دځیګر په بیوپسی کــې 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 سـره وي اما په دقیق استجواب سره غالباً ناروغي د یوې بــې اشــتهائي ، دزړه بــدوالی، کانګي، دوزن بایلل دځو اونیو راهیسې 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 څواونۍ وروسته میــنځ ته راځي چې د ناروغۍ انذار فوق العاده خراب دي.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنیوی *(Prevention)*: فعال - منفعل معافیت د ستندرد ایمونو گلوبــولین پــه 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 اشخاصــو تــه کــه 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 کــوي 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 لــه ځاي څخه تجرید شی.

Vaccine :- د HAv واکسین د 2 کلنۍ یا تر دي پورته سن کې پــه دوه دوزه عضلی تطبیق کیږي. د اول دوز د تطبیق نه 6-12 میاشتی وروسته دویم دوز تطبیــق 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 اشخاصــــوچې د HAV انتان اندیمیک سیمی ته سفر کوی او یا په کار بوخت وي. همدارنګه :

(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، مؤثریت او د مخنیوی وخت مطابق (زمان وقایه) ډیر مفید دی. د IG هغه اشخاصو لپاره چې د HAV اندیمیک سیمی ته سفر کوی ضروری دي. د دوه کلنۍ او تر هغې 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 دکورنۍ تماس لرونکی اشخاص د ناروغی د شیوع په وخت کې.

(4) شیوع په مکاتبو او مؤسساتو کي. د IG استعمال دوه اونۍ 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 ډیر 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 کيږي اما سیروز مینځ ته نه راځي د Aplastic Anemia ډیـــری لـــږی پیښي 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 نشـــریو کې (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 انتي 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 همدارنګه 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 دخولي لعـــاب کـــې موجود وي همدارنګه 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 اکثــراً د تصادفی منتن وخذو پذریعه انتان اخلــی ناروغـــان او هغـــه پرســـونل چـــي پـــه Renaldialysis ، جدی مراقبت (خـــارنی) ، oncology وارد، او دوینـــی معایناتو 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 شرایطو 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 زیات 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 دیو 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.

کلینکی 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 ځینی وخـــت د Macular ، Urticarial، Purpuric rash او Arthritis یو Complex د ژیړی دپیداکیدو نه مخکې په ناروغانو کې موجود وي چې مخبروي علایم ګډل 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 بیوپسي ځینـــي وخـــت د HAV اوHBV انتان په تفریقي تشخیص کې مرسته کوی.

تشخیص : د ناروغی تشخیص دکلینیکی تظاهراتو، لابراتواری معایناتو، د جنسـی تماس تاریخچه د زرقیاتو اخستل اوفامیلی تماس او همدارنګه سیرولوژیک شـــواهدو HBS Ag,HBe Ag,Anti HBc IgM پذریعه صورت مومي چې د اعراضو په شروع کېدو سویه ئې لوړېږي او څو میاشتې دوام کـــوي Anti ,HBc Ag IgM د HBV حاد انتان لپاره غوره سیرولوژیک معاینه ده ځکه چـــې مخکـــې د HBs Ag څخه موجود او دوام له نظره د HBs Ag له مینځه تللو څخه وروسته موجود وي یواځې Anti ,HBc, Ag په هغـــه افـــرادو کـــې چـــې 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 تاریخچـــه HBV د HAV څخه تفریق کوی اود HCV سره د سیرولوژیک معایناتو پواسطه تفریقـــی تشخیص اجرا کیږي همدارنګه د Auto Immune Hepatitis او Wilsons Disease ســـره هـــم تفریقـــی تشـــخیص کیـــږي . همدارنګـــه Hepatitis (NA.NB,NC)دهیپاتیت باالخاصه تایپو(B,A او C) سیرولوژیک مشخصـــاتو پواسطه تفریق کیږي.

مخنیوی (Prevention) :- په ټولنه کې د HBV پیبنو د Donors د وینـــی معایناتو، دامیدوارو میندو، د وینی معایناتو ، معقم ستنو استعمالولو دجراحی معقـــم سامان لوازم دجنسی مقاربتوڅخه ډډه کولو (خاصتاً ناقلینو سره) په کور کې دتماس لرونکو اشخاصو واکسنیشن Sexual partner ، طبی پرسونل او نورهغه څـــوک 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 نـــاروغ

(c) ketabton.com: The Digital Library

سره د تماس نه مخکی دمخنیوی په منظور ډېر 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 و 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، $6\ M^o, 1M^o$ یا تولد وخت، $6\ M^o, 2\ M^o$ یا 6 $M^o, 2\ M^o$ یا $6\ M^o., 4\ M^o, 2\ M^o$) 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 vaccine HBV او HBIG استطباب او دوزاژ: (اووم لمبر جدول)

Groups	Vaccine		Scheduale	HBIG	
	RecombivaxHB (microgr)	Engerix B (microgr)		Dose/ml	Schedule
Neonates					
د HBs Ag(+) میندو ځخه متولد ماشوم	1ml(10milgr) 5 (0.5ml)	1ml(20milgr) 10 (0.5ml)	Birth,1,6M°	0.5	دزیږیدنی لومړیو 12 ساعتو کې
د HBs Ag(-) میندو ځخه پیداشوی شیدی خوړونکی ماشوم	5 (0.5ml)	10 (0.5ml)	0.1,2,6-18M°	None	-
Children and adolescent (11-19 y)	5	10 (0.5ml)	0,1 and 6M°	None	-
contact with acute HBv Intimate (صمیمی‌تماس) 0-19 Y old	5	10 (0.5ml)	Exposure 1oand 6M⁰	0.06/kg	دتماس وخت کې
> 19Y old	10	20 (1ml)	= 1and 6M°	0.06/kg	دتماس وخت کې
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°	none	-
> 19Y old	10	20	Exp, 1and 6M°	none	-
Casual (تصادفی)	none	None	-	none	-
Immune suppresed or Hemodialysis patients	40	40	Exp 1and 6M°	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 ځخه 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 کــې د HBv اخته شخص سره په تماس کې وی چې پدې مواردوکې د HBIG څخه اســتفاده 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 کــې د HBs Ag+ او HBe Ag+ وي. یــو مشـــترک رژیم د HBIG یــو 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 څــو 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 مواجــه کېــدو 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 وروســتیو 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 کــې چــې 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 زیږیدلې ماشومان چــې د (-)HBc Ag او (+)HBs Ag مینــدو څخــه

(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 زېږیدلی 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 دموٌفقانه او غیر موٌفقانه درملنی څخه اګاهی حاصل کړو. که چېرې HBs Ag د لیدلو وړنه وٌ او Anti HBs موجود وٌ 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 Vaccinationد 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 دHBv 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) $Alfainterferon2b\ 5\text{-}6\ Million\ unit/M^2$ 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 عرضی ناقلین ښه ځواب نه ورکوی اما ځوان ماشومان ښه ځواب ورکوی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

پــــه Hepatitis Acutefulminant کـــې د کبـــد (ځیګـــر Transplantation موفقانه تر ســره شــوی دي امــا د هغــی پــه تعقیــب Reinfection معمول دي. چې په دې صورت کـــېTransplantation پــه تعقیب پرله پسی شیوع (واقع کیدنه) د HBIG په دوامداره درملنه کمیږي.

انـــذار: د ناروغـــی انـــذار ښـــه دي مګـــر 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% پیښو 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 پیښو 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 الدم0.01%/unit 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 ډیر کم دی اما Perinatal دوره کې د سرایت راپور توضیح ولی پیښې ئې لږ دی.په غربي

(c) ketabton.com: The Digital Library

ممالكو کې HCV ډېرکم د Fulminant Hepatitis سبب کېدای شي اما نور سيرو تايپونه ئې په اسيايي ممالكو کې ليدل شويدي.

اپيديمولوژيکي فکتورونه: د Anti HCV د تعين لپاره سيرولوژيک معايناتو امکانات او همدارنګه اپيديمولوژيکي Parenteral سرايت او د HCV سپورادیک انتان چې ددې ټولو د تعين ښکارندوی دی د اهميت وړدی . ناروغي په ټوله نړی کې شيوع لري (تقريباً 100Milion د HCV ناقلين په ټوله نړۍ کې موجود دي) په امريکا کې تقريباً 20%-40 د حاد Hepatitis ټولې پيښې HCV تشکيلوي او ارزيابی شويده چې تقريباً څلور ميلونه امريکائې په HCv اخته دي او همدارنګه نقل الدم ته اړ اشخاص، وريدي درمل اخستونکی ناروغان، او هغه چې Hemoialysis کېږي او يا صحي کارکنان چې د وينې سره سروکار لري د HCV کسبي انتان اخستو د خطر سره مخامخ دی. تقريباً 85% منتن افراد حتی د ځيګر ناروغۍ بيوشيميکی شواهدو په عدم موجوديت کې هم دوامداره پاتې کيږي.

کلينيکي بڼه: يوائينی Hepatato tropic انتان چې ډير ژر مزمن کيدو ته تمايل لري د HCv څخه عبارت دی. د تفريخ موده (7-9wk) او range ئې 2-24) (wks دی. ناروغی تدريجي پيل کوي د ماشومتوب دورې زياتې پيښې د مزمن Hepatitis د تأسس سره سره اعراض نلري اما مخبروي وصفي اعراض چې ريزش او زيړی ته ورته وي له 25% پيښو څخه کم ليدل کيږي د طحال او ځيګر غټوالی، دمزمن هيپاتيت د شواهدو څخه ګڼل کيږي. حبن Clubbing، ورغوو سوروالی او Spiderangioma د کبدي cirrhosis خواته د ناروغی د پيشرفت ښکارندوی او دلالت کوی چې په 20-30 کلنۍ کې 25% پيښو کې سيروز عدم کفايه او Carcinoma مينځ ته راځی. د HCv ځنډنی انتان د شعريوی vasculitis سره Membrano proliferative, Glomerulonephritis, يو ځای 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 ناروغــی تشــخیص د ELISA دویم Generation او د Anti HCV پواسطه اجرا کیږي.

تفریقي تشــخیص: Hepatitis HCV د NB,NC,non,A/HBV,HAV هیپاتیت سره د سیرولوژیک تستو پواسطه تفریقي تشخیص کولی شو. مګر په ځینو پیښو کې باید د Livercirrhosis نور اسباب پــه نظــر کـــې ونیـــول شـــي. Chronic یـا $Alfa_1$antiTrypsin deficiency, wilson disease 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 ځینې 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. چــې 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 شي.

*د ناروغی مخنیوي (**prevention**):* تر اوسه داسی واکسین ندی تهیه شـوي چې HCV کنترول کړی او IG هم مفید نه تماميږي.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 غاښو برسونه او د ږیرې 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 80% HCV پیښې مزمن کیدو. 20% د کبدي سیروز د جوړېدو خواته پیشرفت مومي همدارنګــه 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 کتنه : یوه معموله او فوق العاده ساري ناروغی ده چې د Varicellazoster Virus ابتدائي انتان له کبله مینځ ته راځي. د ناروغی له تیرولو وروسته تقریباً همیشه د ټول عمر لپاره معافیت تولیدوي. ویروس په مخفي شکل په حسي Ganglia کې پاته کیږي او 10%-15 کې د Herpes Zoster پشکل تظاهرکوي د ناروغی پیښې په Immunosuppressive ناروغانو کې زیات واقع کیږي په حساس اشخاصو کې د مستقیم تماس، د تنفسي افرازاتو، ویزیکول یا پوستول له لیارې له 95% څخه زیات د ناروغی انتشار صورت مومي. HerpesZoster تقریباً په 1/3 واقعاتو کې ساري دی او 95% ځوانو کاهلانو کې چې ناروغی ئې تیره کړې وي معافیت ورکوي.

Etiology: VZV یو انساني Herpes ویروس دی چې 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 توګه باید وویل شي چې ناروغي فوق العاده ساري او سلیم سیر لري مخبروي دوره لنډه او Polymorph اندفاعات لري(Monomorph په چیچک کې لیدل کیږي) د ناروغی عامل Varicella Zona Virus دی چې د ویرولوژي او سیرولوژي 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 کې لیدل کیږي اما زیاتې پیښې ئې د 10 کلنی څخه ټیټ عمر خاصتاً 5-9 کلنی پورې ډیر

(c) ketabton.com: The Digital Library

ليدل کېږي. په ناروغۍ اخته ماشومان 24 ساعته د اندفاعاتو د پيداکيدونه مخکې ترار چق جوړېدو پورې چې عموماً 6-7 ورځې نيسي ساري وي. په ځينې نشريو کې داسې ذکر شوي چې ناروغۍ معمولاً د 2-8 کلو ترمينځ په متبارز ډول واقع کېږي. اکثر ماشومان چې په حاره او تحت الحاره سيمو کې ژوند کوي د تماس او مواجه کيدو تاريخچه ورسره موجوده نه وي او انسانان د انتان يواځنۍ منبع شميرل کېږي.

پتالوژي: ويروس د تنفسي سيستم د مخاطي غشا له لياري عضويت ته داخلېږي او په ناحيوي لمفاوي انساجو کې تکثرکوي اوهم مؤلفين پدې عقيده دي چې که 5-6 ورځې وروسته د Viremia (حتی تېټه سطح) مينځ ته راشي په نتيجه کې په توري، ځګر او احتمالاً نورو غړو کې هم تکثر کولای شي. او تقريباً 10-12 ورځې وروسته تالي، Viremia مينځ ته راځي چې په دې وخت کې ويروس جلد ته رسېږي انتان دداخلېدو څخه 14 ورځې وروسته اندفاعات مينځ ته راځي Viremia د Zostervirus پواسطه هم راپور ورکړی شويدی. Skin lesion په Varicella کې دMacules پشکل پيل کوی چې اکثر ئې papule او وروسته بياVesiculeپه Pustule او باالاخره د څو ورځو په موده کې په Crust (ارچق) بدلېږي ځينې وخت جلدي افت د Macule او Papule په صفحه کې په شاراګرځي په پيل کې Vesicule په اپيدرم کې چې ځمکه ئې Lucidium او Cornium او سقف ئې د Prickle عميقه حجراتو پواسطه تشکيل شوي وي داپيدرم حجراتو بالوني استحاله د Giantcell څو هستهٔ حجراتو د تشکل په تعقيب چې زياتره د هغې د A حجراتو هستوي تايپ وصفي انکلوژن بادي ليدل کېږي. مينځ ته راځي انکلوژن بادي په اندوتيل حجراتو کې هم موجود وي ويزيکولونه د اوبو د راټوليدو له کبله چې د جلدي شعريو څخه منشأ اخلي او داپيدرم استحالوي حجراتو څخه ډک وي مينځ ته راځي. د آفت په پرمخ تلو سره PMN لوکوسيت د Corium طبقه او ويزيکولي مايع د حملې لاندې نيسي او

(c) ketabton.com: The Digital Library

شفاف رنګ ئې توررنګی کېږي. مؤلفين پــدې عقيــده دي چــې Interferon د ويزيکول په محتوى کې موجود او په نتيجــه کــې د ميزبــان Cell mediated معافيتي عکس العمل د ويروس په مقابل کې مينځ ته راځي. په نورو غړو لکه مــرۍ ځيګر، پانکراس، پښتورګی، حالب مثانه، رحم او ادرينال غدواتوکې د Inclusion Body او Acidophilic موضعي نکــروز، ليــدل کېــږي پــه ســږو کــې 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 مونــو نوکلير زيات حجراتو سره د حجرې په دننه کې تشکل، د عصبي مرکزي سيســتم 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 مــوده 14-21 ورځو پورې ذکر شويده ناروغۍ د شري د واقعاتو برخلاف د Infancy په مرحلــه کې ليدل کېږي داخل رحمي انتان ئې د Varicella neonatarum سبب کېږي چې تر 20% مړينه لري د ولادت وروسته انتانات د کلاســيک 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 بيــا هــم مجربو مشاهده کوونکو هم د نورو ناروغيو سره غلط کړيدي.

2- مخبروي دوره: 1-3 ورځو پوري وي ناروغ تبه ، او تنفسي اعراض خاصتاً پــه غټو ماشومانو کې امکان لري واقع شي چې په ځنې نشريو کې اعراض او علايم ئــې خفيف دي. تبه د غړو درد، بې اشتهائي ځينې وخت دنس ناسته، د ســتوني درد او ګنګسيت موجود وي. چې په غټو ماشومانو کې نسبت کوچنيو ماشومانو تــه ډېــر

(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 بدلېږي 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 یعنې دتنې ،Trunk او مخ څخه شروع کوي او بدن نورو برخو ته انتشار کوي دا اندفاعات د حجماتو(ټولګی) 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- 10-20 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 Abscess, Cellulitis, Scarletfever 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- نزفي افات: ځینې وخت د Idiopathic disseminated intra Vascular coagulation (Fulminantpurpura) د Auto immune thrombocyto penia له کبله مینځ ته راځي.

5- په Immune Suppress ناروغانو کې په خاص ډول Leukemia Lymphoma او هغه چې په لوړ دوز ستیروئید اخلي امکان لري د ناروغانو ژوند محکوم کړي.

6- ناروغۍ امکان لري د شدید pnumonitis ، Hepatitis او اختلاطي Encephalitis پشکل رامینځ ته شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

7- د Varicella معمول اختلاطـــات عبـــارت دي لـــه Optic Neuritis ,
Orchitis, Transversmyelitis, Myocarditis او Arthritis:

درملنه : A- عمومي اهتمامات: تقويوي اهتمامات پکـــې شـــامل دی همدارنګـــه د نـــاراحتي لپـــاره Maintenance Hydration ، Antipyruretics د خارښـــــت لپـــــاره لکـــــه Acetaminophen‘ Diphenhydramin (Hydroxyzine 0,5mg/kg يا 1,25mg/kg/6h) هرشپږ ساعته وروسته او دنورو حفظ الصحوي عمومي اهتماماتو نيول لکه د نوکانو پريکول د پوستکي پـــاک ساتل او نور، همدارنګه د Staphylocoque ضد موضعي تطبيقاتو ته امکان شته چې ضرورت پيداشي.

B- اختصاصي اهتمامات: سره لدي چې Acyclovir د Herpes Simplex ضد يو فعال مرکب دی د Zoster او Varicella انتاتو لپاره هم ترجيح ورکړل شويدي چې 30mg/kg/d په وريد کې په درې کسري دوز د Infusion پشکل د يوساعت په موده کې توصيه کېږي زرقي درملنه په مقدم توګه په نـــوي زېږيـــدلي ماشومانو Immunsuppressive اخته کسانو کې بايد شروع شي.

Varicella Zoster I.G (V. Zoster Immunoglobuline) دومـــره ارزش نلري د فمي Acyclovir تاثيرات (80mg/kg/d/ 4dose) په نورمـــال Varicella ناروغانو کې تر يوې اندازې مفيد دي په هغه صـــورت کـــې چـــې د ناروغی د شروع څخه 24 ساعته وروسته توصيه شوې وي او هم بايد وويل شـــي چې غير سمي هم دي دوه ويروسي ضد درملنه چې يو څه برتري لري موجـــود دي چې ښه جذبيږي لکه Valvacyclovir او Fannciclovir چې په ماشومانو کې پدې نژدې راتلونکې کې به مطالعه او تطبيق شي. ډير ښه ويروسی ضد درمل په ننی عصر کې چې دvaricella او Herpes Zoster کورس ته تغير ورکـــوی او د پيښو په کمولو کې رول ښودلی دي خاصتاً په HIV اخته ماشومانو کـــې يـــوائينی

(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 (0,5ML)VZV 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.

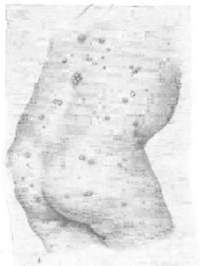
4- امیدواره ښځوکې.

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

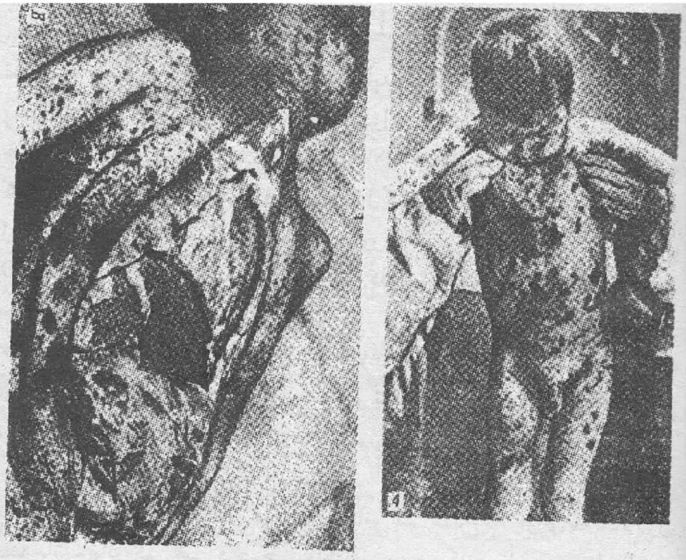
(c) ketabton.com: The Digital Library

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 کوڅکی د ناروغی بڼې



(c) ketabton.com: The Digital Library



دوهم نمبر تصوير د کوڅکيږد نزفي اندفاعاتو ښکارندوي چې د کورتيکو تيراپي
لاندې نيول شوى ماشوم کې ګورئ.

(c) ketabton.com: The Digital Library

دولسم فصل

انفلوینزا (Influenzae)

د تنفسی سیستم اکثر ناروغی د Influenazae Virus پواسطه مینځ ته راځي . همدارنګه د ماشـومتوب دوري Morbidity (اختـه کیـدو) اوMortality (مړینی) عمده سبب تشکیلوي.

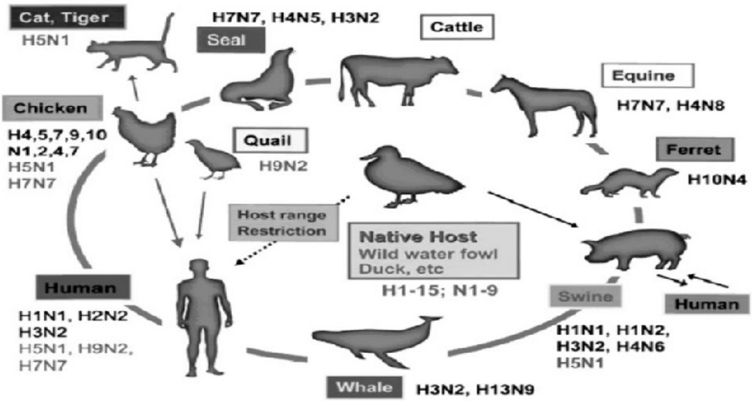
Etiology :- دانفلوینزا ویروس Ortho myxoviridaeاو د RNA څخه جوړ،چې دوه پروتیني او شحمی پوښ لري. او درې ډولونه لکه B,A اوC چـې د A او B نوع ئې ابتدائي پتوژن او د ناروغی اپیدیمی مینځ ته راوړی او دریم ډول ئې په Sporadic نوع د علوی تنفسی لیاری انتان سبب کیږي .

اپیدیمولوژي: Influezae A یوه کړکیچنه اپیدیمولوژي لري چـې لومړنـۍ کوربه ئې حیوانات دي چې د انسانانو لپاره د انتان منبع تشکیلوي د B نوع ئـې Antigenic تغیراتو کې کم تاثیره او حیواني منابع ئې هم ندې تر لاسـه شـوي. انفلوینزا پاندیمی ,Morbidity او Mortality د ټولنی په غیر معاف انسانانو کې ورځ په ورځ زیاتیدونکی دي. د انفلوینزا پیښې په ځوانو ماشومانو کې ډېـر لیـدل کیږي چې تقریباً کال کې 15-30% ماشومانو کې دانتان سـیرولوژیک شـواهد موجودوي هغه ماشومان چې د انفلوینزا په ابتدائي Strain اخته شوي وي د انتـان ډیر ښه ناقلین شمیرل کیږي.

- د اقلیم له نظره دا ناروغی د کال په ساړه موسم کې دمعتـدل اقلـیم خاصـه ناروغی تشکیلوی
- سرایت ئې د هوائي قطراتو (Aerosol) پواسطه صورت مومي. په ټولنه کـې انتشار ئې ډیر په چټکۍ سره صورت مومي یعني. 2-3 اونیو په موده کې پیښې ئـې

(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 کیــدو تــه ضــرورت احساس کیږي دانفلوینزا یویا دوه Strain په یو هیواد او په جهانی سطح د انتشار سبب او اپیدیمی مینځ ته راوړی. پدې وروســتیوکې د Influenzae (H_1, N_1) Type A او Strain N_2H_3 د B انفلوینزا پوری اړوند د انتشار او اپیدیمی لــه نظره عمده رول لری.



Pathogenesis :- ویروس د Sialic Acid د بقایاو سره پــه حجراتــو نښلی او دhemagglutinin یا Edocytosis پواسطه او یــا Endosomal غشاء او د ویروس څخه ازاد شوي RNA Acidification زیاتوالی لــه کبلــه دسایتو پلازم سره وصل کیږي چې RNA هستی ته منتقل کوي جدید التشــکیل RNA بیرته سایتو پلازم ته راګرځي او دهغه پروتینو سره چې حجروي غشاء تــه انتقالیږي ارتباط پیداکوي چې د ویروس دا ډول تکثر چې حجروی غشاء کې دوام مومي Prteolytic تکثرپه ځینی نقطو کې واقع کیږي چــې د Re infection لپاره دویروس تاثیر زیاتیدو سبب کیږي په انسانانو کې د تکثرد امرحله په تنفســی 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 موٌفقانه انقسام د تنفسی افرازاتو څخه لاس ته راځي اما د انزایم حجروی منشاء تراوسه لا ینحل پاتې دي؛ هغه واضح میخانیکتونه چې پیژندل شوي ندي، د تفریخ مودی لنډوالی او په مخاطی سطح کې د انفلوینزا وده، د محافظتي معافیت لپاره باالخاصه 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 دي. 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 تفریخ 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 ســـره چـــې دا Respiratory Syntitial ویـــروس اوpara influenzaevirus او Adinovirus له کبله مینځ ته راغلی وي. د تفریق ورن 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 کولای شو چې ویروس دناروغ دستونی موادو څخـــه کلچـــر او تجریـــد کـــړو. همدارنګـــه د Fluorescent antibody تلوین پواسطه د Influ A ویروس تجرید کولی شو.

تشخیص او تفریقی تشخیص : د ناروغی تشخیص اپیدیمولوژیکی او کلینیکـــي شواهد پوری اړه لري د اپیدیمی د موجودیت په صورت کې دانفلـــوینزا کلینکـــی 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 ســـــروحجراتو ســــــره د Hemagglutinin بانـــــد جوړونـــــه 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 (purpricاوPetechial اندفاعات امکان لري ولیدل شي.) Miningitis, Toxic Shocksynd (اندفاعات او د فشار ټیټوالي.)

(c) ketabton.com: The Digital Library

Rickettsial Infection او Arvovirus Encephlitis (انــدفاعات، مختلف فصلونه، د حشراتو سره دمواجه کیدو تاریخچه) تفریقــی تشــخیص اجــرا کیږي.

Complication : تنفسی اختلاطات زیاتره پنځه کلن څخه ښکته ماشــومانو 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 کــې pnummia کیدای شي د ویروسی انتان یوه ابتدائې پروسه جوړه کړی امــا پــه شدیدو پیښو کــې Acute Hemorrhagic pn, میــنځ تــه راتــلای شــي د punmonia عمده عامل په متضرر شوي اپتیل د تالی باکتریائې انتان علاوه کیــدل وي اما Myositis دکلینیکې بڼې یو غیر معمول تظــاهر دی چــې د Type B پواسطه مینځ ته راځي چې په تنفسی لیاره کې 7-5 ورځو پورې موجود وي د عضلی ضعیفی او خاصتاً د پښو د عضلاتو درد او Myoglobin uria د وصــفی بڼــی ښکارندوی دي د Influ. Type B له کبله په Toxic Shock synd کــې د Sterptococal انتان کلونایئزیشن په خاص ډول موجود وي د یادونی وړ بولم چې انفلوینزا په ولادی یا کســبي قلبــي دســامي افتــو Bronchopulmonary Asthma, Myocardiopathy, Dysplasia، Cysticfibrosis عصبي او عقلي اخته ناروغانو کې شدید سیر کوی.

مخنیوي ***(Prevention)***: غیر فعال شوي انفلوینزا واکسین په هرکــال کــې 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،کلیــوی، میتابولیزم، Hemoglobinopathy اوImmunosuppressive حالتواختــه وي)

(c) ketabton.com: The Digital Library

په غوښه کې تطبیق ورړ دي د Splite virus vaccine تر12 کلنـــۍ ښکتــه 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 مؤثریت لري.

- د تطبیق سهولت له کبله ډېر مروج شویدی. پـــه کـــال 1994-1995 کـــې د انفلوینزا د استفادي ورړ 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 ئې $6m^o$ - $59m^o$ 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) ماشــومانوکي (1-7yr انشاقي توګه تطبیق کیږي چې په انفلونیزا A او B دواړو شکلونو مــوثر 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 عمــر ماشــومانوکي 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	age 7-9 y	age >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 ورځي او هفتې پـــه غيږ کې نیسي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

دیارلسم فصل

Encephalitis, Encephalopathies

تعريف: د مرکزي عصبي سیستم د التهاب څخه عبارت دي چې د وظیفوي ستونزو سره مل وي. يو شمیر پیښنو کي لکه Raye's synd عصبي تظاهرات په انسفالیت دلالت کوي مګر په دماغ کي التهابي وتیره 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 ځای 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
- (Crypto coccus) Fungi, Rickettsia:غیر ویروسي
- (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 الکترولایتـو تشوشـات:د اوبـو تسـمم، Lactic Acidosis ،

Hyper/Hypo natrermia ، Acidosis

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

Insecticides لکـه د Organophosphorous مرکبـات او Corbon .monoxide

Malignancies -v

vi- استقلابي:

Hyper, bilirubinemia Lactic Acidosis, Diabetic Acidosis

په نوي زږیدلي ماشوم، Hepatic coma ، uremic coma

Pathogenesis

پتالوژیک تغیرات غیر وصفي دي د ماکروسکوپیک معائیناتو له نظره د دماغ اذیمـا، احتقان او کوچني نزفي نقطي لیدل کیږي په Mic معاینـه کـي Perivascular (cuffing) به د نوتروفیل اولمفویـت ارتشـاح موجـود وي نیـو رونونـه پـه Degeneration او Necrosis اخته کیږي. همدارنګه د سـحایا احتقـان او د رګونو په محیط کي Plasma cell او التهابي حجراتو ارتشاح لیـدل کیـږي د نکروز په مختلفو مرحلو کي د اوعـئ تـر ځـنګ د میـالین پـوښ تخریـب او Neuropathy لیدل کیږي همدارنګه د Glial نسج تکثر موجود دي.

کلینیکي بڼه: کلینیکي تظاهرات ئي د انتان شدت، د کوربه مسـاعدت، د انتـان 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 پیل حاد اما کیداي شي چې په تدریجي توګه پیل وکړي.
ابتدائي اعراض ئي عبارت دي له لوړه تبه، سردردي، کانګي، د حواسو اختلال، تخریشت، بي علاقګي او د شعور له مینځه تلل (اکثر د اختلاج سره یو ځاي) شروع کوي. د دماغي لوړ فشار له کبله په ناروغانو کې د Decerebrate وضعیت، قلبي تنفسي بي کفایتي، د تهویه زیاتوالي او د اوتو نوم سیستم وظیفوي ستونزي، رامنځ ته کیږي.ناروغان ښائي د خبري کولو ستونزي، عیني فلج، Hemiplegia او مخیخي سندروم ولري خارج اهرامي اعراض معمول دي.
د ناروغي وصفي ښه: داخل قحفي فشار لوړ والي، د حلیمي پړسوب د Brainstem د وظیفوي ستونزو علایمو څخه عبارت دي. د دماغ پړسوب د Tentorial Herniation او په Medbrain فشار راوړي چې د ناروغ د شور تغیر، د حدقي ابنار ملتي، Ptosis ، د 6^{th} زوج فلج، عیني فلج، cheyne stoke respiration د تهویه زیاتوالي، او Brady cardia سبب کیږي. د cerebellum فتق Foramen Magnum له لیاري د Medulla oblongata د معوج کیدو او د حیاتي مرکزونو شدیده ستونزه رامینځ ته کوي چې په قلبي تنفسي توقف او مړینه تمامیږي.
سیر او انذار: د ناروغي سیر متفاوت وي مګر کیداي شي څو ورځي یا 3-4 هفتي ونیسي. د ناروغ د انذارو وړاندوینه مشکل او متحول دي. اکثر وختوکي خودبخود ښه کیږي. ولي ځیني وختوکي دایمي عصبي معیوبیتونه باقي پاته کیږي.
Neuological sequella لکه د ذکاوت ستونزي، حرکي، روحي، د مرګي تظاهرات، د اوریدو او لیدلو ستونزي، کیداي شي رامینځ ته شي. دا ناروغي په شیدوخوړونکو ماشومانو کي وخیم سیر کوي او په هغه صورت کې چې سبب Herpesvirus وي د ناروغي سیر وخیم او انذار ئي هم خراب وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخيص: لاندېني ټکي په تشخيص کي مرسته کوي.

1- د تاريخچي اخستنه: چې پدي حالت کي ماشوم په نژدي وروستيو کي په ناروغي اخته او يا د Toxic، موادو سره مواجه شوي وي.

2- دقيق فزيکي معايناتو اجرا کول

3- د CSF معاينه: د بيوشيمي او Cytology له نظـــره مطالعـــه او کلچـــر د باکتري او ويروس د تجريد لپاره اجرا کيږي. CSF شفاف رنـــګ حجـــرات 10-500/ml شروع کي PMN او وروسته Lymphocyte ، ګلوکوز نورمـــال او پروتين لوړ وي.

4- د ادرار معاينه: د شکر ناروغي او د پښتورګو ناروغيو لپاره.

5- د ويني معاينه: د الکترولايتو معاينه.

6- سيرولوژيک: د Neurotrop وايرسونو د تشخيص لپاره.

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

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

9- قطعي تشخيص د دماغي نسج د بيوپسي په ذريعه

درملنه: د درملني هدف عبارت دي له

- د امکان تر حده د عصبي معيوبيتونو مخنيوي.
- د ناروغ د ژوند ساتنه
- د کلينيکي اعراضو تسکين.

سببي درملنه: د طبي ټولواهتماماتو سره د مراقبت اطاق کي درملنه.

تبه د Antipyretic ، Hydrotherapy کنترول او تنفسي سيســـتم خـــلاص وساتل شي. د مصنوعي تنفس لپاره وسايل مجهز، او د شاک پـــه صـــورت کـــي د

(c) ketabton.com: The Digital Library

S.Ringer ، وینـــه، او Vassopresors درملونـــه لکـــه Dubotamin, Dopamin چې 2.5micgr /min د ورید له لاري 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

Shock او Sepsis, SIRS

(Systemic inflammatary Pespons synd) : SIRS

د باکتریائي، فنګس، ویروسونو، پرازیت، او Rickettsia انتاناتو مقابل کې 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 کبله مینځ ته راځي. د Sepsis کلینیکي بڼه هغه وخت پیل کیږي چې یو سیستمیک انتان لکه (Fungemia, Baetremia او Viremia) او یا موضعي انتان (Pyelonephritis, Pneumonia, Meningitis) چې Sever sepsis (Sepsis د Organ dysfunction سره یو ځای) پیشرفت وکړي.

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

Etiology: Sepsis ښائي د یو موضعي انتان د اختلاط پشکل یا Colonization او یا مخاطي غشا د انتان مداخلي په نتیجه کي مینځ ته راځي.

مساعد کوونکي فکتورونه: د 3yr- 3m^{o} ماشومان د Bactremia او Sepsis لپاره مساعد دي. همدارنګه شیدي خوړونکي او نور ماشومان چې شدیداً مجروح 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 ټيټ معافيت کي Transplant شوي وي، يا د معافيت د انحطــاط ورکوونکي درمل لاندي، ستيرويد، شيموتراپيوتيک او کســبي يــا ولادي معــافيتي انحطاط) ولري دغه ډول اختلاط خطر زياتوي او په Sepsis او Septic shock اخته کيږي. د نوزادي په دوره کي انتانات لکه Enteroviruses, Str. G.B. , E.coli, Listeria Monocytogenes او يا HCV زياتر د Sepsis ســبب کيــږي. پــه غټــو ماشــومانو Staph. Aureus, str. Pneumonia. N.Menigitides معمــول انتانــات دي او Toxic shock د Str. G.A او Staph. Aureus پواسطه منځ ته راځي په ټيټ معافيتي، لرونکي ناروغانو کــي Nasocomial انتانات (Hosp. acquired) معمول دي.

Pathogenesis: شاک د دوراني وظيفوي تشوش څخه عبارت دي چې

- د زړه د Output کمــــوالي يــــا نــــاحيوي د مــــوي جريــــان Maldistribution، د ميتابوليک ضرورت زياتوالي چــې داکســيجن د مصرف نقيصي د کافي اکسيجن په موجوديت را مينځ ته کيږي.
- د زړه Output بنائي نورمال، زيات او يا ټيټ وي بــدن د معاوضــوي ميکانيزمونو (د محيطي او عيئي تقبض او د زړه ضربان زياتيدنــه، د وينــي فشار نورمال ساتي.

Septic Shock: د کلاســيک شــاک دري ډولــو (Hypovolemic, cordiogenic, distributive) څخه جوړ شويدي.

Hypovolemia: د رګونو داخلي مايعاتو ضايع کيــدل چــې د Capillary leakage په نتيجه کي مينځ ته راغلي وي.

Cardiogenic shock : په قلبي عضلي د Sepsisانحطاطي تاثير اتو له کبلــه مينځ ته راځي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

کلينيکي بڼه: د Sepsis ابتدائي نښې نښاني عبارت دي له حـــــرارت درجـــي 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 تـــه راځي.

* جلـــدي افـــات د Echthema gangrenosum , Echymosis, Erythema, petechia او متناظر محيطي ګانګرين) ليدل کيږي. ژيړي د انتـــان علامه يا د MODS په نتيجه کي مينځ ته راځي.په ناروغانوکي د موضـــعي انتـــان شواهد لکـــه Arthritis, pneumonia, Meningitis cellulitsis او يـــا Pyelonephrtis هم ليدل کيږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص: ناروغي د کلینیک له نظره تشخیص کیږي مګر Microbiologic معایناتو اجرا لکه دویني کلچر، Gram stain, د مایکرو اورګانیزم تجرید د Petechial سمپل وینه، ادرار،CSF ,Abscess ، او یا Exudate څخه قطعي تشخیص وضع کیږي همدارنګه د ویني سپین کرویات Prothrombin Tim, Platelet, PTT فبرینوجن او د شریاني ویني 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 ویني 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 یا Ceftazidim+ Aminoglycosid, cefepim (یا Piperacillin Tecarcillin, tazobatam .
- Toxic shock (clindamycin+penicillin یا Vancomycin .

(c) ketabton.com: The Digital Library

تقویوي درملنه: د مایعاتو عاجل احتمامات او Catecholamin څخه استفاده چې د مړیني پیښني کموي د درملني یو ساعت ځنډکي 40% د مړیني کچه لوړیږي.
بیا رغونه د مایعاتو پواسطه 60ml/kg پرته د ریوي اذیما د پیدا کیدو یا زیاتیدو خطر څخـــه شفایـــابي مینـــځ تـــه راځـــي چـــې کـــولـــي شـــــــي 20ml/kg په دري دوزو تجـــویز کـــړو تـــر څـــو د زړه ضربـــان، د پښتورګـــو Capillary Refilling Tim<2sec, (1ml/kg/hr) Outpnt او شعوري حالت ئي نورمال ته تقرب وکړي له هغه ځایه چې د فشار ټیټوالي د وروستیو تظاهراتو څخه شمیرل کیږي نو ځکه دویني فشار د احیاي مجدد وروستي ارزیابي لپاره کـــوم ارزښت نلري.په ځیني حالاتو کي د ضـــایعاتو جبـــران لپـــاره 100-200ml/kg ضرورت احساس کیږي. چې د مایعاتو نوعیت colloid یا crystallin تطبیـــق کیږي. د مایعاتو نور ډولونه (د ویني محصولات) ضروري ګڼل کیږي د حجراتـــو لپاره د اکسیجن تأمین پـــه منظـــور د ناروغـــانو Hb (10gr) وســـاتل شـــي. د CryoPrecipitate, Fresh frozen د اصـــلاح لپـــاره Coagolopathy plasma او د مویه صفیحاتو ترانسفوژیون خاصتاً په نزفي حالاتوکي په نظـــر کـــي ونیول شي.

- Fluid Refractory shock د Dopamin حـــالاتو کـــي لومـــړنی انتخابي درمل شمیرل کیږي.
- د Dopamin resistant shock پیښنو کـــي د ادرینـــالین او Nor adreralin څخه استفاده وشي.
- Dubotamine ، د قلبي دهاني د کمبود په صورت کـــي مفیـــد واقـــع کیږي. هغه ناروغانوکي چـــې وعـــائي Systemic مقاومـــت لـــوړ او Epinephrin مقابـــل کـــي مقـــاوم، او قلبـــي دهانـــه ښکتـــه وي د Vasodilators لکه Nitropruside او یا 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

مخنیوي: 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 ســحايا (Duramater, piamater, arachnoid) التهاب څخه عبارت دي اما د ســحايا او دمــاغ قشــر التهــاب د Meningo Encephalitis په نوم يادېږي.

اپیدیمولوژي:

کوربه: په نوي زيږېدلي او شيدي خوړونکي ماشومانو کي د فاګوســايتيک دنــدو او معافيتي ميکانيزمو د خاموالي له کبله د ABM پيښي نسبت غټانوته ډېر ليدل کيږي.

د ناروغي عامل

نوي زيږېدلي ماشوم کي: Staph. Fecalis , Str. Pneumonia, E-coli Hinfluenzae, Pseudomonase aerogenosa,Salm. Species, Meningococque او د دري کلني وروسته Pneumococcal انتان د معمول اسبابو څخه شميرل کيږي 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 ليدل کيږي. د مغزو قشر اذيمائي، Exudate او د Microglial تکثر بنــودل شويدي. Epandymal حجرات تخريب او تقيحي Exudate د دماغ په قاعــده کي راټوليږي. د عنکبوتيه غشا لاندي خاليګاه د غليظ خيرن مايع په خاصــه توګــه chias matic cistern او Interpeduncularکي راټوليږي چې په نتيجه کي د Magendie او Lushka ثقبي (سوري) تړل کيږي او د Hydrocephalus

(c) ketabton.com: The Digital Library

سبب ګرزي د مغزو رګونو ترومبوفليبيت اختشا او دايمي معيوبيتو ســبب کيـــږي. دوامدار Sequelia د احتشا او نکروز او هيدروسفالوس په نتيجه کي ميـــنځ تــه راځي. د Meningococal Meningitis پيښنو 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 لکــه Indotoxine , Teichoic Acid او Peptedoglycon) ازاديږي چې د دي په نتيجه کي د کوربه حجروي عکـــس العمل شعريوي اندوتيل Platelet activity او Cytokines, TNF فکتورونه توليديږي او د هغه په نتيجه کي BBB او نيورونونه شديداً متضرر کيږي. دمـــاغي اذيما ښـــائي Vasogenic يـــا د انـــدوتېل حجراتـــو د متضـــرر کيـــدو او يـــا Leukocytes, cytotoxic د محصولاتو او Toxic راديکالو پواسطه مينځ تـــه راشي. چې د Dexamethason د تطبيق رول هم د همدغه وتيري په نهي کولـــو توضيح کيږي.

:*Pathogenesis*

1. انتانات ښائي 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 قحـــف قاعدي کسر له لياري سحاياته انتقال وکړي.
3. تقيحي ABM ښائي د سر په ترضيضاتوکي راميـــنځ تـــه شـــي (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 بڼائي منتشر او یا جبهي ناحیئ پوري منحصر او یا غاړي خواته، سترګو ګاټو شاته انتشار مومي ناروغ بڼائي فوراني کـــانګي ،ژړا، او فانتنل یي پړسیدلي او بهرته وتي وي اختلاج د معمول علایمو څخه شمېرل کیږي. چې بڼائي 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 بڼائي موجـــود وي Fundus بڼـــائي نورمال او یا هم احتقان او اذیما وبڼائي. د سترګو د ګاټي بـــیرون بڼـــائي 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 بڼائي وساتل شي. Reflexes کیداي شي مشتد ، نورمال، او یا متناقص وي Neuologicaldeficite لکه Hemi Paresis ، د قحفـــي ازواج فلج او Hemianopsia بڼائي 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 بڼائي نورمال یا برجسته وي. پدي ماشومانوکي مشکوک نبني نبناني 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 کي مرسته کوي. او همدارنګه په CSF کي د تقیحي ناروغي د شکل په سیر کي TNF لوړیږي، پدي وروستیو کي د انتاناتو لکه Enterovirus, HSV او نورو په تشخیص کي 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 سـفالو سـپورین لکـه Cefotaxim, ceftriaxon پواســـطه اجـــرا کیـــږي. 200mgkg Ampicillin او chloramphenicol 100mg/kg د 14-10 ورځو لپاره هم مـوثر دي کـه چیري تبه، او د سحایا تخریش علایم د در ملنۍ وروسته د 48 سـاعتو لپـاره 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 کې چې د Methicillin او Penicillin مقابل کې 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

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

Pseudomonase: د Aminegl ycosid+ ceftazidim بنائي ډیر مـــوثر وي Ceftazidim کولي شو د Ticarcilline یا mezlocillin سره عـــوض 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 ګيډې Cramp سره يو ځاي 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 مساويانه توګه اخته کوي او په ټول عمر کي لیدل کیږي. مګر د عمر په لومړي دوه او دري کالوکي زيات لیدل کیږي د dysentery (70%)پیښي 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 کې د خونریزي سبب کیږي.ځینــي Strain لکــه S.Dysenteria type-1د Shiga Toxin د تولیــد ســبب ګرځــي. چــې یــو قــوي 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 انتغاخ، 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 درملــی 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 ټول نښي نښاني د Neurotoxine له کبله نه بلکه د تبي سره Hypocalcemia, Hyponatremia او د CNS انتان لري اما Shig. Meningitis ډېر لږ واقع کيږي. د ناروغي زيات معمول اختلاط ديهايدريشن او د ADHنا متناسب افراز ښودل شويدي. Hypoglycemia او Protein lossing Enteropathy ښائي را مينځ ته شي په خوار ځواکي اخته ماشوم او کوچنی عمر ماشوم کي Sepsis او DIC ليدل شويدي د يادوني وړ ده چې په نوي زيږيدلي ماشومانوکي د Shig ډېرلږ 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 کولو سايتو شميره چې $5000\text{-}15000/mm^3$ څخه فرق کوي اما ځيني وخت 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 اهميت 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 تجريد کيږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

اختلاطات:

، Rectal Prolaps ،Sepsis ، DIC ،Acidosis ،Dehydration انزایم کمښت 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 مړیني 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 همدارنګه ممثل حالات لکه Dysentery او 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 یواځي 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 یـــادوني وړ ده چې د Ampicillin مقابل کي مقاوم شویدي. -Cefexime د 8mg/kg/24h څخه په دوه دوزه د خولي له لیاري، 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 کـــي اســـتفاده کولي شو.

د Quinolonمشتقانو څخه د Arthropathic خواصو له کبله له اته کلنی ټیټ عمر کي استفاده کولي نشو لدي مشتقاتو څخه په عاجل پیښنو کي چـــې د نـــاروغي لامل د نورو درملو سره مقاوم وي استفاده کولي شو پدي نـــاروغي کـــي د Vit A څخه استفاده په هغه صورت کي باید وشي چې په سیمه کي د دي ویتامین کمـــوالي موجود وي او Vit.A 200000iu د ناروغي شدت کموي. له هغـــه درملـــو 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 کي 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 درملنی پصورت کي، ناروغي دوه یا تـــر دوه اونیوزیـــات دوام کـــوي کـــه چـــیري انتـــان د Ampicillin مقابـــل کـــي حســـاس وي 100mg/kg/day په څلور کسري دوزو اســـتفاده کیـــږي. ځینـــي هیـــوادو کي دAmprulll او Co- Trimoxazol مقابل کي مقاوم او ځیني نـــور ئـــي Co-tnimoxazol انتخابي درمل بولي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنیوي:

1- د مورشدو پواسطه د تغذي دوام

2- د فردي او محیطي حفظ الصحي (لاسونو پریمینځل د صابون پواسطه په خاصه توګه مخکي له ډوډي خوړلو او د تغوط وروسته) رعایت کول.

3- د ښنباک صحي اوبو تهیه کول.

انذار:

1- هغه ناروغانوکي چې دیهایدریشن ولري او جبران شوي نه وي خراب دي.

2- په سوتغذي اخته شیدو خوړونکو کي چې د اوبو او الکترو ولایتو جبران شوي نه وي انذارئي خراب دي.

3- انتي بیوتیک استعمال د درملنۍ Cure rate 80% د 48 ساعتو وروسته رامینځ ته کیږي.

4- هغه ماشومانوکي چې Sepsisواقع شوي وي مړینه 20%< ښودل شویدي.

(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 ناروغـــۍ ســـبب، EBV د DNA لرونکـــی 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 شـــمېر 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 کلنـــۍ څخـــه ښکته اوله 40 کلنۍ نه وروسته ډیر لږ لیدل کیږي. ځوان ماشومان پواسطه په کورنۍ کې د منتن غړو او یا دمنتن هم لوبو ماشـــومانو پواســـطه منـــتن کیـــږی ځوانـــان (adolescents) امکان لري چې د جنسي فعالیت له لیارې مستقیماً منـــتن شـــي. 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 کـــې انتـــی بـــادي

(c) ketabton.com: The Digital Library

جوړیـــږي حجـــروي معافیـــت د T-Lymphocyte پواســـطه چـــې د B-lymphocyte د انتان په مقابل کې شدید تکثري عکس العمل ښئي او په محیطی وینه کې د Atypical Lymphocyte په مینځ ته راتلو انعکاس مومي تولیدیږي چې دا د Cytotototoxic او Suppresor حجرات د Lymphiod حجراتو د proliferation څخه چې د EBV پواسطه منتن شوی وی مخنیوی کوي

کلینکی بڼه:- دناروغی د تفریخ موده 25- 28 ورځې ده اما ځینی نشریو کې 5-4 هفتې او (1-2 میاشتو پورې هم یادونه شویده) 2-3 ورځې د تفـــریخ مـــودې نـــه وروسته د ناروغی په پیل کې تبه ($39c^0$) زجرت، د ستونی درد، بی اشـــتهائي پـــه تدریجی یا آنی توګه میـــنځ تـــه راځـــې. چـــې 1-2 هفتـــې وروســـته عمـــومی (90%) Lymphadenopathy مینځ ته راځی چې اخته لمفاوي عقدات سخت، حساس او غټ شوی وي. (خاصتاً رقبی خلفی او قدامی عقدات چې تشخیص له نظره ارزښت لری په خاصـــه توګـــه Epitrochlearlymphadenopathy د IMN لپاره تشخیصیه ارزښت ئې ډېر دی په اکثر پیښنو کې جلدی اندفاعات چې Maculopapular وصف لری مینځ ته راځی. او کیدای شي چې دا انـــدفاعات Urticarial یا 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 کلینیکي بڼه ځینی وخت غیروصفي وي چې پـــه دې صـــورت کـــې نامعلومه تبه، د لوزه تانو التهاب او یا د سږو غیر وصفي تظاهرات په ناروغانو کـــې موجود وي چې زیاتره په کوچنیو ماشومانو کې لیدل کیږي (دوه کلنۍ څخه ټـــیټ عمر کې).

- د ناروغۍ د وصفي شکل پیل تدریجی او له تبی، دبدن دغړو درد، ستونی درد تنبلی، سرخوږ، بی اشتهائي، د زړه بدوالی او دګیډې درد څخه شکایت او دوه اونۍ دوام کوی او پدې مرحله کې دستونی درد زیاتوالي مومي . او لوزه تانو پړسوب چې

(c) ketabton.com: The Digital Library

Exudateئې د پاسه تأسـس کـړی وي لیـدل کیـږي او لـه همـدی کبلـه دstreptococcal pharyngo-Tonsillitis ته ورته وي باید یادونه وشی چې Pharyngitis د ناروغانو عمـده شـکایت جـوړوی او 50 % پـیښې ئـې Exudative وي. د ناروغۍ نور وصفي علامی لکه د توري غټوالي (2-3 سانتي متره) د آخري پښتیو په ښکتنۍ څنډه کې جس کیږی او په 50-70 فیصده ناروغانو کې موجود وی اما ځیګر غټوالي او حساسیت په 30 فیصده ناروغانو کې موجود وي ځینی وخت توری په سرعت سره غټیـږي او د Left upper quadrant د درد سبب ګرځی چې دناروغانو د مراجعی عمده سبب جوړوی، سره لدی 80 فیصـده ناروغانو کې د Transaminase اندازه لوړیږي. اما ژیړی په 50 فیصده ناروغانو کې لیدل شویدی همدارنګه د سترغلو پړسوب موجودوي یـو شـمیر ناروغـان د Aseptic Meningitis ، Meningo Encephalitis ته ورته اعـراض او علایم (سر خوږ د غاړی شخوالی، د رویت تشـوش،د شـعور مختـل کیـدل او، اختلاجات) لري چې باید په پام کې ونیول شي.

لابراتواري کتنی او د ناروغی تشخیص: د ناروغی تشخیص د کلینیکی بنی، دوینـی معاینات او سیرولوژیک مطالعاتو پواسطه اجرا کیږي.

1- د وینی معاینه: امکان لري Leukopenia په مقدم توګه مینځ ته راشي. امـا معمولاً د لمفوسایتو مطلق زیاتوالي Lymphocytosis) چې د لوکوسایتو 10 % او یا20 % تشکیلوي موجود وي او زیاتره لمفو ســـایتونه غـټ او Atypical (20-40% څخه زیات) خاسف او آبی رنګ سایتو پلازم، خلا لرونکي، نامتمرکزه او غیر منظم هسته، او متکاثف کروماتین لرونکی، وي چې د ناروغی په څلورمـه او شپږمه ورځ مینځ ته راځی په 50 % پیښـو کې Thrombocytopenia لیـدل کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- په طبي معتبـــرو نشـــريو کـــې لــه 90% زيــاتو پيښـــو کـــې -10,000 20,000/mm^3 (Leukocytosis) ښودل شوي چې $^2/_3$ برخه يې لمفوســايت تشکيلوي.

2- سيرولوژيک معاينات:

Paul Bunnel Davidson Test - a: د 1:40-1:28 مثبت لوســتل شويدي. اما د يادونې وړ ده تر څلورکلنۍ پورې پــه ماشــومانو کــې منفــې وي. Heterophile antibody چې د پسه د سرو کروياتو سره په 1:56 يا تــر دې لوړ Agglutination کوي موجود وي. او تر دريو هفتو سويه ئې لــوړه پاتــه کيږي په غټو ماشومانو کې 90% او 50% له پنځه کلنۍ تيټ ماشومانو کې دغــه تست مثبت وي.

(Monospot Test) Screening Test -B : د ناروغې فورې او مقدم تشخيص لپاره لدې تست څخه استفاده کيږي چې همدا اوس قابــل د اجــرا دي. دناروغې 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 انتــې بــادې 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 حــاد مرحلــه کــې 1:32 - 1:256 مثبت لوستل کيږي.

D – aminotransferase او Gamma Glutamyl Transferase 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 قدامي رقبی لمفاوي عقداتو غټوالي، Neutrophilic Leukocytosis او د توری نه غټیدل، په باکتریائي انتان دلالت کوي.

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

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

4- Adenovirus: دعلــوی تنفســی سیســتم انتــان اواعــراض، تــوخی Conjunctivitis د لمفــاوي عقــداتو غټــوالی، اوډیــرکم 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 ســره مطلــق 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 - عصـــــــبی اختلاطـــــــات : اختلاطـــــــات، 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 ځخـــه چـــې ممکن د Leukopenia, Neutropenia, Thrombocytopenia سره یو ځاي وي او زيات 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 EBV انتان د Lympho proliferative پر مخ تلـــونکی ستونځو پشکل تبـــارزکوي (دوامـــداره 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 ورکــړی شــي. تبــه د ناروغی په (10- 14) ورځو کې له مینځه ځی او په لا ندې حالا تو کې ســتیروئید اسطباب لري.

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

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

3 -په هغه صورت کې چــې Haematologic او نیورولوژیــک اوږد محــال اختلاطات ظاهر شي، لکه .Guillain Barre Synd .

4 - د Hepatitis د مینځ ته راتلو په صورت کې پورته ذکر شوو پیښنو کــې 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 تــر 8 اونیــو 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- چې په . یواځې توګه او یا د کورتیزون سره یو ځای په لوړ مقدار د ویروس د replication څخه جلوګیري کوي اما په ســیر، انــذار، اعراض او علایمو په موده او دناروغۍ په شدت کوم تــاثیر نلــري امــا لنډمحــال کوتیکوتیراپي (2wks) د اختلاطاتو په مخنیوي کې رول لري (Prednisolon 1mg/kg/day د اوه ورځو لپاره او بیا په ورروســتی اوه ورځــوکې مقــداریې Taper کیږي).

انذار (prognosis): د ناروغی انذار ښه دي او اختلاطاتو د نه مینځ تــه راتګ په صورت کې باالنفسهی شفا مینځ ته راځی او ناروغی تقریبــاً دوه میاشــتی 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 سال 1338 هـ ش (1959 م) در قریهٔ قلعه شاهی ولسوالی درهٔ نور ولایت ننگرهار در یک فامیل روشنفکر چشم به جهان گشود. تعلیمات ابتدائی و ثانوی را در لیسه درهٔ نور بدرجه عالی در سال 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 طب کابل فارغ گردیده است.

از سال 1362 الی 1366 در شفاخانه پوهنتون پوهنځی طب ننگرهار ایفای وظیفه نموده و بتاریخ 16/5/1366 بحیث استاد در دیپارتمنت داخلهٔ اطفال 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 طریق سازمان صحی جهان اعزام گردید از سال 1373-1376 بحیث شف دیپارتمنت داخلهٔ اطفال و رئیس پوهنځی طب اطفال در تعلیم و تربیه اولاد جوان کشور و معالجه مریضان نیازمند مصدر خدمت گردیده است.

ناگفته نماند که در زمان متذکره در پروگرامهای CDD ، ARI و EPI بحیث 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