دافغانستان اسلامی دولت

دلوړو زده کړو وزارت

ننګرهار پوهنتون

طب پوهنځی

د تنفسی سیستم اودزړه روماتیزمل ناروغی

Ketabton.com

مولف پوهاند دوکتور سیف الله هادی

۱۳۹۵

(c) ketabton.com: The Digital Library

لیکلړ

لومړی فصل

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

Atelectasis ....62..........
) کولپس ....62..........
اسباب : ....62..........
پتالوژی : ....62..........
پتوفزیالوژی : ....62..........
و يشنه ....62..........
کلينيکي لوحه: ....63..........
دسيني راډيو ګرافي: ....63..........
تشخيص ....64..........
مختنيوی : ....64..........
درملنه : ....64..........
PLEURAL DISEASE ....66..........
PLEURITIS ....66..........
تعريف: ....66..........
اسباب ....66..........
کلينيکی لوحه ....66..........
راديوګرافی: ....66..........
درملنه ....66..........
Pleural Effusion ....67..........
تعريف : ....67..........
اسباب : ....67..........
کلنيکي لوحه ....68..........
لابراتواری معاينات: ....70..........
راډ يولوژي ....72..........
درملنه: ....74..........
EMPYEMA ....75..........
EMPYEMA. **Error! Bookmark not defined.**..........

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

دویم فصل

ACUTE RHEUMATIC FEVER ....113........
تعریف ....113........
اسباب : ....113........
پتو جنیزس: ....113........
وقوعات (INCIDENCE) ....113........
اپیدیمولوژي: ....113........
پتالوژي: ....114........
کلنیکي لوحه: ....114........
لابراتواري معاینات ....116........
سیر او انزار ....117........
تشخیص ....117........
تفریقي تشخیص ....118........
درملنه: ....118........
MITRAL STENOSIS(MS) ....121........
اسباب : ....121........
پتالوژي ....121........
کلینیکي لوحه ....121........
تشخیصه معاینات ....123........
۲- رادیوګرافي ....123........
۳- ایکو کاردیوګرافي ....124........
تفریقي تشخیص ....124........
اختلاطات ....124........
درملنه ....124........

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

لومړی فصل

تنفسی سیستم ناروغی

(c) ketabton.com: The Digital Library

ACUTE TRACHIOBRONCHITIS

Tracheitis

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

کلينيکي لوحه :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملنه :

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

۲- په شدید حالت کي عاجله ځارني کوټه کي بستريږي

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

Acute bronchitis

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

اسباب:

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

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

پتالوژي :

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

۲- دګابليت حجراتو زياتوالي له کبله هوايي لاري بنديږي .

۳- دنتروفيل له کبله مخاط افرازات زياتيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلينيکي لوحه :

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

تشخيص:

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

مخنيوي :

د *Haemophilus influenza* لپاره واکسين وشي .

درملنه :

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

۲- سګرټ شکل بند شي .

انزار : حاد برانکايتس دځو ورځو څخه تر څو اونيو پوري دوام مومي . دا کيداي شي وروسته ديخ وهلو يا زکام يا پخبله پيدا شي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE(COPD)

د سږو ځنډنی انسدادي ناروغي

تعریف:

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

مزمن برانکایتس:

تعریف :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

پتا لوژي:

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

مساعدونکی فکتورونه :

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

اسباب:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلینیکی لوحه:

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

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

ساه لنډی :ساه لنډی لومړی ددروند فیزیکی کار سره وی وروسته دلږ فعالیت سره زیاتیږی .

ساه لنډی داتتان ،سګرټ اخکلو او دهوا بدلون سره زیاتیږی .

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

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

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

دسي اوپي ډي د شد ت د رجي:

	Spirometric forecast	دناروغي شدت

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

لابراتواري معا ينات:

الف :سپایرومیتري :

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

ب:دشرياني ويني د ګازاتو اندازه كول :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

ج :د بلغمو معاینه :

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

د : ECG بدلونونه : د زړه ګراف په واسطه لاندي معلومات څرګندیږي

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

ه :راد یولوژیک معاینات

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

ډاپلر ایکو کاردیوګرافي د سږو دهایپرتنشن په اړه معلومات ورکوي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

اختلاطات:

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

تفريقي تشخيص:

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

مخنيوي:

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

درملنه:

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

۱- دسګرټو پرېښودل .

۲- اکسیجن ورکول .که داسترحت په حالت کي هایپوکسیمیا وي اکسیجن توصیه شي .اکسیجن د ما سک(face mask)یا د پوزي(nasal prong)دلاري ورکول کیږي ، د پوزي دلاري ښه دي . اندازه یي په یود قیقه کي ۱-۳لیتره دي ترهغه وخته ورکړل شي تر څوچي د ویني داکسیجن اندازه د۵۵ملي متر سیمابو څخه لوړ شي . اکسیجن هغه ناروغانو ته ورکړل شي چي هایپوکسیا د لاندي حالاتو سره یوځا یي وي ۱- دسږو هایپرتنشن ۲- مزمن کورپلمونل ۳- اریترو سا یتوزس ۴- دماغي حالت خربوالي ۵- تمرین توان نه درلودل ۶- دشپي له خوا نارامي ۷- دسهار له خوا سردردي

۳- انشاقي برانکو دایلا تور :

الف- لنډ تاثیر لرونکي برانکو دایلاتورونه :

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

ب- اوږد تاثیر لرونکي انشاقي برانکو دایلاتور:

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

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

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

7. Amoxicillin –clavulanic acid ۱۲۵/۸۷۵ملي ګرامه هر ۱۲ ساعته بعد .
دتداوي دوام موده ۵-۷ ورځي دي

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

1. عمر د۶۵کالو څخه زیات وي
2. FEV1< 50%
3. داکزا سربیشن څو حملي یي تیرکال تیر کړي وي
4. د ري میاشتي مخکي انتي بیوتیک درملنه شوي وي
5. نوري ضمیموي ناروغي لکه دزړه ناروغي ورسره وي

۷- د سږو احیاي مجد د :

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

Abdominal breathing exerciseداضافي تنفسي عضلا تو ستړیا او نفس تنګي کموي

۸- نور اهتما مات :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

۲- انشاقي اپراتروپیوم برومايد (د500mcg نیبولایزر او یا د36mcg metered dose inhalar(MDI) د spacer دالي په واسطه هر ۴ ساعته بعد) او بیتا ۲ اګونست (البیو تیرول ۲.۵ملیگرامه د۳ملي لیتره سلین سره یو ځاي د نیبو لایزر دلاري او یا د MDIپه واسطه چي 90mcg في پف کي وي ۴-۸پفه هر ۱-۴ساعته بعد د spacer دالي په واسطه ورکول کیږي) سره یو ځايي تو صیه کیږي

۳- کورتیکوسترويد : پرید نیزولون دورځي ۳۰-۴۰ ملیگرامه ۷-۱۰ ورروځو لپاره توصیه کیږي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

ب- هغه ناروغان چي سود وموناس لپاره خطري فکتورونه لري

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

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

۱۱- په ځینو ناروغانو کي فیزیو تراپي هم توصیه کیږي .

انزار:

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

دبستر استطبابات:

۱- اعراض شدید وي او د روغتون ځخه دباندي دتداوي وړ نه وي

۲- هایپوکسیا ،هایپر کپنیا ،محیطي ازیما ، دماغي خړپړ تیا موجود وي .

۳- په کور کي مراقبت خراب وي

۴- ناروغ خوب ونه شي کولاي

۵- هاید ریشن اوتغذیه ونه شي کولاي

۶- نور ضمیموي ناروغي موجود وي

Emphysema

تعریف :

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

مساعدونکی فکتورونه :

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

اسباب :

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

کلینیکی لوحه :

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

pink puffer :د امفیز یما شدید ډول دي چي لاندي اوصاف لري

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د امفیزیما ډ ولونه:

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

لابراتواری معاینات:

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

تشخیص :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

اختلاطات :

۱- Collapsed lung (pneumothorax)

۲- cor pulmonale

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

درملنه :

دځنډنی برانکایتس ددرملنی لاندی تشریح شوی .

(c) ketabton.com: The Digital Library

BRONCHIAL ASTHMA

تعریف

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

اسباب :

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

INCIDENCE

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

پتوفزيالوژي :

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

دهوايي لارو تنګوالي تشديدونکی فکتورونه :

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

کلنيکي لوحه:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

دشدت له‌نظره داستما ویشنه

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

داستما د کنترول ارزیابي

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

دشدید اکزاسربیتید استما ویشنه او ارزیابی

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

دسيني راديوګرافي :

a. سږي ښا ئي نارمل وي
b. سږي ***hyperlucency*** (توروالي زياتوالي) وي
c. د يافراګم ښکته او حرکت يي محد ود وي
d. بين الضلعي فاصلي زيا ت وي
e. استما ناروغانو ته په لاندي حالت کي دسيني اکسري توصيه کيږي
   i. تداوي په مقابل کي رسپانس ښه نه وي
   ii. دلاندي ناروغيو په رد ولو کي ۱-نموتو راکس ۲-نمونيا ۳-نموميډ يا ستينوم

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

تفريقي تشخيص:

الف : دپورتنی هوایی لارو ناروغی :

۱- vocal fold paralysis

۲- vocal fold dysfunction syndrome

۳ - foreign body aspiration

(c) ketabton.com: The Digital Library

۴- laryngotracheal mass

۵ – tracheal narrowing

۶ - airway edema

۷ – tracheomalacia

ب – دښکتنی هوایي لارو ناروغی :

۱ – COPD

۲ – bronchiectasis

۳ – allergic bronchopulmonary mycosis

۴ – cystic fibrosis

۵ – eosinophilic pneumonia

۶ – bronchiolitis obleterans

۷ - Cardiac Asthma
۸ - Uremic Asthma

ج: systemic vasculitidis with pulmonary involvement

۱ – churg-straus syndrome

د: psychiatric asthma

۱ - Hysteric Asthma

تشخیص:

۱- :دويني معاينات :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

۲ : دسږو وظیفوي تستونه : سپا یرو متریک معاینات په لاندي ډول دي

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

4-سږو وظیفوي تستونه مخکي او وروسته دبرانکو دایلاتور د تداوي څخه اندازه کیږي . د دوي داندازي څخه دهوايي لارو دانسداد شدت معلومیږي .

5-هغه وخت پوهیږو چي هواي لارو انسداد رجعي دي او دبرا نکو دایلاتور په واسطه ښه والي پیدا شوي چي **FEV1≥ 12%** او ۲۰۰ملي لیتره وي او یا **FVC ≥ 15%** او ۲۰۰ملي لیتره وي

6-په شدید حالت کي هوا په سږو کي بندیږي **Residual volume**زیاتیږي او په نتیجه کي **FVC**کمیږي

۳- : **Bronchial provocation test**

1. دا هغه وخت تر سره کیږي چي استما مشکوک وي او د سپایرو متریک معا یناتو په واسطه تشخیص نه شي ، د دي تست تر سره کولو لپاره انشاقي هستامین یا میتا کولین کارول کیږي ، که **FEV1**د ۶۵٪څخه کم وي نه توصیه کیږي ، میتا کولین تست هغه وخت مثبت وي چي که ناروغ ته **8mg/ml** او یا کم میتا کولین توصیه شي **FEV1≥20%** څخه ښکته شي
2. که تست منفي وي ۹۵٪ **negative predictive valume** داستما لپاره ښي .

۴- : دبلغمو معاینه

1. التهابي حجرات وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

۵- دزړه برقی ګراف :

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

داستما اختلاطات:

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

مخنیوي :

1. دالرژیک موادو لري کول
2. داتتان تداوي
3. دسګرټو پریښودل
4. دنمونیا او انفلوانزا لپاره واکسین شی
5. بیتا بلاکر او *ACE inhibitors* استعمال څخه ډډه وشي
6. دالرژیک موادو په مقابل کي الرژي کموالي (لږلږ الرژیک مواد دپوستکي لاندي زرقول ترڅو حساسیت له مینځه لاړ شي)
7. دحساسیت لپاره کورتیزون او اد رینالین تیار په لاس کي وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

دتداوي مرحلي:

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

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

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

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

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

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

درملنه:

دتداوي اهدا ف:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. دسږو وظيفوي تستونه نارمل يانژدي نارمل کي ساتل
5. National asthma education and prevention program 3(NAEPP 3) داسي وړانديز کوي چي د دوامداري استما تداوي لپاره اساسي درمل انشاقي کورتيکوستروييد دي .

داستما د درملني لپاره درمل:

داستما د د رملني پلان په د وو کتگوريو باندي ويشل شوي دي .

۱- RELIEVER DRUGS:QUICK RELIEVER DRUGS:

دا دواګاني په چټکي سره داستما حمله ارامو ي .

۲ - CONTROLER:LONG TERM CONTROL

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

الف : داوږدي مودي کنترول درملنه

1- Anti inflammatory drugs

Corticostroids: لاندي ګټي لري

1. حاد اومزمن التها ب کموي
2. اعراض کموي
3. هوايي لاري ښه کوي
4. هوايي لاروحساسيت کموي
5. اکزاسربيشن کموي
6. دبيتا ۲اګونست قوت زياتوي

دکورتيکوستروييد مستحظرات په دوو ډولو پيدا کيږي

۱- انشاقي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

۲- سيستيميک :

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

د کورتيکوسترويد مستحظرات

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

2-اوږد تا ثير لرونکي برانکوډايلاټور:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

1. خفيف دوامداره استما
2. دتمرين په واسطه پيدا شوي اعراض
3. رسپانس نظر کرتيکوستروييد ته کم وي
4. د کرومولين انشاقي يي په يو پف کي ۸.۰ مليگرامه دي . دوه پفه د ورځي ۴ ځله استعماليږي کي . نيبولايزر يي ۲۰مليگرامه په يو امپول کي دي . يو امپول دورځي ۴ ځله استعماليږي .
5. نيد و کروميل انشاقي يي ۷۵.۱ مليگرامه په يو پف کي دي ۲پفه دورځي ۴ ځله .

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

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

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

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

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

Leukotriene receptors antagonist- 1

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

-2 *5- lipogenase inhibitor*

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

Desensitization-4الرژيک حساس ناروغان اميونوتراپي شي.

5- Immunmodelatorsددي مستحظر *omalizumab* دي دا کورتيکوستروييد د رملني ته ضرورت کموي

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

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

ب: چټک ارامونکي درمل:مهم چټک ارامونکي درمل:

۱- لنډ تاثيرلرونکي برانکوډايلا تور :

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

1. انشاقي: **short acting beta 2 agonist(MDI) metered dose inhaler**
   - i. *Albuterol CFC 90mcg/puff,200puff/canister*
   - ii. *Albuterol HFA 90mcg/puff,200puff/canister*
   - iii. *Pirbuterol CFC 200mcg/puff,400puff/canister*
   - iv. *Levalbuterol HFA 45mcg/puff,200puff/canister*

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

نیبولایزر کیدای شي چي د *budesonide or cromolyn or ipratropium* سره مخلوط وي

۲- : انتي کولینیرژیک دواګاني په لاندي ډول دي .

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

۳- سیستیمیک کورتیکوسترويد :

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

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

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

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

انتي بیوتیک په لاندي حالاتو کي ورکول کیږي:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

انزار :

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

STATUS ASTHMATICUS

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

کلنيکی لوحه :

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

1- خفيف اکزاسربيشن :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. که انشاقي کورتيکوستروييد تاثير ونه کړي او مخکي ورکول شوي نه وي د وز يي دوه چنده کيږي

2-متوسط اکزاسربيشن :

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

3- شديد اکزاسربيشن:

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

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

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

۴- سيستميک کورتيکوستروئيد :

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

۶- ميوکولايتيک دواګاني نه توصيه کيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA (CAP) په ټولنه کي پیداشوي نمونیا

تعر یف :

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

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

اپیدیمولوژي او پیښندل :

CAP يو معمول ناروغي دي چي په کال کي ۵-۴ ميلونه پيښي يي په متحده امريکا کي تشخيصيږي چي ددي څخه ۲۵٪ يي په روغتون کي بستريږي .په امريکا کي دمړيني اتم لامل دي . په خفيف ناروغانو کي چي بستر شوي نه دي دمړيني اندازه د ۱٪ څخه کم دي .په روغتو ن کي دمړيني اندازه په کال کي نژدي ۱۲-۱۰٪ دي خو د۶۵کلني څخه پورته عمر کي په کال کي دمړيني فيصدي ۴۰٪ ته رسيږي .

دکپ لپاره خطري فکتورونه: عبارت دي له:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

د کپ اسباب :

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

2-5% - TWO OR MORE CAUSES

كلينيكي لوحه :

اعراض:

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

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

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

علايم :

(c) ketabton.com: The Digital Library

الف – عمومي علایم – ناروغ ناروغ ښکاري ،تنفس اونبض يي چټک وي ،لوړه درجه تبه وي ،پوستکي سور وچ وي ، په شوندوکي هرپس وي (herpes labialis) ۲-۳ ورځي وروسته دتبي څخه پیدا کیږي .

ب- تنفسي علایم :

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

جس- vocal fremitus لوړ وي .

قرع – dullness وي .

اضغا – تنفسي اوازونه ښکته وي ،تنفسي اوازونه برانکیل وي ، vocal resonance لوړ وي ، fine crepitation اوریدل کیږي .د نقاهت په دوره کي coars crepitation اوریدل کیږي .

تشخیص :

تشخیص دکلینیکی لوحی ،تاریخچی اوفیزیکی معاینی په واسطه کیږی .

لابراتواري پلټني :

الف :دبلغمو معاینه – ۱- ګرام ستېین : د دي معاینه په واسطه دمشخص انتان لپاره مشخص انتي بیوتیک توصیه کیږي .دديمعايني حساسيت ۶۲٪ او وصفيت يي ۸۵٪ دي .

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

ب: دسیني رادیوګرافي : ۱- دا دناروغي په تشخيص او اختلاطاتو(پلورال ایفوژن او امپیما) په تعینولو کي مرسته کوي .۲- رادیولوژیک بدلونونه ۱۲-۱۸ ساعته وروسته پیل کیږي . دسیني رادیوګرافي د ۶اوني په موده کي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

د: **دشرياني ويني دګازاتو اندازه کول** –

درملنه :

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

streptococcuspneumonia(pneumococcal pneumonia)

تعريف : مخکی تری یادونه شوی .

اپيديمولوژي او پيښيدل :مخکی تری یادونه شوی

داتتان دخپريد و لاري:

انشاقي (د منتنو څاڅکو انشاق)

اسپيريشن (داورو فرنکس انتا ناتو له کبله ستروپتوکوک نمونيا)

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

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

پتا لوژي:

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

1. لومړي صفحه : کنجيسشن : په دي صفحه کي لاندي پتالوژيک بدلونونه وي : ١- مصلي اکزودات وي٢- د رګونو پړ سوپ٣- دبکتريا و تکثر
2. دويم صفحه : red hepatization: ١- سږي د ځيګر پشان سختيږي او سور رنګ نيسي او جامد ښکاري ٢- هوايي لاري د پي ام ان

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

3. د ريم صفحه :gray hepatization :۱- التهابي حجرات وي ۲- سپين حجرات وي ۳- سره حجرات وي ۴- فبرين وي
4. څلورم صفحه : Resolution اکزودات ښه کیږي

کلينيکی لوحه :

اعراض او علايم :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواری معاینات :

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

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

۱- د بلغمو گرام ستين معاينات

۲- د تشو متيازو انتي جن تست د ستروپتو كوك نمونيا او ليوجيو نيلا لپاره توصيه كيږي .

۳- Rapid antigen detection test for influenza

دبلغمو گرام ستين معا ينا ت د ستروپتو كوك نمونيا لپاره نه حساس دي او نه وصفي يوازي د متيسيلين په مقابل كي مقاوم ستا فيلوكوك او گرام منفي انتاناتو لپاره اجرا كيږي

دتشو متيازو انتي جن تست د ستريپتو كوک او ليوجينيلا لپاره د بلغموگرام ستين اوكلچر معايني په شان لږ حساس او وصفي دي دا تست ژر اجرا كيږي او د د وا مقدم شروع په نتيجه با ندي اثر نه لري . دا تست د نمو كوک انتان لپاره هغه وخت توصيه كيږي چي ناروغ لوكو پينيا ولر ي ، توري نه وي ،شراب څكي ،دځيگر مزمن ناروغي ولري ،پلورال ايفوژن ولري او ICUكي بستر وي .د ليوجيونيلا لپاره هم په دي حالاتو كي توصيه كيږي

د ويني گازاتو معاينه (اكسيجن غلظت)

دويني بيو شيميک معاينات (گلوكوز، د پښتورگو وظيفو ي تستونه ، د ځيگر وظيفوي تستونه)

د ويني بشپړ شميرنه ا و ډ يفيرينشل معاينات

(c) ketabton.com: The Digital Library

د AIDS لپاره معا ینات

Procalcitonin: دا دکالسیتونین پیش قدمه ماده ده چي دبکتریا دتوکسین په مقابل کي ازادیږي او دوایرس په واسطه نهي کیږي ، دهمد ي مادي په اساس وایروسي او بکتریایي انتا ن سره تفریق کوو :یعني دپورتني تنفسي لاري انتان وایرس او دښکتني تنفسي لاري انتان بکتریا دي .

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

دسيني را ډ يو ګرافي د patchy انفلتریشن څخه تر لوبولار ، منتشر الویلار او انټرستیشیل opacity (کثافت) تغیر ا تو پوري وي

را ډ یو لوژ یک ښه والي د ۶ هفتو او یا زیاته موده کی څر ګند یږي

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

بل ښه تشخیصه تست د سيني CT scan دي

مخکي د تداوي څخه د ويني کلچر تر سره شي

که ناروغ پلورال ایفوژن ولري د پلورا ما یع د ګلوکوز ،HDL ،مجموعي پروتین ،لوکوسیت شمیر او ډ یفیرینشیل،مایع PH او کلچر لپاره ماینه شي .که د ما یع کلچر مثبت وي توراکوستومي د ريناژ اجر اشي .که چیري کا ویتي موجود وي بلغم باید د فنګس او تبرکلوز لپاره کلچر شي .

سیرولوژیک تستونه پي سي ار او نور تستونه د ایروسونو لیوجیونیلا لپاره اجرا شي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

اختلاطات:

داخل الصدري:

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

تشخیص :

دتاریخچی ،کلینیکی لوحی او لابراتواری معایناتو په واسطه کیږی .

تفریق تشخیص:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

5. د معدي څيري شوي زخم
6. دحجاب حاجز ځخه لاندي ابسي
7. حاد پانکراتایتس -8 امویبک هیپاتیتس

تدا وي :

د روغتون ځخه دباندي درملنه :

۱- هغه ناروغان چي مزمن ضميموي ناروغي ونه لري ، اود ۳ ميا شتومخکي په موده کي انتي بيو تيک يي اخيستي نه وي .

Macrolides:مکرولید دواګاني عبارت دي له :

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

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

هغه ناروغان چي د سود وموناس انتان ترخطر لاندي دي

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

ځپونکي د رمل ا خیستونکي) .او یا د ري میاشتو مخکي په موده کي انتي بیوتیک اخیستي وي

- **Antipseudomonal beta lactam**

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

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

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

د تداوي دناکامي لاملونه:

1. مایکروبیا لوژیک تشخیص غلط وي
2. د انتي بیوتیک انتخاب اودوزغلط وي
3. د دوا په وړاندي حساسیت وي او یا جانبي عوارض وي
4. انتاني اختلاطات وي لکه (امپیما ، میتا ستا تیک انتان وي،پارانمونیک ایفوژن وي ،بل انتان یوځایي شوي وي،اتیلکتازس وي
5. دبدن د فاعي حالت ضعیف وي
6. ځوانتانات یوځایي شوي وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنیوي:

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

په روغتون کي د بستر استطبابات :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

دکلنيک له نظره خراب انز ار:

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

د لابراتوار نظره خراب انزار:

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

CURB 65 Rules اود نمو نيا د تداوي ځاي :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

CURB 0 or 1

کور کي تداوي شي

CURB 2

لنډ ي مودي لپاره روغتون کي بستر شي

CURB 3

روغتون وارد کي بستر شي

CURB 4 or 5

ICUکي بستر شي

Pneumonia severity indix(PSI)

Major criteria -1

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

Minor criteria -2

1. Confusion/disorientation
2. Blood urea nitrogen ≥ 20 mg%
3. Respiratory rate ≥ 30 / min
4. temperature < 36ºC
5. Severe hypotension
6. PaO2/FiO2 ratio ≤ 250
7. Multi-lobar infiltrates
8. WBC < 4000 cells
9. Platelets <100,000

(c) ketabton.com: The Digital Library

Hospital Acquired Pneumonia (HAP)

په روغتون کي پیدا شوي نمونیا

pneumonia Nosocomial

اپیدیمولوژی :

1. HAP: Hospital-acquired pneumonia
   a. په روغتون کي وروسته د وو ورځو اویا په زیا ته موده کي پیدا شي
2. VAP: Ventilator-associated pneumonia
   a. د ترخیال انتیو بیشن څخه وروسته د ۴۸ ساعتو په موده او یا زیات د دي څخه پیداشي
3. HCAP: Healthcare-associated pneumonia

هغه کسانو کي پیدا کیږي چي صحي کارونو کي بوخت وي لکه هیمو یا لایزس ،د زخم پانسمان کونکي کي او داسي نور . دا په تولنه کي په هغه کسانو کي چي صحي خد مات کوي .

تعریف :

1. نمونیا د شفاخاني د بسترید و څخه ۴۸-۷۲ وروسته پیدا کیږي
2. ناروغ تبه اوبلغم لرونکي توخي لري
3. په وینه کي سپین حجرات لوړ وي
4. د سیني په راډیو لوژي کي نوي ارتشاحات پیدا کیږي
5. د ترخیا او برانکسونو افرازات خیرن وي
6. انتا ن په روغتون کي دداخلیدو پرمهال نه وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

پتوجینیزس :

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

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

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

۱- غیر شعوري حالت وي – ۲- ها یپوتنشن وي ۳- پښتورګو عد م کفا یيه ۴- لوکو سا یتوزس ۵- دسږو مزمن انسدادي ناروغي ۶- شرابي ۷- روغتون کي داوسید و موده ۸- تغذ یوي حالت ۹- انتي بیوتیک په واسطه درملنه ۱۰- انتوبیوشن ۱۱- په بیړني مراقبت خونه کي بستر وی.

هغه خطري فکتورونه چي په معده کي داتتا نا تو د تولید و لامل کیږي عبارت دي له : ۱- زاړه کسان ۲- .Achlorhydria ۳- Antacids and H2 blockers. ۴- پي پي آي استعما لول ۵- دمعدي په محتویاتو کي د مزد وج بیلوروبین زیا تولي ۶- سکرالفت دمعدي په اسید باندي لږ اغیزه لري

هغه خطري فکتورونه چي داسپیر یشن لپاره خطري دي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د HAP اسباب :

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

کلنيکي لوحه:

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

فيزيکي معاينه :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص :

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

مخنيوي:

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

درملنه:

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

i. Antipseudomonal antibiotic

ii. iv Cefipime 1-2g /12hrs

iii. IV Ceftazidime 1-2gm/8hrs

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

v. IV Meropenem 1gm/8hrs

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

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

دویمي انتي سود ومونا ل دواګاني :

i. iv Levofloxacine 750mg/d

ii. iv Ciprofloxacine 400mg/8-12 hrs

iii. Gentamycin,amikacin, tobramycin

iv. د متیسیلین په وړاندي مقاوم سودوموناس

v. Vancomycin

vi. Linezolid 600mg/12hrs iv

(c) ketabton.com: The Digital Library

BRONCHIECTASIS

تعر يف:

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

اسبا ب:

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

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

٣- د كوربه دفاعي ميكا نيزم خرابوالي

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

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

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

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

: Pathogenesis

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

التهابي ساحه كي مكروفاژونه او لمفوسايتونه ټوليږي چي دمخاطي جدار دپلنوالي لامل كيږي دغه پلنوالي دهوايي لارو دانسداد لامل كيږي چي د سږو دوظيفوي دندو دخرابوالي لامل كيږي . كله چي ناروغي پرمختګ وكړي په هوايي لارو كي او دسږو په پرانشيم كي فايبروزس مينځته راځي ، دهوايي لارو پاكيدل خرابيږي . دانسدادي ساحي په خلف كي دافرازاتو دټوليدو له امله انتاناتو ته زمينه مساعديږي چي نورهم د برانكسونو دتخريباتو لامل كيږي .

پتا لوژي:

۱- د برانكسونو توسع او تخريب .۲- د هوايي لاري داپيتيليوم تخريب .۳- د ويني د كپيلاريو توسع او هايپر پلا زيا

دبرانكيكتازس ډولونه: ۱- **cylindrical bronchiectasis**: اخته برانكس توسع كوي او دافرازاتو پواسطه بند يږي . ۲- **varicose bronchiectasis:** اخته برانكس غير منظم توسع كوي چي د وريدي واريكوز پشان ښكاري . ۳- **saccular (cystic) bronchiectasis** : برانكس د بالون پشان ښكاري.

كلنيكي لوحه:

۱- زيات مقدار بد بويه خيرن بلغم .۲ - مزمن ټوخي .۳- وينه لړونكي بلغم . ۴- متكرر نمونيا .۵- سيستميک اعراض(تبه او وزن كميدل) .۶- د سږو په فيزيكي معاينه كي دناروغي په مقد م حالت كي سږي نارمل وروسته كريپيتيشن اوريد ل كيږي .۷- انيميا .۸- دناروغي په وروستي وخت كي لاندي حالات پيدا كيږي لكه ۱- د ګوتو ګلابينګ .۲- امفزيما .۳- كور پلمونل .۴- ښي زړه عدم كفاييه .۵- اميلو ايو د وزس .۶- د احشا وو ابسي .

CHEST X-RAY:

1. دسيني راديو ګرافي كي برانكسونه متوسع او پلن ښكاري ،غير منظم كڅا فتونه او اتيلكتا زس او نقطوي كنسوليد يشن ښكاري
2. ښه تشخيص يي د high resolution CT scan ، Bronchoscopy او Bronchography (gold standard) پواسطه كيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

تفریقي تشخیص :

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

لابراتواری معاینات:

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

درملنه:

طبي اهتما مات : ۱- انتي بیو تیک :د ۱۰-۱۴ وروځو لپاره

1. Amoxacillin- clavulanate 500mg/8hrs
2. Ampicillin or tetracyclin 250-500mg/6hrs
3. Trimetoprim-cotrimoxacillin 160/800mg/12hrs
4. Ciprofloxacine 500- 750mg /12hrs
5. وقایوي درملنه لپاره ازیترومایسین ۵۰۰ملیګرامه اوني کي دري ځله د ۶ میاشتو لپاره توصیه کیږي

۲- د سیني فیزیوتراپي :

۳- وضعیتي د ریناژ ترڅو بلغم خارج شي

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

LUNG ABSCESS

تعر یف:

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

اسباب :

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

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

غیر بکتریایي انتانات:

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

پتالوژی :

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

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

کلنیکي لوحه :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

فیزیکي ننبي :

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

لابراتواري معاینات:

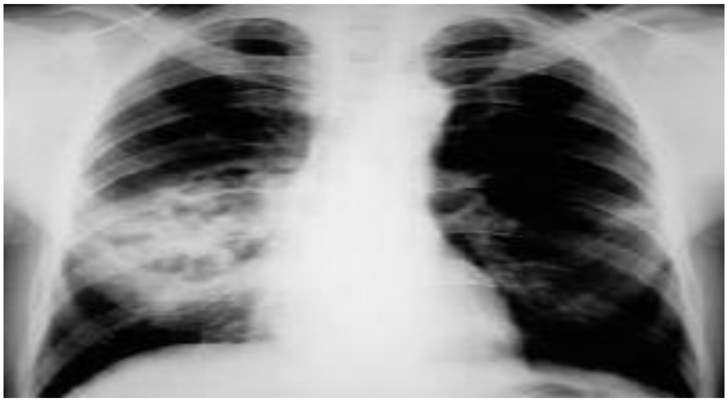
1. دویني بشپړ معاینا ت
2. دبلغم معاینات دګرام ستین کلچرتبرکلوز لپاره تر سره شي
3. دبلغمو کلچر د ان ایروبیک انتا ناتو لپاره مناسب نه دي ځکه چي د خو لي دنوروفلورا سره منتن شوي وي ،نو د دي انتاناتو د کلچر لپاره دترانس توراسیک افرازات ،توراسنتیزس اوبرانکوسکپیک دلاري سمپل واخیستل شي
4. -د ویني کلچر د انتا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

راډ یولوژي:

1. دراډیولوژیک منظري له مخي ان ایروبیک انتانات په لاندي ډول دي :
2. دسږو ابسي : دسږو کهف (کاویتي) د پلن د یوال لرونکي کنسولید یشن پواسطه احاطه شوي وي او اکثراً په جوف کي داوبو اوهوا خیال سطحه لیدل کیږي .
3. نکروتیزینک نمونیا :په دي حا لت کي د کنسولید یشن په ساحه کي متعد د کهف موجود وي .۸- امپیما : د پلورا په جوف کي خیرن مایع وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. ۹- التراسونوګرافي پواسطه دمايع موقعيت معلوميږي



پتوجينيزس :

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

دسږو دابسي مساعدونکي فکتورونه :

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

اختلاطات:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص :

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

تفریقي تشخیص:

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

تداوي:

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

د جراحي تداوي استطبابات:

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

مخنیوی :

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

انزار:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

Atelectasis

(کولپس) :

هغه حالت ته ويل کيږي چي د بر انکسونو دانسداد له کبله سږي کولپس وکړي چي په نتيجه کي دګازاتو تبادله له مينځه ځي او يا کميږي . دا کيداي شي چي په ټول سږي کي او يا د سږي په يوه برخه کي وي ، دا بايد دسږو کنسوليدشن څخه توپير شي .

اسباب :

۱- وروسته دجراحي عملياتو څخه (دګيډي دحرکاتو محدوديدل)
۲- سګرټ څکونکي اوزاړه ډير ترخطر لاندي دي
۳- د تومور، لمف نود او تبرکل له کبله دبرانکسونو انسداد
۴- سرفکتانت کموالي

پتالوژی :

کولپس د سيني په راد يو ګرافي کي ښکاري . کولپس کيداي شي په نارمل حالت کي دهوا دخارجيدو له کبله هم وي . کولپس په حاد ډول وروسته دعملياتو څخه او يا د سرفکتانت دکموالي له امله او يا په نوي زيږدلي ماشومانوکي(*infant respiratory distress syndrome*) پيدا شی .

پتوفزیالوژی :

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

و يشنه :

(c) ketabton.com: The Digital Library

اتیلکتازس په حاد یا ځنډني ډول وي . په حاد حالت کي سږي نوي دهوا څخه تش شوی وي . په ځنډني حالت کي په ماوفه ځايي کي هوا نه وي ، اتنانات وي ، برانکسونه پراخه شوي وي ، ویجا ړیدنه او فبروزس لیدل کیږي .

Chronic atelectasis:ځنډني اتیلکتازسس په د وه ډوله دي :

۱- *middle lobe syndrome atelectasis*: په دي حالت کي برانکسونوباندي دفشار له کبله سږي کولپس کوي (لکه لمف نوډ یا تومور) چي په اخته ځاي کي نمونیا(د د رملني په وړاندي مقاوم) ،ځنډني التهاب ، سکارینګ او برانکیکتازس مینځته راځي .

۲- *Rounded Atelectasis (Folded Lung Syndrome)*: په دي حالت کي دپلورا د سکارینګ او ټو لیدو له کبله دسږي باندني برخه ورو کولپس کوي چي د سږي په اکسري کي ګرد خیال لیدل کیږي چي دسږي دتومور سره غلطیږي . دا ډول اتیلکتازس د پلورا د اسبیتوزس یا دپلورا دځنډني فبروزس له کبله مینځته راځي .

Absorption (Resorption) Atelectasis : اتومسفیر ۷۸٪ نایتروجن او ۲۱٪اکسیجن لري چي اکسیجن د سنخي کپیلاري غشا په حذا کي تبادله کیږي او نایتروجن داسناخو دپړسوپ غوره ماده ده ، که اکسیجن په زیاته اندازه دنایتروجن ځاي ونیسي بلاخره اکسیجن په وینه کي جذ بیږي دنایتروجن دکموالي له امله د اسناخو حجم کمیږي چي داسناخو دکولپس لامل کیږي چي دي ته جذبي اتیلکتازسس وایي .

کلینیکي لوحه:

۱- ټوخي (بارز نه وي) .۲- دسیني درد (معمول نه وي) .۳- ساه لنډي (چټک او سطحي وي) .۴- د اکسیجن مشبوعیت لږ وي .۵- پلورال ایفوژن (ترانسو دیت وي) .۶- سیا نوزس(وروستي نښه وي) .۷- دزړه حرکت چټک وي .۸- دحرارت درجه لوړه وي

دسیني راډیو ګرافي:

۱- دسیني راډیو ګرافي .۲- سي ټي سکن .۳- برانکوسکوپي

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخيص:

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

مخنیوی :

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

درملنه :

۱- سببي درملنه
۲ دجراحي عمليي وروسته پيداشوي کولپس د فيزيوتراپي په واسطه درملنه شي
۳- ژور تنفس او ټوخي کولو ته وهڅه ول شي
۴- هغه کسان چي دسيني سوي اشکال او يا عصبي ستونزي لري ميکا نيکي تنفس ورکړل شي
۵- که انسداد دټوخي په واسطه له مينځه لاړ نه شي دبرانکسکوپي په واسطه له مينځه لاړ شي
۶- که انتان وي انتي بيوتيک توصيه شي
۷- تومور د جراحي عمليي او شعاعي درملني په واسطه له مينځه يوړل شي

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

PLEURAL DISEASE

PLEURITIS

تعریف:

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

اسباب :

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

کلینیکی لوحه :

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

رادیوګرافی:

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

درملنه :

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

Pleural Effusion

تعریف :

1. د حشوي او جداري پلورا ترمینځ په غیر نا رمل ډ ول دما یع تولید و ته وا یي هغه وخت ا یفوژن پید ا کیږي چي د مایع د جوړید و او جذ ب ترمینځ بیلانس خراب شي
2. پلورايي مایع د جداري پلورا د کپیلریوپه واسطه جوړ یږي او د جداري پلورا د لمفاوي سیستم په واسطه جذ بیږي
3. په نارمل حالت کي :
   1. 0.01cc/kg/hr تولید یږي
   2. 8.4ml د نیمي سیني وي
   3. د سپینو حجرو شمیر ۱۷۰۰ په یو ملي متر مکعب کی وي چي ۷۵٪ حجرات یي مکروفاژ او ۲۵٪ یي لمفو سیت دي پروتین یي د پلازم د پروتین غلظت څخه ۱۵٪ کم دي
   4. پي ایچ یي ۷.۶- ۶۴.۷ دي
   5. ال . ډي . ایچ یي د پلازما څخه ۵۰٪ کم دي
   6. ګلوکوز یي د پلازما په اندازه دي

اسباب :

الف- د ترانزود یت پلورال ایفوژن اسباب:

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

ب- د اکزوداتیف پلورال ایفوژن اسباب:

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

Drug-induced pleural disease (، Nitrofurantoin ، Amiodarone)

کلنیکي لوحه :

اعراض :

۱- دسیني درد respirophysic chest pain ۲- دلومړني ناروغي کلنیکي لوحه وي ۳- سا ه لنډ ي هغه وخت وي چي دمایع اندازه د ۵۰۰ملي لیترو څخه زیات شي ۴- ټوخي

علا یم :

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

پتوفزیالوژي له نظره د پلورال ایفوژن ډ ولونه:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

لابراتواری معاينات:

اکزو داتيف مايع اوصاف :

- ***Light's criteria***

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

ترانسوداتيف پلورال ايفوژن اوصاف :

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

DIFFERENTIAL CELLS:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

2. **مونوسیت** : که مونوسیت یا کوچني لمفوسیت شمیر د ۵۰٪ څخه زیا ت وي مزمن انتان ښئ لکه سرطان اوتبرکلوز

3. **ازونوفیل** :که د ازونوفیل شمیر ۱۰٪څخه زیا ت وي په لاندي حالاتو دلالت کوي ۱- د پلورا په جوف کي هوا یا وینه وي ۲- د دوا ریاکشن (لکه نایترو فورانتین برومو کربتین) ۳- **asbestos** ۴- **paragonimiasis** ۵- **Churg–Strauss syndrome.**

4. **د پلورا دمایع دګلوکوز اندازه:** که دګلوکوز غلظت د**60 mg/dl**څخه کم وي په لاندي نا روغ دلالت کوي: ۱- اختلا طي پارا نمونیک ایفوژن ۲- سر طاني ایفوژن ۳- هیمو توراکس ۴- تبر کلوز ۵- روما توييد پلورال ایفو ژن ۵- **Churg–Strauss syndrome** ۶ **paragonimiass**۷- لو پوس ا یفو ژن

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

   a. زیا توالي : د التهابي د رجي زیا توالي ښئ: کموالي يي دالهابي درجي کموالي ښئ

6. سا یتو لوژیک ما یعنات دسرطان لپاره تر سره کیږي

7. دتبرکلوزیک پلورال ایفوژن لابراتواري ښنبي:

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

- **pH**:

  1. که پي ایچ د ۷.۳۰څخه کم وي د ریناژ استطباب لري

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

دپلورا دمایع نورتستونه:

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

راډ یولوژي:

1. د سږو کثافت نظر اوبو ته کم دي نو ځکه په ایفوژن کي سږي د اوبو له پاسه وي .
2. Subpulmonary pleural effusion کي د د یا فراګم زروه وحشي خو اته بي ځا یه کیږي او کوستو فرینیک زاویه ما یل کیږي . په چپ طرف کي د معدي د هوا او سږي تر مینځ فاصله د د وو سانتي مترو څخه زیات وي .
3. ۷۵-۱۰۰ملي لیتره ما یع دولاړي په حالت کي د را ډ یو لوژي په جنبي منظره کي ښکاري او که د ما یع اندازه ۱۷۵- ۲۰۰ملي لیتره وي دولاړي په حا لت په قدامي منظره کي ښکاري
4. راډ یو لوژیک معا ینا ت:
5. د CT scan ارزښت: د سږو لومړني ناروغي پري معلومیږي په دي کي لس ملي لیتره مایع ښکاري . کم تر کم یو سانتي متره مایع په پروت وضعیت کي د توراسنتیزس پو اسطه تخلیه کیداي شي .

د ultrasonography ارزښت:

۱- loculated pleural effusions -۲ iloculated effusions -۳ جا مده کتله وي ۴- د دي معاینې په واسطه د لوکولیتید (کپسول شوي ایفوژن) تو راسنتیزس ښه اسانیږي .

د MRI ارزښت :

(c) ketabton.com: The Digital Library

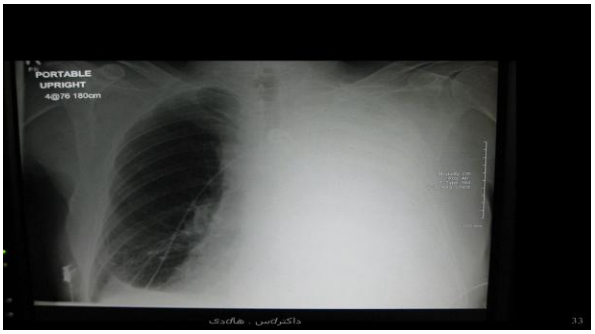
۱- پلو رال ایفوژن معلوموي ۲- پلو را تومورمعلوموي ۳- که دسیني دیوال دسرطان پواسطه تر برید لاندي وي معلوموي ۴- دپلورال ایفوژن د ترکیب دمشخصاتو په اړوند معلومات ورکوي ۵- دهیمو راژیک ایفوژن عمر معلوموي .

تشخیصیه توراسنتیزس :

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library



درملنه:

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

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

Malignant pleural effusion

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د پلورال ايفو ژن تفريقي تشخيص:

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

پارا نمونيک ايفوژن:

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

EMPYEMA

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

3. لومړي وخت کي مایع روښانه وي WBC >500 cell/µL، gravity >1.08 ، protein > 2.5 g/dL، ph < 7.2، LDH 1000 IU/L څخه لوړ وي
وروسته مایع خیرن کیږي WBC 15000 ، ph < 7.0، glucose < 50 mg/dL، LDH > 1000 IU/L

اسباب :

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

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

د Empyema سیستیمیک اوموضعی تظاهرات:

۱-د حشوي پلورا نکروزس ۲- برانکو پلورال فستول ۳- دجداري پلورا اوسیني جدار نکروزس ۴- د پښتیو او ستون فقرات اوستیو میا لیتس ۵- دمري فستول ۶- میتاستاتیک ابسي لکه د ماغ ته

تشخیص :

۱- دسیني رادیو ګرافي ۲- سونوګرافي چي تورا سنتیزس ته لارښود هم دي ۳- دمایع انا لیزس ۴- بد بویه مایع په ان ایروبیکاتتان کي وي

- تفریقي تشخیص یي د سږو ابسي او برانکو پلورال فستول سره کیږي

تداوي :

انتي بیوتیک دانتا ن کنترول لپاره(کلیندا مایسین یوازي یا دریم جنیریشن سپالوسپورین سره یوځایي ورکول کیږي) ،تخلیه اودریناژ دي

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

- که د پلورا په جوف کي امپیما وي فایبرینو لایتیک د وا لکه ستروپتو کا ینیز په جوف کي اچول کیږي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

Pneumothorax

تعريف :

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

:Primary spontaneous pneumothorax

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

:Secondary spontaneous pneumothorax

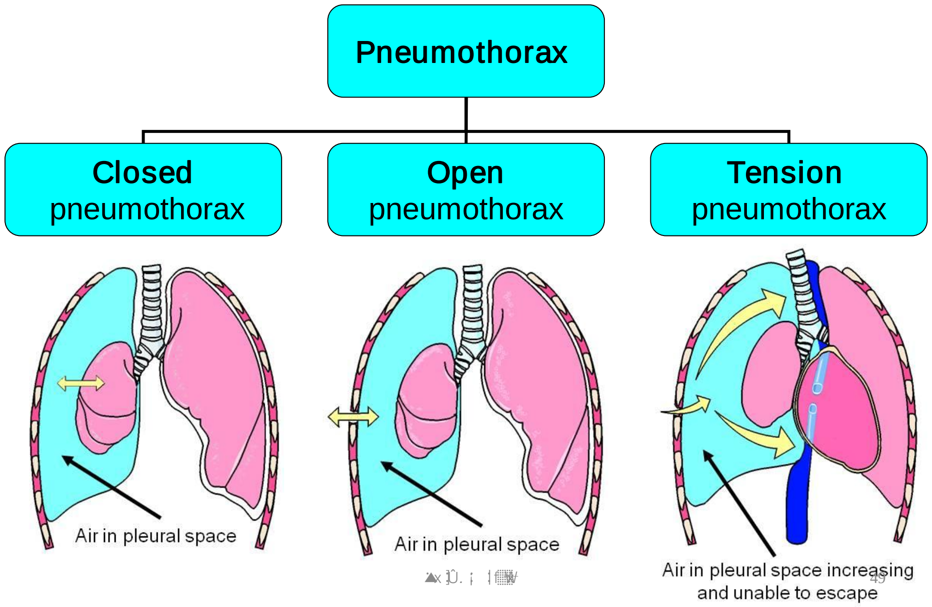
– اسباب يي دسږو لاندي ناروغي دي: ۱- کا ويتيي افت ۲- دسږو کيست ۳- امفيزيما توز بولا۴- نوماتوسيل .

:TRAUMATIC PNEUMOTHORAX

(c) ketabton.com: The Digital Library

اسباب یي عبارت دی له :نفوذیه جروحات،دپلورامایع داسپیریشن اختلاط،پلورال بایوپسی ،برانکوسکوپی او مثبت فشار وینتیلیشن .

پتالوژی



Closed pneumothorax	Open pneumothorax	Tension pneumothorax
خیري شوي پلورا تړل شوي وي	خیري شوي پلورا خلاص وي	خیري شوي پلورا د توپ یا با یسیکل د وال په شان میکا نیزم لري یعني هوا داخلیږي لاکن بیرته خارجیداي نه شي
د پلور ا دجوف فشار د اتومسفیر دفشار ځخه ښکته وي	د پلور ا دجوف فشار د اتومسفیر فشار سره مساوي وي	د پلور ا دجوف فشار د اتومسفیر فشار ځخه زیا ت وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

دبنفسهي نموتوراكس كلنيكي لوحه:۱- د سيني پلوراي د رد د فعتا پيل كوي ۲- ساه لنډي ۳- تكيپنيا ۴- تكي كارد يا ۵- د سيني تناظر خراب وي (ماوف طرف بلج وي) ۶- ما وفه طرف كي تنفسي اوازونه ښكته وي

دنومو توراكس اختلاطات :

۱- دبنفسهسي نموتوراكس متكرر حمله ۲- تنشن نوموتوراكس ۳- ها يد رو نمو توراكس ۴- كيست شوي نمو توراكس ۵- د نموتوركس څخه دهوا دليري كيدو څخه وروسته سږي په كولاپس ډول پاتي كيدل ۶- دسږو دانبساط څخه وروسته دسږو ازيما ۷- برانكو پلورال فستول ۸- نمو ميډ ياستتونوم

– سيني راديوګرافي :۱- دسيني توروالي زيات وی ۲- په تنشن نمو توراكس كي ميډ ياستين روغ خواته بيځا يه شوی وی ۳- حجاب حاجز ښكته شوي وي ۴- سږي كولاپس شوي وي

TENSION PNEUMOTHORAX

په دي حالت كي دسيني د جدار ترضيض د تو پ د وال پشان ميكا نيزم لري يعني د اتو مسفير څخه هوا د پلور ا جوف ته دننه كيږي خو بيرته هوا د وال له كبله وتلي نه شي

د تنشن نموتوراكس پتو فزيا لوژي:۱- داخل پلورا جوف فشار زيات وي ۲- ما وفه طرف سږي كولاپس كوي ۳- مري ، زړه ، ابهر او ترخيا مقابل لور ته تيله شوي وي ۴- تهو يه او دزړه دهانه خرابيږي

دتنشن نموتوراكس كلنيك:۱- شد يد ساه لنډ ي وي ۲- تر خيا بيځا يه شوي وي ۳- د زړه دهانه كم شوي وي ۴- دغاړي ور يد پړ سيدل وي ۵- تنفسي او د زړه حركات زيا ت شوي وي ۶- دويني فشار ښكته وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

BRONCHOGENIC CARCINOMA

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

هستوپتالوژیک ډولونه:

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

اسبا ب:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

د ميتاستازس کلينيکي لوحه

دتاريخچي اعراض:

- سيستيميک اعراض :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

علایم

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

لابراتواري تستونه:

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

دسيني راديوگرافي:

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

د CT کتی:

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

- برانکوسکوپي :۱- هستولوژيک تشخيص ايږدي ۲- د بيوپسي پواسطه هستولوژيک تشخیص او لمف نوډ ،ځیگر ته ، هډوکواو هډ وکو مخ ته میتاستا زس معلوموي .

اختلاطات :

دسږو کنسر نوروبرخو ته میتاستاس :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

سندرومونهParaneoplastic:

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

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

3. Calcitonin زیاتوالي
4. Gonadotropinزیاتوالي
5. Serotonin زیاتوالي

–Skeletal اختلاطات:

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

د پوستکي تظاهرات:

a. Dermatomyositis
b. Acanthosis nigricans
c. polymyositis

عصبي تظاهرات:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د وینې تظاهرات :

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

د پښتورګو تظاهرات :

- Nephrotic syndrome
- Glomerulonephritis
Eaton-Lambert syndrome.
-Autoimmune responses
-Proximal muscle weakness, usually in lower extremities,
--Rarely - cranial nerve symptoms
- depressed deep tendon reflexes

دسږو دکنسرد میتاستازس سلنه:

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

تشخیص :

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

درملنه:

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

جراحي درملنه :

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

کیمو تراپي :

۱- کوچني تومور کیموتراپي سره د رملنه کیږي

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

شعاعي درملنه :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

PULMONARY THROMBOEMBOLISM

مسا عد ونکي فکتورونه:

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

Virchow's Triad

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

دسږو دامبولیزم اغیزي:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲- دنیوروهمورال عکساتو له کبله وازو کنستریکشن پیدا کیږي

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

۴- د زړه دهانه کمیږي

۵- دسرفکتانت د کموالي له امله اتیلکتازس مینځته راځي

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

۷- هایپر وینتیلیشن وی .

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

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

کلینیکي لوحه:

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

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

- د وریدي ترومبو امبولیزم کلینیک :

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

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

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

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

لابراتواری معاینات :

EKG -۱

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

۳- شریاني ویني ګازات:

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

۴- د پلازما د **D- dimer** اندازه :

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

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

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

۷- **ventilation perfusion lung scaning**

۸- **Pulmonary scintigraphy**

۹- **Pulmonary angiography**

تشخیص :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

تفريقي تشخيص:

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

درملنه:

۱- انتي کوواګوليشن :

- APE(Acute pulmonary embolism):

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

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

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

په ښکتني وريدي اجوافو کي فلتر کيښودل :

داپه هغه وخت کی ايښودل کيږی چی داتتی کوواګولانت مضاد استطباب وی او دسږو امبوليزم يا DVT لپاره شديد خطری فکتورونه موجود وی .همدارنګه دمتکرر امبوليزم خطر موجود وی .

امبوليکتومی :

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

Thromboendarterectomy:

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

انزار:

مقدم تشخیص او تداوي سره انزار ښه وي

حاملګي : ۱- په ښکتني وريدي اجوافو کي فلتر کيښودل شي ۲- امبولايتيکتومي

(c) ketabton.com: The Digital Library

IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS(IPF)

Idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) دا د سږو ځنډ ي زیاتید ونکی دبین الخلالی نسج فبروزی نمونیا څخه عبارت دی چی علت معلوم نه دی ،لومړی ځل په پاخه عمر خلکو کی پیدا کیږی چی دهستولو پتالوژی او راډیو لوژی له نظره د*usual interstitial pneumonia (UIP)* سره تړاو لری .

کلنیکی لوحه :

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

هستولوژی :

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

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

تشخیص :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواری معاینات :

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

رادیولوژیک معاینات :

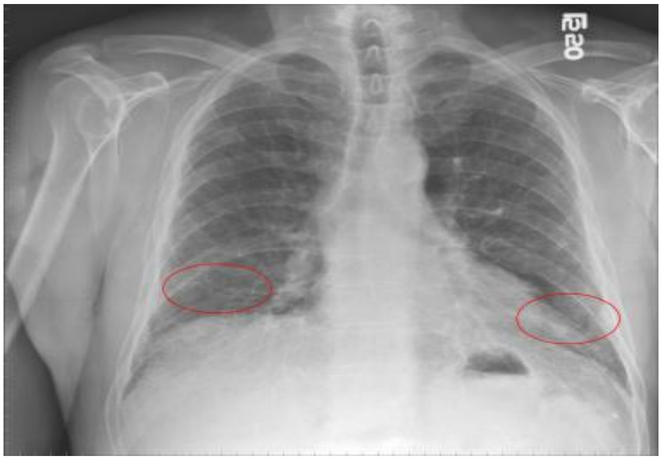
High-resolution computed tomography (HRCT) scanning د *(IPF)* تشخیص حساس او وصفی معا ینه دی چی په دی معاینه کی نقطوی محیطی سب پلورال او دواړو قاعدو کی شبکوی کثافت لیدل کیږی .

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

Transthoracic echocardiography: د دی پواسطه دسږو هایپرتنشن معلومیږی .

برانکوسکوپی .

بایو پسی .



- دسږو فایبروزس

(c) ketabton.com: The Digital Library

د رملنه :

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

تداوی شی . نور درملنه په لاندی ډول دی

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

RESPIRATORY FAILURE

حاده تنفسي عد م کفایه:

تعریف :

هغه حالت ځخه عبارت دي چي دتنفسي سیستم د ندي په کي خرابیږي لکه اوکسیجنیشن ،تهویه اود کاربن داي اکساید اطراح . په شد ید حا لت کي حیاتي اعضاوي هم متاثره کیږي .

هایپوکسیا هغه حالت ته وایي چي دشریاني ویني اکسیجن اندازه د ۶۰ملي متر سیما بو(7.8kpa) ځخه ښکته شي .

هایپر کپنیا هغه حالت ته وایي چي د شریاني ویني کاربن داي اکسا ید اندازه د ۵۰ملي متر سیمابو (6.5kpa) اندزي ځخه پورته شي .

ویشنه :

الف: Type 1 Respiratory Failure (Acute Hypoxemic Failure)

هغه حالت ته وایي چي paCO2 نارمل او paO2 ښکته وی . PH نارمل یا ښکته وی . HCO3 نارمل وی .په دی حالت کی پرفیوژن خراب وی .

ب: Type 2 Respiratory Failure Or Ventilator Failure

هغه حالت ته وایي چي paCO2 لوړوی او paO2 ښکته وی . PH ښکته وی . HCO3 نارمل وی .په دی حالت کی وینتیلیشن پرفیوژن تناسب خراب وی .

اپیدیمولوژی :

دتنفسی سیستم دعدم کفایي او دنژاد تر مینځ اړیکی تر اوسه پوری تر خبرو اترو لاندی دی .دتنفسی عدم کفایي پیښندل داسیا یی اودهند د اصلی اوسیدونکو ترمینځ توپیر نشته . Moss and Manninoداسی راپور ورکړی چی په افریقایي امریکانو کی د ARDS انزار نظر سپین پوستو ته زیات خراب وی .

(c) ketabton.com: The Digital Library

اسباب:

i. د هوايي لارو ناروغي :۱- استما ۲- سي او پي ډي ۳- دفرنکس، لرنکس او ترخیا انسداد ۴- د سږو ازیما ۵- دسږو دپرانشیم ناروغي ۶- نمونیا ۷- دسږو بین الخلالي انساجو ناروغي

ii. دسږو داوعیو ناروغي :۱- ترومبو امبولیزم

iii. دسیني دجدار ، دیافراگم او د پلورا ناروغي

iv. عصبي عضلي ناروغي گولین بار سندروم ،پولي میا لیتس .

v. مرکزي عصبي سیستم ناروغي

vi. کاربن داي اکساید تولید زیا توالي لکه تبه انتا نات او اختلا جات.

دهایپوکسیا کلنیکي لوحه:

۱- ساه لنډي ۲- سیانوزس ۳- ناراحتي ۴- دماغي خړ پړ تیا ۵- خفگان ۶- هزیان ۷- تکیپنیا ۸- تکي کاردیا ۹- ها یپرتنشن ۱۰- برادي کاردیا ۱۱- قلبي اریتمیا ۱۲- رعشه

دهایپر کپنیا کلینیکي لوحه:

۱- ساه لنډي ۲- سردردي ۳- داوعیو توسع ۴- داخل القحفي فشار زیا توالي ۵- پوپیل ازیما ۶- تکي کاردیا ۷- ها یپر تنشن ۸- خوبوړي دماغي حالت او کوما ۹- تنفسي اسید وزس ۱۰- د ستر گو دمنظمي سور والي ۱۱- استریکزس

درملنه:

د تنفسي عد م کفایي درملنه په لاندي ډول دي

i. د تنفسي عد م کفایي دسبب درملنه .

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

iii. عمومي محافظوي درملنه .

(c) ketabton.com: The Digital Library

تنفسي محافظوي د رملنه : ۱- غير تهويوي تنفسي محا فظوي درملنه (non ventilatory supportive care):

1. دها يپوکسيميک تنفسي عد م کفايي د تداوي لومړني موخه حياتي اعضاووته داکسيجن رسول دي په دي تر تيب چي شهيقي اکسيجن غلظت به د شر ياني ويني د هيموګلوبين دغلظت څخه ښکته وي (شرياني ويني اکسيجن نارمل غلظت ۹۰يا ۹۰٪ (or ≥7.8kpa) po2 ≥ 60 mmgh) څخه زيا ت وي . لوړ غلظت اکسيجن کومه ګټه نه لري .
2. نارمل اکسيجن غلظت ناد را ً په مزمن ها يپر کپنيا کي د ها يپو وينتيليشن سبب کيږي .
3. د تنفسي اسيد وزس دپيداکيد و له ويري د اکسيجن ورکول با يد ونه درول شي .
4. د تنفسي لاري په مزمن انسدادي ناروغي کي ها يپو کسيميا د لږ غلظت لرونکي اکسيجن پو اسطه د پوزي د کنولا (۱-۳ ليتره په يو ه دقيقه کي) او يا (-24) 40%venturl mask دلاري اصلاح شي
5. لوړ غلظت لرونکي اکسيجن په نمونيا او ARDS کي د هايپو کسيميا داصلاح لپاره توصيه شي .

۲- تهويوي محافظوي درملنه ventilator supportive care: تهو يوي محافظوي د رملنه د هوايي لارو د خلاص ساتلو او د اسناخو د وينتيليشن په موخه اجرا کيږي په داسي ډول چي دمخ د ما سک (غير مداخلوي يا نن ان واسيف) اويا د ترخيا ل انتوبيشن دلاري تر سره کيږي .

الف : بيدون د مداخلي څخه د لوړ(مثبت) فشارپه واسطه د وينتليشن اجرا کول (non invasive positive pressure ventilation)NPPV: دا عمليه د سي او پي ډي په هغه ناروغانو کي تر سره کيږي چي ها يپر کپنيک تنفسي عد م کفايي باندي اخته وي اوخپل افرازات کنترولو لي شي او ماسک تحمل کولاي شي .مثبت فشار سره وينتيليشن د مخ يا پزي ما سک په واسطه تر سره کيږي . د دي کار ګټه دادي چي د انتيو بيشن ضرورت او په

(c) ketabton.com: The Digital Library

بیرني کوټه کي د پا تي کيد و موده کموي . ARDS ، acute lung injury او هغوي چي اکسيجنيشن يي ډ ير خراب دي د ا درملنه ورته دومره ګټه نه لري دوي با يد ميخانيک انتيو بيشن شي

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

د میخا نیکي وینتیلیشن اختلاطات: ۱- اتیلاکتازس ۲- دپوستکي لاندي امفیزیما ۳- نمو میډ یا ستینیوم ۴- نمو توراکس ۵- سیستیمیک ګاز امبولیزم. ۶- حاد تنفسی الکالوزس۷- دپلورا لاندی دهوا کیست ۸- هایپوتنشن ۹- دتهویي له کبله نمونیا.

عمومي محافظوي څارنه:

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

انزار:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

تعريف :

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

اسباب:

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

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

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

پتوفزيالوژي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د ARDSدشدت درجه د شريانيويني اكسيجنيشن له مخي تعينيږي:

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

كلينيكي لوحه:

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

تفريقي تشخيص:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخيص:

دسيني راديولوژي :

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

پلورال ايفوژن كم يا نه وي

درملنه:

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

انزار:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

دسږو وظيفوي ناروغي:

دسږو زياتره حاد او مزمن ناروغي دکار په ځايي کي دمخرشو توکو دانشاق څخه پيدا کيږي

دسږو وظيفوي ناروغي په لاندي ډول دي .

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

:ASBESTOSIS

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

:SILICOSIS

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

نارمل وي او په شديد شکل کي ساه لنډي او د سږو تخريبي او انسدادي ناروغي مينځته راځي . د دي ناروغي پيښې په تبرکلوزيک سږو کي زيات وي نوځکه هر سليکوتيک ناروغ دتبرکلوز لپاره تست شي

:PNEUMOCONIOSIS

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

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

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

دناروغي په شد يد ډول کي دسږو پرمخ تللي کتلوي فبروزس وي چي دسږو د پورتني برخي د راتېوليدو لامل کيږي .

Caplan's syndrome: دا يو نادر ناروغي دي چي د سږو په محيط کي necrobiotic rheumatoid nodulesدي چي ۱-۵سانتي متره قطر لري په هغه کسانو کي وي چي روماتوييد ارتريتس لري او په سکارو کي کارکوي

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

الف : دحادي ناروغي کلینیکي لوحه :

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

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

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

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

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

:BERYLLIOSIS

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

لابراتواری معاینات :

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

دسږو دوظیفوی ناروغیو تشخیص :

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

درملنه :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

دویم فصل

دزړه روماتیزمل ناروغی

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

ACUTE RHEUMATIC FEVER

تعريف :

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

اسباب :

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

پتو جنیزس:

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

وقوعات (INCIDENCE):

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

ایپیدیمولوژي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ناروغي پيښې مخ پر ودې هيوادونو کي ډيري دي چي په ټوله نړۍ کي دکال ۲۵۰۰۰۰ تنه ځوانان ددې ناروغۍ له کبله مري ، په امريکا کي پرته د مهاجروڅخه پيښې يې کمې دي. دا ناروغي د ۵ او ۱۵کلنو عمر تر مينځ پيښيږي ،مخکي د ۴کلني او وروسته د ۴۰ کلني څخه پيښې يې کمې دي

پتالوژي:

۱- داوعيو په شاوخوا ګرانولوماتوز غبرګون او وازکولايتس وي .۲- روماتيک کارديتس او د دسامونو التهاب ښايي پخپله ښه شي او يا ورو پرمختګ وکړي چي د دسامونو دبد شکلي لامل کيږي .۳- په حاده مرحله کي ۷۵-۸۰٪ مترال دسام ، ۳۰٪ ابهر د سام (نادرا" يوازي اخته کيږي) او ۵٪ کي ترايکسپيد او ريوي دسامونه اخته کيږي . ۴- په عمومي توګه کارډايتس۳۰-۴۰٪ د روماتيک فيور په حاده مرحله کي پيدا کيږي .۵- د زړه ځنډني روماتيک ناروغي : د زړه روماتيک ناروغي د روماتيک تبې ديوې يا متکرر حملې په تعقيب مينځته راځي چي له کبله يې دزړه د دسامونو دکسپونو سؤې شکل ،دکميسورا وصليد ل ،لنډيدل او د کوردا تيندني وصليد ل دي چي ددې پتالوژيک بدلونونو له امله دزړه ددسامونو تنګوالي يا عدم کفاييه او يا دواړه يې په يو ځايي ډول پيداکيږي . دزړه په ځنډني روماتيک ناروغي کي يوازي دمترال دسام ۵۰-۶۰٪ ، دواړه د مترال او ابهر دسامونه يو ځايي ۲۰٪، ترايي کسپيد دسام ۱۰٪ ،خالص ابهر د سام ډير لږ اخته کيږي ،مګر دمترال يا ابهر دسامونواخته کيدل په متکرر انتان کي ډير معمول دي

کلنيکي لوحه:

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

لوي نښې (major criteria):

الف- Carditis –

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

Myocardial - 2

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

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

JOINTS:

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

Minor criteria:

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

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

لابراتواري معاينات:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

سیر او انزار :

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

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

۳- ۱۰ کاله وروسته دزړه دوالونو ابنارملتي مینځته راځي

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

تشخیص :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

JONES CRITERIA:

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

تفریقي تشخیص:

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

درملنه:

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

ب: طبي اهتما ما ت :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

4. ج : corticostroids :داسي یو ثبوت نشته چي کورتیکوستروئید دزړه د ناروغي په مخنیوي او یا کمولو کي اغیزه ولري . دلنډي مودي لپاره پرید نیزولون دورځي ۴۰-۶۰ملیګرامه دخولي دلاري ورکول کیږي چي د ۲ اونیو په موده کي د وز کمیږي . کورتیکوستروئید هغه وخت ورکول کیږي چي د سلیسلات سره ځواب ښه نه وي .

دروماتیک تبي دمتکرري حملي مخنیوي:

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

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

۳- که ناروغ د پنسیلین سره حساسیت ولري (sulfadiazine(sulfisoxale یو ګرام دورځي یوځل یا erythromycine ۲۵۰ملیګرامه دخولي دلاري دورځي دوه ځله توصیه کیږي .همدارنګه ازوترومائیسین هم موثر دي .که ناروغ سمد لاسه دپنسیلین سره حساسیت ونه لري سیفالوسپورین هم کارول کیداي شي . دناروغي بیا راګرځیدل دلومړني حملي څخه ۵کاله وروسته اود ۲۵کلني څخه وروسته غیر معمول دي .وروسته ددي مودي څخه وقایوي درملنه نه توصیه کیږي پرته دهغه کسانو څخه چي دستروپتو کوک زیات ترخطر لاندي دي لکه مور پلار ، دماشومانو معلم ،نرسان عسکر او داسي نور .دویمي مخنیوي دکاردایتس پیښیدو پوري اړه لري ،که کاردایتس نه وي په۲۱کلني کي وقایوي درملنه دریږي .که کاردایتس پیښ شوي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

MITRAL STENOSIS(MS)

اسباب :

۱ـ دزړه روما تیک ناروغي : دمترال دسام دستېنوزس معمول لامل دزړه روماتیک ناروغي دي چي دروماتیزم له کبله دزړه والونه پلن کيږي ، کميسورا وصليږي ، کشيږي ، کوردا تندیني پلنيږي او وصليږي او په والونو کي کلسيوم ځاي په ځاي کيږي.

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

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

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

پتالوژي :

دمترال دسام دستېنوزس معمول لامل دزړه روماتیک ناروغي دي چي دروماتیزم له کبله دزړه والونه پلن کيږي ، کميسورا وصليږي ، کشيږي ، کوردا تندیني پلنيږي او وصليږي او په والونو کي کلسيوم ځاي په ځاي کيږي

کلينيکي لوحه :

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

۴- palpitationدازيني فبريليشن له كبله وي .

۵- Systemic Embolization دسيستمونو امبولي ، دسږو امبولي ،ستروک ،دمساريقي اوعيو امبولي ،دپښتورگو او دزړه انفاركشن دازيني فبريليشن له كبله وي .

۶- دښئي زړه عدم كفائيه د سږو لوړفشار او داوعيو مقاومت زياتوالي له كبله وي چي دكلينيک له نظره دغاړي وريدونه برجسته وي ،ځيگر لوي وي ،اسايتس ، دسفلي اطرافو ازيما او پلورال ايفوژن وي .

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

۸- orthopnea ,fatiguability, او paroxysmal nocturnal dyspnoae

اعراض دحاملگي او ازيني فبرليشن سره زياتيږي .په مترال ستينوزس كي دوه ډوله سندرومونه مينځته راځي .

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

۲- شديد مترال ستېنوزس : د دمترال دسام قطر 1.0cm2 څخه كم وي ،دسږو داوعيو ثانوي تنگوالي له كبله دسږو فشار لوړيږي خو دسږو ازيما غير معمول دي ، دزړه دهانه كم وي او دښي زړه عدم كفائي اعراض څرگنديږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

دمترال دسام ستینوزس علایم عبارت دي له :

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

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

١- opening snap د A_2 څخه وروسته دشخ شوي مترال دسام دخلاصيدو له کبله اوريدل کيږي .٢- که ازيني فشار ښکته وي د opening snap او ابهر دسام اواز تر مينځ فاصله زيات وي، او که ازيني فشار لوړ وي فاصله لنډيږي . ٣- موضعي دياستوليک مرمر چي rumbling وصف لري اوريدل کيږي ،ځومره چي ددسام تنګوالي زيات وي په همغه کچه دمرمر شدت لوړيږي . مرمر دزړه په اپيکس کي اوريدل کيږي ، مرمر هغه وخت واضح اوريدل کي چي ناروغ چپ وحشي خواته واړه ول شي . ۴- دزړه لومړي اواز لوړ وي ۵- په ۵۰- ۸۰٪ ناروغانو کي PAROXISMAL او يا مزمن ازيني فبريليشن اوريدل کيږي . ځومره چي دزړه حرکات زياتيږي په همغه اندازه دازين دياستوليک ډکيدل او دمترال دسام تفاضل کميږي . ۶- که دزړه حرکات زياتيږي دسږو دازيما د پيدا کيدو خطر زيات وي ، نو ځکه دزړه حرکت کنترول ضرور دي . ٧- presystolic accentuation murmur دازيناتو تقلص له کبله اوريدل کيږي .٨- دسترنوم هډوکي کيڼ سرحد کي په طولاني ډول د pansystolic murmur اوريدل دترايکسپيد دسام د عدم کفايي له کبله وي کوم چي دښئي بطين دتوسع له کبله پيدا شوي وي .٩- Graham –Steel Murmur دا يو early diastolic murmur دي چي په ريوي دسام په ساحه کي دريوي دسام عدم کفايي له کبله کوم چي دسږو هايپرتنشن له کبله مينځ ته راغلي وي اوريدل .١٠- pansystolic murmur که په مترال دسام په ساحه کي واوريدل شي دمترال دسام عدم کفايي باندي دلالت کوي .

تشخيصه معاينات :

١- ECG

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

٢- راديوګرافي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

۳- ايکو کارديوګرافي :

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

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

تفريقي تشخيص :

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

اختلاطات :

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

درملنه :

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

دجراحي تداوي استطبابات عبارت دي له:

(c) ketabton.com: The Digital Library

١- دسږو ازيما ٢- دتمرين كولو قدرت كموالي ٣- دسږو فشار لوړ والي لكه دسږو سستاليك فشار د ٥٠ ملي متر سيمابو څخه لوړ وي ۴- دمترال د دسام قطر د $1.5\text{-}1.0cm^2$ترمينځ وي . اوس خلاص مترال كوميسوراتومي نادراً تر سره كيږي . دپوستكي دلاري بالون والووپلاستي دتداوي ښه ميتود دي . د لسو كالو مطالعاتو څخه داڅرګند شوي چي د جراحي درملني او والوو پلاستي درملني د نتيجي تر مينځ كوم توپير موجود نه وو .دوال معاوضه هغه وخت اجرا كيږي چي دوال ستينوزس د عدم كفائي سره يو ځاي وي او يا په ايكو كي دمترال ددسام نمبري د٨-١٠ څخه زيات وي . دپوستكي دلاري مترال والو پلاستي سره مړينه كمه ده (٠.۵٪څخه كمه)او وقوعات ٣-۵٪ دي د جراحي له كبله مړينه كم دي .

كه چيري دوالف مارفولوژي ښه وي متكرر بالون والف پلاستي اجرا كيداي شي . دجراحي عملياتو په وخت كي كه ماز عمليه وكارول شي دمتكرر ازيني اريتميا پيدا كيدو څخه مخنيوي كيږي .

دمترال ميخانيكي پروستيتيک والف كي دترومبوز خطر نظر دابهر پروستيتيک والف ته زيات دي . bioprosthetic valve وروسته د ١٠-١۵ كالو څخه ديجنيريد كيږي نو دپوستكي دلاري بالون والف پلاستي كه ستينوزس مينځته راغلي وي ګټه نه لري .داندوكارديتس لپاره ناروغان وقايه شي .

دمترال ستينوزس ناروغان كال په كال دايكو او معايني په واسطه مانيتور شي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

MITRAL REGURGITATION (MITRAL INSUFFICIENCY)

اسباب :

دمترال دسام دعدم کفايي څنډني اسباب :

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

دمترال دسام دعدم کفايي حاد اسباب :

۱- مايوکارد انفارکشن ۲- انتاني اندوکارډايتس

ابنارمل فزيالوژي :

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

کلنيکي لوحه :

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

هایپرډاینامیک وي شدت ئي کاروتئید شریان خواته وي ، دزړه دریم غږ په چپ بطین باندي دبار زیاتوالي له کبله وي . که دمترال دسام عدم کفائیه دمترال دسام دپرولپس له کبله وي په دي ډول که ددسام خلفي برخه پرولپس کړي وي مرمر قدام خواته انتشار کوي اوکه ددسام قدامي برخه پرولپس کړي وي دمرمر انتشار خلف خواته وي .

تشخیصیه تستونه :

الف - ECG:

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

ب- ایکوکاردیوګرافي :

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

ذ- Chest –X-Ray :

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

ر- Cardiac Catheterization :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخيص :

تشخيص دکلينيک او تشخيصه معايناتو په واسطه کيږي .

تفريقي تشخيص :

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

اختلاطات :

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

تداوي :

دجراحي تداوي استطبابات : ۱- اعراضي ناروغانو کي ۲- ايجيکشن فرکشن ۶۰٪ څخه کم شوي وي ۳- چپ بطين توسع کړي وي (په ايکو کي اند سيستوليک فاصله د۴ سانتي متروڅخه زيات وي) .

که دمترال دسام دعدم کفايي سبب غير روماتيک ناروغي لکه انفارکشن ،اندوکارډايتس او هايپرتروفيک کارديو مايو پاتي وي په چټکي سره جراحي درملنه کيږي ..

(c) ketabton.com: The Digital Library

MITRAL VALVE PROLAPS SYNDROME((MVP)

تعريف :

كه دمترال دسام دسستول په وخت كي په كيڼ ازين كي په محدب ډول وپړسيږي دمترال دسام دپرولپس په نوم يادیږي .همدارنګه د floppy mitral valve or myxomatous mitral valve په نوم هم يادیږي . MVP په ښځو كي دنارينوو په شان معمول دي . د MVP په خفيف شكل كي mid systolic click وي او ورووړو دمترال دسام دعدم كفايي خواته پرمختګ كوي .

اسباب:

١- دمترال دسام myxomatous degeneration

٢- Rheumatic Fever

٣- Marfan Syndrome, Ehlers Danlos Syndrome

۴- Osteogenesis Imperfect

۵- Periarteritis Nodusa

۶- Myotonic Dystrophy

٧- Hyperthyroidism

كلينيكي لوحه :

الف: اعراض :

١- مترال پرولپس زياتره بي اعرضه وي ٢- خو كيداي شي اعرضي شي لكه د سيني درد(تمرين سره ارتباط نه لري او دحليموي عضلاتوابنارمل كشش له كبله وي) ،ساه لنډي ،ستومانتيا او زړه تكان ،سنكوپ او ناڅاپي مړيني سره يوځايي وي . ٣- دكورداتيندني دبنفسهي خيري كيدو له امله دمترال دسام دحادي عدم كفايي لامل كيږي .

ب- علايم :

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- mid systolic click اوريدل کيږي. دا دپرولپس شوي دسام دغزول شوي کورداتيندني دناڅاپي کشش له کبله پيدا کيږي .ناروغ بايد په ستون ستاغ ،ناستي او په چپ ډډې پريوتي حالت کي معاينه شي . که ليف ليټونه يو دبل سره خوله په خوله ښه رانه شي دکليک څخه وروسته late systolic murmur اوريدل کيږي

۲- pansystolic murmur (mitral regurgitation) ځومره چې دمترال دسام عدم کفايه تشديديږي په همغه کچه مر مر دسيستول په ټوله صفحه کي اوريدل کيږي .که چپ بطين کوچني وي او دپرولپس درجه زياته وي نواضغايي علايم دولاړي په حالت کي او د valsalva مانوري په وخت کي تشديديږي

۳- دويني فشار نارمل وي .

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

اختلاطات :

۱- infective endocarditis

۲- rupture of chordate tendenea causing sudden sever MR

۳- progressive MR

۴- Arrhythmia and sudden death

تشخيصه معاينات :

ECG – 1:

نارمل وي ، اريتميا وي لکه (PSVT)، ازيني او بطيني پريماچور بيټ وي .بلاکونه او بطيني تکي اريتميا وي .

۲- ايکوکارديوګرافي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

درملنه :

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

AORTIC REGURGITATION(AR)

اسباب :

الف: دوالونو ناروغي :

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

ب: دابهر دجذر ناروغي :

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

دابهر ددسام دحادي عدم کفائي اسباب :

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

:pathalogy

څرنګه چی دروماتیک تبه دابهر دعدم کفايي مهم لامل دی ،فبروتیک بدلونونه داابهر د دسام دپاڼو د پلنوالی او تقبض دلاری دمرکزی دسام دعدم کفايي لامل کیږی .که ددسام پانی سره ونښلی د ابهر عدم کفایی سره دابهر تضیق یوځایی کیږی .

ابنارمل فزیالوژي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

ددیاستول په صفحه کي وینه دابهر څخه دابهر دوال دلاري چپ بطین ته تویږي .په نتیجه کي دیاستولیک فشار کمیږي چي ددي له کبله داکلیلي اوعیو دویني جریان کمیږي .برسیره پردي دچپ بطین دلویوالي له امله دمایږکارد داکسیجن ضرورت زیاتیږي بلاخره اسکیمیا پیدا کیږي .

کلینیکي لوحه :

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

ب: symptomatic patient: دابهر دعدم کفائي کلینیکي لوحه داسکیمیا ، زړه لویوالي او دمایوکارد دندي خرابوالي له امله مینځته راځي .۱- angina د اکلیلي اوعیو دناروغیو ،دیاستولیک فشارکموالي او دبطین دهایپرتروفي له کبله داکسیجن دضرورت دزیاتوالي له کبله وي .

۲- exertional dyspnea and fatigue دزړه عدم کفائي له کبله وي .۳- palpitation دچپ بطین دقوي تقلص او دازیني اوبطیني پریماچور تقلص له کبله وي .

فیزیکي معاینه :

الف - دپریکاردیوم تفتیش :۱- دپریکاردیوم لپاسه ضربان ۲- apex beat دکلاویکولا دمتوسط خط څخه دباندي وي .

ب- جس : ۱- دزړه اپیکس منتشر وي باندي او ښکته خواته د جس وړ وي .۲- دچپ بطین دهایپرتروفي له کبله دزړه اپیکس heaving وصف لري . ۳- دسترنوم هډوکي په کیڼ خواکي په دریم بین الضلعي فاصله کي دابهر په ناحیه کي دیاستولیک تریل دجس وړ وي ، په دي ډول چي ناروغ کښیني او قدام خواته ټوغ شي او ضفیر اجرا کړي .

ج- اضغا :

۱- دزړه اوازونه :

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

ب – A2 ممکن نرم یا نه وي ج- P2 ممکن د دیاستولیک مرمر په واسطه پټ شي ، نوځکه دویم اواز یوازي وي او یا نه وي . د- څلورم اواز ممکن داوریدو وړ وي .

۲- مرمر :

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

دابهر دعدم کفائي عمومي فیزیکي معاینه :

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

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

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

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

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

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

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

تشخیص معاینات :

الف- ایکو کارد یوګرافي :

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

ج- ECG : دچپ بطين هايپرتروفي وي .

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

تشخيص :

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

تفريقي تشخيص :

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

اختلاطات :

۱- دزړه عدم کفائيه

۲- انتاني اندوکاردايتس

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملنه :

الف- غير اعراضي ناروغان : دابهر خفيف او متوسط عدم کفائيه حالت : دا ناروغان تداوي ته اړتيا نه لري ، دکلينيک له نظره په کال کي يو ځلي اودايکو له نظره په هر ۲-۳ کالو کي ارزيابي شي .داندوکارډايتس دمخنيوي لپاره انتي بيوتيک وقايوي ډول توصيه کيږي او په مياشت کي يو ځل دروماتيک تبي لپاره وقايوي زرقي انتي بيوتيک تو صيه شي . داناروغان دمسابقوي او شديد تمريناتو څخه منع شي .

ب- دابهر شديد عدم کفايه : دابهر دعدم کفايي شديد ناروغان چي اعراض نه لري او هغوي چي دچپ بطين دنده يي نارمل دي هر ۶ مياشت بعد معاينه شي .

وازو دايلاتور دواګاني (ACE- I,nifidipine ,hydralazine) په هغه ناروغانوکي ورکول کيږي چي شديد وي او دچپ بطين دندي نارمل يا نارمل نه وي ، اعراض ونه لري او جراحي درملني لپاره په تمه وي او يانه وي. دايګوکسين ،نايتريت او داي يوريتيک هم ورکول کيږي .بيتا بلاکر په مورفان سندروم ناروغانو کي دابهر دجذر توسع کموي .

اعراضي ناروغان :

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

۲- هغه ناروغان چي جراحي درملني ته کانديد دي او هغه ناروغان چي دکيڼ بطين دنده يي غير معاوضوي ډول خراب شوي وي ،دجراحي عملياتو څخه مخکي ناروغانو ته دايګوکسين او داي يوريتيک ورکول کيږي .

۳- هغه ناروغان چي دنوروضميموي ناروغيو له کبله د جراحي درملنه وړ نه وي وازو داي لاتور ، دايګوکسين او داي يوروتيک توصيه کيږي .

د ابهر ددسام دمعاوضي (Valve Replacement) استطبابات :

۱- هغه اعرضي ناروغان چي دابهر ددسام شديد عدم کفاييه (NYHA) وي (دويم او دريم کلاس) .

۲- غير اعرضي ناروغانوته هغه وخت جراحي ته کانديد دي ۱- چي دکيڼ بطين دنده يي خفيف او متوسط خراب وي (ايجيکشن فرکشن يي د ۵۰-۵۵ ٪ څخه کم شوي وي)، ۲- د کيڼ بطين توسع شديد وي (end diastolic diameter >55mm OR end diastolic diameter >75mm).

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

AORTIC STENOSIS(AS)

اسباب:

۱- دزړه روماتیک ناروغي : دابهر دتضیق معمول سبب دي چي کسپ او کمیسورا سره وصلیږي .

۲- دزړه ولادي ناروغي : دابهر تضیق د وه کلنیکي اسباب لري چي لومړي یي عبارت دي له ولادي ابنارمل unicuspid or bicuspid valve . ددي ډول ابنارمل وال اعراض په ځواني او یا ۵۰-۶۰ کلني کي ښکاره کیږي .دابهر coarctation هم دابهر دو لادي تضیق سره هم یوځاي وي .

۳- senile AS: دعمر زیاتوالي سره دابهر وال دیجنیریشن او کالسیفیکیشن کوي . همدارنګه سګرټ اڅکل ، شکري ناروغي ، دویني لوړ فشار او دغوړ زیاتوالي له کبله هم مینځته راځي .

۴- Systemic Lupus Erythematous And Sever Familial Hypercholesteremia هم دابهر دتضیق لامل کیږي .

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

: Pathophysiology

۱- دابهر د تضیق له کبله دچپ بطین دخروجي فوحي انسداد پیدا کیږي چي دچپ بطین فشار لوړیږي اوپه معاوضوي ډول چپ بطین هایپرتروفي کوي . ددي لپاره چي دزړه دهانه نارمل وساتل شي د تنګ شوي ابهر په مقابل کي دچپ بطین لوړفشار ایجیکشن ته ضرورت دي . دزړه دهانه داستراحت په وخت کي نارمل وي خو دتمرین په وخت کي کمیږي .بلاخره د ناروغي ددوام په نتیجه کي دچپ بطین دندي دخرابوالي له امله دزړه دهانه او ستروک والیوم کمیږي او دسږو فشار لوړیږي .

۲- دابهر دتضیق له کبله دزړه اسکیمیا : دچپ بطین دهایپرتروفي له امله پرته داکلیلي اوعیو دناروغي څخه دزړه داکسیجن اړتیا زیاتیږي چي په پایله کي دزړه اسکیمیا مینځته راځي همدارنګه دچپ بطین دلوړ فشار له کبله په اکلیلي اوعیو باندي فشار راځي چي داکلیلي اوعیو

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

دابهر دتضيق دويم سبب Degenerative Or Calcific Aortic Stenosis دي .

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

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

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

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

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

کلينيکي لوحه :

اعراض:

۱- داوږدي مودي لپاره بي اعرضه وي .

۲- اعرضي حالت کي۱- دسيني انجينا درد ۲- دتمرين په وخت کي سنکوپ ۳- دتمرين په وخت کي سا ه لنډي ۴- دزړه عدم کفايه او بلاخره مړينه . دغه اعراض هغه وخت وي چي دابهر د دسام قطر سايز نظر نارمل حالت ته ۳/۱ ته کم شوي وي .

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

دزړه او اوعیو معاینه :

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

ب- دزړه اضافي غږونه : Systolic Ejection Click

ج- مرمر: Ejection Systolic (Mid-Systolic)Murmur اوريدل کيږي چي لاندي اوصاف لري ۱- Ejection Systolic Murmur دابهر په ساحه کي اوريدل کيږي ،غاړي او اپيکس خواته انتشار مومي .۲- Ejection Click دمر مر څخه مخکي اوريدل کيږي .۳- Gallaverdin Phenomenon کله کله دسيستاليک مر مر شدت دمترال دسام په (اپيکس) ساحه کي شديد اوريدل کيږي چي دمترال دسام عدم کفايي په شان اواز اوريدل کيږي .۳- دابهر دتضيق مرمر شدت دولاړي په حالت کي کميږي .۴- څومره چي دابهر دسام تضيق شديد وي په همغه کچه دمرمر دوام زياتيږي ،ستروک واليوم کميږي .

دابهر دتضيق عمومي فيزيکي معاينه : ۱- نبض – دثباتي نبض حجم کم وي ورورو جګيدونکي وي چي د anacrotic pulse په نوم ياديږي .داپيکس جس او دثباتي شريان جس په وخت کي نه وي . ۲- pulse pressure کم وي ۳- دښئي او چپ زړه عدم کفائي له کبله دغاړي وريدونه متبارز وي .

پلټني :

الف- دسيني راديوګرافي :

۱- ښائ نورمال وي ۲- دزړه اندازه نارمل يا لږ لوي شوي وي .۳- دسيني په خلفي قدامي کليشه کي دابهر په صاعده قوس کي post stenotic dilatation ليدل کيږي .

ب- دزړه برقي ګراف :

۱- دکيڼ زړه هايپرتروفي وي ۲- په کيڼ زړه باندي دفشار زياتوالي له امله دکيڼ زړه کشش (strain) وي (ST segment depression and T wave inversion in lead 1,AVL,V5 and V6) .

ج- ايکو کارد يوګرافي :

۱- دابهر ددسام کسپونه پلن ،کلسيفيد او بي حرکته معلوميږي .۲- دکيڼ بطين هايپرتروفي سيستاليک او دياستوليک دندي معلوميږي .۳- ډاپلر ايکو په واسطه دابهر ددسام او ددسام

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

ح- Cardiac catheterization:

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

خ- انجيوګرافي:

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

تشخيص :

تشخيص دتاريخچی ،فيزيکی معاينی او تشخيصه تستونوپه واسطه کيږی.

اختلاطات :

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

درملنه :

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

جراحي درملنه په غير اعرضي ناروغانو کي نه توصيه کيږي او که دچپ بطين دنده خراب شوي وي او يا د ابهر دوال ساحه د $0.7cm^2$ کم شوي وي توصيه کيږي .

طبي درملنه :

طبي درملنه په هغه ناروغانو کي توصيه کيږي چي دعمليا ت وړ نه وي .

۱- دروند فيزيکي فعاليت څخه ډه ډه وشي .

۲- ناروغان ښه وڅارل شي ځکه چي ناروغي په تدريجي ډول پرمختګ کوي . دايکوله نظره په کال کي تفاضلي فشار ۴-۸ملي متره سيماب لوړيږي . دابهر دوال قطر $0.2\text{-}0.3cm^2$ په کال کي کميږي .دابهرپه خفيف ستينوزس کي ايکو هر دوه کاله بعد تر سره شي ،دابهر په شديد غيراعرضي ستينوزس کي هر ۶-۱۲مياشتي بعد ايکو تر سره شي .

ETT په غيراعرضي ناروغانو کي دپټ اعرضو دڅرګندولو لپاره اجرا کيږي.ETT په اعرضي ناروغانو(دتمرين کولوقدرت نه درلودل او دويني فشارکموالي) کي مضاد استطباب دي .

۳- انجينا لپاره بيتا بلاکر توصيه کيږي خو احتياط دي وشي ځکه چي دشاک او دزړه دعدم کفايي لامل کيږي .

۴- نايتريت تمريني سنکوپ تشديدوي نو دورکولو څخه يي ډه ډه وشي .

۵- ACE-I او دايګوګسين نسبي مضاد استطباب دي . دايګوګسين هغه وختورکولاي شوچي ايجکيشن فرکشن کم شوي وي او ACE-I په کم دوزهغه وخت توصيه کولاي شو چي چپ بطين اعرضي سستاليک دسفنکشن وي او دجراحي درملني لپاره کانديد نه وي .

جراحي درملنه :

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

دجراحي تداوي استطبابات :

۱- اعراض چي دابهر دشديد تضيق سره يوځاي وي .

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

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

دابهر تضيق دکيڼ زړه ددندي خرابوالي سره :

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

دابهر تضيق د تفاضلي فشار کموالي سره :

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

هغه خطري فکتورونه چي د عملياتو سره دمړيني خطر زياتوي :

۱- شديد اعرضي ناروغان

(c) ketabton.com: The Digital Library

۲- دکيڼ بطين دشديد دسفنکشن(ايجيکشن فرکشن د ۴۵ يا ۵۰٪ څخه کم شوي وي .

۳- زاړه کسان

۴- داکليلي اوعيو ناروغيو سره يوځاي وي .

دوالونو ډولونه :

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

۲- BIOPROSTHETIC VALVE: ددي وال عمر کم(۱۵کاله) دي ترومبوجينيک نه دي .داپه ځوانانو کي چي عمر د ۳۵کم وي او حاملګي کي استطباب نه لري .

۳- percutanous aortic balloon valvoplasty:دا په ماشومانو او ځوانانو کي چي په ولادي ډول دابهر تضيق يي کلسيفيد نه وي ښه ګټور دي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

TRICUSPID STENOSIS(TS)

اسباب :

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

پتوفزیالوژي:

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

کلینیکي لوحه :

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

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

ج: ECG:

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

ح: Chest X-Ray–

دښئي ازین لویوالی وی .

درملنه :

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

TRICUSPID REGURGITATION(TR)

اسباب :

الف: Organic Tricuspid Regurgitation

1- Rheumatic Heart Diseases

2- Infective Endocarditis (IV drugs abuser)

3- Carcinoid Syndrome

4- Ebstein's Anomaly ;congenital tricuspid valve

ب: Functional (when right ventricle dilates)

1- Right Ventricle Dilation Due to chronic heart failure

2- Cor-pulmonale

3- Right Ventricle Infarction

4- pulmonary Hypertension

کلينيکي لوحه :

اعراض: دښئي زړه دعدم کفائي اعراض.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

۳- Pulsatile Liver: ځيگر نبضاني جس کيږي .

تشخيصيه معاينات :

الف - **ايكو كارديوگرافي** :

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

ب-ECG:

دزړه برقی گراف وصفی نه وی .ازينی فبريليشن هم غير معمول نه دی .

ج- Chest X-Ray -

ښئي ازين او بطين پراخه ښکاري .

درملنه :

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

PULMONARY STENOSIS(PS)

اسباب :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلينيکي لوحه :

١- که PS يوازي وي په خفيف او متوسط حالت کي اعراض نه وي .٢- په شديد حالت کي Exertional fatigue,Dyspnoea,lightheadedness,chest discomfort(right ventricular **Angina), ٣- cyanosis** که **ASD,(PFO) patent foramin oval** وي .

فيزيکي معاينات:

تفتيش: دغاړي وريدلوړ او په کي د **a**موجه څرګند ښکاري .

جس: ١- Left Parasternal Heave دښئي بطين هايپرتروفي له کبله وي ٢- په کيڼ دويم بين الضلعي مسافه کي تريل جس کيږي .

اضغا : الف- اول غږ نارمل وي ب- دويم اواز يوازي اوريدل کيږي ،ريوي دسام اواز ښکته وي .ج- مرمر : ١- په دويم کيڼ بينالضلعي مسافه کي په ريوي ساحه کي **Ejection Systolic Murmur** اوريدل کيږي چي چپي اوږي خواته انتشار مومي، دمرمر شدت دشهيق سره زياتيږي ٢- مخکي دمرمر څخه **Ejection Click** اوريدل کيږي .

تشخيصيه معاينات:

١- دزړه برقي ګراف: دکيڼ ازين او بطين هايپرتروفي وي .

٢- دسيني راديوګرافي : ښئي ازين او بطين لوي وي – په ريوي شريان کي **post stenotic dilatation** وي – په شديد **PS** کي دسږو دويني جريان کموالي له امله دسږو وازوکلاريتي کم شوي وي .

٣- ايکو کارديوګرافي : - دوال اناتوميک بدلونونه ښکاري – دريوي دسام تنګوالي شدت معلوميږي – په غيرمستقيم ډول دترايکسپيد دسام دعدم کفاي دتفاضل په واسطه دښئي بطين فشار اندازه کيږي .

PULMONARY REGURGITATION(PR)

اسباب :

(c) ketabton.com: The Digital Library

۱- دسږو دسام عدم کفایه ددسام دحلقي دتوسع له کبله چي په ثانوي ډول دسږو هایپرتنشن یا دسږود شریان دتوسع له امله وي مینځته راځي .

۲- انتاني اندوکاردایتس

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

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

کلینیکي لوحه:

۱- دښئي زړه عدم کفایه وي

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

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

۴- که دسږو فشار لوړ وي، P2 لوړ وي .

تشخیصیه معاینات :

۱- دزړه برقي ګراف : دښئي بطین هایپرتروفي وي .

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

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

درملنه :

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

۲- سببي ناروغي تداوي شي .

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

MULTI VALVULAR HEAR DISEASE

د multi valvular hear disease اسباب :

الف : کسبی ناروغی :

الف ۱-دزړه ناروغی :

۱- rheumatic heart disease

۲- infective endocarditis

۳- degenerative calcific

۴-cardiac remodeling /dilatation(functional)

الف ۲- ددواګانوجانبی عوارضو له کبله

۱- (anorectic agents,ergot agonist)

۲- end stage renal disease on hemodialysis

الف۳- noncardiac systemic diseases (carcinoid heart disease)

ب - congenital heart disease

ب ۱-connective tissue disorders

۱- marfan syndrome

ب۲- نادر ناروغی (congenital valvular cardiac disease)

(c) ketabton.com: The Digital Library

Combined mitral stenosis and aortic regurgitation

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

Combined mitral stenosis and aortic stenosis:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

او مترال دسامونه معاوضه شي او يا مترال وال ترميم شي .که په ناروغ کي دابهر تضيق خفيف او يا متوسط وي او دمترال عدم کفايه شديد وي نويوازي دمترال دسام جراحي عمليات اجرا کيږي ځکه چي داعراضوموجوديت ،دکيڼ بطين دندي خرابوالي ، فورد وارد ستروک واليوم کموالي او دسږو فشار لوړوالي مخکي دعملياتو څخه دابهر دتضيق شدت اندازه کول ستونزمنوي .که دابهر دوال متوسط تفاضلي د ۳۰ مليمترو سيمابو څخه لوړوي دابهر دوال معاوضه تر سره کيږي.

Combined aortic stenosis and mitral regurgitation

شد يد AS د MR شدت زياتوي . همدارنگه MR د AS دشدت اندازه کول ستونزمنوي ځکه چي مخکي خواته دويني داستولو (forward) جريان کميږي .MR دLV ايجيکشن فرکشن د ندي قوت زياتوي، نوځکه دکيڼ بطين مقدم سستوليک دسفنکشن دAS په واسطه پوښل کيږي . ازيني فبريليشن او دازين سستوليک دندي خرابوالي (forward) جريان نور هم کموي ځکه چي دهايپرتروفي شوي کيڼ بطين ډکيدل خراب وي . د شديد AS او شديد MR(دمترال ابنارمل دسام) ناروغان چي اعرض ولري ، کيڼ بطين دنده خراب وي يا دسږو فشار لوړ وي په ګډه سره دابهر او مترال دسامونه معاوضه شي او يا مترال دسام ترميم شي .هغه ناروغان چي خفيف څخه تر متوسط اندازي پوري AS او شديدMR ولري ،اعراض موجود وي ،دکيڼ بطين دنده خراب وي او يا دسږو فشار لوړ وي دعمليات څخه دمخه دابهر دعدم کفائي شدت اندازه کول ګران کاردي ځکه چي forward stroke volume نور هم کميږي . که دابهر دسام تفاضلي فشار د ۳۰مليمترو سيمابو څخه زيات وي دابهر دسام بايد معاوضه شي.

Combined mitral regurgitation and aortic regurgitation

دا اړينه ده چي وپيژندل شي دکوم وال افت څرګند دي ځکه چي لومړي دهغه دسام ناروغي تداوي شي چي اعراض يي بارز وي ددي لپاره چي ددواړو دسامونوپتوفزيالوژي او دجراحي درملني وخت سره توپير لري .که څه هم دواړه يي دکيڼ بطين دتوسع لامل کيږي خو دابهر عدم کفاييه دسيستميک سستوليک هايپرتنشن لامل کيږي او دکيڼ بطين پلنوالي کم وي .د **2D**

(c) ketabton.com: The Digital Library

echocardiography په واسطه د AR او MR شدت ، دکینڼ زړه سایز او دنده ،دکینڼ ازین دنده او سایز ،دسږو دشریان فشار او دمترال دسام ترمیم معلومیږي . جراحي درملني ته هغه وخت اړتیا وي چي دابهر ددسام معاوضه او دمترال دسام ترمیم ددرملني مناسب ستراتیژي وي.دمترال دسام ترمیم دامکا ن وړ دي .

Heart Valve Replacement

د ابهر او مترال والونه معمولاً معاوضه کیږي او د ریوي او ترایکسپید والونه معاوضه کول غیر معمول دي

replacement.*aortic valve* دابهر دتضیق اوعدم کفایي لپاره او دمترال وال معاوضه دمترال تضیق او عدم کفایي لپاره تر سره کیږي .

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

Tissue valve:دانسان یا حیوان ډونور انساج دي .جراحي پروسیجرونه د وال دمعاوضي،داعراضو شدت اودجراحي خطر پوري اړه لري . ځیني جراحي پروسیجرونه دویني دتحشر دمخنیوي لپاره اوږدي مودي درمل ته اړتیا لري .زیاتره خلک وروسته دجراحي درملني څخه داوږدي مودي سالم روغ رمټ ژوند ته طمع لري .دمترال دسام دمعاوضي سره ناروغان پرته د ویني نري کونکي درمل اخیستلو سره ښه نورماله ژوند کوي .دابهر ددسام دمعاوضي څخه وروسته ناروغان داوږدي مودي درملني اخیستلو ته دناروغ حالت اوخطري فکتور پوري اړه لري .

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

INFECTVE ENDOCARDITIS

تعریف :

دزړه ددسامونو یا دزړه دجوفونو داستر مایکروبي انتان ته انتاني اندکاردایتس وایي .

ویشنه :

الف- Acute Endocarditis: ۱- دزړه نارمل او ابنامل والونه اخته کوي ۲- انتان دویني دلاري سرایت مومي ۳- دانتان وایرولینسي زیات دي .۴- که ژرتداوي نه شي دڅو اونیو په موده کي ناروغ مري.۵- معمول لامل یي Staphylococcus aureus دي .۶- ویجیتیشن یي لوي دي ۷- شدید تبه په کي وي .

ب- Sub Acute Endoccarditis: ۱- دزړه ابنارمل (ناروغ وال)اخته کوي ۲- تدریجي شکل پرمختګ کوي ۳- دجراحي پروسیجرونوپه وخت کي سرایت مومي ۴- وروسته دتداوي ښه کیږي .معمول لامل یي Streptococcus viridians دي .

ج- Prosthetic Valve Endocarditis وروسته دجراحي عملیاتو څخه مینځته راځي معمول لامل یي S. epidermidis او Staphylococcus aureu دي .

اسباب:

۱- Staphylococcus aureus (35%): روغ یا سوي شکل والونه اخته کوي ،په دوااعتیادو کسانو (polymicrobial) او دزړه الي استعمالونکي کي اخته کوي . دحاد اندوکاردایتس لامل کیږي .

۲- Streptococcus viridans (32%): اصلي والونه چي مخکي مآوف شوي وي یا ابنارمل والونه اخته کوي .دتنفسي سیستم دپورتني لاري دمعمول انتاناتو څخه دي چي وینې ته دژاولوژولو،برس کولو او دغاښونوایستلو په وخت کي وینې ته ننوزي .دتحت الحاد اندوکاردایتس لامل کیږي .

۳- Enterococci (8 %): دا دمقعدپه شاوخوا کي اوپه ډکومتیازو کي وي ،په زړو نارینوکي چي پروستات هایپرتروفي لري اوپه ښځوکي بولي تناسلي انتان لري موجود وي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

۵- G –ve bacilli of HACEK group (4%)

۶- Yeast and Fungi(1%)

۷- Culture negative endocarditis (5 %)

مساعدونکي فکتورونه :

الف: دزړه او اوعیو ناروغي :

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

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

۳- prosthetic valve

۴- Degenerative calcific valvular stenosis

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

Pathogenesis And Pathalogy:

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

ب۱-- دزړه داخلي اندو تيليوم زخمي کيږي ۲- په زخمي شوي ځاي کي غير منتن ترومبو سيت - فبرين ترومبوس جوړيږي چي د نن بکتريال ترومبوتيک اندوکاردايتس (NBTE)په نوم ياديږي ۳- دمؤقتي بکتريميا په وخت کي اتنان د NBTE لپاسه ننبلي ۴- اتنان په دي ځاي کي ډيروالي (Proliferation) مومي ۵- په مآوفه ځاي کي منتن ،ماتيدونکي او محجم (کتله)جوړيږي چي د تنبت (bulky vegetation) په نوم ياديږي .

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

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

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

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

کلينيکي لوحه :

الف- دبکتريميا کلينيکي لوحه :

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

۳- Splenomegaly: ۴۰-۳۰٪ پیښنو کي وي .

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

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

۲- Splinter Hemorrhage: دا ګوتو دنوکانولاندي وي .

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

ج- دزړه ددساموںو ددندو دخرابوالي کلینیکي لوحه :

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

۲- REGURGITATION- ددساموںوپرمخ تللي تخریبات د دساموںو دسوري کیدو یا عدم کفایي لامل کیږي .

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

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

دښئي زړه اندوکاردایتس دسږو دامبولیزم سبب کیږي .

داندوکاردایتس دناروغ معاینه :

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

۲- سترګي: Roth’s Spot in fundus , conjunctival petechia لپاره معاينه شي .

۳- خوله: دخولي دحرارت درجه اندازه شي.

۴- پريکارديوم : دزړه دولادي يادسامي ناروغيو لپاره ، دزړه عدم کفايي او دپخواني جراحي عملياتولپاره معاينه شي.

۵- سږي د کريپيتيشن لپاره چي دزړه عدم کفايه کي وي .

۶- ګيډه دتوري لويوالي لپاره

۷- سفلي اطراف د امبولي

۸- دتشومتيازو معاينه : دهيماچوريا او پروتين يوريا لپاره معاينه شي .

۹- دموضعي انتان لپاره معاينه شي.

تشخيص:

الف- دويني کلچر :

۱- دويني کلچر مهم معاينه ده .

۲- مخکي دانتي بيوتيک دپيل څخه ددري مختلفو ځايونو څخه د۲۴ساعتو په موده کي دويني کلچر لپاره وينه واخيستل شي .په ۹۵٪کي کلچر مثبت وي او ۵٪کي منفي وي .

۳- دکلچر دمنفي والي اسباب. ۱- مخکي دکلچر څخه انتي بيوتيک پيل شوي وي – ۲- فنګسي انتانات ۳- هغه ارګانيزمونه چي خاص ميډيا ته اړتيا لري لکه legionella انتانات.۴- ورونشونما کونکي انتان لکه بروسيلا او ان ايروبيک انتانات.

ددي ستونزي دحل لپاره کله چي انتي بيوتيک پيل شوي وي دوا بايد قطع شي ۳-۲ ورځي معطل شي وروسته کلچر تر سره شي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

ب- دويني نورمعاينات :

۱- انيميا – نارموکروميک نارموسايتيک انيميا .

۲- C-Reactive protein and ESR لوړ وي .

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

۴- ترومبوسايتوپينيا ممکن موجود وي خو نادراً وي .

ج- ايکوکارديوګرافي – په ايکو کي لاندي پتالوژي تثبيتيږي .

۱- Vegetation ۲- Valve damage ۳- Abscess formation

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

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

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

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

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

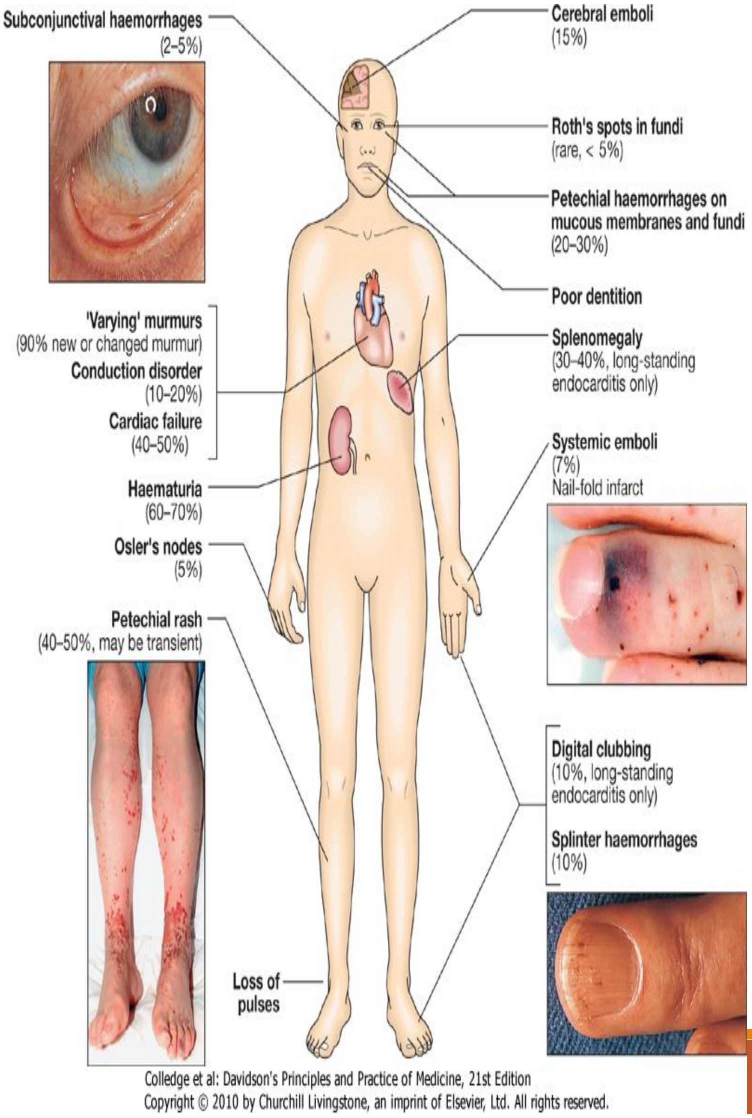
تشخيص :

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library



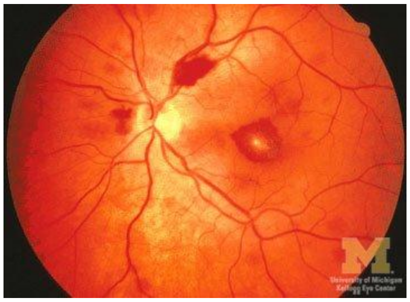
Sub-acute Endocarditis

11

(c) ketabton.com: The Digital Library

Oslers' nodes

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



DR.S.HADI 14

(c) ketabton.com: The Digital Library

Modified Dukes Criteria

لوي نښې Major Criteria:

الف- Positive blood culture

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

ب- Endocardial involvement: داندوکارد اخته کیدل

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

کوچني نښې Minor Criteria:

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

Duke Criteria

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

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

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

تفریقي تشخیص :

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

اختلاطات:

الف: دزړه اختلاطات :

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

ب: دزړه څخه دباندي اختلاطات :

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

وقايوي درملنه:

High risk category: A

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

B.Moderate risk category:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

5. Regimen for prophylaxis

Standard oral regime:

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

Penicillin allergy

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

درملنه :

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

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

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

دانتاني اندوکاردایتس لپاره دانتي بیوتیکونورژیمونه :

:A-Streptococci

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

B.Enterococci

Ampicillin sensitive

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

Ampicillin resistant

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

C.Staphycocci

Penicillin sensitive

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

دجراحي تداوي استطبابات:

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

دانتي کواګولانت رول :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

(c) ketabton.com: The Digital Library

ریفیرینسونه

١ ـ نشاط محمد طیب دتنفسی سیستم اد دزړه روماتیزمل ناروغی .ننګرهار پوهنتون طب پوهنځی .

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

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

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

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

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

6-^ *Jump up to:*[a b c d e f g h i j k] *Albert, RH (1 December 2010). "Diagnosis and treatment of acute bronchitis.". American family*

*hysician **82** (11): 1345–50. PMID 21121518*

7-Kumar Prveen. Clinical medicine 7th edition: ELEVIER UK: saunder, 2009 P: 700,830

8- Mec PHEE STEPHEN NJ Maxin A PAPADAKIS Current medical diagnosis and treatment FIFTHY FIFTH EDITION .New Yark :MC Graw Hill 2016.pp-242-350

9-Wallker ,Brain R .Colledge,Nicki R . Davidson's Principle of internal medicine 22th edition UK: Edinburgh;2014 P663,525

(c) ketabton.com: The Digital Library

Get more e-books from www.ketabton.com
Ketabton.com: The Digital Library