خوست طب پوهنځۍ

د کــوچنیانوساری ناروغی

پوهاند دوکتورسلطان محمد صافی

۱۳۹

Ketabton.com

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

دا کتاب د آلمان د اکاډمیکو همکاریو د ټولنې (DAAD) لخوا د آلمان فدرالـي خارجه وزارت لـه پـانګې څخه تمویل شوی دی.

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

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

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له موږ سره اړیکه ونیسئ:

ډاکتر یـــحـــیی وردک، د لوړو زدکړو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: wardak@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان: 9789936200029

(c) ketabton.com: The Digital Library

د لوړو زده کړو وزارت پیغام

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

د لوړو زده کړو د مؤسسو د ښاغلو استادانو څخه د زړه له کومې مننه کوم چې ډېر زیار یې ایستلی او د کلونو په اوږدو کې یې په خپلو اړوندو څانګو کې درسي کتابونه تألیف او ژباړلي دي. له نورو ښاغلو استادانو او پوهانو څخه هم په درنښت غوښتنه کوم تر څو په خپلو اړوندو برخو کې نوي درسي کتابونه او نور درسي مواد برابر کړي څو تر چاپ وروسته د ګرانو محصلینو په واک کې ورکړل شي.

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

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

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

په درنښت
پوهاند ډاکتر عبیدالله عبید
د لوړو زده کړو وزیر
کابل، ۱۳۹۱

(c) ketabton.com: The Digital Library

د درسي کتابونو چاپ او د طب پوهنځیو سره مرسته

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلینو !

د افغانستان په پوهنتونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لویو ستونزو څخه ګڼل کېږي. یو زیات شمیر استادان او محصلین نوي معلوماتو ته لاس رسی نه لري ، په زاړه میتود تدریس کوی او له هغو کتابونو او چپترونو څخه کار اخلي چې زاړه دي او په بازار کې په ټیټ کیفیت فوتوکاپي کېږي.

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

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

«د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کیفیت او زده کوونکو ته د نویو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړینه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د لیکلو فرصت برابر شي د تعلیمي نصاب د ریفورم لپاره له انګریزي ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او درسي موادو ژباړل اړین دي، له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلین او استادان نشي کولای عصري، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي».

د افغانستان د طب پوهنځیو محصلین او استادان له ډېرو ستونزو سره مخامخ دي. نویو درسي موادو او معلوماتو ته نه لاس رسی، او له هغو کتابونو او چپترو څخه کار اخیستل چې په بازار کې په ډېر ټیټ کیفیت پیدا کېږي د دې برخې له ځانګړو ستونزو څخه ګڼل کېږي. له همدې کبله هغه کتابونه چې د استادانو له خوا لیکل شوي دي باید راټول او چاپ کړل شي. د هیواد د بېړني جنګ وهلي حالت په نظر کې نیولو سره مونږ لایقو ډاکترانو ته اړتیا لرو، ترڅو وکولای شي په هیواد کې د طبي زده کړو په ښه والي او پرمختګ کې فعاله ونډه واخلي. له همدې کبله باید طب پوهنځیو ته زیاته پاملرنه وشي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

۱. د درسي طبي کتابونو چاپ

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

۲. په نوي میتود او پرمختللو وسایلو سره تدریس

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

۳. د اړتیاوو ارزونه

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

۴. مسلکي کتابتونونه

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

۵. لابراتوارونه

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

۶. کدري روغتونونه

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

۷. ستراتیژیک پلان

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

سریزه

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

په درناوي

پوهاند دکتور سلطان محمد "صافی"
د اطفالو دیپارتمنت استاد

(c) ketabton.com: The Digital Library

سرلیک

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

لومړي فصل

شرى (Measles, Rubeolla)

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

اپيډيمولوژي

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

كوربه يا Host:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

وده هیوادوکي د اخته کیدو او مړیني درجه د خوار ځواکي او تالي انتانـــاتو رول د اهمیت وړ دي.

سرایت لېاره: د ناروغي عامل د پزي او ستوني منتن افرازاتـــو پواســـطه د جلـــدي اندفاعاتو تر پیداکیدو څلور ورځي مخکي او پنځه ورځي وروسته سالم اشخاصـــوته سرایت کوي

اقلیم: د کال په ټولو فصلونوکي واقع کیږي مګر زیاتي پیښي ئي د ژمي او پســـرلي موسم کي لیدل کیږي چې په معتدل اقلیم کي دا ناروغي د پسرلي - ژمني ناروغي په نوم یادیږي. د ناروغي انتشار airborn (د هواله لاري) دي چې د ســـرایت لپـــاره کافي ګڼل کیږي.

پتالوژي: تر ټولو د مخه د تنفسي سیستم اپیتل د حملي لاندي نیسي او په هغه ځاي کي وایرس تکثر کوي او په دوهمه ، دریمه ورځ د Viremia سبب کیږي وروسته R.E.S ته انتشار کوي د Rash (دانو) Exanthema (اندفاعاتو) هستولوژیک معاینه کي داخل حجروي اذیمـــا Epidermal syncytial Giantcell د 26 هسته چو سره یو ځاي لیدل کیږي. همدارنګه Lymphoreticular انســـاجوکي Hyperplasia متبـــارز وي او د منـــتن حجراتـــو Fusion د څـــو هســـتوي Giantcell د تشکل سبب کیږي چې Warthin finkeldey- Giant cell د شري لپاره Pathogonomic او ترسلو پوري هسته چـــې او داخـــل هســـتوي intra cytoplasmic inclusion هم ورسره یو ځـــاي موجـــود وي. RES حجرات نکروز کوي او ناروغي په 5-7 ورځوکي د تالي Viremia سبب کیـــږي چې د سیتېمېک تظاهراتو عمده سبب تشکیلوي پاته دي نه وي چې د نقاهـــت پـــه صفحه کي د inter lukin IV سویه زیاته وي.

Pathogenesis: شري څلور صفحي (د تفریخ، مخبروي، اندفاعي او نقاهت) لري په مخبروي صفحه کي Virus shedding شروع کیږي او د اندفاعاتو پـــه

(c) ketabton.com: The Digital Library

مینځ ته راتلو انتي بادي تولید شروع کیږي مګر د ویروس Replication او د اعراضو له مینځه تګ هم شروع کیږي ویرس T-cell اخته کوي او د معافیتي سیستم د ټیټوالي سبب ګرزي.

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

کلينيکي شکلونه:

Classic-1 شکل چې پورته توضيح شو.

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

لابراتوار: د ناروغي تشخيص د سيرولوژيک معايناتو د IGM لوړه ســـويه چـــې د جلدي اندفاعاتو د بروز څخه يو يا دوه ورځي وروسته په سيروم کي راښکاره کيږي د ELISA حساس تست پذريعه اجرا او انتي بادي څلور چنـــد لـــوړوالي قطعـــي تشخيص وضع کوي لاندي ټکي د تشخيص لپاره غوره او اساسي رول لري.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

تفريقي تشخيص: دلاندي ناروغيو سره اجرا کيږي.

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

• د ناروغي د مخنيوي او يا لا اقل د تعديل په منظور په حساس اشخاصوكي د تماس په لومړي شپږ ورځـوكي ايمونوگلوبـولين 0.25ml/kg/IM (اعظمـي 15ml) له يو كلنۍ ټيټ عمر، او 0.5ml/kg/IM له يو كلنـۍ پورتـه عمـر ماشومانوكي تطبيق كيږي. د يادوني وړ ده چې په هغه ماشومانوكي چې د ستيرويد Antimetabolite تـر درملنـۍ لانـدي وي او يـا پـه Leukopenia lyrmphoma ، سوٌ تغذي، فعاله T.B د غړو پيوند ، په HIV منتن ماشـومان، او اميدواره ښځو كي واكسين بايد تطبيق نشي اروپـائي ممـالكو كـي لومړنـۍ Vaccination د MMR واكسين پواسطه په 12-15 مياشتني كي تطبيق كيږي مگر د ناروغي د مخنيوي او شيوع، لپاره شپږمياشتي ماشومانو كي د ناروغ سره د تماس وروسته تطبيق كيږي. په 4-6 كلنۍ كي MMR واكسين دوهم ځل تطبيـق كيږي كه چيري دوهم ځل واكسين شوي نه وي نو په 11-12 كلنۍ كي بايد تطبيق شي.

• ***Post Exposure Prophylaxis*** : په حساس ماشـومانوكي، Hospital contact چې عمر ئي له $12m^{o}$ كم او اميدواره ښځوكي د تمـاس پـه شـپږو ورځـوكي هـر څـومره ژر چـې ممكـن وي ايمونـو گلوبـولين 0.25ml/kg/IM (اعظمي 15ml) په غوښـه كـي زرق شـي Immune compromised ماشوم د Immunization حالت نـه پرتـه 0.5ml/ kg ايمونوگلوبولين عضلي زرق كيږي. شيدي خوړونكي ماشوم چې عمر ئي لـه $6m^{o}$ كم او د غير معاف مور څخه پيدا وي ايمونو گلوبولين تطبيق او. شري ته مسـاعد ماشومانو كى چې عمر ئي له $12m^{o}$ زيات وي د تماس په لومړي 72 سـاعتوكي واكسين تطبيق كيږي.

درملنه: تقويوي او عرضي اجرا كيږي Antiviral باالخاصه درملنه وجود نلري او مفيد نه واقـع كيـږي د ټـوخي او د سـتركو مراقبـت، وشـي د تبـي لپاره

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

لومړی جدول:

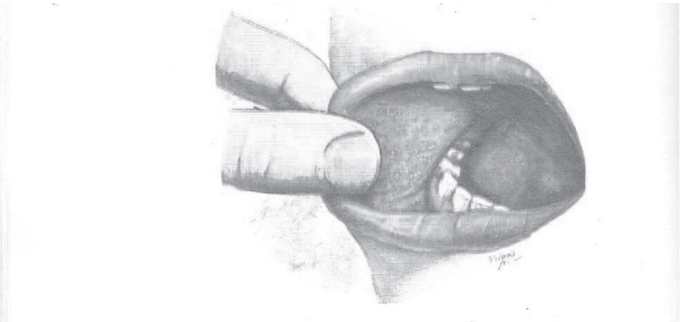
Recommendation for Measles immunization

Recommendation	Category
MMR لومړي دوز 12-15m° دوهم دوز 4-6 کلنۍ	* غير معاف ماشومان چې د شري تاريخچه ونلري 12-15m° عمر
Monovalent vaccin تطبيق او د نشتوالي پصورت کې MMR Re-immunization (12-15m°) او دريم دوز د 4-6 کلنۍ کې.	* د (11-6m°) عمر ماشومان د اپيډيميک سيمي ، يا بين المللي سفر څخه مخکي
Re immunization يو دوز	* 4-12 کالو عمر ماشومان چې >12m° يو دوز واکسين شوي وي
Re- immunization يو دوز	* متعلمين چې د دولسم ټولګي وروسته چې په 12m° يو دوز واکسين اخيستي وي.
مساعد اشخاصوته کتنه او دوه دوزه واکسين تطبيق شي	* په هغه صورت کې چې د ايمونايزيشن تاريخچه د لومړي سالګري نه مخکي
مساعد اشخاصوته کتنه او دوه دوزه واکسين تطبيق شي	* د غير فعال واکسين د تطبيق تاريخچه
مساعد اشخاصو ته کتنه او دوه دوزه واکسين تطبيق شي.	* نامعلوم يا ضعيف شوي واکسين د IG سره توصيه
Immunized شي	* د هګۍ سره الرژي

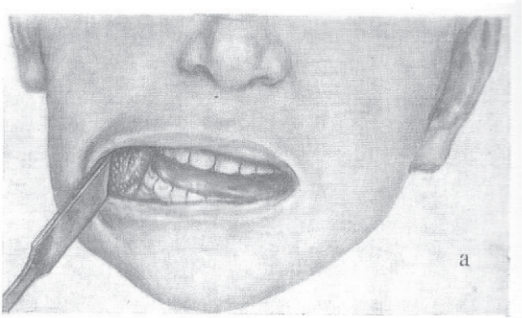
(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library



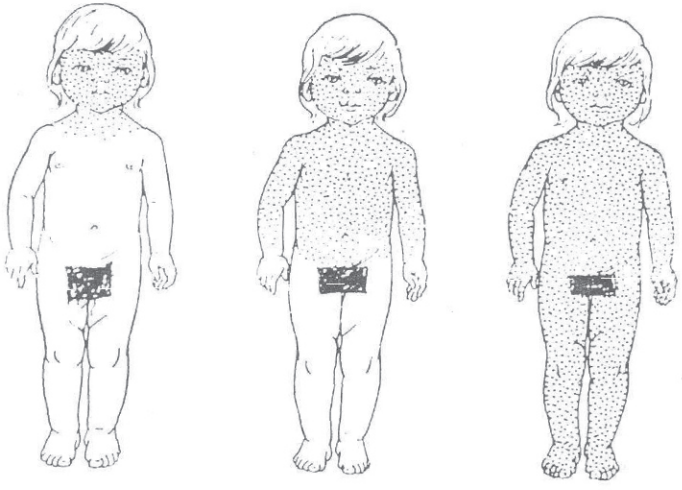
(1.a.b تصویر (دشري ناروغی مخاطي اندفاعات (Koplik's Sopt's) ښيي:



لومړی نمبر تصویر: *koplis spot*

دوهم نمبر تصویر د شري ناروغی د اندفاعاتو پيل او Peak ښيي:

(c) ketabton.com: The Digital Library



(۱۰ تصویر) د شري ناروغی د جلدي اندفاعاتو بالترتیب لومړی دوهمی او دریمی ورځي توپوګرافي ښيي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

دوهم فصل

درې ورځنی شری (سرخکانچه)

(3 days Measles, Rubella, german measles)

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

اپیډیمولوژي:

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

د ناروغی عامل د ناروغانوپه انفی بلعومی افرازاتو، وینه، میتیازو او غایطه مـــوادو کې موجود وي. کولی شو چې د ناروغی عامل د انفی افرازاتو څخـــه د انـــدفاعاتو دپیداکیدو اوه ورځې د مخه او 7-8 ورځې د اندفاعاتو له مینځه تلو وروسته لاس ته راوړو.د ناروغي لامل د پزي او خولي ځاځکو پواســـطه انتقـــال او هـــم د پـــیروان (Placenta) له لاري یو ولادي انتان سبب کیږي.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

virus - Rubella د Terratogenic خاصیت (د جنین منتن کولو تمایل)

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

Pathogenesis

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

کلینیکي بڼه (Clinical Feature)

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

لمفاوي عقداتو ضخامه د اندفاعاتو د پيداكيدونه 24 ساعته مخكې مينځ ته راځي او يوه هفته يا تر هغې ډير دوام كـوي. د شـرى بـرخلاف پـدې ناروغـانو كـې photophobia موجوده نه وي امكان لري چې مخـاطي انـدفاعات د جلـدى اندفاعاتونه مخكى مينځ ته راشي چې زيات سور رنګى انفرادي نقطو او ياپه منتشـر توګه د Palate (حنک) او د مخ په داخلى برخه كې مينځ ته راشي، %20 پيښني تشكيلوي او دمنتشرrose Spot پشكل په تالو (Soft Palate) كې موجـود وي چې د (Forch heimer Spots) په نوم يادېږي.

3- اندفاعى مرحله (Eruptive phase): د شرى اندفاعات د سـرخكانچى سره فرق لرى په ابتدا كې له مخ څخه شروع او په چټكۍ سره د بدن نورو برخو ته خپريږي د جلدى اندفاعاتو سير دومره چټک دي چې په تنـه كـې د انـدفاعاتو دپيداكيدوپه وخت دمخ اندفاعات له مينځه تلو په حال كـې وي، دا انـدفاعات Maculopapular وصف لري منتشراو پراګنده او همدارنګه په زيـات شـمير موجود وي. پوټكى سور رنګى وي او د 24 ساعتو په موده كـې ټـول بـدن تـه خپريږي. دناروغى په دوهمه ورځ اندفاعات دسنجاق سرته ورته شكل غوره كـوي (خاصتاً په تنه كې) چې مخملک ته ورته والى ښيً. (لومړى نمبر تصوير).

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

او پر ځاى ئې خفيف تفلس پاته كيږي د يادونى وړ ده چې د ناروغۍ غير انـدفاعي شكل راپورهم وركړل شويدى. د منضمې او د بلعوم مخاطى غشاء التهـابى وي او اندفاعى مرحله كې تبه يا هيڅ موجوده نه وى او يا داچې 1-2 ورځې او ځيني وخت درې ورځو لپاره دوام كوي او كله نا كله د $38.4c^0$ پورى لوړيږى نـاروغ بـې اشتهائې د سر درد ناراحتى لرى او غالباً د تورى خفيف غټوالى موجود وي .

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

A – داخل رحمی ستونځی:

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

2- د قلبی وعائي سیستم تظاهرات:

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

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

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

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

6- اسکلیتي نواقص: لکه micrognathia

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

8- بولي تناسلی سیستم: poly cystic kidney

(c) ketabton.com: The Digital Library

9- عصبی مرکزی سیستم: Microcephaly او Mental Retardation

10- هضمی جهاز: Esophageal jejunal atresia او Hepatitis

11- شکري دیابت، د درقي غدی وظیفوی تشوشات، پیشرونده انسفالوپاتي، رواني حرکی نواقص، دغابنو ابنارملتي، اود تکلم تشوشات دناروغی موُخر بقایا و څخه شمیرل کیږي.

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

1- Hemolytic anemia

2- Thrombocytopenic purpura

3- Hepatitis

4- Encephalitis

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

6- Myocarditis + CHF

7- pneumonitis

8- Convulsion (چاړان)

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

لابراتواري کتنې (Laboratory finding):

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

ځای وي او یا خیر؟ د ځیګر د دندو تســتونه نورمــال نــه وي. Homolytic anemia موجوده او د Rubella Ig M سویه لوړه اما Ig G او Ig A سویه ښکته وي.

تشخیص (Diagnosis):

د ناروغی تشخیص د کلینیکی بنې پواسطه تر سره کیږي اما کله کلــه د ناروغــی تشخیص دمتفاوت کلینکی بنی دموجودیت له کبله تشخیصیه ستونځی رامینځ تــه کوي.

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

تفریقي تشخیص (Differential Diagnosis)

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

Complication (اختلاطات)

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنیوي **(Prevention)** : په کال 1970(د واکسین تطبیق نــه وروســـته) د امریکی په متحده ایاتو کې ددې ناروغی پیښې 95% ټیټ شویدی.

د یادونی وړ ده چې Rubella واکسین ددې سر ه سره چې اشخاص د Rubella د نا وړه اغیزو څخه محافظه کوي بلکه د Cong. Rubella. Synd څخه هم مخنیوی کوي د Rubella 27/3 -RA ضعیف شوی Strain واکسین یوائې د امریکې په متحده ایالاتو کې جوړ شویدی چې انســـانی Diploid حجراتـــوکې کشت اوتهیه شویدي.

د .Mono valent MMRV، 0.5 ml مستحضراویا Combine شکل ئې د Sub cutaneus له لیاری اول دوز په12- 15میاشتنی اودویم دوز ئې پــه 4-6 کلنۍ او یا 11-12 کلنۍ کې تطبیق کیږي.

- ټول حساس کاهل اشخاص (لکه د مکاتبو، نظامي قشلو، طبی پرسونل، روغتون او صـــحي مراقبـــت پرســـونل) لازم دي چـــې د Rubella واکســـین پذریعـــه Immunized شي، او لزوماً باید توصیه شي چې ښځې باید امیدواره نــه وی او 90 ورځې نور هم دواکسین د تطبیق نه وروسته د حمل اخیســـتو څخــه دې ډډه وکړي. جانبي عوارض ئې دومره معمول نه دی او په 15% پیښوکې تبه، جلـــدی رش، او د لمفاوی عقداتو ضخامه (2-12) ورځې وروسته د Vaccination څخه مینځ ته راځي کیدای شي دا اندفاعات یوائې د یوې خفیف ناروغی پشکل 2%-4 غټانو کې ولیدل شي، باید یادونه وشي چې په 10-15 % واکسین شوی کـــاهلانو کې Arthritis هم لیدل شویدی، اختلاطات یا جـــانبی عـــوارض ئـــې لـــږ او د Peripheral Neutitis,Transversmylitis, Neuropathy او Diffusemyelitis څخه عبارت دي.

Post. Exposur Prophylaxis: امیدواره میندي مساعد او د ناروغ ســـره په تماس اشخاص باید واکسین شي.

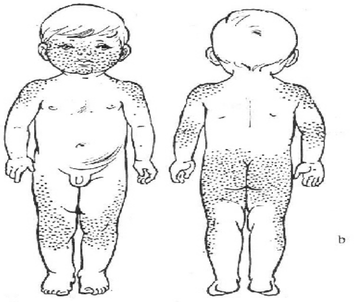
(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

د (تصویر) د دري ورځنې شری Maculopapular اندفاعات ښئ.

دوهم نمبر تصویر : یه دري ورځني نوی زیږیدلي ماشوم کې د ولادي دري ورځني شري ناروغۍ اندفاعات ښيي



لومړی تصویر : د دري ورځني شري ناروغۍ شیماتیک اندفاعاتو توضعات (موقیعت) ښيي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

دریم فصل

د مخملک تبه (Scarlet fever)

تعریف: یوه انتانی ساری ناروغی ده چې د ستونی موضعې Str.β.H.G.A انتان پواسطه مینځ ته راځي او د جلدي مخاطي اندفاعي تظاهراتوسره یو ځای وي چـــې د باالخاصه جلدي منتشراحمرار او په نهایاتوکې د تفلساتو رامینځ ته کیـــدو پواســـطه دنورو ساري اندفاعي ناروغیو څخه توپیر کیږي.

اپیدیمولوژي:

د ناروغي عامل: څرګنده ده چې ناروغی عامل Str. β .H.G.A دي. ګرام مثبت او د مختلفو کلینکي ناروغیو سبب کیږي د ناروغي لامل زیات شمیر اندو توکسین او اکزو توکسین تولیدوي چې یو شمیرئې خاص کلینیکي اهمیت لري چې عبارت لــــــــــــــه Erythrogenic Toxin یا Dick Toxin، Hyaluronidase ،Streptokinase (A.B) Striptolysin (o,s)، Esterase ، Proteinase او Amylase څخه چې د سترپتوکوک Extracellular محصولات شمیرل کیږي. زیات Serotype ئې د Dick Toxin تولیدونکي دي چې د احمراري اندفاعاتو د پیداکیدو سبب ګرځي.

د ناروغي سرایت: د ناروغی عامل د ناروغ سره نژدې تماس له کبله د ټوخي، پرنجي،او خبرو وخت کې وبل ته انتقال کوی، په ډیرو لږو پیښنو کې د ناروغی عامل په غیر مستقیم توګه د استفادي وړ شیانو او غذائی موادو د ملوث کیدو له کبله هم انتقال کولای شي. ناروغان، د ناروغي په ټوله موده کې ساری دي او ناروغی عامل د ناروغانو د بلغم، دخولي افرازاتو متیازو، جلدی تفلساتو، د پزی افرازاتو پواســـطه محیط کې خپریږي. ددې لپاره چې ناروغی مینځ ته راشی ضروری ده چې شخص د

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

لاندينۍ طبقې څخه جلا کيږي چې په نتيجه کې تفلسات مينځ ته راځـــې د احشـــاو رګونو په محيط کې خاصتاً زړه، پښتورګی، ادرينال غدې، او ځيګرکې د مونونوکلير ژووکو ارتشاح ليدل کيږي.

کلينيکي بڼه: د ناروغی د تفريخ موده 1-7 ورځو(اوسط 3 ورځې) پـــوری دي ناروغی بې له ځنډه په تبه ($39.40c^0$) پيل کوي چې لومړيو 24 ساعتو کې. $40c^0$ ته رسيږي او د هغه سره يوځای سرږه لري، د ستوني درد، د نبض چټکې، کانګې او شديده سردردي مينځ ته راځي ناروغ سترې او Toxic معلوميږي د ناروغۍ په حاد مرحله کې امکان لری چې د Laryngitis، Trachitis اوBronchitis اعراض اوعلايم مينځ ته راشي

*دناروغی په خفيف شکل کې په لږه اندازه د بلعوم احتقان موجود وی مګر پـــه وخيمو حالاتوکې بلعوم سور رنګی معلوميږي او په تانسـل بانـدې Exudative سپين رنګی ټکی ليدل کيږي چې په (لومړی نمبر تصوير کې ښـودل شـويدي). د ناروغی ځينې شديدو پيښوکې مخاطي اندفاعات سور رنګي ټکو پشکل چې قاطع حدود لري او نزفی ټکی په hard palate کې موجودوی معمولاُ د ناروغی د پيـل څخه 12-34 ساعته وروسته جلدي اندفاعات مينځ ته راځي چې د 4-3 ساعتو په موده کې بشپړيږي په کلاسيک ډول دا اندفاعات د تخرګو، غاړې او سينې څخــه پيل کوي او څلور ساعته وروسته مغبنې ناحيئې او د بدن نورو برخو تــه خپريـږي مګر د مخ پوټکی نه اخته کوي، تندۍ او مخ احمراري اوCircumoral خســافت موجود وي جلدي اندفاعات دکوچنيو ټکو پشکل په يو احمراري زمينه کې ليـدل کيږي د مساعدې زمينې په موجوديت کې د ناروغي اندفاعات ريګمـال کاغـذ (Sand.paper) شکل غوره کوي جلدي احمرار دګوتی فشار پواسطه موُقتاً لـه مينځه ځی او په احمراري زمينه کې د ګوتې انطباع ليدل کيږي. (دريمه نمبرتصوير)

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

لابرا تواري پلټنې:

1- د وینی معاینه: په خفیـف پیښـو کـې د Leukocyte انـدازه mm^3/ 12000 څخه تر 16000 او په شدیدو پیښوکې تر $30,000/mm^3$ رسیږي.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

تفریقي تشخیص:-

1- ددرې ورځني شرۍ سره

2- د شرۍ سره

3- دیفتری

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

6- د ماشومتوب په لومړی مرحله کې د Str, انتــان بایـــدد Adenovirus infection او نور تنفسی ویروسی انتاناتو سره توپیر وشی، دیــادونی وړ ده چــې Coxackie virus (A,B)، Adeno virusاو نور زیات تنفسی ویروســونه د phayrgitis سبب کیدای شــی اوهـــم دیـــادونی وړده چـــې د Coxackie virusفرنجیت، تقرحي یا Vesicularوی لکه (Herpangina) چې باید پـــه پام کې ونیول شی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Herpes simplex:7 : هم د تقرحي ستونزو سبب کیږي

***(Complication)* اختلاطات:**

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

2- کليوی اختلاطات

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

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

درملنه:

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

B – عمومي اهتمامات: د Analgesic lozenge یا غرغــره د 30% ګلوکوز یا Warm Saline محلول سره د درد تسکین لپاره تجویز شي. غــذائي نرم رژیم چې د چنبلو وړ ګلوکوز زیاتره Noncarbonated (ســیب، انګــور، امرود اوبه) شیریخ، اوشربت ګټور دي، همدارنګه پاراسیتامول د درد اوتبــی لپــاره ګټور دي.

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

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

d – د ناقلینو تداوی: د Str.β.H.G.A د ناقلینواو هغی لپاره تدابیرو نیــول ګران کاردي دا ځکه چې د کلینک له نظره دناقلینو او واقعاً منتن اشخاصو کلینکی اوسیرولوژیکی تــوپیر کــوونکی Criteria وجــود نلــری. Clindamypin 20mg/kg/day په څلورو کسری دوزو د Rifamein 20mg/kg د څلــور ورځو لپاره د خولی له لیاری او د پنسلین سره د Combination په توګــه پــه قبول شوي مقدار د خولې له لیارې د Str. Pharyngitis پــه باکتریولوژیــک Curerate خاصتاً د Stepto په انتخابی ناقلینو کې ګټور رول لري.

مخنیوي (prevention):

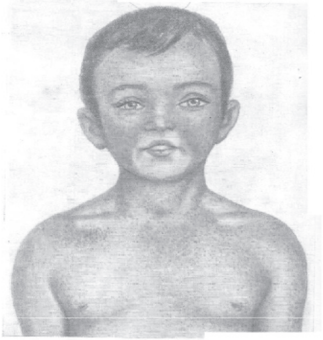
a – په روماتیک اشخاصو کې دناروغی دنکس څخه جلوګیری:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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



خلورم نمبر تصویر خساقت او د مخملک تبې د اندفاعاتو شدید ترین مرحله ښيي.

لومړی نمبر دمخاطي نزفي اندفاعاتو Exudate په Tonsills باندې ښيي

دوهم نمبر White Straw berry Tongue

دریم نمبر Red Straw berry Tongue

(c) ketabton.com: The Digital Library

څلورم فصل

شنه یا توره ټوخله(Whooping cough, pertusis)

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

Bordetella Pertusis: Epidemiology ګرام منفی غیر متحرک ، نـری ډکی ته ورته باسیل دي چې د ګرام پواسطه نه بلکه د Methylinblue پذریعـه تلوین کیږي که چیری د ناروغی عامل پـه مقـدم توګـه تجریـد شـي. نـو د Coccobacillaryپه شکل معلومیږي چې دکچالو،ګلیسرین او د وینې په ذرعیـه وسط Bordet Gengou کې په 15-20 % پیښنو کې شنه کیـږي د نـاروغی عامل په ځینو حیواناتو لکه موږک هم د ناروغی سبب کیږي دوه نور ډولونه یـې (لکـه Bordetellaparapertusis او Bordetella Bronchi Septicus هم pertusis ته ورته سندروم په انسـانانو کـې میـنځ تـه راوړي، .Bord pertusis دوه ډوله انتی جن تولیـدوی چـې عبـارت دی لـه (Felamintous (Lymphocytosis promoting factor) LPF او(FHA)Hemagglutinine) یا Pertusis toxin (Pertussigen) اوهم د Histamin Sensitizing factor په نوم یادیږي چې د پتو جنیزس له نظره خاص اهمیـت لـري د ناروغـۍ کلنیکي بڼه او Lymphocytosis د ذکر شوي توکسینوله کبله مینځ ته راځي دا ماده په Cilia باندې باسیل نښلوي او دتنفسي سیستم مخاطي غشا ته زیان رسـوي همدارنګه د معافیت دتنبه او تولید سبب کیږي.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

شحمي ارتشاح د مړينې سبب کېږي همدارنګه جلدي نزف هم ځنيې وخت په متوسط اندازه اواکثراً کم ليدل کېږي چې امکان لري د Petechia پشکل ښکاره شي.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

20 ورځی) چې د ناروغۍ تر ټولو اوږده د تفريخ موده هغه ماشومانو کې چـې پـه قسمي توګه معافيت لري ليدل کېږي د ناروغي کلنيکي بڼه درې عمده مرحلې لري.

1- *نزلوي مرحله (Catarrhal phase)*: دا ناروغی په مخفي توګه پيل کوي چې دتنفسي لیارې نزلوي اعراض او علايم(تخريشوونکي ټـوخي، پرنجـي، د پزې افرازات او داوښکو په بهېدو) پيل کوي او د خفيف تبې سـره يوځـای وي د لوړې تبې موجوديت ($38.3c^0$) په تالي انتاناتو دلالت کوي پدې مرحله کې ټوخلـه فوق العاده ساري او دوه هفتې دوام کوي دامرحله د نورو انتاناتو د نزلوي حالـت سره د تفريقي تشخيص له نظره ستونځې رامينځ ته کوي د نورو انتاناتو په خلاف د اصفحه د څو ورځو په موده کې ښه والی نه مومي بلکه د وخت په تېرېدو سره ټوخی لا زيات شديد کېږي سره له دې چې په مقدم صفحه کې ټوخی تشنجي وصف نلري اما د شپې لخوا زيات او ناروغ ته اذيت ورکوي.

2- *Paroxysmal phase (تشنجي مرحله)*: له دوه اونيو وروسـته ټـوخي تشنجي شکل غوره کوي چې په تعداد او شدت کې يې زياتوالی رامينځ ته کېـږي. يعنې داچې په يو شهيق کې په پرله پسې توګه 10-20 واره ټوخی مينځ ته راځـي او سمدلاسه جبري شهيق اجرا او whoop توليدېږي لکه د يو تنګ شـوي(متضـيق) مزمار(Epiglott) څخه هوا تېره شي چې د هغې په تعقيب کانګې پيداکېږي حتـی که چېرې د whoop د نشتوالي سره سره د متواتر تشنجي ټوخي په تعقيب نـاروغ کانګې وکړي توره ټوخله بايد په پام کې ونيول شي. دا مرحله 2- 4 اونيواوکله کله له 6 - نه تر8 هفتو دوام کوي. په شيدي خوړونکو ماشومانو کې چې په Apneic حملاتواو Cyanotic Spell اخته وي هميشه لپاره نه ليدل کېږي. ټوخی د بعضې عواملو پذريعه لکه ژړا، د سړه غذا خوړلو، سړه هوا او حتی د پيچکاريو پواسطه تنبه کېږئ په ځوان شيدو خوړونکو کې چې له دريو مياشتو کم عمر ولري ممکنه ده چې تشنجي مرحله اوږده وي او متواتر تشنجي ټوخی چې د ذفير په صفحه کې مينځ تـه

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

لابراتواري کتنې:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

راديو ګرافي: د سږو په راديو ګرافي کې قصبات پرېړ او دزړه حدود مخشوش ښکاري یعنې Bronchopneumonia او Atelectasis خیال ورکوي. همدارنګه Perihilarارتشاح، اذیما او کله نا کله buttterfly appearance او atelectasis خیال چې د Pertusis لپاره وصفي دي لیدل کېږي.

*تشخیص (**Diagnosis**):* د ټوخلې تشخیص په نزلوي مرحله کې آسانه ندی مګر سره له دې هم د ټوخلې د ناروغۍ سره د تماس تاریخچه، د پر له پسې ټوخي موجودیت چې په خاصه توګه د تداوي سره سره د شپې لخوا تغیر ونکړي شنې ټوخلې خواته باید فکر وشي. حال داچې په تشنجي مرحله کې د ناروغۍ علایم ډېر وصفي او روښانه دی چې په آساني سره تشخیص کېږي حتی کارکوونکي، نیاګانې او میندی چې د تشنجي ټوخي دلیدلو تجربه او سابقه ولري تشخیص کولی شي. د Contact موجودیت د تشخیص له نظره ستر رول لري. ځینې وخت کېدای شي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

تفريقي تشخيص(*Differential Diagnosis*)

1- د Bacterial Pneumonia مختلفو شکلو سره

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

3- Cystic fibrosis

4- د توبرکلوز له کبله د لمفاوي عقداتو ضخامه

5- د اجنبي جسم انشاق

6- Parapertusis

7- د Adenovirus نور ډولونه

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

1- تنفسي

2- د عصبي مرکزي سيستم اختلاطات

(c) ketabton.com: The Digital Library

Malnutrition -3

4- معدي معائي

5- نزفي

انذار: په تیر قرن کې د امریکې په متحده ایالاتو کې له هر 200 ژونـدي تولـداتو څخه یو ماشوم له پنځه کلنې مخکې د ټوخلې له کبله مړه کېدل مګر اوس د مـړینې اندازه ډېره راټیټه شوې ده.

د واکسیناسیون وروسته کالوکې (1900-1930 پورې) د مـړ یـنې پـیښې 80 فیصده کم شویدي چې عمده علت ئې (داسهال د پیښو کمېـدل، ښـه تغـذي، د اقتصادي حالت ښه کېدل د فامیل د غړو د تعداد کنترول، بهتره تداوي او دټـوخلې واکسین تطبیق تشکیلوي همدارنګه په برطانیه کې واکسیناسیون د مړینې د کمښـت اصلي علت ګڼل شویدی. د ناروغۍ انذار هغو کې چې انسفالوپاتي درلودله ښه نه وُ او ضمناً ناروغۍ د یو کلنۍ نه کم عمر ماشومانو کې خطر ناک سیر لري مګر د ښه پرستارۍ او عمومي اهتماماتو په نیولو د ناروغۍ انذار ښه دي.

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د فاميل غړي او نورماشومان چې د ناروغ سره په تماس کې وي بې لــه دې چــې معافيت په نظر کې ونيول شي لازم دی Erythromycine ورته توصيه شــي. د يادونې وړده چې Ampicillin, Septran او Rifampin پــه متوســط ډول موثر امــا اول او دوهــم Generation سفالوســپورين هېـڅ مـوٴ ثـر نـدی Corticosteroid د ناروغۍ اعراضو ته تخفيف ورکوي مګر کله کله د تالي انتان د مخفــي پاتــه کېــدو ســبب ګرځــي زيــادتره د Betamethasoneڅخــه 0,75mg/kg د خولې له لیارې استعمالېږي Salbutamol(albuterol) څخه 0,3-0,5mg/kg پــه څلــورو کســري دوزو ګټــور واقــع کېــږي چــې د Paroxysms د واقع کېدو او شدت د کمښت سبب ګرځي مګر تطبيــق ئــې د aerosol پشکل د ناروغۍ حملې تنبه کوي

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

د مايعاتو توصيه کول ډېر ارزښت لري ټول هغه شيانو څخه چې د ټــوخي د تنبــه سبب کېږي مخنيوی وشي. د ټوخي ضد درمل استعمال په لــږ مقــدار مګرزيــات مقدارئې دافرازاتو د و چېدو او د خارجېــدو څخــه مخنيــوی کــوي د افرازاتــو Suction او ناروغ ته د بلغم د خارجېدو په منظور وضعيت (د ناروغ سر په -60

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

مخنيوی (*Prevention*):

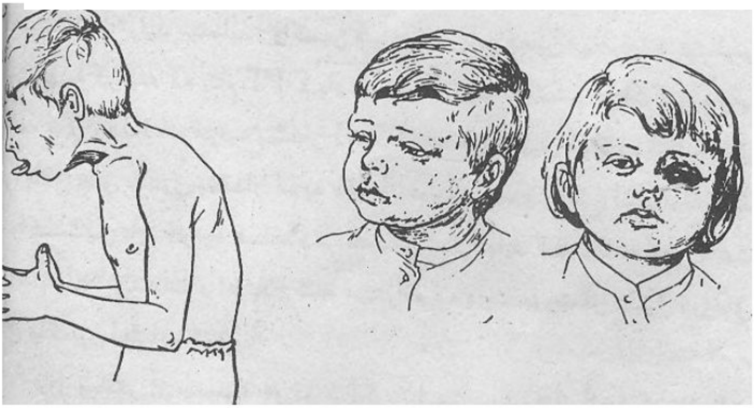
څوک چې ناروغی تيروي دايمي معافيت به حاصلوي. د واکسين پواسطه دکلنيکي ټوخلې مخنيوی کېدای شي مګرنه په هغه پيمانه چې ناروغی ئې تيره کړې وي واکسين په 75 فيصده پيښنو کې موثر معافيت توليدوي. د ټوخلې واکسين ددیفتري، تيتانوس سره يو ځای تهيه شويدي چې د DPT په نوم يادېږي د ژوندانه له شپږمې هفتې څخه پيل او د يوې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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

Convulsion) او یا غیر ارتقایي دماغي ناروغۍ یـــا Cerebral palsy ولــــري واکسین تطبیق کولی شو. او له پنځه کلنۍ پورته عمرکې د واکسین تطبیـــق معمـــول ندی ځکه چې پدې عمر کې د ناروغۍسیر ښه دی‌له دوه کلنۍ ښکته عمر ماشومانو تـــه چـــې د ټـــوخلې نـــاروغ ســـره پـــه تمـــاس شـــوی وي Hyper Immunegammaglobuline د مستحضراتو پواســطه دی منفعــل معافیــت حاصل کړي شي چې 2.5ml د 4,3 ورځو ترمینځ په دوه دوزو تطبیق کېږئ.
د ناروغ د کورنۍ غړو او د ناروغ سره په تماس کې روغتون پرسونل ته د 14 ورځو لپاره د Erythromycin پواسطه د Chemoprophylaxis په خاص ډول هغه ماشومانو کې چې عمر ئې له دوه کالوکم وي په روغتون کې ناروغان باید تجریـــد (جلا) شي ځکه چې د روغتون کار کوونکو ته په ډېره آساني تېربـــږي پـــه ځینـــو روغتونو کې ئې د ناروغۍ پیښې لیدل شویدي.
...نمبر تصـــویر د تـــورې ټـــوخلې تشـــنجي مرحلـــه او Subconjunctival Hemorrhage ښئي.

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



(c) ketabton.com: The Digital Library

پنځم فصل

بُغټ یا کله چرک (Mumps, Epidemic Parotitis)

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

اپیډیمولوژي

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

پتالوژي او *Pathogenesis*:

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

لابراتواري پلټنې:

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

تفريقي تشخيص:

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

1- د غوږ په قدام او د غاړې د لمفاوي عقداتو پړسوب سره

2- د نکفي غُدې حاد قيحي التهاب

3- قيحي انسدادی Parotitis

4- دنـــــورو ويروســـــــو لـــــــه کبلـــــه Parotitis ســـــــره (Lymphocytichorio Meningitis, Coxackie, او CMV ويروســـو لـــه کبله:

5- Lymphoma, او lymphosarcoma

6- Recurrent parotitis

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

III- Meningo Encephalomyelitis، د Parotitis په عدم موجودیت کې هم مینځ ته راتلای شي چې لازم دي لابراتواري معایناتو پذریعه د ناروغۍ د نورو سببو سره تفریقي تشخیص اجراشي.

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

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

A – Myocarditis
B - Thyroiditis
C-Mastitis

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

E- Arthritis : التهابي علایم موجود مګر کامل ښه والی حتمي دی. Migritory Polyarthralgia کیدای شي موجود وي اما په ماشومانو کې کم لیدل کیږي او دوه اونۍ دوام کوي.

7 – عیني اختلاطات لکه Papilitis, Dacryoadenitis د رویت تشوشات (د لیدو ستونځي) Uveo Keratitis, Optic Neuritis چې Photophobia ، اوښکې بهېدو او د رویت له مینځه تلوسره یو ځای وي همدارنګه د Thrombocytopenic pupura راپورهم ورکړی شویدی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

مخنيوى (Prevention): passive Immunization (منفعل معافيت):
د بغت په مخنيوي Hyper Immune Mumps Gamma globuline او د اختلاطاتو په کمښت کې دومره موثر ندى او لا تراوسه د بحث لاندې دى.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

شپږم فصل

محرقی تبه یا وچکی(Typhoid fever)

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

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

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

دانتان سرایت په ولادي توګـه دپلاسـنتا لـه لیـاري دمورڅخـه (چـې پـه Bactremia) اخته وي جنین ته صورت مومي. د نـاروغی شـیوع مـخ پـروده هیوادوکې د چټلواوبـو چښلولـه کبلـه(Water born) چـې د نادرسـت Sannitation او یا مستقیماً د fecal - oral له لیاري د فـردي او اجتمـاعی خراب خفظ الصحی له امله مینځ ته راځي. همدارنګه د صدف روزنـه، Shilfish ماهي په ولاړو اوبو کې د انتشار او سرایت عمده منبع جوړوي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

1- Sal, Typhi (چې یو سیرو تایپ لری)

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

لابراتواري معاينات:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

تشخیص : د ناروغی ځینی کلینیکي علامی (نښې نښانی) د محرقې د تشخیص لپاره وصفي دي چې لدي جملی څخه Tympanitis په هندی تجاربو کې ارزښتناکه تشخیصیه علامه ګڼل شویده. همدارنګه په اندیمیک سیمو کې ټولې هغه تبی چـــې اوه ورځو څخه زیات دوام وکړی خاصتاً هغه تبی چې موضعی علایم ورسره موجود نــه وي همدارنګه کـــه چیری Bradycardia موجود وي یوه وصفي علامه ده. پـــه ځینو نشریو کې د ,Sallmon ځینې ,Strains ، د تشخیص په بنسټ کې شـــامل ګڼل شویدی. مګر په ځینی نوروکې د وینې کلچر د ناروغۍ په مقدم ســـیرکې پـــه 60-40 فیصده ناروغانو کې مثبت دي د هډوکو د مغزوکلچر غالباً د ناروغۍ پـــه اخرمرحلو کې مثبت وي اما په ځینی وختو کې داسی پیښ شویدی چې د وینې کلچر منفي اما د مصاریقی لمفاوي عقداتو ځیګر او توری کلچر همزمان مثبت ښودل شوی دي دهډوکی دمغزوکلچرچې په 80-90 فیصده پیښو کې تثبیت شویدی یواځینی حساس او تشخیصیه طریقه ده او خپل اعتبار ئې سره له دې چې که نـــاروغ ضـــد میکروبی درمل هم اخستی وي خپل موقف ئې ساتلي دي. په هغه حالا توکې چـــې د غایطه موادو کلچر منفی وي او یا مشکوک پیښو کې خاصتاً مزمن ناقلینو کـــې د اثناعشر String capsules اسپیری شوي مواد ممکن د انتان په تائید کې مرسته وکړی د وظیفوی دمـــاغی بـــی نظمـــی پـــه صـــورت کـــې چـــې احتمـــالاً پـــه Encephaloathy دلالت کوی L-P اجرا شي تر څـــو TBMســـره تفریقـــي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

Complication

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

2 - دتنفسی سیستم اختلاطات

Bronchitis (10 % پیښې په ماشومانو کې جوړوی).

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

10- کلیوی pyelonephritis او Nephrotic syndrom.

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

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

د ناروغی مخنیوي "prevention"

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

vaccination II:

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

2 -پدې وروستوکې یو ډول واکسین چې ژوندی ضعیف شوي فمـی مستحضـر (vivotife) چې دSal.Ty 21,a له نوع څخه دي د تطبیق لپاره اجازه ورکړی شویده .په څیړنو کې ثابته شویده چې 67-82% پیښو کې مـؤثر تمـام شـویدي همدارنګه ددې واکسین مثبت نتایج له چلی او مصر څخه هم رارسیدلي دي. جـانبی عـوارض ئـې کـم او نـادر دي. د واکسـین Enteric Coatedcapsule څلورکپسول یو ورځ ترمنځ ورکول کیږي اما له شپږ کلنی ښکته عمر کې نه توصیه کیږي په شیدوخوړونکو او Todlers ماشومانوکې ددې واکسین مقابل کې معافیتی

(c) ketabton.com: The Digital Library

عکس العمل نه تولیدیږي همدارنګــه هغــه ماشــومانو کــې چــې Immune Defficient سندروم اخته دي باید تطبیق نشي.

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

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

تداوی: د ناروغی تداوی دوه عمده برخې لري.

1- -عمومي او تقویوی اهتمامات

2- -درملنه

1- عمومي او تقویوي اهتمامات

A- *د نرسنګ پاملرنه:* Orodental حفظ الصحه، د انتــی ســپتیک محلــول پواسطه د خولی پرله پسی پریمنځل، د کولمواو مثانې وظیفوی تعادل برقرارول، په مثانه کې دادرارو درکودت څخه جلو ګیری دقبضیت لپاره د خاص اهتمامــاتو نیــول (پارافین، یاملیناتو څه استفاده کول) په بستره کې ناروغ ته تغیروضعیت ورکول چي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

C: د اوبو اوا لکترولایتو توازن وساتل شي.

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

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

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

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

(... جدول)

(c) ketabton.com: The Digital Library

جدول نمبر (3) تداوی محرقه نزد اطفال

Optimal therapy — Alternative drugs

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

په مقــاوم پيښــوکې دکلچــرد نتــايجو تررســېدولوپورې دCefotaximeيــا Ceftriaxone څخه استفاده وشي برسيره پر دی يو لنــډ کــورس د 3mg/kg Dexsamethasone په پيل او وروســته 1mg/kg/Bw هــر شــپږ ســاعته وروسته د 48 ساعتو لپاره، هغه ناروغانو ته چې پــه ,Shock، مرګــونی حالــت - stupor کو ما، شديد Toxemia او يا په اوږد محال نــاروغی محکــوم وي تطبيق شي تر څو د ناروغ عمومي حالت ښه او Sequelae پيښی هم ټيټ شي.

انذار (prognosis): د ناروغی خفيف واقعات کله نا کله دتقويوی اهتماماتو پــه مقابل کې حتی بی له دې چې انتی بيوتيک استعمال شي ښه ځــواب ورکــوی پــه ناتداوي شوي پيښو کې 10% مړينه ښودل شويده اما د عصری درملنې په نتيجــه کې د مړينی اندازه له يو فيصد څخه کمه ده اما په ماشومانوکې د صحتمند نــاقلينو موده اوږده وي چې 3-6 مياشتو پورې ښودل شويده چې پدغه مرحله د بيا درملنی، د شاګرد اخراج له مکتب څخه او يا له نورو فعاليتو ګوښي کول نه ايجابوی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

اووم فصل

پولیو"Poliomyelitis"(د ماشومانو د فلج ناروغي)

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

اپیډیمولوژي

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

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

- د اقلیم له نظره د کال په ګرم موسم کې زیات معمول دي.

- ***مساعد کوونکی فکتورونه***

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

2- شاقه فزيکي تمرينات او ستړيا.

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

کلينيکي بڼه (Clinical feature)

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

A - Aseptic Meningitis like synd. Without paralysis:
کېدای شي د ناروغۍ پیل وي اویا امکان لري د خفا دورې څو ورځې وروسته د Minor Illness په تعقیب مینځ ته راشي. د زړه بدوالی، کانګې، او دسر خوږ د ناروغانو عمده شکایت تشکیلوي. د ظهري ناحئې او سفلی طرف Stiffness موجود وي همدارنګه د غاړې شخوالی معمولاً موجودوي چې د ناروغۍ په تشخیص کې رول لري اوپه لاندې علایمو ارزیابي کېږي.

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

- د حجاب حاجز او بین الضلعي عضلاتو فلج.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- په Medulla oblongata او حدبه (Pons) کې دتنفسي مرکز متضرر کېدل.
- د افرازاتو Aspiration
- کله چې Vasomotor مراکز اخته شي نو په نبض او د وینې فشارکې تغیرات مینځ ته راځي د ناروغانو پوستکی احمراري، خړ او لکه دار معلومېږي، نبض چټک، ضعیف او خیټي وي ناروغ ناراحت، پریشانه، هذیاني، شعورئې مختل او کوما تـه داخلېږي.
- Bulbar poliomyelitis امکان لري چې د شوکې عضلاتو د فلج سره یوځای وي یا خیر؟
- فلج معمولاً غیر متناظر، تکلم او قلبي تنفسي وظایف مخشوش او تقریباً ټول د مړینې سبب کېږي. دعضلا تواتروفي په 4-8 هفتوکې رابرسېره کېږي او فلج شوي عضلات امکان لري چې د شپږو میاشتو په موده کې ښه والی ومومي.

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

1- اپيدېمولوژيکي شواهد.

2- سريري مشخصات.

3- لابراتواري معاينات (خاصتاً سيرولوژيک او ويرولوژيک).

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

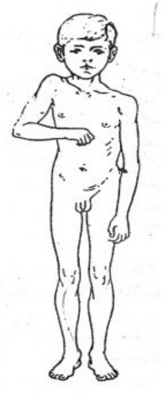
(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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



د پولیو له کبله د بازو عضلاتو فلج

(c) ketabton.com: The Digital Library

اتم فصل

وبا یا کولرا (**Cholera**)

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

فیزیوپتالوژي: **Vibrio's** داسید په مقابل کې ډېر حساس دي نو ځکه د معدې تیزاب کولمو ته د اورګانیزم تېریدو په مخنیوي کې عمده رول لري. په کولمو کـــې د

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

اختلاطات

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

درملنه

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

وروسته شروع شي د ORT نتايج په کال 1991. پــه Perue کــې ډيرعــالي او دمړينې اندازه يو فيصد ښودلې شويده.

- د يادونې وړده چې د کولرا ناروغان بايد په يو ګوښې وارد کې داخل بســتر، تجريد او مخکې له درملنې وزن او هم د غايطه موادو اندازه او دېښتورګو Output په 24 ساعتو کې تعين شي فمي ريهايدريشن د کولرا په انديميک سيمو کې ښه نتيجه ورکړېده لکه د کلکتې په غربي بنګال کې.

- په No sign of dehydration او Somedehydration لرونکې کولرا اخته ناروغان د ORS پذريعه (75ml/kg/4h) د خولې له ليارې تداوي کيــږي که چېرې په لومړي ځل کې ديهايدريشن اصلاح نشي عين مقداريوځل لپاره بيــا تکراروئ شو که چېرې ناروغ کانګې ولري لس دقيقې انتظار وروسته ORS بيــا ورته شروع شي او په هر دوو ساعتو کې ناروغ ارزيابي شي هغه شيدي خــوړونکې ماشومان چې دمور شيدو پواسطه تغذی کېدل د مور شيدو پواسطه تغذي او کــوم چې فورمولا Feeding کېدل نو فورمولا نيمائي د اوبو پذريعــه اوبلــن او (دوه ورځو) لپاره تغذی او وروسته دسن مطابق عادي شيدې ورته تيار او ورکړل شي.

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

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

2- په شديد (Sever) ديهايدريشن کې لومړی داخل وريدي او بيا وروسته ORT ته ضرورت احساس کېږي.

3- ORT ښه او مناسب درملنه ده چې دنس ناستې په درملنه کې زيات اســتعمال لري.

4- ORT دداخل وريدي تداوي په نسبت کم مصرف او طبي وســايلو تعقــيم او استعمال ته لکه ستنه، تيوب، سرينج او وريدي محلولو ته) ضرورت نــه احســاس کېږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

:ORT Failure

1- د متوسط ديهايدريشن او اسهال اکثر پيښې د ORS پواسطه تداوي کېږي.

-2 High rate purging : په اسهال او ديهايدريشن اخته هغه ناروغان چې په يو ساعت کې له 15ml/kg/h څخه زيات او بلن غايطه مـواد اطـراح کـوي ORT تاثير نلري.

3- شديد ديهايدريشن: په هغه ناروغانو کې چې د 10 فيصده څخه زيات وزن بايللی وي دداخل وريدي محلولو پواسطه تداوي کېږئ او ORT نتيجه نه ورکوي داځکه چې په دې صورت کې ORS په کولمو کې لږ او آهسته جذبېږي اما په هغـه پيښو کې چې ناروغ د چښلو توان ولري او يا داچې د IV په تطبيق کې ځنډ موجود وي ORS د خولې له لیارې د NGT پواسطه تطبيق کېږي.

4- د ORS بېرته ګرزون يا ناروغ د چښلو توان ونلري: په هغه حالاتو کې چې ناروغ Stomatitis (د سرخکان له کبله، د Herpes-Virus او يا Thrush)، Fatigue (ژر ستړی کېږي) يا د CNS انحطاط (د کانګې ضد درمل له کبله ياد Antimotility drug) له کبله ولري نو ORT نتيجه نه ورکوي چې پـه دې صورت کې لا زم دی چې د NGT پواسطه (غير له هغه ناروغـانو چـې د CNS انحطاط لري) ORS تطبيق شي همدارنګه بايد يادونه وشـي چـې کـه د ORS محلول زيات تود، يا مالګين (د مالګې غلظت ئې زيات وي) د کانګو باعث ګرځي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

6- د ګېډې پړسوب او ***Ileus***: که چېرې د ګېډې پړسوب مخ په زياتېدو شي نو لازمه ده چې ORS ناروغ ته په کراره او احتياط سره تجويز شي چې د ګېډې د پړسوب زياتوالى او د Ileus په تشکل (هغه حالت چې کولمو حرکي فعاليت له لاسه ورکړی وي او Bowel Sound معدوم وي) بايد مايعات د وريد له لیارې تطبيق شي د يادونې وړده چې I lleus د Hypokalemia او يا د معائې حرکاتو ضد درمل پواسطه مينځ ته راشي. د کولمو انسداد يو جراحي پرابلم دی چې کېدای شي د Ileus له کبله مينځ ته راشي او د ORT failure لپاره يو دليل وګرځي اما ډېر لږ ليدل کېږي.

7- د ***ORS*** *غلط تهيه او تجويز:* که چېرې ORS په نادرست (غلظت يا رقاقت ئې زيات) تهيه او يا په نامناسب توګه (لږ مقداريا په زيات سرعت) تجويز شي. ORT نتيجه نه ورکوي او دکانګې د مينځه راتلواود Purging د زياتېدو سبب ګرځي نو لازمه ده چې د تهيه کولو او داستعمال طريقه، ميندوته ښه وښودل شي او يا داچې موُظف داکتر د څو ساعتو لپاره د ORS د تجويز څخه څارنه وکړي د ORT failure حالاتو په نظر کې نيولو سره هغه ناروغان چې په شديد ديهايدريشن او Hypovolemic shock اخته وي داخل وريدي مايعات لکه Ringer's Lactate او يا Normal saline (100ml/kg/6h) چې په جدول کې د عمرمطابق ترتيب شوي ورکړل شي. بايد يادونه وشي چې د شديد ديهايدريشن ناروغان ډېر زيات ستړي وي(د څښلو توان نلري) همدارنګه Coma, Stupor، او يا غير قابل کنترول کانګې لري نو لزوماً مايعات د وريد له لیارې

(c) ketabton.com: The Digital Library

تطبیقېـــږي چـــې پـــه (دریم) لمبـــر جـــدول کـــې خلاصـــه شـــویدي.

(دویم لمبر جدول)

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

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

- کـــه چېـــرې د IV د تطبیـــق امکانـــات موجـــود نـــه وُد ORS محلـــول 120ml/kg/6h د NGT له لیارې تطبیق شي البته مقدار، وخـــت، او دتطبیـــق سرعت په نظر کې ونیول شي ترڅو د ګېډې پړسوب څخه مخنیـــوی وشـــي انتـــي بیوتیکونه سره له دې چې د ناروغۍ مـــوده لنـــډه، داســـهال حجـــم کمـــوي او د Vibriocholera اطراح زیاتوي ددرملنې په دوهم قدم کې ځای ورکړل شویدي. (SMX د 50mg/kg/BW او Trimethoprim د10mg/kg)Septran له قراره په دوه کسري دوزو ددرې ورځو لپاره ورکول کېږي ځـــني نشـــرئې 2-5 ورځو پورې توصیه کوي د تتراسکلین مقابل کې مقاوم پیښنو راپور ورکړل شـــویدی چې پدې صورت کې د Ciprofloxacins څخه دضرورت په وخت کې استفاده کیـــــدای شـــــي) لـــــه نـــــورو درملـــــو لکـــــه Erythromycin'Furazolidon,Chloramphenicol څخه هم اســـتفاده

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

لري ژر تر ژره شروع شي تتراسكلين دورځي 500mg د پنځو ورځو لپاره اماځينى نشريو كې د دوه ورځو لپاره 500mg او 125mg (4-3 كلنـــى) او 50mg د درې كلن شخه ښكته عمر ماشومانو ته توصيه كيږي چې د بين الفاميلي تماس له كبله دمنتن كيدو درجه ټيټوى. او دانتان مخنيوى لپاره كافيدي د كار دآسانتيا له خـــاطره Doxycycline 300mg غټانو او 6mg/kg له 15 كلنى ښكته عمر كې په يو واحد مقدار نسبت تتراسكلين ته ترجيح وركوله كيږي امــا پــه ماشــومانو كــې د تتراسيكلين په عيوض

Co-Trimoxazole په معمول مقدار وركول كيږي او د يـــادونې وړده چـــې كتلوى Chemoprophylaxis په ټولنه كې نه توصيه كيږي .

(c) ketabton.com: The Digital Library

نهم فصل

تیتانوس (Lock jaw,Tetanus)

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

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

- انتان په زخم کې وده کوي او Toxine ئې د Axone پواسطه عصبی مرکزی سیستم ته انتقال او ددماغ Ganglioside برخې ته رسیږي. اوپدې ترتیب سره د نخاع Neuroexcitability زیاتوی(د نهې کوونکو Synapses د دندي په نهې کولو) چې په نتیجه کې د عضلاتو شدید Spasm مینځ ته راځی.

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

نــاروغی د ه چـــې د Aseptic شـــرایطو او Active Immunization پــه حاصلولو مخنیوی کیدای شي.

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

پیداکوی چې د بیرون خواته متوجه وي او د Opesthotonus په نامــه یادیــږي (... نمبر)او د ناروغ ګیــډه دلرګــي پشــان کلکیــږي همدارنګــه دردناکــه Paroxysmal سپزم څو ثانئې او یا دقیقې دوام کوي.او همدارنګه په ناروغ کــې Spasm د لیدو ، تماس، غوږ نیولو یا اوریدواو تکان ورکولو پواسطه تنبه کیــدای شي د مثال په توګه د ډیر تیز رڼا سمدلاسه لوړ اواز، او د ناروغ خوړولو پواســطه سپزم مینځ ته راځي په پیل کې حملې په زیاته فاصله کې تولیدیږی اما وروسته فاصله ئې کمیږي په شروع کې د حملي وروسته یوه موُقتی بهبودي (سپزم موجود نه وي) حاصلیږي اما وروسته د دوو حملو تر منځ هم نــاروغ ســپزم لــري. د حنجــرې عضلاتواو تنفسي عضــلاتو پــه شــزن او قصــباتو کــې د افرازاتــو تولیــدو او دrespiratory distress سندروم سبب کیږي چې وروسته کیــدای شــي پــه Coma،Hypoxia یا مړینه منجرشي. د مثانی عضلاتو اخته کیدل دمیتازو بندیدو (احتباس) سبب کیږي همدارنګه د سمپاتیک اعصابو اخته کیدل د وینې فشار تــه تغیر ورکوي ناروغــان Tachycardia ، د محیطــی او عیــئ تقــبض، قلبــی Arrhythmia، زیاتــــــــه خولـــــــــه (Sweat)، Hypercapnea ، د Catecholamine د اطراح زیاتوالي پــه میتــازو کــې او پــه مــوُخر توګــه Hypotension ورته پیدا کیــږي د بلعــوم د عضــلاتو Spasm لــه کبلــه Dysphagia هم په ناروغانوکې مینځ ته راځي.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

لابراتواري کتنې:

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

Tetanus Neonatarum:- د ژوند لومړیو 3-10 ورځو کې تیتانوس مینځ ته راځي. لومړني اعراض ئې د تی په رودلو کې ستونځی، زیاتـــه ژړا او وروســـته د Lockjaw تشکل او Poorsucking څخه عبارت دي همدارنګه د بلع کولـــو ستونځي هم را مینځ ته کیږي . Trismus په مختلفو درجو موجود وي Spasm کیدای شي د تنبه او غیر له تنبه څخه تولیـــد اوعمیـــق عکســـات شـــدت مـــومي Opesthotonus موجود نه وي. او یا تر هغه اندازي شدید وي چې د ماشوم سر د پښو پوندې سره په تماس کې کیږي ماشوم ژړا تیته او امکان لری بی سرو صـــدا وي. د پوټکی رنګ ئې نورمال Cyanotic او یا خاسف وي چې د Hypoxia او یا Shock له کبله مینځ ته راځي.

د ناروغی تشخیص :- Risus Sardonicus او عمومي Spasm په هغـــه ناروغانوکې چې نورمال شعور ولري د زخم او ترضیض تاریخچه موجوده وي سره له دي چې د ناروغی عامل نشو تجرید کولای ځکه په اسانی نه شـــین کیـــږي او پـــه

(c) ketabton.com: The Digital Library

تجريدولوئي تشخيص تکميلېږي غير معاف يا قسماً معاف ناروغان د کلينکي بنــې او Immunization تاريخچه په تشخيص کې مرسته کوي.

تفريقي تشخيص :-

1. د phenothiazine مشتقاتو مقابل کې عکس العمل: خارج اهرامــي اعراض مينځ ته راوړی او Grimace, Torticollus اوداطراف عضلاتو تقلــص مينځ ته راځي چې ددرمل په قطع کولو له مينځه ځي.

2- Tetany:- د Ca د کمښت له کبله په ماشومانو کې مــنځ تــه راځــي Trismus موجود نه وي زياتره Corpopedal Spasm ليدل کيږي او کلــه کله Layngospasm ليدل کيږي دسيروم Ca سويه ټيټه وي چې په تشخيص کې مرسته کوي.

3 – Peritonsillar abscess : پدې ناروغانو کې د درد او تبی له کبلــه Trismus مينځ ته راځي اما عمومي Spasm موجود نه وي چې د تشخيص لــه نظره بايد په نظر کې ونيول شي.

4 - Encephalitis : د Encephalitis سره سره بايد ناروغان ارزيــابي شي په post. Infectious Encephalitis کې ډير لږ Trismus ليدل کيږي او د CSF معاينه هم نورمال وي.

5 - Rabies : د ليوني سپي پواسطه د چيچلو تاريخچــه او Pleocytosis موجوديت مرسته کوي ناروغانو کې دوامدار سپزم موجود نه وي.

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

7 – Bacterial Meningitis او Decebrate posturing د Narcotic او نورو درملو قطع کول هم د ناروغۍ سره په تفريقي تشخيص کې بايد په نظر کې وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

درملنه (Treatment):

1 – د عضلی سپزم کنترول Control of Muscular spasm: د
تیتانوس ناروغان باید په تیاره کوټه او آرام محیط کې بستر شي یعنی دا چې کوټه باید د اوریدو، رڼا او تماس له نظره په کلُی توګه آرامه اود امکــان ترحــده د مختلفــو تنبهاتومخنیوی وشي. د عضلی سپزم عمده تداوي ددرمــل پواســطه اجراکیـــږي ترڅوعضلي سپزم کنترول شي. او په قشری مراکزو باندې انحطاطي تاثیر نه لـــري. Diazepam 0.6-1.2mg/kg/day په شپږو کسری دوزو توصیه کیږي اماپـــه نوی زیږیدلي ماشومانوکې 2-3 کسری دوز ورکـــول کیـــږي پـــه ځینـــو نشـــریو کې8mg/kg/day حتی 25mg/kg/day په غټو ماشومانو کې په کسری دوزو (2-3mg) هر دري ساعته وروسته توصیه کوي (خاصتاُ لـــه 2-5 کلنـــی پـــوری) Barbiturates، Chlorpromazine او Paraldehyde هم مفید دي.

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

وقایوی اساسات *(preventive Meassures):*

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

وروسته تطبیق کیږي او وروسته هـر لسـو کـالوکې تطبیـق شـي مګـراوس د DTaP)واکسین څخه چې $6M^0,4M^0,2M^0$ کې د یو بوستر دوز سره چې په -6 4 اویا 10 کلنۍ کې تطبیقیږي او د 10 کالو په فاصله په غټانو کې وروسـته TD تطبیقیږي چې زیاته ترجیح ورکړل شویده همدارنګه د WHO په توصیه TD د نوي زیږیدلي ماشوم په تیتانوس اخته کېدو څخه د جلوګیري په منظور دوه دوزه او په غیر معاف اشخاصو کې د 7 کلنۍ وروسته یا تر دې لوړسن کې درې دوزه عضـلې 4-6wk) وروسته دوهم دوز او $6\text{-}12M^0$ وروسته ددوهم دوز څخـه دریم دوز تطبیق شي. (Nelson. 2000) د جرحی په موجودیت کې بوستر دوز ضـروری دي چې د یوې اونۍ په موده کې مناسب محافظوی انتی بادی ګاني تولیدوي او پـه هغه صورت کې چې آخري بوستردوز څخه لس کاله تیر شوي وي بوستردوزکفایت کوي که چیری زخم زیات خراشیدګی یا شړیدلی وي (Crush) او یا ډیرملـوث اومنـتن شـوي وي لکـه د قحـف متعـدد کسـور (Tetanus Human Immunoglobulin)TIG د 250 واحدو په انـدازه IM تجـویز کیـږي او وروسته د هغه سره واکسین هم تطبیق کیږي ذکر شوي عملیه د خطرناکه نـاروغی څخه چې د تفریخ موده ئې لنډه وي مخنیوی کولي شي هغه ناروغان چـې تیتـانوس تیروی معافیت نلری لا زم دي چې فعال واکسین ورته تطبیق شي چې د Tetanus Toxiod څخه تیار شوي وي .

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

د زخم *څارنه يا مراقبت:* زخم تطهير، نکروتيک انساج هم تطهير او پانسمان شي. که چيرى استطباب ولري Debrid اجراشي د WHO او Unicef د هدايت مطابق فعال Immunization حاصل کړل شي چې مخکې ترې يادونه شويده.

(c) ketabton.com: The Digital Library

لسم فصل

د يني حاد ويروسی التهاب (Acute Viral Hepatitis)

تعريف اوعموميات

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

Hepatitis A
(Infectious Hepatitis, Epidemicjaundice Catarrhal Jaundice)

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

Etiology: HAV دکال 1960 څخه مخکې کشـــف او RNA Virus دي چې 27nm قطر لري او Picorna Virus فامیـــل پـــورې اړه لـــري د نـــاروغ اشخاصو دغایطه موادو څخه تجرید شوي د تودوخې په $56c^{o}$ کې د 30 دقیقو لپاره ژوندی پاته کیدای شي اما $98c^{o}$ کې په یوه دقیقه کې له مینځه ځي د تودوخې په -) $18\ c^{o}$)(-70 c^{o}) کې مرضی فعالیت ئې څو کاله محفوظ پاته کیدای شي د نور او کلورین مقابل کې ډیر مقاومت لري .

اپیدیمولوژي: HAV په ټوله نړۍ کې شیوع لري اما په مخ پـــروده هیـــوادو کـــې تقریباً %100 له پنځه کلنۍ کم عمر ماشومانو کې لیدل شویدی. د امریکـــې پـــه متحده ایالاتو کې %40-%30 غټان اخته کوي. چې زیاتره عرضی سیر لري. اما تر پنځه کلنۍ ښکته عمر ماشومانو کې غیر عرضی خفیف او یا د غیر وصفی تظاهراتو سره سیر کوي. په پرمخ تللی هیوادو کې ماشومان د 10-20 کلنی پـــورې یـــواځې %20 په HAV اخته دي د ناروغی عامل دخولې او زرقیاتو له لیاري بدن ته داخل او Hepatitis مینځ ته راوړي د ناروغی تفریخ موده 15-45 ورځو (اوسط ډول 30 ورځې) پوري دي. د انتان سرایت همیشه منتن شخص څخه وبل شـــخص تـــه صورت مومي او په چاپیریال کې Fecal-oral انتشار لري. تحت الجلدی سرایت ئې ډیر کم او د مور څخه نوی زیږیدلی ماشوم ته د زیږیـــدني پـــه وخـــت کـــې او همدارنګه د HAV سرایت د میتیازودخولې افرازات اومنـــی(Semen) پذریعـــه تراوسه توضیح شوي ندي. د شیوع د منابع ئې غـــذائې مـــواد (Food Born) او دڅښلو اوبه (Water Born) تشکیلوی او په ځینی نشریو کې لیکل شوي. چې د جنسی مقاربت له لیاری هم انتقال کوي. باید یادونه وشي چې د ناروغی عامـــل د تفریخ دوری د پیل او د ناروغی له پیل څخه یوه انۍ وروسته د غایطه موادوڅخـــه

(c) ketabton.com: The Digital Library

تجرید کیدای شي اما دوینی په دوران کې تریوی لنډی مودي پـوری موجـود او د ژیړی د تاسس سره همزمان له وینی څخه له مینځه ځي. دا ناروغی خراب محیطـی او فردی حفظ الصحی لکه (عسکری قشله، لیلیه او دارالایتام) کې زیـات لیـدل کیږي او د موسم پوری ارتباط نلري (دکال په هر وخت کې میـنځ تـه راتـلای شي).باید یادونه وشي چي د خلکو صحی او اقتصادی حالت په ښه والی د نـاروغی پیښي کمیږي. د ناروغی Unicteric شکل 80%له دوه کلنی ښکته او) 50%(4-3 کلنی) کې په مخفی توګه سیر کوي او د انتی بادی ګانو په بنیاد چې له مـور څخه اخلی د ژوندانه په لومړیو میاشتوکې په اخته ماشومانوکې خفیف سـیر کـوی امیدواره میندی که په HAV اخته وي په ولادي توګه ماشوم په ناروغی نـه اختـه کیږي او همدارنګه د سقط او سؤ تشکلاتو باعث نګرځی د Hepatitisد ویروس مختلفو ډولونو د سرایت طریقه په (څلوروم) لمبر جدول کې خلاصه شویدی.

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

کې لیدل کیږي سره لدې چې فصی ساختمانونه سالم باقي پاتې کیږي اما د پرانشیمائي حجراتو استحاله او نکروز په پیل کې مینځ ته راځي شحمی تغیرات کم او التهابی عکس العمل د Mononuclear حجراتو دبابی طرق د توسع سبب کیږي د صفراوي قناتو Proliferation معمولاً لیدل کیږي اما تخریب نه مشاهده کیږي . د Kupffer حجراتو منتشر هایپر پلازیا د Sinosoid په امتداد د پولي موروفونو کلیر لوکوسیت او ایزونو فیل ارتشاح موجود وي په نوی زیږیدلی ماشومانو کې د کبدی افت مقابل کې د Giantcell په جوړیدو ښکاره کیږي .Fulminant.H کې د حجابی منظم نسج پرته، ټول پرانشیمائي حجرات تخریب کیږي کیدای شي دHAV له کبله ماؤف شوی حجرات ددرې میاشتو په موده کې دمورفولوژی له نظره دوباره نورمال حالت ته راوګرځي. د هډوکو مغز په متوسط درجه Hypoplastic او Aplastic Anemia هم راپور ورکړی شویدی. د دورانی Immuncomplex له کبله دپښتورګو بندونو او پوټکی اخته کیدو راپور هم ورکړی شویدی د یادونی وړده چې دهستولوژیک منظری له نظره حاد ویروسی هیپاتیت D.C.B.A ، E او G ویروس له کبله دتفریق وړندي اما د کبد وصفی بیوپسی شواهد د التهابی فصیصو نکروز، ساختمانی نکروز شواهدد پرانشیمائي عناصرو صفراوي قناتو تکثر، د کبدی حجراتو استحاله د Kupffer حجراتو تکثر و د مونو نوکلیر حجراتو ارتشاح، صفراوی قناتو تکثر، په Centrelobular ناحیه کې د افت تمرکز دحجراتو اذیما، د Reticulum الیافو تکاثف، دceroids صباغاتو تجمع او دفګوسائتیک حجراتو غټوالی (په پیل کې فیصصی ورروسته طرق بابی) موجودوي همدارنګه د یاودنی وړده چې تام شفا د هیپاتیت د ټولو انواعو معمول سیردي چې 2-3 میاشتو په موده کې مینځ ته راځي. اما ځینی وخت په Chronic persistent Hep او Chronic Active- Hepatitis - منجر

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

Pre Icteric phase – I : - غالباً ناروغانو کې تبه موجــوده نــه وي امــا د موجودیت په صورت کې په همدي صفحه کې تبه منځ ته راځي چي کیــداى شــي ګذرى وي تبه خاصتاً په کوچنیو ماشومانو کې لیــدل کیــږي امــا پــه غټــانو او adolesscent دوره کې تبه امکان لري پنځه ورځي دوام وکړى د حرارت درجه کیداى شي چې د $37.8c^o$ څخه تر $40c^o$ لوړه شي او عموماً سرخوږ، ستړیا، بــې اشتهائي، د ړزه بدوالى، کانګى، بطنى دردونو سره یو ځاي وي کبــد ضــخاموى (لوى) او ددر ناکه وي تورى او لمفاوي عقدات په ځینى ناروغانو کې غټ وي.

Icteric phase -II : دتبې په له مینځه تلو او د متیــازو رنــګ پــه توریــدو (Biluria) معمولاً په یرقانی صفحه کې پیل اویرقان مینځ ته راځــې پــه ځوانــو ماشومانوکې د یرقان په ظاهریدو د ناروغی اعراض له مینځه ځی او له بلى خوا نه په غټانو او لویو ماشومانو کې د یرقان صفحه امکان لري د ځینى اساسى او یا ابتــدائې اعراضو لکه (بى اشتهائې، د زړه بدوالى، کانګى، بطنى دردونو دشدت سره یو ځاي وي Mentaldepression ، خاربښت او Bradycardia په غټانو کې معمــول اما په ماشومانو کې غیر معمول دي. دغایطه مواد Clay colour چې یــوه کــم دوامه علامه ده او دا صفحه دڅو ورځو نه تر یو میاشتى پوري په اوسط ډول 11-8) ورځو په ماشومانو کې دوام کوي اما بر خلاف په کاهلانو کې 3-4 هفتــى دوام کوى د ناروغی مخبروى اعراض د یرقان د پیداکیدو په وخت کې له مینځــه ځــې نقاهت دوره چټکه وي. Hepatitis له درى کلن ښکته او شیدوخوړونکو ماشومانو کې Unicteric وي لازم دي یادونه وشي. چې دوزن بایلل په لویانو کې نســبت ماشومانو ته زیات معمول دي.

لابراتواري کتنى او د ناروغی تشخیص : دHAV انتان تشخیص په هغه اشخاصو کې چې دکورنى غړو ، هم لوبو، همصنفى او د ښوونځى پرسونل سره او یا داچــې دکورنى غړو سره چې اندیمیک سیمى ته سفرکړى وي دتماس تاریخچه موجــوده وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

لزوماً باید په نظر کې ونیول شي په عمومي توګه د ناروغی تشخیص داپیډیمو لوژیک تاریخچی، کلینکی ښې، لابراتواري کتنواو سیرولوژیک تستونو پواسطه وضع کیږي او د بیوپسی اجرا ته ډیر کم ضرورت پیدا کیږي . د مزدوج بیلروبین اوغیر مزدوج بیلروبین سویه (Hyperbilirubinemia) حتی د یرقان په عدم موجودیت کې لوړ ښئ. او امکان لري تر یوې میاشتی پوری دوام وکړی چې په ماشومانو کې زودګذر او غټانو کې دوامداره باقې پاتې کیږي . د Transaminase سویه په HAV کې اعظمی حد ته رسیږی (تر 1000unit پوری) اونسبت HBV ته په چټکی سره بیر ته ښکته کیږي په عمومي توګه دسیروم پروتین نورمال اما د Gamma globuline په سویه کي زیاتوالي د<2.5gr% ښودل شویدی. چې د ناروغی په خرابو انذارودلالت کوي. Hypoalbuminemia او Hypoglycemia د prothrombin Time اوږدیدل هم یو له مهمو لابراتواری کتنو څخه شمیرل کیږي . چې د انذارو په خرابی دلالت کوي. او هم ناروغ په Hospitalization محکوموي. همدارنګه د Urobilinogen سویه هم لوړه وي د وینې په روتین معایناتو کې دلوکوسیت شمیره نورمال یاښکته وي Lymphocytosis او Atypical Lymphocytes امکان لری د ناروغی لومړیو دوو هفتو په پیل کې موجود وي Sed.rate هم لوړیږی او په وینه کې دAlkalin phosphatases (115-345iu/l) نورمال او Gammaglutamyl Transpeptidase نورمال جبل سروی (13-24 u/L اوسط , 193 u/L) او 5-Nucleotidase سویه لوړیږي چې د صفراوی لیاري په انسداد دلالت کوي اما په سببی تفریقی تشخیص کې مرسته نه کوی.HAV دوه اونۍ مخکې اویوه اونۍ وروسته د ناروغی دپیل نه

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

(5 نمبر جدول

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

تفریقي تشخیص:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

Complication :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

Necrosis ښکاره کیږي چې زیاتره په Hepatitis B کې معمول دي او د مړینی فیصدی پدې برخه کې 30% ته رسیږی.

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

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

4 – دامونیا تدریجی زیاتوالی چې دماغی حسی تشوشات رامینځ ته کوي او خــوبجن حالت چې تر Coma پوری پر مختګ کولي شي لیدل کیږي .

Chronic Hepatitis - 5 : سره له دې چې د یرقان شروع په حاد ډول سـره وي اما په دقیق استجواب سره غالباً ناروغی د یوی بــې اشــتهائې ، دزړه بــدوالی، کانګی، دوزن بایلل دڅو اونیو راهیسی د تدریجی پیل یوه تاریخچــه کیــدای شــي موجوده وي د کبد په تناسب معمولاً د توری غټوالي لیدل کیږي ناروغ له خفیــف تبی، د بندنو درد څخه معمولاً شکایت کوي. Hypergamaglobulinemia د antibodies Antinuclear، Antiglomerular، Antimitochondrial او Antismoth muscle antibody د ظاهریــدو سره مل وي. HBs Ag ډیر کم په ماشومانو کې لیدل کیږي کم خونی موجوده او دمزدوج او غیر مزدوج بیلروبین سویه معمولاً لوړه وي. د Transaminase سویه لــوړه او Thrombocytopenia او Prothrombin Time معمــولاً اوږد وي.

*7 - **Aplastic anemia*** : د Hepatitis دپیل څخه څواونی وروسته میــنځ ته راځی چې د ناروغی انذار فوق العاده خراب دي.

8- *متفرقه:* د HBV له کبله نفروزس مینځ ته راځي چي. HBe Ag په ګلومیرولی شعریو کې ځای نیسی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

Hepatitis A Virus Prophylaxis(شپږم لمبر جدول)

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

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

(Immumoglobuline) :IG

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

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

(2) ناروغ چې کبدی مزمن ناروغی ولری.

(3) Homo Sexual or Bisexual men

(4) د زرقیاتو او درملو څخه استفاده

(5) هغه اشخاص چې دخطر سره مواجه وی.

Immunoglubline د پنځم لمبر جدول مطابق تطبیق کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

- IG په لاندې حالاتو کې تطبیق کیږي.

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

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

Orthotopic Liver -Trans plantation اسطباب لري د ناروغی ناتام شفا په Long duration Hepatitis یا Chronic cholestatic Hepatitis - منجر کیږي اما سیروز مینځ ته نه راځي د Aplastic Anemia ډیـری لـږی پیښی د Infectious Hepaptitis په تعقب مینځ ته راځی. د نـاروغی سـلیم نکس امکان لري چې په 10%-15 پیښنو کې د تام شفا نه وروسته 6-10 هفتـو دننه موده کې مینځ ته راشي

(HBV) Dane particle (Hepatitis B)

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

دیو Core (28 nm particles) چې د هستی په داخل کـې منـتن کبـدی حجرات او یو ضخیم خارجی پوښ (Surface antigen) لري. چې Surface antigen په وینه کې د HBS antigen په نوم یادیږی، او د هغه مقابل کې انتی بادی د Anti- HBs په نوم یادیږی مرکزی انتي جن (Core Ag) چې د HBc Ag په نوم او انتی بادی Anti- HBs په نوم یادیږی. دHBc Ag چې د HBe Ag یو ناقص شکل دي چې د ویروس فعال عکس العمل د ناروغانو په سیروم کـې ښئ او د HBc Ag موجودیت دویروس دمنتن کولـو قـدرت ښکارنـدوی دی. دزرقي وسایلو پواسطه فوق العاده سرایت کوی اود HAV برعکس دخولی له لیاری سرایت نه کوی همدارنګه دناقلو میندو څخه په perinatal دوره کې په ستنه کـې دوینی محصولاتو، سیرنج، جلدی خالکو بی ستنی او مستقیماً دجنسی مقاربـت پـه اساس سرایت کوی دویروسی انتی جینونه د مورشیدو، ادرار یا دخولي لعـاب کـې موجود وي همدارنګه باید یادونه وشي چې د انتان سـرایت د وینـی لـه لیـاری

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

c-- د +HBS Ag سره جنسی مقاربت

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

Perinatal Recomendation

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

پــــه Hepatitis Acutefulminant کـــې د کبــــد (ځیګـــــر Transplantation موفقانه تر ســـره شـــوی دي امـــا د هغـــی پـــه تعقیـــب Reinfection معمول دي. چې په دې صورت کـــېTransplantation پـــه تعقیب پرله پسی شیوع (واقع کیدنه) د HBIG په دوامداره درملنه کمیږي.

انـــذار: د ناروغـــی انـــذار ښـــه دي مګـــر Fulminant Hepatitis, Chr. Persistent Hepatitisیا Chr. Active Hep او دځیګر Cirrhosis پـــه 10% ناروغانو کې په تصادفي ډول مینځ ته راتلای شي . د ناروغی سیر فرق کوي اما ژیړی کله ناکله تر دوه اونیو زیات دوام کوي د کلینیکي شفایابي په وخت کې په 90% پیښنو کـــې د Hbs Ag+ لـــه مینځـــه ځـــي دوامـــداره غـــیر عرضـــي Antigenemiaد Leukemia,Down Syndrome او هغه ناروغانو کـــې چې د Hemodialysis دوامداره تداوي لاندې دي ممکن ولیدل شي.

Hepatitis C:

تعریف او ایتولوژي: HCV تقریباً د ټولو هغه کسبی parenteral پیښنو د سبب په توګه پیژندل شوی چې پخوا د Non B، Non.A هیپاتیت په نـــوم یادیـــده او همدارنګه د مزمن هیپاتیت (Non A, Non B) 90% پیښنې د نقل الدم په تعقیب مینځ ته راځي او یو Single Strand RNA Virus (واحـــد فـــایبر لرونکـــی ویروس) دی چې د Flavi Virus) فامیل پورې ارتباط لـــري لـــه خطـــره ډک فکتورونه لکه د غیر مجاز وریدي درملو استعمال (40%)، جنســـي یـــا وظیفـــوي partner (10%) نقل الدم0.01%/unit او باقې پاتې 40% د خطر فکتورونه تراوسه پیژندل شوي نه دي همدارنګه د نوی انتاناتو 10% توضیح شوي ندي. پـــه Hemophilia اخته ناروغانو او هغه چې د دوامدار Hemodialysis لانـــدې قرارلري د خطر باالخاصه پیښنې جوړوي HCv د مور شیدوله لیارې سرایت ډیر کم دی اما Perinatal دوره کې د سرایت راپور توضیح ولی پیښنې ئې لږ دی.په غربي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

اپیډیمولوژیکي فکتورونه: د Anti HCV د تعین لپاره سیرولوژیک معاینات امکانات او همدارنګه اپیډیمولوژیکي Parenteral سرایت او د HCV سپورادیک انتان چې ددې ټولو د تعین ښکارندوی دی د اهمیت وړدی . ناروغي په ټوله نړی کې شیوع لري (تقریباً 100Milion د HCV ناقلین په ټوله نړۍ کې موجود دي) په امریکا کې تقریباً 20%-40 د حاد Hepatitis ټولې پیښې HCV تشکیلوي او ارزیابی شویده چې تقریباً څلور میلونه امریکائې په HCv اخته دي او همدارنګه نقل الدم ته اړ اشخاص، وریدي درمل اخستونکی ناروغان، او هغه چې Hemoialysis کېږي او یا صحي کارکنان چې د وینې سره سروکار لري د HCV کسبي انتان اخستو د خطر سره مخامخ دی. تقریباً 85% منتن افراد حتی د ځیګر ناروغۍ بیوشیمیکی شواهدو په عدم موجودیت کې هم دوامداره پاتې کیږي.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

تشخیص: د ناروغۍ تشخیص د ELISA دویم Generation او د Anti HCV پواسطه اجرا کیږي.

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

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

د ناروغۍ مخنیوي (***prevention***) : تر اوسه داسی واکسین ندی تهیه شوي چې HCV کنترول کړی او IG هم مفید نه تماميږي.یواځي د انتان سرایت د

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

یوولسم فصل
کوځکۍ (آب چیچک)

Chicken pox(Varicella)Varicella Zoster Virus (VZV)

عمومي کتنــه : یــوه معمولــه او فــوق العــاده ســاري ناروغــۍ ده چــې د Varicellazoster Virus ابتدائي انتان له کبله مینځ ته راځي. د ناروغــۍ لــه تیرولو وروسته تقریباً همیشه د ټول عمر لپاره معافیت تولیدوي. ویروس پــه مخفــي شکل په حسي Ganglia کې پاته کیږي او 10%-15 کې د Herpes Zoster پشکل تظاهرکوي د ناروغۍ پیښې په Immunosuppressive ناروغــانو کــې زیات واقع کیږي په حساس اشخاصو کې د مستقیم تمــاس، د تنفســي افرازاتــو، ویزیکول یا پوستول له لیارې له 95% څخه زیات د ناروغۍ انتشار صورت مــومي. HerpesZoster تقریباً په 1/3 واقعاتو کې ساري دی او 95% ځوانو کــاهلانو کې چې ناروغۍ ئې تیره کړې وي معافیت ورکوي.

***Etiology*:** VZV یو انساني Herpes ویــروس دی چــې د Prototype د شباهت له کبله دا ګروپ د Herpes Virus په کلاس (H. Simplex) تصنیف شویدي د Double Strand DNA Virus څخه دی په عمومي توګــه بایــد وویل شي چې ناروغي فوق العاده ساري او سلیم سیر لري مخبــروي دوره لنــډه او Polymorph اندفاعات لري(Monomorph په چیچک کې لیدل کیــږي) د ناروغۍ عامل Varicella Zona Virus دی چې د ویرولوژي او ســیرولوژي او اپیدیمولوژي له مخې دZona یا Herpes Zoster ناروغۍ سره اړیکې لري.

اپیدیمیو لوژي: دا ناروغۍ د نوې زیږیدنې او د ژوندانه په ټولو مرحلو کــې لیــدل کیږي اما زیاتې پیښې ئې د 10 کلنۍ څخه ټیټ عمر خاصتاً 5-9 کلنۍ پورې ډیــر

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

شفاف رنګ ئې توررنګی کېږي. مؤلفين پـدې عقيـده دي چـې Interferon د ويزيکول په محتوی کې موجود او په نتيجـه کـې د ميزبـان Cell mediated معافيتی عکس العمل د ويروس په مقابل کې مينځ ته راځي. په نورو غړو لکه مـری ځيګر، پانکراس، پښتورګی، حالب مثانه، رحم او ادرينال غدواتوکې د Inclusion Body او Acidophilic موضعي نکـروز، ليـدل کېـږي پـه سـږو کـې د Interstitial Pnumnia شواهد چې د يو تعداد زيات نزفي متکاثف نودولو سره يو ځای وي ليدل کېږي. نتحه (Exudate) چې د سرو کريواتو، فبرين، د مونـو نوکلير زيات حجراتو سره د حجرې په دننه کې تشکل، د عصبي مرکزي سيسـتم پتالوژيک تغيرات خاصتاً په Encephalitis کې يو Demyelination د جوهر ابيض (سپين جوهر) د رګونو په چاپيريال کې ښئي.

کلنيکي بڼه:

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

Complication:

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

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

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

4- نزفي افات: ځینې وخت د Idiopathic disseminated intra Vascular coagulation (Fulminantpurpura) د Auto immune thrombocyto penia له کبله مینځ ته راځي.

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

7- د Varicella معمول اختلاطـات عبـارت دي لـه Optic Neuritis , Orchitis, Transversmyelitis, Myocarditis او Arthritis:

درملنه : A- عمومي اهتمامات: تقویوي اهتمامات پکـې شـامل دی همدارنګـه Hydration Maintenance ، د نـاراحتي لپـاره Antipyruretics Acetaminophen، د خارښـت لپـاره لکـه Diphenhydramin (Hydroxyzine 0,5mg/kg یا 1,25mg/kg/6h) هرشپږ ساعته وروسته او دنورو حفظ الصحوي عمومي اهتماماتو نیول لکه د نوکانو پریکول د پوستکي پـاک ساتل او نور، همدارنګه د Staphylococque ضد موضعې تطبیقاتو ته امکان شته چې ضرورت پیداشي.

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

مضاد استطبابات:

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

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

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

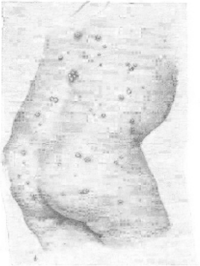
4- امیدواره ښځوکې.

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

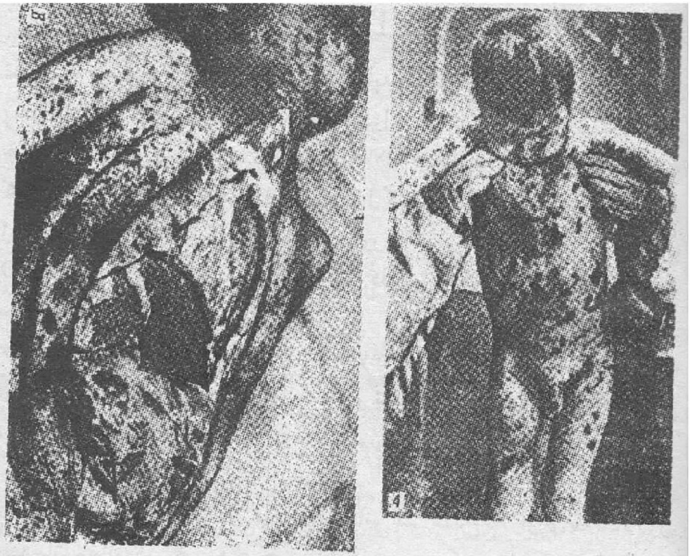
(c) ketabton.com: The Digital Library

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

لومړی تصویر کوڅکی ناروغی بچی



(c) ketabton.com: The Digital Library



دوهم نمبر تصویر د کوڅکۍ د نزفي اندفاعاتو ښکارندوي چې د کورتیکو تیراپي لاندې نیول شوی ماشوم کې ګورې.

(c) ketabton.com: The Digital Library

دولسم فصل

انفلوینزا (Influenzae)

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

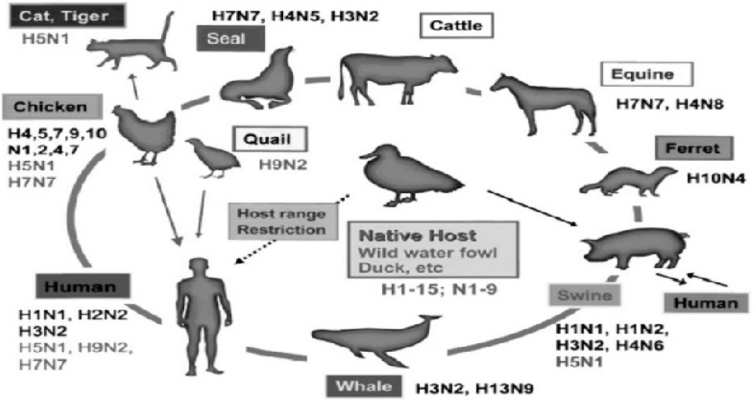
Etiology :- دانفلوینزا ویروس Ortho myxoviridae او د RNA څخه جوړ،چې دوه پروتیني او شحمی پوښ لري. او درې ډولونه لکه B,A او C چــې د A او B نوع ئې ابتدائي پتوژن او د ناروغی اپیدیمی مینځ ته راوړی او دریم ډول ئې په Sporadic نوع د علوی تنفسی لیاری انتان سبب کیږي .

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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



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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

کلینکی بڼه (Clinical Feature): د تفریخ موده ئې امکان لــري چــې 48-72 ساعتو پوري وي دواړه (A او B) تایپونه د تنفســی سیســتم کــې د ملاحظې وړ زیان سبب کیږي ناروغی پــه حــاد ډول د ریــزش ,pharyngitis conjunctivtis او وچ ټوخي سره پیل کوي. برجسته اعراض ئې تنفسي سیستم کې دانتان د توضع ځاي پوري اړه لري. لکــه URTI،Croup، Bronchitis، Pnumonia او نور. همدارنګه نسبت نورو تنفســی ویروســونو د Systemic علایمو لکه لوړه تبه (76%-100) ، سر خــوږ (51-75%) ســتوني درد 75-(51%) ،خوله (26-50%)، نس ناسته (26-50%)، سترکو درد، کانګي -1), او (51-75%) (1-25%) Pharyngitis Whcez, Pul. Rale 25%) عضلاتو درد سبب کیږي تبه لرونکی حالت ئې د 2- 4 ورځي دوام کوي. ټــوخی زیات وخت دوام کوي او د تنفسی سیستم وظیفوي تغیراتو شــواهد څــو هفــتې وروسته رامینځ ته کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

دنورو ویروسي ناروغیو ســره چــې Respiratory Syntitials ویــروس اوpara influenzaevirus او Adinovirus له کبله مینځ ته راغلی وي. د تفریق ورږ ندی.

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

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

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

2- د ســـروحجراتو ســـره د Hemagglutinin بانـــد جوړونـــه د Hemadsorption پواسطه د انفلوینزا کلچر:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

Complication : تنفسی اختلاطات زیاتره پنځه کلن څخه ښکته ماشــومانو کې لیدل کیږي په ځوانو ماشومانو کې Acute,otitis او pnummia د ناروغی معمول اختلاطات شمیرل کیږي Acuteotitis Media په 25% ماشومانو کې چې د انفلوینزا کلچر پواسطه تثبیت شوی وي لیدل کیږي. پدې ډول ناروغانو کــې pnummia کیدای شي د ویروسی انتان یوه ابتدائې پروسه جوړه کړی امــا پــه شدیدو پیښو کــې Acute Hemorrhagic pn, میــنځ تــه راتــلای شــي د punmonia عمده عامل په متضرر شوي اپتیل د تالی باکتریائې انتان علاوه کیــدل وي اما Myositis دکلینیکې بڼې یو غیر معمول تظــاهر دی چــې د Type B پواسطه مینځ ته راځي چې په تنفسی لیاره کې 7-5 ورځو پوری موجود وي د عضلی ضعیفی او خاصتاً د پښو د عضلاتو درد او Myoglobin uria د وصــفی بڼــی ښکارندوی دي د Influ. Type B له کبله په Toxic Shock synd کــې د Sterptococal انتان کلونایئزیشن په خاص ډول موجود وي د یادونی وړ بولم چې انفلوینزا په ولادی یا کســبي قلبــي دســامي افتــو Bronchopulmonary Asthma, Myocardiopathy, Dysplasia، Cysticfibrosis عصبي او عقلي اخته ناروغانو کې شدید سیر کوی.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

د واکسین کلنۍ استطبابات:

ټولو هغو اشخاصوکي چې د Flueخطر سره مواجه وي.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

- ټول هغه اشخاص چې 50-64 کالو عمر لري
- ناقلين لکه دايه، د ناروغ سره دوامدار تماس، صحي کارکنان، ماشومان 0-23m° او ډير نږدي اړيکي د 65 کالو زيات عمر اشخاص.

درملنه Treatement :-

د ويروس ضد دوه درمله (Oseltamivir, Zanamivir) ماشـــومانوکي (1-7yr) انشاقي توګه تطبيق کيږي چې په انفلونيزا A او B دواړو شکلونو مـــوثر دي.د infhu.A په شيوع کي د Amantadin Hcl. او Rimantadinhcl استفاده کيږي او په infl.B غير موثر دي. د يو کلنۍ ښکته عمـــر ماشـــومانوکي استطباب نلري دواړه درملوته په لومړي 48 ساعتو کي استعمال او واکنيشن ورسره يو ځاي اجرا کيږي.

اووم جدول Chemoprophylaxis وتداوی دوائی انفلوینزا.

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

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

تقويوي درملنه:

مايعات، استراحت، ګټور دي پراستيامول، بروفن د تبي کنترول لپاره موثر دي.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

دیارلسم فصل

Encephalitis, Encephalopathies

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

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

1. ویروسي

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

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

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

HIV, Reye's synd

Encephalo pathies -2

Post. لکه (ADEM) Dissiminated Encephalo myelopathy -i

Post. Vaccinal. او Post Allergic Post Exanthematous

(c) ketabton.com: The Digital Library

Hypoxic Encephalo pathy , Heat Hyper Pyrexia -ii

iii- د اوبو او الکترولایټو تشوشات:د اوبو تسمم، Lactic Acidosis ،

Hyper/Hypo natrermia ، Acidosis

Toxic -iv: ثقيله فلزات لکه سرب، سيماب او ارسينک.

Insecticides لکه د Organophosphorous مرکبات او Corbon monoxide.

Malignancies -v

vi- استقلابي:

Hyper, bilirubinemia Lactic Acidosis, Diabetic Acidosis

په نوي زېږيدلي ماشوم، Hepatic coma ، uremic coma

Pathogenesis

پتالوژيک تغيرات غير وصفي دي د ماکروسکوپيک معائيناتو له نظره د دماغ اذيما، احتقان او کوچني نزفي نقطي ليدل کيږي په Mic معاينه کي Perivascular (cuffing) به د نوتروفيل اولمفويت ارتشاح موجود وي نيو رونونه په Degeneration او Necrosis اخته کيږي. همدارنګه د سحايا احتقان او د رګونو په محيط کي Plasma cell او التهابي حجراتو ارتشاح ليدل کيږي د نکروز په مختلفو مرحلو کي د اوعئ تر څنګ د ميالين پوښ تخريب او Neuropathy ليدل کيږي همدارنګه د Glial نسج تکثر موجود دي.

کلينيکي بڼه: کلينيکي تظاهرات ئي د انتان شدت، د کوربه مساعدت، د انتان موقعيت (کومه برخه ئي متضرر کړيده)، او د داخل قحفي فشار لوړيدل. په کلينيکي تظاهراتو کي ممکن ډېر تفاوت وليدل شي چې دا د يو غير واضح کلينيکي حالت، د ناروغي خفيف شکل او د Aseptic Meningitis يا

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص: لاندیني ټکي په تشخیص کي مرسته کوي.

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

2- دقیق فزیکي معایناتو اجرا کول

3- د CSF معاینه: د بیوشیمي او Cytology له نظـره مطالعــه او کلچــر د باکتري او ویروس د تجرید لپاره اجرا کیږي. CSF شفاف رنـــګ حجـــرات 10-500/ml شروع کي PMN او وروسته Lymphocyte ، ګلوکوز نورمـــال او پروتین لوړ وي.

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

5- دویني معاینه: د الکترولایتو معاینه.

6- سیرولوژیک: د Neurotrop وایرسونو د تشخیص لپاره.

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

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

9- قطعي تشخیص د دماغي نسج د بیوپسي په ذریعه

درملنه: د درملني هدف عبارت دي له

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

خوارلسم فصل

Shock او Sepsis, SIRS

(Systemic inflammatary Pespons synd) : SIRS

د باکتريائي، فنګس، ويروسونو، پرازيت، او Rickettsia انتاناتو مقابـل کـي د کوربه له سيستميک عکس العمل څخه عبارت دي چې د ميزبان دفاعي عکس العمل د انتان مقابل کي پاتي راشي او همدارنګه د غير انتاني عواملو له کبله مينځ ته راځي.

Sepsis: د SIRS څخه عبارت دي چې د مشکوک يا تثبيت شوي انتان له کبلـه مينځ ته راځي. د Sepsis کلينيکي بڼه هغه وخت پيل کيږي چې يو سيستميک انتان لکـه (Baetremia, Fungemia او Viremia) او يـا موضـعي انتـان (Pyelonephritis, Pneumonia, Meningitis) چې Sever sepsis (Sepsis د Organ dysfunction سره يو ځاي) پيشرفت وکړي.

Septic shock: د (Sever sepsis +Hypoperfusion يـــا Hypotension) څخه عبارت دي چې له يوه ساعته زيات کافي احياي مجـدد د مايعاتو او يا Inotropic agent يا Vaso Pressor مرکباتو ضرورت سره سره دوام وکړي او بالاخره په MODS (د حياتي غړو وظيفوي سـتونزي) او مړينـه تماميږي.

Etiology: Sepsis ښـائي د يـو موضـعي انتـان د اخـتلاط پشـکل يـا Colonization او يا مخاطي غشا د انتان مداخلي په نتيجه کي مينځ ته راځي.

مساعد کوونکي فکتورونه: د $3yr- 3m^o$ ماشومان د Bactremia او Sepsis لپاره مساعد دي. همدارنګه شيدي خوړونکي او نور ماشومان چې شديداً مجـروح وي، او هغه چې په دوامداره توګه د انتي باکتريال د تداوي لاندي، سوُتغذي او هغه

(c) ketabton.com: The Digital Library

ماشومان چې مزمن طبي پرابلم لري د Sepsis لپاره مساعد دي. همدارنګــه هغــه ماشومان چې ټيټ معافيت کي Transplant شوي وي، يا د معافيت د انحطـــاط ورکوونکي درمل لاندي، ستيرويد، شيموتراپيوتيک او کســبي يــا ولادي معــافيتي انحطاط) ولري دغه ډول اختلاط خطر زياتوي او په Sepsis او Septic shock اخته کيږي. د نوزادي په دوره کي انتانات لکه Enteroviruses, Str. G.B. , E.coli, Listeria Monocytogenes او يا HCV زياتر د Sepsis ســبب کيــږي. پــه غټــو ماشــومانو Staph. Aureus, str. Pneumonia. N.Menigitides معمــول انتانـــات دي او Toxic shock د Str. G.A او Staph. Aureus پواسطه منځ ته راځي په ټيټ معافيتي، لرونکي ناروغانو کــي Nasocomial انتانات (Hosp. acquired) معمول دي.

Pathogenesis: شاک د دوراني وظيفوي تشوش څخه عبارت دي چې

- د زړه د Output کمـــوالي يـــا نـــاحيوي د مـــوي جريـــان Maldistribution، د ميتابوليک ضرورت زياتوالي چـــې داکسيجن د مصرف نقيصي د کافي اکسيجن په موجوديت را مينځ ته کيږي.
- د زړه Output ښائي نورمال، زيات او يا ټيټ وي بـــدن د معاوضـــوي ميکانيزمونو (د محيطي او عيئي تقبض او د زړه ضربان زياتيدنـــه، د وينـــي فشار نورمال ساتي.

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

لابراتواري معاینات:

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

تقویوي درملنه: د مایعاتو عاجل احتمامات او Catecholamin څخه استفاده چې د مړیني پیښني کموي د درملني یو ساعت ځنډکي 40% د مړیني کچه لوړیږي.

بیا رغونه د مایعاتو پواسطه 60ml/kg پرته د ریوي اذیما د پیدا کیدو یا زیاتیدو خطر څخه شفایابي مینځ ته راځي چې کولي شي 20ml/kg په دري دوزو تجویز کړو تر څو د زړه ضربان، د پښتورګو Capillary Refilling Tim<2sec, (1ml/kg/hr) Outpnt او شعوري حالت ئي نورمال ته تقرب وکړي له هغه ځایه چې د فشار ټیټوالي د وروستیو تظاهراتو څخه شمیرل کیږي نو ځکه دویني فشار د احیاي مجدد وروستي ارزیابي لپاره کوم ارزښت نلري.په ځیني حالاتو کي د ضایعاتو جبران لپاره 100-200ml/kg ضرورت احساس کیږي. چې د مایعاتو نوعیت colloid یا crystallin تطبیق کیږي. د مایعاتو نور ډولونه (د ویني محصولات) ضروري ګڼل کیږي د حجراتو لپاره د اکسیجن تأمین په منظور د ناروغانو Hb (10gr) وساتل شي. د Coagolopathy د اصلاح لپاره CryoPrecipitate, Fresh frozen plasma او د مویه صفېحاتو ترانسفوزیون خاصتاً په نزفي حالاتوکي په نظر کي ونیول شي.

- Dopamin د Fluid Refractory shock حالاتو کي لومړنی انتخابي درمل شمیرل کیږي.
- د Dopamin resistant shock پیښنو کي د ادرینالین او Nor adreralin څخه استفاده وشي.
- Dubotamine ، د قلبي دهاني د کمبود په صورت کي مفید واقع کیږي. هغه ناروغانوکي چې وعائي Systemic مقاومت لوړ او Epinephrin مقابل کي مقاوم، او قلبي دهانه ښکته وي د Vasodilators لکه Nitropruside او یا په Phoshodiesterase

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د Hypoglycemia پصورت کي (0.5-1gr/kg) ګلوکوز توصيه کيږي.

Hypocalcemia چې په Cardiodysfunction کي ذيدخل دي د کلسيم کلورايد پواسطه 10-20mg/kg) د مرکزي وريد کيتيتر پواسطه تطبيق شي.

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

پنځلسم فصل

(ABM). Acute Bacterial Meningitis

تعریف:

د دماغي او نخاع شوکي ســحایا (Duramater, piamater, arachnoid) التهاب څخه عبارت دي اما د ســحایا او دمــاغ قشــر التهــاب د Meningo Encephalitis په نوم یادیږي.

اپیدیمولوژي:

کوربه: په نوي زیږیدلي او شیدي خوړونکي ماشومانوکي د فاګوســایتیک دنــدو او معافیتي میکانیزمو د خاموالي له کبله د ABM پیښي نسبت غټانوته ډیر لیدل کیږي.

د ناروغي عامل

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

:Pathogenesis

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

کلينيکي بڼه: ناروغي په حاد شکل پيل او د تبي سره يو ځاي وي. په شروع کي ناروغ نا آرام، شديده سر دردي چې ښائي منتشر او يا جبهي ناحيئ پوري منحصر او يا غاړي خواته، سترګو ګاټو شاته انتشار مومي ناروغ ښائي فوراني کانګي ،ژړا، او فانتنل يي پړسيدلي او بهرته وتي وي اختلاج د معمول علايمو څخه شميرل کيږي. چې ښائي د ناروغي په شروع او يا په جريان کي را مينځ ته شي شديده Photophobia ، عمومي Hypertonia، او د غاړي شديد شخي او همدارنګه Kernig sign او Brudzinski sign ښائي موجود وي Fundus ښائي نورمال او يا هم احتقان او اذيما وښائي. د سترګو د ګاټي بيرون ښائي فلج او Diplopia, squint او Ptosis سبب شي. که چيري ګيډي پوټکي ملايم توګه وګرول شي امکان لري چې Flushing د ليدو وړ وي (Tuch cerebral) د اطراف عضلاتو مقويت ښائي وساتل شي. Reflexes کيداي شي مشتد ، نورمال، او يا متناقص وي Neuologicaldeficite لکه Hemi Paresis ، د قحفي ازواج فلج او Hemianopsia ښائي رامينځ ته شي. تنفس ممکن Peziodix يا cheynstolc چې معمولاً د شات سره مل وي.

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

مخنيوي: مرکب واکسيناسيون د H-Influ.B او Spreunoma کمولوماسومانو ته توصيه کيږي.Antibiotic Prophylaxis د کورنی غړوته او د هغه چې صميمي تلاش د Ne Meningitedio او H. mflu.B سره لرني توصيه کيږي.

په نوي زيږيدلي او شدو خوړونکو ماشومانوکي:

په نوي زيږيدلي او $4\text{-}6m^{o}$ عمر ماشومانوکي ځيني خاص تظاهرات لکه د غاړي شخي Kernigsign ډيرلږ را مينځ ته کيږي. قدامي فانتل ښائي نورمال يا برجسته وي. پدي ماشومانوکي مشکوک نښې نښاني لکه Vacant star ، ناآرامي، خوبجن حالت، معند کانګي د تبي سره يو ځاي، د تي نه رودل، ضعيفه ژړا، ضعيف تون

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

لابراتواري معاینات:

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

د CSF فشار لوړ رنګ ئي خیرن (Turbid) او زیات حجرات معمولاً د $1000/mm^3$ څخه زیات دي چې اکثریت ئي د PMN او پروتین له 100mg% څخه زیات او ګلوکوز ئي دویني ګلوکوز 50%او یا له 40mg% څخه کم وي. د CSFاو د ویني کلچر د ناروغي عامل د تجرید لپاره لزوماً اجرا کیږي او PT. Meningitis کي د CSF مایع معقم او Lymphocytois موجود وي د ویني کلچر هم کیداي شي معقم وي همدارنګه بیوشیمیک معایناتو تغیرات پکي موجود وي CRP او Lactate ښائي لوړ وي Latex Text ښه Indicator دي او معمولاً د انتي بیوتیک تیراپي وروسته هم مثبت پاتي کیږي. CT scan ضروري نه بلکه د Subdural Effusion ،دماغي ابسي ، اکزودات، هیدروسفالوس او وعائي ستونزي د ناروغي په تشخیص کي مرسته کوي. او همدارنګه کي Partial Treated Meningitis د TB. Meningitis په تفریقي تشخیص کي مرسته کوي.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

تفریقي تشخیص:

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

درملنه:

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

Listeria:

(Netilmycin,Amikacin,Genta)Aminglycosid+ Ampicillin

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

Pseudomonase: د Aminegl ycosid+ ceftazidim بنائي ډير مـــوثر وي Ceftazidim كولي شو د Ticarcilline يا mezlocillin سره عــوض کړو.

د درملني دوام:

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

د ABM ناروغان معمولاً د 10 ورځو درملني وروسته ښه کيږي. او كله كله 14-10 ورځو پوري درملني ته ضرورت احساس کيږي (پرته له Staph او g - انتانات) Dexamethason 0.15/kg/6hr د 5 ورځو لپاره توصيه کيږي که چې کيداي شي پدي ترتيب هيدرو سفالوس Sensory neuronal Deafness او د رفتار ستونزي راکم کړي.

د نوي زيږيدلي ماشوم په درملنه کي رول نلري. د انتي بيوتيک د تطبيق نه 15 دقيقي مخکي بايد تجويز شي چې د .HinfluM لپاره ډير زيات موثر دي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

تقویوي درملنه:

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

شپاړلسم فصل

(Shigellosis (Bocillary Dysentery)

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

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

Shigella Dysentery ګروپ A (Serotyp.13)

Shigella Boydii ګروپ 3 (سیروتایپ 6 و 15)

Shigella Flexneri سیرو ګروپ C (پروتایپ 18)

Shigella sonnei سیرو ګروپ D (سیروتایپ 1)

Epidemiology:

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

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

:Pathegenesis Shigella انتان invasive او د کمولو اپتیل حجراتـــو د تخریب سبب کیږي. چې په نتیجه کي التهاب، اذیمـــا، Microabsces او قرحـــه جوړوي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

او په نتيجه کي د خونريزي سبب کيږي.ځيني Strain لکه S.Dysenteria type-1د Shiga Toxin د توليد سبب ګرځي. چې يو قوي Enterotoxinدي د پروتين د جوړيدو مانع کيږي. پتالوژيک تغيرات په کولون کي مينځ ته راځي چې د Shigellaغوره هدف تشکيلوي شديد تغيرات په بعيده کولون کي مينځ ته راځي ښائي Pancolitis مينځ ته راشي. همدارنګه په Gross شکل موضعي اذيما يا منتشر مخاطي قرحه، خونريزي او Exudate ښائي وليدل شي. د Mic له نظره قرحه، کاذب غشاء، تخريب يا د اپتيل حجراتو مرګ، له مخاط تر مخاطي عضلي طبقي پوري د Polymorphonuclear حجراتو او Mononuclearحجراتو ارتشاح توسعه پيدا کوي او تحت المخاطي اذيما ليدل کيږي.

معافيت: Secretory IGAاو Serum Antibody د ناروغي په جريان او يا څو هفتي وروسته د Shigellaپه مقابل کي مينځ ته راځي.

ژغورنه يواځي د بالخاصه Suertypeپه مقابل کي مينځ ته راځي

کلينيکي بڼه: د تفريخ دوره 12hr څخه تر څو ورځي وي. د ګيډي شديد دردونه، تبه، د زړه بدوالي، بي اشتهائي، عمومي toxicity ,urgeniy ، دردناکه تغوط، بطني انتغاخ، د ګيډي حساسيت، Hyeractive Bowrel sounds، حساس رکتم د ګوتي د معايني پواسطه، د ناروغي وصفي کلينيکي بڼه تشکيلوي. په پيل کي اسهال ډير زيات اوبلن او وروسته د حجم له نظره لږيږي مخاط او وينه پکي زياتيږي له 50% زيات ماشومان د Blody Diarrheaمرحلي ته نه رسيږي او پاتي اخته ماشومانو کي په لومړيني تغوط کي وينه موجوده وي. د اوبو او الکترولايتو ضايع کيدل په نس ناسته او کانګو کي صورت مومي نس ناسته پرته له در ملني د 2-1هفتي دوام کوي يواځي 10% اخته ماشومانوکي نس ناسته له 10 ورځو ډير دوام کوي. عصبي تظاهرات لکه اختلاجات، سر خوږ، Lethargy ، confusion ، د

(c) ketabton.com: The Digital Library

غاړي سخوالي، هذيان (چتي ګوئي) څخه عبارت دي. دغه ټول نښې نښاني د Neurotoxine له کبله نه بلکه د تبې سره Hypocalcemia, Hyponatremia او د CNS انتان لري اما Shig. Meningitis ډېر لږ واقع کيږي. د ناروغي زيات معمول اختلاط ديهايدريشن او د ADHنا متناسب افراز ښودل شويدي. Hypoglycemia او Protein lossing Enteropathy ښائي را مينځ ته شي په خوار ځواکي اخته ماشوم او کوچني عمر ماشوم کي Sepsis او DIC ليدل شويدي د يادوني وړ ده چې په نوي زږيدلي ماشومانوکي د Shig ډېرلږ واقع کيږي.

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

اختلاطات:

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

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

درملنه:

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

Cefixime, Nalidixic Acid, ceftriaxon, ciproflo xacin, Co-Trimoxazal, Tetracycline, Chloiamphenicol او د يــادوني وړ ده چې د Ampicillin مقابل کي مقاوم شويدي. Cefexime د 8mg/kg/24h- څخه په دوه دوزه د خولي له لياري، او Ceftriaxon د 50mg/kg/day څخــه په يو دوز عضلي يا دوه کسري دوزو وريدي، او همدارنگه د Nalidixic Acid څخه 55mg/kg/day په څلور کسري دوزو د ناروغي په درملنه کــي اســتفاده کولي شو.

د Quinolonمشتقانو څخه د Arthropathic خواصو له کبله له اته کلنی ټيټ عمر کي استفاده کولي نشو لدي مشتقاتو څخه په عاجل پيښو کي چــې د نــاروغي لامل د نورو درملو سره مقاوم وي استفاده کولي شو پدي نــاروغي کـــي د Vit A څخه استفاده په هغه صورت کي بايد وشي چې په سيمه کي د دي ويتامين کمــوالي موجود وي او Vit.A 200000iu د ناروغي شدت کموي. له هغــه درملــو او مرکباتو څخه چې د کولمو حرکات کموي بايد استفاده ونشي ځکه چې ناروغي سير اوږدوي د Zinc څخه 20mg/day د (14) ورځو لپاره استفاده وشي. ځکه چې د انتان مقابل کي د کوربه مقاومت زياتوي. ځيني مولفين انتي بيوتيکونه د ناروغي د باالنفسهي شفا له کبله (Self-limited)، د درمل قيمت او د انتان مقاوم کيدو له امله نه توصيه کوي. د نه درملنې پصورت کي، ناروغي دوه يا تــر دوه اونيوزيــات دوام کــوي کــه چــيري انتــان د Ampicillin مقابــل کـــي حســاس وي 100mg/kg/day په څلور کسري دوزو اســتفاده کيــږي. ځينــي هيــوادوکي دAmprulll او Co- Trimoxazol مقابل کي مقاوم او ځيني نــور ئــي Co-tnimoxazol انتخابي درمل بولي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنيوي:

1- د مورشدو پواسطه د تغذي دوام

2- د فردي او محيطي حفظ الصحي (لاسونو پريمينځل د صابون پواسطه په خاصه توګه مخکي له ډوډي خوړلو او د تغوط وروسته) رعايت کول.

3- د ښبناک صحي اوبو تهيه کول.

انذار:

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

اوولسم فصل

Infectious Mononucleosis (IMN)

تعریف:

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

- په طبي معتبرو نشريو کې له 90% زياتو پېښو کې 10,000- 20,000/mm^3 (Leukocytosis) ښودل شوي چې $^2/_3$ برخه يې لمفوسايت تشکيلوي.

2- سيرولوژيک معاينات:

a - Paul Bunnel Davidson Test: د 1:28-1:40 مثبت لوستل شويدي. اما د يادونې وړ ده تر ځلورکلنۍ پورې په ماشومانو کې منفي وي. Heterophile antibody چې د پسه د سرو کروياتو سره په 1:56 يا تر دې لوړ Agglutination کوی موجود وي. او تر دريو هفتو سويه ئې لوړه پاته کيږي په غټو ماشومانو کې 90% او 50% له پنځه کلنۍ تيټ ماشومانو کې دغه تست مثبت وي.

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

تفريقي تشخيص :

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

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

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

4- Adenovirus: دعلـــوی تنفســـی سیســـتم انتـــان اواعـــراض، ټـــوخی د لمفـــاوي عقـــداتو غټـــوالی، اوډیـــرکم Conjunctivitis Atypical Lymphocytes ژووکې لیدل کیږي

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

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

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

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

9– Aseptic Miningitis

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

اختلاطات *Complichtion*

1- د توری تمزق(چاودنه)

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

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

Myocarditis-4 او Pericarditis ډیر کم واقع کیږي .

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

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

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

8 -Haemocyto phagia په مخ عظم کې موجود وي.

A - orchitis, parotitis, Hepatitis او نور

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

References

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

Message from the Ministry of Higher Education

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

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

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

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

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

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

Sincerely,

Prof. Dr. Obaidullah Obaid

Minister of Higher Education

Kabul, 2012

(c) ketabton.com: The Digital Library

Publishing of textbooks & support of medical colleges in Afghanistan

Honorable lecturers and dear students,

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

1.Publishing Medical Textbooks

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

2.Interactive and Multimedia Teaching

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

3.Situational Analysis and Needs Assessment

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

4.College Libraries

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

5.Laboratories

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

6.Teaching Hospitals (University Hospitals)

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

7.Strategic Plan

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

با احترام

پوهاند دکتور سلطان محمد صافی

استاد دیپارتمنت داخله اطفال پوهنتون طبی کابل

(c) ketabton.com: The Digital Library

خلص بیوگرافی مؤلف

پوهاند دکتور سلطان محمد صافی در سال 1338 هـ ش (1959 م) در قریهٔ قلعه شاهی ولسوالی درهٔ نور ولایت ننگرهار در یک فامیل روشنفکر چشم به جهان گشود. تعلیمات ابتدائی و ثانوی را در لیسه درهٔ نور بدرجه عالی در سال 1355 به پایان رسانیده و بعد از سپری نمودن امتحان کانکور در سال 1356 در پوهنځی طب کابل وقت شامل و در سال 1362 از پوهنځی طب کابل فارغ گردیده است.

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

ناگفته نماند که در زمان متذکره در پروگرامهای CDD ، ARI و EPI بحیث ترینر با وزارت محترم صحت عامه نیز همکاری نموده است.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:
Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul
Office: 0756014640
Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936200029

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