ننگرهـار طب پـوهنځی

د تنفسي او د زړه روماتيزمل ناروغی

پوهندوی دوکتور سلام جان شمس

۱۳۹٦

پلورل منع دی

د تنفسي او د زړه روماتيزمل ناروغی

The Respiratory & Rheumatic Heart Diseases

پوهندوی دوکتور سلام جان شمس
۱۳۹٦

Nangarhar Medical Faculty

Afghanic

Assist Prof Dr Salam Jan Shams

The Respiratory & Rheumatic Heart Diseases

ISBN 978-9936-620-24-7

Not For Sale

2017

DVD's Version

www.ketabton.com

د تنفسي او د زړه روماتيزمل ناروغۍ

پوهندوی دوکتور سلام جان شمس

افغانیک
Afghanic

Pashto PDF
2017

Nangarhar Medical Faculty
ننګرهار طب پوهنځی

The Respiratory & Rheumatic Heart Diseases

Assist Prof Dr Salam Jan Shams

Download:
www.ecampus-afghanistan.org

www.ketabton.com

بسم الله الرحمن الرحیم

تنفسي او د زړه

روماتیزمل ناروغۍ

پوهندوی دوکتور سلام جان شمس

www.ketabton.com

د کتاب نوم	تنفسي او د زړه روماتیزمل ناروغۍ
لیکوال	پوهندوی دوکتور سلام جان شمس
خپرندوی	ننگرهار پوهنتون، طب پوهنځی
ویب پاڼه	www.nu.edu.af
د چاپ کال	۱۳۹۶
چاپ شمېر	۱۰۰۰
ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org
چاپ ځای	افغانستان تایمز مطبعه، کابل، افغانستان

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

ډاکتر یحیی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کابل

تیلیفون ۰۷۵٦۰۱٤٦٤۰

ایمیل textbooks@afghanic.de

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان ۹۷۸۰۹۸۷۳۱۷۲۰۹

www.ketabton.com

د لوړو زده کړو وزارت پیغام

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

له ښاغلو استادانو او لیکوالانو څخه د زړه له کومي مننه کوم چې دوامداره زیار یې ایستلی او د کلونو په اوږدو کې یې په خپلو اړوندو څانگو کې درسي کتابونه تألیف او ژباړلي دي، خپل ملي پور یې اداء کړی دی او د پوهې موتور یې په حرکت راوستی دی. له نورو ښاغلو استادانو او پوهانو څخه هم په درنښت غوښتنه کوم تر څو په خپلو اړوندو برخو کې نوي درسي کتابونه او درسي مواد برابر او چاپ کړي، چې له چاپ وروسته د گرانو محصلینو په واک کې ورکړل شي او د زده کړو د کیفیت په لوړولو او د علمي پروسې په پرمختگ کې یې نیک گام اخیستی وي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د گرانو محصلینو د علمي سطحې د لوړولو لپاره د علومو په مختلفو رشتو کې معیاري او نوي درسي مواد برابر او چاپ کړي.

په پای کې د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمیټې او زموږ همکار ډاکتر یحیی وردک څخه مننه کوم چې د دې کتاب د خپرولو لپاره یې زمینه برابره کړېده.

هیله منده یم چې نوموړې گټوره پروسه دوام وکړي او پراختیا ومومي تر څو په نیږدې راتلونکې کې د هر درسي مضمون لپاره لږ تر لږه یو معیاري درسي کتاب ولرو.

په درنښت

پوهنوال دوکتور فریده مومند

د لوړو زده کړو سرپرست وزیره

کابل، ۱۳۹٦

www.ketabton.com

سوانح او مننليک

زه دوکتور سلام جان (شمس) د مرحوم نبی جان ځوی د ننګرهار ولايت ،چپرهار ولسوالی او دکنډيباغ د قريې اوسېدونکی يم . لومړنی او منځنی زده کړې مي د چپرهار په لېسه کې بکلوريا مي د مهاجرت په دوره کې د طارق بن زياد په لېسه کې بيا د کانکور له لارې د جهاد پوهنتون د طب پوهنځي کې تر دريم صنف پورې په پاکستان کې بيا د پوهاند صاحب ګل مقصود (ستانکزی) او پروفيسر دوکتور فيض الله (کاکړ) په وساطت په ۱۳۷۶ کال کې د کابل د مغالجوی طب څخه فارغ او په همدې کال د ننګرهار طب د داخلي په څانګه کې د خارج کدر په حيث د دندې اشغال مي وکړ. چې د وخت په تېرېدو سره د دې کتاب د ليکلو فرصت يې را ه برخه کړ او د دې کتاب په ليکلو کې ډېرو دوستانو را سره برخه اخيستي چې د هغوي له ډلې څخه يو څو د نمونی په ډول بيانوم لکه :الحاج پوهاند دوکتور محمد (ظاهر ظفرزی)، الحاج پوهاند دوکتور محمد طيب (نشاط)، الحاج دوکتور عبدالناصر (جبارخيل)،الحاج پوهاند دوکتور سيف الله (هادی)،الحاج پوهاند دوکتور ايمل (شيرزی) ، خو! پوهاند دوکتور دل اقا (دل) او الحاج پوهنوال دوکتور حيات الله (احمدزی) ډېر زيات تکليفونه يې را سره ګاللي دي. همدارنګه پوهندوی دوکتور صلاح الدين اوپه صحت عامه کې د رنځورمل دوکتور ميروس (حنيفی).

د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمېټې (Kinderhilfe-Afghanistan) او د هغه له مشر ډاکتر اېروس څخه مننه کوم چې زما د کتاب د چاپ مالي لګښت يې پر غاړه واخيست. همداراز له ښاغلي ډاکتر يحيی وردګ څخه هم مننه کوم چې د دې کتاب د چاپ لپاره يې زمينه برابره کړېده.

والسلام

www.ketabton.com

سپارښت لیک

د داخلي (اندوکراینولوژی او هیماتولوژی) څانګې ښاغلو غړو ته

السلام علیکم ورحمت الله وبرکاته!

هغه درسي کتاب چې محترم پوهندوی دوکتور سلام جان (شمس) چې د دریم ټولګی د دوهم سمستر له پاره د تنفسي او د زړه روماتېزمل ناروغي تر سرلیک لاندې لیکلي وه ما د شروع څخه تر آخره ولوستل.

زه ددې د علمي ارزښت او د خپل علمي پریکړې له مخې خپل نظر په لاندې توګه وړاندې کوم

۱.دا کتاب په ۸ څپرکو مشتمل دی چې ۶څپرکې یې تنفسي او ۲ څپرکې یې د روماتیزمل ناروعي لري.هرڅپرکې په پیلیزه شروع او په اخځلیکونو ختمه شوې ده.همدارنګه جدولونه او انځورونه هم د نړیوالو نورمونو سره برابر ځای په ځای شوي دي.

۲.کتاب په پښتو خوږه ژبه او ډېر روان سبک لیکل شوي او د امکان تر بریده د لاتین او انګریزي ژبې ډېرې کلیمې په پښتو ژبه اړول شوي چې هر لوستونکی ترې په یو ځل لوستلو سره د هرې ناروغي په هکله پوره معلومات تر لاسه کولای شي.

۳.د کتاب په لیکلو کې د داخلي د علمي زیرمو ،نړیوالو اعتباري کتابونو او ژورنالونو څخه ګټه اخیستل شوي او استاد د خپلې علمي پوهې، تجربې او درسي مهارت څخه زیات کار اخیستي دي.شکلونه او ګرافونه یې په ډېر مهارت سره داسې مناسبو ځایونو کې ځای په ځای کړي چې هر لوستونکی کولای شي چې په اسانۍ سره پوه شي.

۴.د کتاب لیکنه کې ټول هغه نړیوال منل شوي شرطونه چې د یو درسي کتاب له پاره اړین ګڼل کېږي په پام کې نیول شوي او د درسي کتاب ټولې ځانګړتیاوې پکښې شتون لري.

۵.د کتاب متن او منځ پانګه یې نه یوازې د دریم ټولګی د دوهم سمستر د درسي پروګرام له پاره کافې ده بلکه د علمي څېړنو ، د ننګرهار طب پوهنځي علمي زیرمو د بډاینې له پاره علمي آثر بلل کېږي.استاد په دې هکله ډېره هڅه کړې او د سږو او د روماتیزمل ناروغیو په هکله ډیر نوي او په زړه پورې معلومات راټول کړي دي.په پای کې د نوموړی درسي کتاب بشپړ کېدل او د دې علمي دندې سر ته رسولو په برخه کې چې ډېر زیار یې ګاللي نو ځکه زه استاد ته د زړه له تله مبارکی وایم او دا کتاب د پوهنوالی علمي رتبې ته د لوړتیا له پاره د نورو شرایطو د پوره کېدو تر څنګ کافی بولم او د چاپ او خپرېدو سپارښتنه یې کوم او د لوی خدای (ج) له دربار څخه ورته په علمي او عملي ډګر کې د لازیاتو بریالیتوبونو هیله کوم. په درنښت.

پوهاند دوکتور محمد ظاهر (ظفرزی)

د قلبي او هضمي څانګې آمر

www.ketabton.com

تقریظ

د داخلي (اندوکراینولوژی او هیماتولوژی) څانګې ښاغلو غړو ته!
السلام علیکم ورحمت الله وبرکاته!
د اندوکراینولوژی او هیماتولوژی څانګې استاد ښاغلی پوهندوی دوکتور سلام جان (شمس) درسي کتاب (د تنفسي او د زړه روماتېزمل ناروغي) د سرلیک لاندې چې پخوا د څانګې لخوا دنده ورکړ شوې وه چې د پوهنوالی علمي رتبې
ته د لوړتیا په غرض یې تالیف کړي او په هماغه وخت کې د طب پوهنځي د علمي شورا له خوا تایید شوي او د لوړو مقاماتو منظوری هم لري. اوس یې نوموړی کتاب بشپړ کړي دي نو ما هم د پیل څخه تر پای پورې لوستلي او د هغه د علمي ارزښت په اړه خپل نظر په لاندې ډول څرګندوم:
دغه لوستلیکی په خپل منځ پانګه کې تنفسي او د زړه روماتېزمل ناروغي لري چې اته څپرکي یې جوړه کړې ده. هر څپرکې یې په پیلنامه شروع او د اړوند څپرکې په اخځلیکونو بشپړه شوې ده.همدارنګه په لیکلو کې د نړیوالو معتبرو لوستلیکونو، څېړنېزو ژورنالونو، انټرنیټ پاڼو او د داخلي د پخواني څېړنېزو رسالوڅخه ګټه اخیستل شوې ده چې د هر یو یادونه په اړوند اخځلیکونو کې ځای پر ځای شوېده.د لوستلیکی په منځ پانګه کې انځورونه او ګرافونه هم په مناسبو ځایونو کې تر سترګو کېږي چې د کتاب په وضاحت او علمیت کې ښوالی را منځته کړي چې د لوستلیکي په ارزښت کې د زیاتوالی لامل ګرځېدلي دي.د بلې خوا لوستلیک په مورنۍ پښتو ژبه په سلیس ، ساده ، روانو جملو او کلیمو لیکل شوي او تر ډېره حده هڅه شوي چې د پښتو دودیز لغتونه، کلیمې او جملې پکښې ځای په ځای شوي چې هر محصل او روغیاپال په اساني او د یو ځل په
لوستلو سره ور څخه ګټه اخیستلای شي.دا لوستلیکی د دریم ټولګی د دوهم سمستر د کریکولم په پام کې نیولو سره سم لیکل شوي چې د محصیلینو ستونزې د لکچر له نظره هواری کړي نو د پورته ټکو په پام کې نیولو سره داسې لیکم چې محترم استاد پوهندوی دوکتور سلام جان (شمس) د کتاب په لیکلو کې خورا زیات زیار یې ګاللي او زه یې د ارزښت وړ آثر په ډول مثبت او عالي ارزیابی کوم او د پوهنوالی علمي رتبې ته د نورو شرایطو د پوره کېدو په صورت علمي رتبې ته د لوړتیا له پاره کافی بولم او د چاپ او خپرېدو غوښتنه او سپارښتنه یې کوم او د لوی خدای (ج) له درباره د لا زیاتو بریلیتوبونو هیله کوم. په درنښت.

الحاج پوهاند دوکتور عبدالناصر (جبارخیل)
د تنفسي څانګې آمر

www.ketabton.com

تقریظ

د داخلي (اندوکراینولوژی او هیماتولوژی) څانگې ښاغلو غړو ته!

السلام علیکم ورحمت الله وبرکاته!

د اندوکراینولوژی او هیماتولوژی څانگې استاد ښاغلی پوهندوی دوکتور سلام جان (شمس) د پوهنوالی علمي رتبې ته د لوړتیا له پاره د تنفسي او د زړه روماتېزمل ناروغي تر عنوان لاندې درسي کتاب تالیف کړي دي. ما په هر اړخیز ډول د پیل څخه تر پایه لوستلي او د علمي ارزښت په هکله یې په لاندې ډول رڼا اچوم:

نوموړی علمي آثر په ۸ څپرکو او ۲۵۱ مخونو کې د دریم ټولگی د داخلي مضمون د اشدې اړتیا له مخې لیکل شوي چې لومړی څپرکي کې د سږو انسدادي او التهابي ،دوهم څپرکې د سږو انتاني ، دریم څپرکې کې پلوراییې، څلورم څپرکې سرطاني، پنځم څپرکې کې د سږو د رگونو، شپږم څپرکې کې د ناروغ دندیېز ،اوم څپرکې کې د زړه حاد او ځنډنی روماتېزمل او اتم څپرکې انتاني سب اکیوټ انډوکارډایټیس ناروغي ځای په ځای شوي دي چې هر څپرکي په مقدمه پیل او د موضوعاتو

د روښانتیا په خاطر د هرې ناروغي تعریف،لاملونه،پتوجینیس، کلینیکي بڼه، لابراتواري کتنې (د اړتیا په وخت کې انځورونه او گرافونه) ،اختلاطات ،تفریقی تشخیص او درملنه په لازم تفصیل سره ذکر شوي او د هر فصل په پای کې لنډیز، پوښتنو او ماخذونو ته هم ځای ورکړ شوي دي چې ماخذونه یې د معتبرو طبي کتابونو، ژورنالونو ،انټرنټ او د داخلي د څانگې د سرته رسېدلو څېړنو څخه اخیستل شوي او د نړیوالو معیارونو سره برابر لیکل شوي دي.کتاب په پښتو ژبه او روان عبارت لیکل شوي دي.مغلقه جمله بندې پکښې نه په سترگو کېږي.د امکان تر بریده املایي او انشایي غلطې پکښې نشته.کتاب د دریم ټولگی د دوهم سمستر د درسي کریکولم او مفرداتو سره سم لیکل شوي دي چې په نشر او چاپ سره به د دریم ټولگی درسي ستونزې هواري شي. زه د ښاغلی استاد هغه زیار او هاندچې د دغه کتاب په تالیف کې گاللی دي ستایم او دغه علمي آثر یې د یو

باارزښته علمي آثر په توگه د قبلولو وړ گڼم او د نورو شرایطو د برابرولو تر څنگ یې د پوهنوالی علمي رتبې ته د لوړوالی له پاره کافی بولم او اړونده مقاماتو ته یې د چاپ او نشرسپارښتنه کوم او خپله استاد ته د لوی خدای (ج) په دربار کې د نورو بریاو غوښتنه کوم.

الحاج پوهاند دوکتور محمد طیب (نشاط)

دا ندوکراینولوژی او هیماتولوژی څانگې آمر

www.ketabton.com

سریزه

دلوی خدای (ج) له درباره ډېره ډېرشکرونه په ځای کوم چې ددې توان یې را په برخه کړ ، چې ددرېیم ټولګی ددوېم سیمستر لپاره دتنفسي اودزړه روماتیزمل ناروغیوترسرلیک لاندې درسي کتاب تالیف کړم.تاسوته بهتره معلومه ده چې زمونږګران هېواددرې لسېزو راهیسی جنګ اوجګړې ځپلي،اوخراب اقتصادي حالت خلک مجبورکړل چې بهر هېوادونوته مهاجر شي.نودنورروناروغیوترڅنګ دسږواتتانې،دسږودهوایې لار،دسږو دندییز اودزړه روماتیزمل ناروغیو پېښې زیاتې شوې.همدارنګه دهوا ککړتیا ، دزړو موټرو کارونه، په کورونوکې دربړونواونوروتوکوسوزول دسږو د ناروغیو منځته راتګ ته لاره هواره کړې ده.څرنګه چې دسږو اود زړه ناروغي ورځ په ورځ زیاتېږي اودهغوې په پتوجینیسیس، لاملونو او درملنه کې نوې بدلونونه رامنځته شوې او دا ناروغي ددرېیم ټولګی په دوهم سیمسترکې لوستل کېږي نوماته هم دداخلي څانګې لخوادنده راکړل شوه ترڅودپورته ستونزوپه پام کې نیولوسره یونوې درسي کتاب چې دکریکولم سره برابرتالیف کړم نوماهم وغوښتل چې دپوهندوی دعلمي رتبې څخه دپوهنوالی علمي رتبې ته دلوړتیا په خاطرنومورې دنده ترسره کړم.نوبیانومورې موضوع دداخلي څانګې لخوادطب پوهنځي علمي شورا ، ننګرهارپوهنتون اوانسجام امور اکادمیک ته پیشنهاداودهغوی له خوا منظورشو.ماددې کتاب په تالیف کولوکې دڅانګې دپخوانیو ټکسټ اونړیوالوټکسټ کتابونوڅخه ګټه واخیستله اوپه ساده،روانه پښتوملي ژبه می ولیکله.دموضوعاتود روښانه کولو لپاره لازم شکلونه ، ګرافونه او جدولونه هم ځای په ځای کړې چې لوستونکی ورڅخه ګټه واخلي.نومورې کتاب دکریکولم سره برابر په اتوڅپرکواو په ۲۵۷ مخونوکې لیکل شوي او هر څپرکی په پیلېږه شروع او په اخځلېکونوختم شوي دي.په پای کې ددرنولوستونکوڅخه هیله کوم چې کومه املایي غلطي وي نود اصلاح له پاره مونږ ته خبر را کړئ تر څو د تکرارې غلطې څخه مخنیوي و شي .

www.ketabton.com

فهرست

شماره	لومړۍ څپرکی	مخونه
	د سږو بندښتې او التهابي ناروغي	۱
	پیلیزه	۱
۱ - ۱	د توتکۍ او قصباتو حاد التهاب	۲
۱-۱-۱	تعریف	۲
۱-۱-۲	لاملونه	۳
۱-۱-۳	پتالوژي	۳
۱-۱-۴	ګیلې او نښې	۴
۱-۱-۵	درملنه	۵
۱-۲	د قصبانوځنډنی التهاب	۷
۱-۲-۱	تعریف	۷
۱-۲-۲	پتالوژی	۷
۱-۲-۳	مساعد کوونکی فکتورونه	۸
۱-۲-۴	لاملونه	۱۰
۱-۲-۵	کلینیکې بڼه	۱۰
۱-۲-۶	لابراتوارې کتنی	۱۲
۱-۲-۷	د سیني رادیوګرافی	۱۲
۱-۲-۸	تشخیص	۱۳
۱-۲-۹	اختلاطات	۱۳
۱-۲-۱۰	درملنه	۱۳
۱-۲-۱۱	انذار	۱۵
۱-۳	سږیز امفسیما	۱۵
۱-۳-۱	تعریف	۱۵
۱-۳-۲	پتالوژي	۱۷
۱-۳-۳	مساعد کوونکی فکتورونه	۱۸
۱-۳-۴	لاملونه	۱۸
۱-۳-۵	کلینیکې بڼه	۱۹
۱-۳-۶	لابراتوارې کتنی	۲۱
۱-۳-۷	د سیني راډیوګرافي	۲۱
۱-۳-۸	تشخیص	۲۲

www.ketabton.com

۱-۳-۹	اختلاطات	۲۲
۱-۳-۱۰	درملنه	۲۲
۱-۳-۱۱	انذار	۲۴
۱-۴	برانکیل آسماء	۲۴
۱-۴-۱	تعریف	۲۴
۱-۴-۲	لاملونه	۲۵
۱-۴-۳	د آسماء پېښې	۲۵
۱-۴-۴	د آسماء شروع کوونکی	۲۷
۱-۴-۵	کلینیکي بڼه	۳۰
۱-۴-۶	د سیني راډیوګرافیک آزمویني	۳۲
۱-۴-۷	توپیري پیژندنه	۳۲
۱-۴-۸	تشخیص	۳۳
۱-۴-۹	اختلاطات	۳۳
۱-۴-۱۰	درملنه	۳۴
۱-۴-۱۱	داسماحاده او دواملاده حمله	۳۷
۱-۴-۱۲	درملنه	۳۷
۱-۵	لنډیز	۳۸
۱-۶	پوښتنې	۳۹
۱-۷	اخځلیکونه	۴۰
	دوهم څپرکی	
	د سږی انتاني او التهابي ناروغي	۴۲
	پیلیزه	۴۲
۲-۱	ټولني اړوند را منځ ته شوې سینه بغل	۴۲
۲-۱-۱	اپیدیمولوژي	۴۲
۲-۱-۲	پېښې	۴۳
۲-۱-۳	کلینیکي بڼه	۴۴
۲-۱-۴	د ناروغي پیژندنه	۴۵
۲-۱-۵	لابراتواري پلټنې	۴۶
۲-۱-۶	درملنه	۴۷
۲-۲-۱	تعریف	۵۰
۲-۲-۲	پېښې	۵۰
۲-۲-۳	پتالوژی	۵۱

www.ketabton.com

۲-۲-۴	کلینیکي بڼه	۵۲
۲-۲-۵	لابراتواري کتني	۵۴
۲-۲-۶	اختلاطات	۵۵
۲-۲-۷	تشخیص	۵۵
۲-۲-۸	درملنه	۵۵
۲-۲-۹	مخنیوی	۵۶
۲-۳	روغتون اړوند را منځ ته شوي سینه بغل	۵۷
۲-۳-۱	اپیدیمولوژي	۵۷
۲-۳-۲	پتوجینیسیس	۵۸
۲-۳-۳	لاملونه	۵۹
۲-۳-۴	کلینیکي بڼه	۶۰
۲-۳-۵	پېژندنه	۶۰
۲-۳-۶	درملنه	۶۱
۲-۴	برانکیکتازیس	۶۴
۲-۴-۱	تعریف	۶۴
۲-۴-۲	لاملونه	۶۴
۲-۴-۳	پتوجنیسیس	۶۴
۲-۴-۴	پتالوژی	۶۴
۲-۴-۵	کلینیکي بڼه	۶۵
۲-۴-۶	د سیني راډیوګرافي	۶۵
۲-۴-۷	توپیري پېژندنه	۶۶
۲-۴-۸	لابراتواري کتنې	۶۹
۲-۴-۹	درملنه	۶۹
۲-۵	سږیز خنځې	۷۱
۲-۵-۱	لاملونه او پتالوژي	۷۱
۲-۵-۲	کلینیکي بڼه	۷۳
۲-۵-۳	لابراتواري کتنه	۷۴
۲-۵-۴	پتوجینسیس	۷۵
۲-۵-۵	اختلاطات	۷۵
۲-۵-۶	پېژندنه	۷۵
۲-۵-۷	توپیري پېژندنه	۷۶
۲-۵-۸	درملنه	۷۷

www.ketabton.com

۲-۵-۹	مخنیوي او انذار	۷۸
۲-۶	د سږو اتلیکتاسیس	۷۸
۲-۶-۱	لاملونه	۷۹
۲-۶-۲	پتالوژي او پتوفزیولوژي	۷۹
۲-۶-۳	کلینیکي بڼه	۸۱
۲-۶-۴	د سیني راډیوګرافي	۸۲
۲-۶-۵	پېژندنه	۸۳
۲-۶-۶	مخنیوي	۸۳
۲-۶-۷	درملنه	۸۳
۲-۷	لنډیز	۸۴
۲-۸	پوښتني	۸۵
۲-۹	اخئلیکونه	۸۷
	دریم څپرکی	
	پلورایي ناروغي	۸۹
	پیلیزه	۸۹
۳-۱	پلوریزی	۸۹
۳-۱-۱	تعریف	۸۹
۳-۱-۲	کلینیکي بڼه	۹۰
۳-۱-۳	د سیني راډیوګرافي	۹۰
۳-۲	پلورل افیوژن	۹۱
۳-۲-۱	لاملونه	۹۱
۳-۲-۲	کلینیکي بڼه	۹۲
۳-۲-۳	لابراتواري کتني	۹۳
۳-۲-۴	د سیني راډیوګرافي	۹۵
۳-۲-۵	درملنه	۹۵
۳-۳	امپیما	۹۷
۳-۳-۱	لاملونه	۹۷
۳-۳-۲	کلینیکي بڼه	۹۸
۳-۳-۳	درملنه	۹۹
۳-۴	نیموتراکس	۱۰۰
۳-۴-۱	تعریف	۱۰۰
۳-۴-۲	اولنۍ نیموتراکس	۱۰۰

www.ketabton.com

۳-۴-۳	ثانوي نیموتراکس	۱۰۰
۳-۴-۴	تروماتیک او فشاري نیموتراکس	۱۰۱
۳-۵	لنډیز	۱۰۵
۳-۶	پوښتنې	۱۰۵
۳-۷	اخځلیکونه	۱۰۷
	څلورم څپرکی	
	سږیز سرطان	۱۰۸
	پیلیزه	۱۰۸
۴-۱	د قصباتو سرطان	۱۰۸
۴-۱-۱	د هستولوژی له پلوه د سږیز کارسینوما ډولونه	۱۰۸
۴-۱-۲	پتالوژیک بدلونونه	۱۰۹
۴-۱-۳	کلینیکي بڼه	۱۰۹
۴-۱-۴	لابراتواري کتنې	۱۱۲
۴-۱-۵	د سیني راډیوګرافي	۱۱۲
۴-۱-۶	اختلاطات	۱۱۳
۴-۱-۷	تشخیص	۱۱۳
۴-۱-۸	درملنه	۱۱۳
۴-۲	لنډیز	۱۱۴
۴-۳	پوښتنې	۱۱۵
۴-۴	اخځلیکونه	۱۱۶
	پنځم څپرکی	
	د سږو او رګونو وظیفوي ستونزې	۱۱۷
	پیلیزه	۱۱۷
۵-۱	سږیز احتشاء او امبولي	۱۱۷
۵-۱-۱	مساعد کونکي فکتورونه	۱۱۷
۵-۱-۲	کلینیکي څرګندونې	۱۱۸
۵-۱-۳	لابراتواري کتنې	۱۱۹
۵-۱-۴	پېژندنه	۱۲۰
۵-۱-۵	توپیري پېژندنه	۱۲۱
۵-۱-۶	درملنه	۱۲۱
۵-۲	ایډوپاتیک سږیز فبروزیس	۱۲۳
۵-۲-۱	کلینیکي څرګندونې	۱۲۳

www.ketabton.com

۵-۲-۲	هستولوجیکي کتنه	۱۲۴
۵-۲-۳	درملنه	۱۲۴
۵-۳	حاده تنفسي عدم کفایه	۱۲۵
۵-۳-۱	تعریف	۱۲۵
۵-۳-۲	د تنفسي پاتې والی ډولونه	۱۲۶
۵-۳-۳	اپیدیمولوژي	۱۲۶
۵-۳-۴	لاملونه	۱۲۶
۵-۳-۵	کلینیکي څرګندونې	۱۲۷
۵-۳-۶	درملنه	۱۲۸
۵-۴	لنډیز	۱۳۱
۵-۵	پوښتنې	۱۳۱
۵-۶	اخځلیکونه	۱۳۳
	شپږم څپرکی	
	د ناروغ دندې پورې تړلی د سږو فبروتیک ناروغي	۱۳۴
	پیلیزه	۱۳۴
۶-۱	حاد ډیسترس سندروم	۱۳۴
۶-۱-۱	لاملونه	۱۳۴
۶-۱-۲	پتوفزیولوژي	۱۳۵
۶-۱-۳	کلینیکي بڼه	۱۳۶
۶-۱-۴	توپیري پېژندنه	۱۳۶
۶-۱-۵	درملنه	۱۳۷
۶-۱-۶	انذار	۱۳۹
۶-۲	اسبستوسیس	۱۳۹
۶-۳	سیلیکوسیس	۱۴۰
۶-۴	د سکرو د کارګرانو نیموکونیوزیس	۱۴۱
۶-۵	بریلوسیس	۱۴۲
۶-۵-۱	اپیدیمولوژي	۱۴۲
۶-۵-۲	پېژندنه	۱۴۳
۶-۵-۳	لابراتواري کتنې	۱۴۳
۶-۵-۴	درملنه	۱۴۳
۶-۶	لنډیز	۱۴۴
۶-۷	پوښتنې	۱۴۴

www.ketabton.com

۸-۶	اخځلیکونه	۱۴۶
	اوم څپرکی	
	روماتیزم او د زړه دسامې ناروغي	۱۴۷
	پیلیزه	۱۴۷
۷-۱	د روماتیزم حاده تبه	۱۴۸
۷-۱-۱	تعریف	۱۴۸
۷-۱-۲	لاملونه	۱۴۸
۷-۱-۳	پتوجینیسیس	۱۴۸
۷-۱-۴	پیښې	۱۴۹
۷-۱-۵	اپیدیمولوژي	۱۴۹
۷-۱-۶	پتالوژي	۱۴۹
۷-۱-۷	کلینیکې بڼه	۱۵۰
۷-۱-۸	لابراتوارې کتنې	۱۵۴
۷-۱-۹	دوام او انذار	۱۵۴
۷-۱-۱۰	تشخیص	۱۵۵
۷-۱-۱۱	توپیري تشخیص	۱۵۶
۷-۱-۱۲	معالجوي درملنه	۱۵۸
۷-۱-۱۳	وقایوي درملنه	۱۶۱
۷-۲	د مترال دسام تنګوالی	۱۶۳
۷-۲-۱	لاملونه	۱۶۳
۷-۲-۲	پتالوژي	۱۶۳
۷-۲-۳	کلینیکې بڼه	۱۷۱
۷-۲-۴	د زړه برېښنايي ګراف	۱۷۱
۷-۲-۵	د سیني راديوګرافي	۱۷۱
۷-۲-۶	ایکوکارديوګرافي	۱۷۲
۷-۲-۷	توپیرې پېژندنه	۱۷۳
۷-۲-۸	اختلاطات	۱۷۳
۷-۲-۹	طبي درملنه	۱۷۴
۷-۳	د مترال دسام عدم کفایه	۱۷۶
۷-۳-۱	لاملونه	۱۷۶
۷-۳-۲	پتوفزیولوژي	۱۷۷
۷-۳-۳	کلینیکې څرګندونې	۱۷۸

www.ketabton.com

۷-۳-۴	د زړه برېښنايي ګراف	۱۸۱
۷-۳-۵	ایکو کارډیوګرافي	۱۸۱
۷-۳-۶	د سیني رادیوګرافي	۱۸۱
۷-۳-۷	د زړه کتیترایزیشن	۱۸۱
۷-۳-۸	پېژندنه	۱۸۱
۷-۳-۹	توپیري پېژندنه	۱۸۱
۷-۳-۱۰	اختلاطات	۱۸۱
۷-۳-۱۱	مغالجوي درملنه	۱۸۲
۷-۴	د مترال دسام پرولپس	۱۸۴
۷-۴-۱	تعریف	۱۸۴
۷-۴-۲	لاملونه	۱۸۴
۷-۴-۳	کلینیکي بڼه	۱۸۴
۷-۴-۴	اختلاطات	۱۸۴
۷-۴-۵	الیکتروکاردیوګرافي	۱۸۴
۷-۴-۶	ایکوکاردیوګرافي	۱۸۴
۷-۴-۷	درملنه	۱۸۵
۷-۵	د ابهر دسام عدم کفایه	۱۸۵
۷-۵-۱	لاملونه	۱۸۵
۷-۵-۲	پتالوژي	۱۸۶
۷-۵-۳	پتوفزیولوژي	۱۸۶
۷-۵-۴	کلینیکي بڼه	۱۸۷
۷-۵-۵	ایکو کاردیوګرام	۱۹۱
۷-۵-۶	د سیني رادیوګرافي	۱۹۱
۷-۵-۷	کتیترایزیشن	۱۹۱
۷-۵-۸	تشخیص	۱۹۱
۷-۵-۹	توپیري تشخیص	۱۹۱
۷-۵-۱۰	اختلاطات	۱۹۴
۷-۵-۱۱	درملنه	۱۹۵
۷-۶	د ابهر دسام تنګوالی	۱۹۵
۷-۶-۱	لاملونه	۱۹۵
۷-۶-۲	پتوفزیولوژي	۱۹۶
۷-۶-۳	کلینیکي بڼه	۱۹۶

www.ketabton.com

۷-۶-۴	د سیني رادیوګرافي	۱۹۹
۷-۶-۵	الکتروکاردیوګرام	۲۰۱
۷-۶-۶	ایکو کاردیوګرافي	۲۰۱
۷-۶-۷	د زړه کتیترایزیشن	۲۰۲
۷-۶-۸	کاردیو انجیوګرافي	۲۰۲
۷-۶-۹	تشخیص	۲۰۲
۷-۶-۱۰	اختلاطات	۲۰۲
۷-۶-۱۱	درملنه	۲۰۲
۷-۷	ټراي کسپېډ تنګوالی	۲۰۳
۷-۷-۱	پتوفزیولوژي	۲۰۳
۷-۷-۲	کلینیکي بڼه	۲۰۳
۷-۷-۳	الکتروکاردیوګرام	۲۰۴
۷-۷-۴	راډیوګرافي	۲۰۵
۷-۷-۵	درملنه	۲۰۵
۷-۸	د ټراي کسپېډ دسام عدم کفایه	۲۰۵
۷-۸-۱	لاملونه	۲۰۵
۷-۸-۲	کلینیکي بڼه	۲۰۶
۷-۸-۳	ایکوکارډیوګرافي	۲۰۷
۷-۸-۴	الکتروکارډیوګرام	۲۰۷
۷-۸-۵	د سیني راډیوګرافي	۲۰۸
۷-۸-۶	درملنه	۲۰۸
۷-۹	سږیز دسامي ناروغي	۲۰۸
۷-۹-۱	لاملونه	۲۰۸
۷-۹-۲	درملنه	۲۰۹
۷-۱۰	د ګڼ شمېر دسامونو ناروغي	۲۰۹
۷-۱۰-۱	د مټرال دسام تنګوالی او ابهر دسام عدم کفایه	۲۰۹
۷-۱۰-۲	د مټرال دسام او ابهر دسام یو ځای تنګوالی	۲۱۰
۷-۱۰-۳	د مټرال دسام عدم کفایه او ابهر دسام تنګوالی	۲۱۰
۷-۱۰-۴	د ابهر او مټرال ګډه عدم کفایه	۲۱۲
۷-۱۰-۵	د دسام تعویض او ترمیم	۲۱۳
۷-۱۱	لنډیز	۲۱۴
۷-۱۲	پوښتنې	۲۱۵

www.ketabton.com

۷-۱۳	اخځليکونه	۲۱۶
	اتم څپرکی	
	انډوکارډايټيس	۲۱۷
	پيليزه	۲۱۷
۸-۱	انتاني انډوکارډايټيس	۲۱۷
۸-۱-۱	تعريف	۲۱۷
۸-۱-۲	ګروپ بندي	۲۱۷
۸-۱-۳	لاملونه	۲۱۸
۸-۱-۴	پتوجينيسيس او پتالوژي	۲۱۹
۸-۱-۵	کلينيکي بڼه	۲۲۰
۸-۱-۶	لابراتواري کتنې	۲۲۴
۸-۱-۷	پېژندنه	۲۲۵
۸-۱-۸	د ډوک کريتريا	۲۲۵
۸-۱-۹	توپيري تشخيص	۲۲۶
۸-۱-۱۰	اختلاطات	۲۲۶
۸-۱-۱۱	وقايوي درملنه	۲۲۶
۸-۱-۱۲	معالجوي درملنه	۲۲۸
۸-۲	لنډيز	۲۳۳
۸-۳	پوښتنې	۲۳۴
۸-۴	اخځليکونه	۲۳۵

www.ketabton.com

لومړی څپرکی

د سږو بندښتې او التهابي ناروغي

پیلیزه : په دی فصل کې د ځینو ناروغیو لکه د توتکۍ او قصباتو حاد التهاب ، ځنډنی برانکایتیس ، امفسیما او برانکیل آسماء چې هر یو یي په تعریف شروع او په درملنه ختم شوي دي نو د دی ناروغیو د ښه پېژندلو له پاره اړینه ده چې د تنفسي جهاز د هوایي لارو، هوایي کڅوړو او پرانکیمل انساجو په جوړښت او موقیعت باندې پوه شو. په عمومي ډول تنفسي جهاز په دوه برخو وېشل کېږي چې په لاندې ډول ور څخه یادونه کېږي.

۱ . د تنفسي جهاز پورتنی لاره : چې پزه ، نازوفارینکس او لارېنکس په کې شامل دي .

۲ . د تنفسي جهاز ښکتنی لاره : توتکه چې ۱۰ – ۱۲ سانتي متره اوږدوالی لري د منځنی خط څخه لږ څه ښی خواته پرته او د کارینا په برخه کې په دوه غټو څانګو یعنې ښی او چپ اړخي برانکای وېشل کېږي. ښی برخه یې د چپ اړخی برخې په پرتله ډېره عموده ده نو همدغه سبب دی چې بهرنی جسمونه په ښی اړخ کې نظر چپ اړخ ته په ا ساني سره د ننه کېدای شي .د ښی خوا غټ برانکس بیا په دوه برخو وېشل شوې ده چې یوه برخه یې د پورتنی لوب برانکس او بله یې منځنی برانکس جوړوي.دوهم برانکس بیا په دوه برخو وېشل شوي دي چې یوه برخه یې د منځنی او بله برخه یې پورتنی لوب برانکای جوړ وي .د کینې ډډې غټه قصبه یوائې په دوه برخو، پورتنی او ښکتنی لوبولر برانکای وېشل شوي دي چې د هر لوب اړوند برانکس بیا په خپل نوبت سره په سیګمینټل او سب سیګمینټل برانکای وېشل کېږي، چې په دې ډول د توتکی څخه ترالویولای پورې ۲۵وېشنې منځ ته راځي چې لومړنی اوه ګوني برانکای یې د لاندې ځانګړتیاوو لرونکی ده:دیوال یې د کرپندوکو او ملساء عضلو څخه جوړه شوې ده. پوښلې طبقه یې د احدابو او ګابلېټ حجرو درلودونکی ده.د مخاطی طبقې لاندې مخاط جوړونکی غدې هم شتون لري.همدارنګه په دې سیستم کې ځنې اندوکراینې غدې هم شتون لري چې د ځینیو توکو د جوړېدو دنده په غاړه لري.برانکیول

www.ketabton.com

په پای کې د اسینس (د سږو وظیفوي او ساختماني واحد) په داخل کې په کوچنیو برانکیولونو وېشل کېږي.د کوچنیو هوایي لارو اصطلاح د هغه برانکیولونو له پاره کارول کېږي چې قُطرونه یې د ۲ ملي مترو څخه لږه وي.سږی په خپل نوبت سره په دوو برخو وېشل کېږي چې د ښی او کیڼ سږو په نامه یادېږي چې ښی سږی په درې لوبه او چپ سږی په دوه لوبه وېشل شوې ده، چې هر یو لوب یې په خپل نوبت سره په برانکو پلمونرې سګمېنټونو وېشل کېږي چې هر لوبول لرونکی د کوچنیو کوچنیو لوبلونو دي چې ګُنبد ته ورته جوړښت لري او قطرونه یې د یوې سانتي متر په اندازه وي.د دې سیسټم ناروغ ډېر وخت د سا تنګي، ټوخی، هیمپتیسیس، بلغم او د سیني د درد څخه ګیله کوي.د ناروغ په فزیکي کتنو کې او د سیني په کتنو کې آضافي تنفسي اوازونه او د سیني په جس او پرکشن کې هم د اوازونو بدلون اوربدل کېږي.همدارنګه دې ناروغانو ته د کتنو په وخت کې د اړتیا وړ څېړنېزې کتنې هم توصیه کېږي چې عبارت دي له :سیني رادیوګرافي، برانکوسکوپېک کتنې، د سږو انجیوګرافي، توراسنتېزیس، پلورل بیوپسي، مېډیاستېنوسکوپي، مېډیاستېنوټومي، د پوستکی ټیسټونه،امینولوژیکي اوسیرالوژیکي ټیسټونه،مایکروبیولوژیکي څېړني، هستوپتولوژیکي اوسایتولوژیکي کتنې،وینې کتنې، د سږو د دندو ارزیابې، د شریانی وینې د غازاتو تجزیه او د مشق ټیسټونه. په پای کې د دقیقې تاریخچې، فزیکي کتنې او لابراتوارې پایلو په بنسټ د یوې معلومی ناروغي په هکله پرېکړه او درملنه صورت نیسي.

۱-۱.د توتکې او قصباتو حاد التهاب

۱-۱-۱. **تعریف** : د توتکې او قصباتو د مخاطی غشاء د حاد التهاب څخه عبارت دی چې د کلینیک له نظره متصف دی په ټوخی او د سیني درد، چې د ځینو حادو انتاناتو لکه : ویروسي او بکتریایي انتانات او یا د هغه مخرشو موادو په واسطه چې د بهر څخه یې سرچینه اخیستي وي، منځ ته راځی (۱۴).

www.ketabton.com

۲-۱-۱.لاملونه : د ناروغي لاملونه اومساعدکوونکی فکتورونه په لاندې څلورو ډلو وېشل کېږي .

۱. انتانات : ځنې وخت ځنې ویروسونه لکه انفلوانزا A او B چې د Orthomyxoviridae کورنۍ پورې اړه لري، پارا انفلوانزا چې د Paramyxoviridae کورنۍ پورې تړلی دی، Rhinovirus چې د Picornaviridae کورنۍ پورې تړاو لری او تنفسي سینسیل ویروسونه Respiratory syncytial virusاویا هغه باکتریاوي چې د پُزې یا ستونې له لارې توتکې او قصباتو ته را ښکته کېږي او په پای کې د دې برخې د التهاب لامل گرځي. (۸ ، ۱۳).

۲.ناروغي : ځنې وخت د توتکې او قصباتو حاد التهاب د ځینو ناروغیو په سیر کې د اختلاط په بڼه را منځ ته کېږی. لکه شری، توره ټوخله، سینوسایټیس، رینایټیس، ځنډنی برانکایټیس (Chronic bronchitis) او داسي نور...

۳. مخرش توکي : کله کله د توتکې او قصباتو حاد التهاب د ځنې فزیکي او کېمیاوي توکو د تنفس له کبله منځ ته راځی لکه : د سلفر ډاي اکساید غازات، دُوړې او د بړاسونو تنفس کول دي.

۴.الرژی : الرژیک برانکایټیس چې د ځینیو نباتي گردُونو او عضوي دُوړو د تنفس له امله را منځ ته کېږي. (۲).

۳-۱-۱. پتالوژی : د توتکې او د قصباتو په حاد التهاب کې مخاطی غشاء سور رنگ لري، چې سخت مخاطی قیحي افرازات تولیدوي او په پای کې بهر ته یې غورځوی. همدارنگه په التهابي ډگر کې التهابي حجري، د اپیتېلیوم حُجروي تفلُسات او د مخاطی غدو پراخوالی شتون لري.(۲، ۲).

www.ketabton.com

۴-۱-۱. ګیلې او نښې

تاریخچه : د تاریخچې اخیستلو په وخت کې ناروغ د لاندې ستونزو څخه ګیله من وي.

۱ . تخریش کوونکی توکي : ناروغ په شروع کې د Common cold د کلینیک څخه چې عبارت د سر درد ، د پُزی څخه د اوبو راتلل، او د ستړتیا څخه ګیله من وي. همدارنګه ناروغ د پرنجېدلو او د ستونې د سوځېدلو څخه ګیله کوي.که چېرې د ناروغي لامل Coronavirus وي نو د لږ وخت په تېرېدلو سره ناروغ ته ټوخی پیدا کېږي، چې په پای کې ناروغ د بلغم لرونکی ټوخی څخه ګیله کوی چې په شروع کې د بلغمو اندازه یې کمه، مخاطی او وصف یې څلېښناکه وي. مګر وروسته یې اندازه زیاتېږي او وصف یې تقیحي بڼه ځانته نېسي. په دې وخت کې د بلغمو په فزیکي کتنه کې وینه هم شتون لري چې د لیدلو وړ وي. ناروغ په ستونې کې د نیونې او ستونزې څخه ګیله کوي . په همدې مها ل کې ناروغ د ټټر لاندې د درد او سوی څخه هم ګیله من وي.(۲).

۲ .زهرجن توکي : ناروغ به د تسمم له کبله د نا ارامې، د کمي درجې تبې څخه چې ۳ ـ ۴ ورځي دوام کوي او بیا خپله ښه کېږي.خو! که چېرې تبه دوامداره وي او پایښت یې د څلورو ورځو څخه زیات شو، نو باید برانکو نمونیا ته فکر و شي،ګیله کوی. که چېرې د ناروغي لامل کرونا ویرس وي نو په ۲۵ سلنه ناروغانو کې اسهال هم شتون لري. په وخیمو پېښو کې د ناروغ د سږو دندې تر بدې اغېزې لاندې راځي او په ناروغ کې Respiratory distress syndrome منځ ته راځی، کېدای شي چې د نورو زیاتو سیستمونو د پاتې والی سره یو ځای وي. همدارنګه د وخامت مساعد کوونکی فکتورونه عبارت دي له : کله چې د ناروغ عمر د ۵۰ کلونو څخه لوړه وي، کله چې په ناروغ کې نور معیوب کوونکی ناروغي شتون ولري لکه : د زړه او رګونو ناروغي، ډیابټ، هیپټایتیس، او یا ناروغ حمل ولري. همدارنګه ناروغ د زړه ټکا ن او خو له کېدو څخه هم ګیله من وي.

www.ketabton.com

۳ . بندښتي ستونزې : په دې ناروغي اخته کس به د سيني نيونې، تکې پنيا ، اپنيا او په نوبتي ډول د نفس تنگي د را منځ ته کېدو څخه گيله من وي، چې د بلغم لرونکی ټوخی پواسطه آراميږی .(۲، ۳).

فزيکي کتنه : د ناروغي په شروع کې د ناروغ په فزيکي معاينه کي کومه ځانگړې نښه شتون نه لري.که چېرې د ناروغي لامل Human Respiratory syncytial virus وي. نو په ناروغ کې د ۲ - ۳ ورځوو په تېرېدلو سره د ناروغ د تنفسي سيستم په اصغاء کې دوه اړخيزه رانکای اوازونه اورېدل کېږي. ځنې وخت د قاعدوي رالونو سره ويزينگ هم اورېدل کېږي. (۲، ۳، ۴، ۱۳).

۵-۱-۱. درملنه : د دې ناروغانو درملنه د لامل او کلينيکې ستونزو په پام کې نيولو سره سرته رسېږي. که چېرې د ناروغ لامل رينو ويروس ته فکر کېدلو، نو په دې حالت کې د ويروس ضد درملو ته اړتيا نه ليدل کېږي. په دې وخت کې ناروغ ته يواځې انتي هيستامين او Non steroidal anti inflammatory درمل توصيه کېږي.که چېرې د ناروغي لامل کرونا ويروس وي، نو عينًا د رينوويروس په بڼه درملنه يې سر ته رسېږي. که چېرې په ناروغ کې د Human respiratory syncitial virus ازموينې مثبت وي او ناروغ سره نور معيوبوونکی ناروغي شتون ولري، نو بيا دی ناروغانو ته اېمونو گلوبولين د انتي ويرل درملو سره يو ځای د انشاق په بڼه توصيه کېږي.که چېرې د ناروغي لامل Parainfluenza وي او ناروغ وخيمه کلينيکې لوحه ولري نو ناروغ بايد په روغتون کې بستر شي ، ځکه چې په دې ناروغانو کې د Respiratory distress syndrome د را منځ ته کېدلو چانس زيات ليدل کېږي. تر څو د دې اختلاط څخه مخنيوي و شي .د نفس تنگي د منځه وړولو له پاره د برانکو ډايليټور څخه گټه اخيستل کېږي. په دې وخت کې هر ناروغ ته انتي بيوټيک نه ورکول کېږي. مگر ناروغ ته هغه وخت انتي بيوټيک ورکول کېږي چې ناروغ د پخوا څخه د سږو په بندښتي ناروغي اخته وي تر څو ناروغ د بندښتې ناروغيو د بيا تازه کېدلو (اگزاسربيشن) څخه وساتل شي . د انتان د منځه وړلو لپاره وړ انتي

www.ketabton.com

بیوټیک باید توصیه شي ! لکه : د ویروس ضد درمل چې پور ته ورڅخه یادونه وشوه ، او که په ثانوي ډول د بکتریا شک شتون ولري نو بیا ناروغ ته لاندې انټي بیوټیکونه توصیه کېږي.

که : اموکسیسلین (۵۰۰ ملي ګرامه هر ۸ ساعته وروسته یا اریترومایسین (۲۵۰ - ۵۰۰ ملي ګرامه هر ۸ ساعته) یا سیفالوسپورین یا کلریتروما یسین ا و داسي نور. ..
که ناروغ وچ ټوخی ولرې نو ناروغ ته باید linctus codeine توصیه شي .(۵، ۲).
د هوايي لارې د خلاصون په خاطر د قصباتو پراخوونکی درمل باید توصیه شي لکه : سلبوتامول ۲ - ۴ ملي ګرامه یا تربوتالین ۲,۵ - ۵ ملي ګرامه درې وخته باید توصیه شي. همدارنګه د بلغمو ضد درمل لکه : المونیم لرونکي مالګې باید وکار ول شي لکه: برومکسین یا ګوانپسین په مخلوط ډول سره ناروغ ته توصیه کېږي. (۲).

لاندې ناروغان باید بستر شي :

۱.کله چې په کور کې د ناروغ له پاره تقویې او مرستندویه اسانتیاوي شتون ونه لري.
۲ . نمونیا چې د اختلاط په ډول را منځ ته شوې وي.

۳ . د ناروغ شعوري حالت ګډوډ وي.

۴ . کله چې ناروغه امیدواره وي.کله چې د دې ناروغانو عمر د ۵۰ کالونو څخه لوړ او یا د ۱۸ کالونو څخه ټیټ وي نو باید دوی ته Trivalent inactivated influenza vaccine توصیه شي . همدارنګه واکسېن لاندني خلکو ته هم کارول کېږي : د نرسنګ د خونې کارکوونکی او اوسېدونکی، د عمر په پام کې نیولو پرته کوم خلک چې ځنډنی طبي ستونزې (د سږي، زړه ، بډوډی او ځیګر ناروغي، فعال ملیګنینټ پېښې او معافیت ځپلي خلک) ولري او هغه خلک چې د دې ناروغي سره په تماس کې وي لکه : د سرویس نرسان، ډاکټران، طبي او روغتیایي کارکوونکی، هغه کارکوونکي چې د ۲ کلونو ټیټ عمره

www.ketabton.com

ماشومانو په روزنتون کې کار کوي او هغه ماشومان چې عمر يې د ۹ کالو څخه ټيټ وي او مخکې واکسين شوې نه وي.

۲-۱.د قصباتو ځنډنی التها ب

۱-۲-۱. **تعريف** : د هغه حالت څخه عبارت دی: چې ناروغ لږ تر لږه دوه کاله په پر له پسې ډول هر کال درې مياشتې بلغم لرونکی ټوخی ولري (په دې شرط چې د ځنډنی خړاسکي لرونکی ټوخی نور Bronchopulmonary ځايي اسباب شتون ونلري) چې په لاندې ګروپونو وېشل شوي دي.

۱. ساده ځنډنی برانکايټيس (Simple chronic bronchitis) : ناروغ د مخاطي بلغم لرونکی ټوخی څخه ګيله کوی، مګر نفس تنګي ور سره نه لري او ټوخې سره يوائی مخاط شتون لري.

۲. ځنډنی مخاطی تقيحي برانکايټيس (Chronic mucopurulent bronchitis) : د ناروغ په بلغموکې د مخاط سربېره زُوی هم ليدل کېږي چې په ثانوي انتان دلالت کوی.

۳. ځنډنی آسماء تيک برانکايټيس (Chronic asthmaticbronchitis) : د هوايي لارو د حساسيت زياتوالی چې زيات مخاط ور سره يو ځای وي، چې په نوبتي ډول د آسماء حملو ته ورته حملې را منځ ته کوی چې د اتوپيک برانکېل آسماء څخه جلا کول يې ګران وي.

۴. ځنډنی بندښتې برانکايټيس (Chronic obstructive bronchitis) : په دې ناروغي اخته پلرونو او مېندو، په اولادونو کې د وخت په تېرېدو سره د هوا خارجېدنې په مهال بندښت ليدل کېږي، کوم چې د سږيز دندييز ټستونو په واسطه پېژندل کېږي. دا پېښه د ځنډنی بندښتې برانکايټيس په نوم يادېږی. (۱، ۲، ۵، ۲، ۱۱، ۱۳).

۲-۲-۱. **پتالوژی** : په دې ناروغي کې لاندې پتالوژيکې بدلونونه ليدل کېږي. په لويو قصباتو کې د مخاطی حجرو زياتوالی او د مخاطی غدو غټوالی شتون لري. په کوچنيو

www.ketabton.com

قصباتو کې د هوايي لارو په جدارونو کې د کشېدونکو (Elastin) انساجو له منځه تلل او د التهابي عملې او فيبروزيس را منځ ته کېدل، د هوايي لارو په داخلي قُطر کې د مخاطی توکو تولېدنه، په هوايي لارو کې د سېلياوو د خوځښت ورو کېدل او د ادرينرجيک اغېزو له کبله د ملساء عضلو د توان زياتوالی شتون لري. همدارنګه د تنفسي عملي په وخت کې د ذفيرې صفحې (Expiration) کموالی لېدل کېږي. چې په پای کې پورتنی پتالوژيکې پېښې په هوايي لارو کې د هوا تېرېدني د کمښت سبب ګرځي چې په خپل سره نوبت سره هايپرانفلشن منځ ته راوړی چې هايپرانفلشن په خپل نوبت د لاندېنيو پتالوژيکې بدلونونو لامل جوړېږي. د سږو او د تټر د عضلو تر منځ دوديزي اړيکې د منځه ځي او هم د بين الضلعي ساحو نارمل مايلتوب افقي بڼه ځانته غوره کوي. (۲، ۱۱).

۳-۲-۱.مساعد کوونکی فکتورونه

۱. د تنباکو څکوونه : د هر توکي څکوونه بدن ته تاوان رسوی.مګر د تنباکو څکول د چهلم يا سګرټ پواسطه بدن ته ډېر ضرر رسوي چې د دې تووکو او کړنوو څخه سګرټ څکول د ځنډنی برانکايټيس غوره سبب ګڼل کېږي، چې لاندې پتالوژيکې بدلونونه منځ ته راوړی.د قصبو د التهاب له کبله د احداب لرونکو حجرو د خوځښت کمښت او د مخاطی غدو غټوالی ليدل کېږي. او د واګوس عصب د تنبه له سببه د قصبو د ملسا عضلو د غنجېدو له کبله برانکوسپزم را منځ ته کېږي چې د ناروغي په شروع کې متناوب او ضعيف وي مګر د وخت په تېرېدلو سره پرمختګ کوي چې پايله يې ځنډنی برانکوسپزم او بندښت جوړوي. هغه کسان چې د سګرټ د لوګي سره په غير فعال او دوامداره ډول مخامخ شي ، نو په دې خلکو کې دا عمل د ټوخی، بلغم او د سيني د سُنګارې لامل جوړېدلای شي . (۵).

۲. د هوا ککړتيا : د هوا ککړتيا د ځنډنی برانکايټيس لامل او هم مساعد کوونکی فکتور دی. هغه کسان چې په غريزو او اطرافي بانډو کې اوسېږي، د وظيفوي مسؤوليتونو له کبله د دُوړو او ځنې کېمياوي توکو سره د مخامخ کېدو له کبله زيات وخت په ځنډنی

www.ketabton.com

برانکایټیس اخته کېږي. د مثال په ډول لکه : نداقان، ژرنده ګړي او دُوړان. یاد شوي خلک ځکه په دې ناروغي اخته کېږي چې ګردُونه او ځنې کېمیاوي توکي پخپل نوبت د قصبوو په هوايي لارو او جدارونو کې التهابي کړنې رامنځ ته کوي. په ګڼ مېشتو او صنعتي ښارونو کې د ځینیو کېمیاوي رنګونو، سپرېو (Sprays) او توکو، چې په خپل ترکیب کې ځنې کېمیاوي عناصر او مرکبات ولري لکه سلفر ډاې اُکسايد(Sulfurdioxide) چې د ځنډنی برانکایټیس د تازه کېدلو (Exacerbition) او ناېتروجن ډاې اُکسايد(Nitrogen dioxide) د کوچنیو هوايي لارو د بندښت سبب کېږي . (۵).

۳. دنده : د ځنډنی برانکایټیس پېښې په هغه مزدورانو کې چې د عضوي، غیر عضوي او مخرشو توکو سره په تماس کې راځي (هغه توکي چې د دندې په ځای کې شتون لري) زیات لیدل کېږي.

۴ .انتانات : د ځنډنی برانکایټیس په ناروغانو کې د حادې تنفسي ناروغیو (Acute respiratory infection) فریکونسي ، مړینه او معیوبیت، کچه لوړه وي. د دې ناروغیو په اړوند مختلف انتانات څېړل شوې او ثابت شوې دي چې د ځنډنی برانکایټیس د اعراضو د شدت لامل کېږي. زیاتره وخت ځنډنی برانکایټیس د حاد برانکایټیس په سیر کې د اختلاط په بڼه منځ ته راځی. ځنې وخت انتاني محراق په پُزه یا تانسل (Tonsil) کې شتون لری چې د وخت په تېرېدلو سره د ځنډنی برانکایټیس سبب کېږي. د سږو نور محراقی انتانات هم د ځنډنی برانکایټیس لامل جوړېدلای شي لکه : فیبروزیس (Fibrosis) او ټوبرکلوزیس.

۵.کورنۍ او جینیتیک فکتورونه : ځنې وخت ځنډنی برانکایټیس کورنۍ تاریخچه لري.د بېلګې په ډول هغه ماشومان چې د سګرټ څکوونکو مېندو او پلرونو څخه زېږېدلي وي په هغو کې د حادو وخیمو تنفسي ناروغیو پېښې، د ځنډنی برانکایټیس او ځنډنیو تنفسي اعراضو د رامنځ ته کېدلو چانس ډېره وي.(۵).

www.ketabton.com

ځنې نور حالتونه چې د انتانې ناروغیو په را منځ ته کېدو کې مرسته کوي عبارت دي له :
الکولېزم او د پښتورګو (Chronic renal diseases) ځنډنی ناروغي.(۲).

۴-۲-۱. لاملونه

۱. سګرټ څکونه : د مزمن برانکایتیس غوره او بنسټیز لامل جوړوي.دا ماده په هوایي لارو کې د مخاط د زیات جوړېدلو لامل ګرځي او په پای کې د Gablet gland د زیاتوالی او غټوالی لامل کېږي.

۲. د هواککړتیا : ځنې محیطی مخرش توکی لکه : Sulfur dioxide او Nitrogen dioxide په قصباتو کې د مخاطې موادو د زیات جوړېدو لامل کېږي چې په پای کې د ځندنی برانکایتیس لامل کېږي. همدارنګه نور غازات هم د ځنډنی برانکایتیس په منځته راتګ کې غوره برخه لري.

۳.انتانات : ځنې وخت انتانې محراق په پُزه یا تانسل کې شتون لری چې د وخت په تېرېدلو سره د ځنډنی برانکایتیس سبب کېږي. د سږو نور محراقی انتانات هم د ځنډنی برانکایتیس لامل جوړېدلای شي لکه : فیبروزیس او ټوبرکلوزیس. همدارنګه د برانکایتیس حادې حملې د ځنډنی برانکایتیس لامل کیدای شي .

عمومي ناروغي : ځنې ناروغي شتون لري چې د انتاناتو سره مرسته کوي او د ځنډنی برانکایتیس لامل کېږي لکه : چاغوالی، الکولیزم او د بډوډو ځنډنی ناروغي.

۵-۲-۱ .کلینیکي بڼه

تاریخچه : ناروغ د اوږد مها له ټوخی، چې نفس تنګي ور سره نه وي، ګیله کوی چې معمولا نوبتي او ځنې وخت دوامداره بڼه لري. په شروع کې ور سره نفس تنګي نه وي مګر د ژمي موسم، یخه هوا، د باد سره مخامخ کېدل او په نابېره توګه د اتوموسفیریک حرارت

www.ketabton.com

بدلون د ټوخی د شدت سبب ګرځی، چې په اولو وختونو کې یواځی په ژمي کې وي. وروسته په اوړی او ژمي دواړو کې وی. په ناروغ کې د سهار له خوا سینه نیونه هم شتون لري. په دې ناروغي کې بلغم په مختلفو وختونو کې په مختلف ځرنګوالی سره وي.مثلاً د ناروغي په لمړنیوو وختونو کې د بلغمو اندازه کمه، نرې او مخاطی وي.کېدای شي مخاط پنډه یا ځګ ته ورته جوړښت ولري او یا مخاط خلسکې ته ورته بڼه غوره کړي. په ژمي یا حاد برانکایټیس په رامنځ ته کېدو سره تقیحې بڼه ځانته نیسي. ځنې وخت د وینې رګونه هم په بلغم کې لیدل کېږي. د ځنډنی برانکایټیس په پرمختللی حالت کې ناروغ د نفس تنګي او د سیني د سنګاري (Wheezing) شخه ګیله کوی. په دودیز ډول نفس تنګي د ټوخی شخه وروسته منځ ته راځي، چې د همدې ځرنګوالی په وسي له د سږو د امفسیما شخه جلا کېږي.د سږو په امفسیما کې لومړی نفس تنګي منځ ته راځی، د یوې اوږدې مودې شخه وروسته ناروغ ته ټوخی پیدا کېږي.زیاتره وخت ځنډنی برانکایټیس تبه نه لری. کله چې تبه پیدا شوه، نو په اګزاسربیشن دلالت کوی. چې د انتانې لامل د معلومولو په خاطر پلټنې باید تر سره شي .کله کله د بلغمو سره خطې ډوله وینه لیدل کېږي چې د Hemoptysis په نوم یادېږی. (۲، ۱۳).

فزیکي کتنه : د قد له مخې ناروغ ټیټ او منډلې وي. د عمر له پلوه په دودیز ډول د پنځوس کلنۍ په شاوخوا کې را منځ ته کېږي. په دې ناروغي کې وزن بایلل غیر دودیز وي.خو! بیا هم که رامنځ ته شي نو د ناروغي په آخري مرحله باندې دلالت کوي. په ناروغ کې زیاتره وخت سیانوسیس لیدل کېږي، چې کله کله Clubbing هم ور سره ملګری وي. په دې ناروغي کې نفس تنګي د ټوخی شخه وروسته پیداکېږي. د هوایي لارې د بندښت نښې او علامې د میندلو وړ وي چې د ذفیرې صفحې په خت کې د هوا تېرېدنې وخت اوږدېږي. ناروغ د نیمه تړل شوو شونډو په واسطه تنفس کوی. یعنې شپېلې وهلوو ته ورته بڼه ځانته اختیاروی. همدارنګه ناروغ د بستر د پاسه د بازوګانو د تکیه کولو په واسطه د سکپولا د هډوکو ثابت ساتل غوره کوي، او هم په دې ناروغانو کې د ذفیر په وخت کې د غاړې

www.ketabton.com

وریدونه برجسته لیدل کېږي. همدارنګه د آصغاء سره د ذفیر په وخت کې د دوامداره سُنګارې اورېدل، د سږو په قاعدو کې د پاني دحرکت غوندی اوازونه (Rales) اورېدل کېږي چې د قصباتو د افرازاتو د زیاتوالی له کبله منځ ته راځي چې د دواړو یاد شوو نښو وصف د ټوخی د عملیې د سرته رسولو څخه وروسته بدلون کوي. همدارنګه په دې ناروغانو کې groover’s sign مثبت وي. که په ناروغ کې د ښی زړه عدم کفایه رامنځ ته شوې وي نو د JVP لوړوالی، د ښی بُطین Heaving، د زړه د دربم اواز د پلمونرې برخې لوړوالی او د ترایکسپېډ عدم کفایه لیدل کېږي.که چېرې په ناروغ کې ټوخی، خړاسکې، هایپرکپنیا او هایپوکسېمیا شتون ولري چې د ښی زړه عدم کفایه او محیطي اذیما ورسره ځای وي، نو د Blue Bloater Type په نوم یادېږي. (۲، ۵، ۱۱).

۶-۲-۱. لابراتوارې کتنې

د سږو وظیفوي کتنې:په دې پلټنوکې په څرګند ډول د PEF او VC د کچو کموالی لیدل کېږي.

الکتروکاردیوګرافي: په دې ازموینه کې RAD په څرګند ډول لیدل کېږي او هم P - pulmonale د لیدو نی وړ وي.

ایکو کاردیوګرام : د پلمونرې شریان د فشار په هکله پوره معلومات ورکوي.(۲).

۷-۲-۱.د سیني رادیوګرافي :د سیني رادیوګرافي نارمل وي.خو! ځنې وخت د اتناناتو د قوي حملي په وخت کې په رادیوګرافي کې په خپور ډول د نمونیک تکاثف له کبله خطې فیبروتیک ټکۍ لیدل کېږي.د Cor pulmonale له کبله د زړه خیال لوی او په سږو کې وسکولر مارکینګ لیدل کېږي، چې په ځنډنی برانکایټییس کې د Dirty Lung په نامه یادېږی.(۱۳).

www.ketabton.com

۸-۲-۱.**تشخیص** : د ځنډنی برانکایټیس پېژندنه په تاریخچه، فزیکي او لابراتوارې کتنو ولاړه ده.(۲، ۸).

۹-۲-۱.**اختلاطات** : پلمونرې هایپر تنشن، د ښی زړه غټېدنه او عدم کفایه، د هایپوکسېمیا له کبله د زړه بې نظمې (**۵۴** % اُذینې تکې کاردیا رامنځ ته کېږي چې د نورې نړۍ په پرتله زموږ په هېوادوالو کې ډېر دي.چې علت یې په کورونو کې د اکسجن تراپې (Domiciliary Oxygenthrapy) د پاره د اسانتیاوو نشتوالی، په پر له پسی ډول د انتاناتو را منځ ته کېدل، تنفسي عدم کفایه، پولی سایټېمیا او د سږو امبولیزم. (۲، ۴).

۱۰-۲-۱.درملنه

۱ . د ناروغي د لاملونو یا مساعد کوونکو فکتورنو د منځه وړل ! مثلا:

د محیطي ککړتیاوو د منځه وړل او د سگرټو د څکولوو بندول.د Insecticidal sprays دکارونې په وخت کې د ځای بدلون او هم د ویښتانو د سپرېو(Sprays) د کارونې څخه ځان ساتل.د ځینو مخنیونکو عملیو سرته رسول.د بېلگې په ډول د ناروغي په لومړی وختونوکې د انفلوانزا یا د Pneumococcal poly saccharide د واکسین کارونه، چې په ټول عمرکې یو ځل وي، ځکه چې تکراري کارونه یې کله کله د قوي غبرگون سبب گرځي.

۲: د ناروغي د حاد اگزاسربیشن مخنیوي : د دې د مخنیوي له پاره د ناروغ د اوسېدو کوټه باید د نارملې کچې څخه زیات گرم نه شي! ناروغ باید د مرطوب او لړه (Fogy) لرونکو ځایونو څخه نقل مکان وکړي. ناروغ باید د پنډو او گرمو جامو د اغوستلو او زیات خوراک څخه ځان وساتي. په دې ناروغي کې د تنباکو او الکولو د کارونې څخه باید ډډه وشي او هم دا ناروغان باید د موسمي انفلوانزا او نیموکوک په ضد واکسین شي . که چېرې دا ناروغان د تقیحي بلغم څخه گیله من وي، نو دې ناروغانو ته باید د تتراسیکلین د کورنۍ څخه درمل توصیه شي چې د اگزاسربیشن او تقیحي بلغم دښه کېدو سبب کېږي اوهم په راتلونکې کې داگزاسربیشن څخه مخنیوي کوی. (۲، ۵، ۲، ۱۳).

www.ketabton.com

۳ . د ځنډنی برانکایټیس د پرمختګ مخنیوي:کوښښ دې و شي ! چې پرمختګ ونه کړي. نو د دې موخې له پاره معیوبو او معلولو ناروغانو ته کوچې، پېروی، د غوا غوړي او داسي نور غوړ لرونکی توکي باید وکارول شي ! که ناروغ چاغ وي، نو د زغم سره سم ناروغ ته باید په منظم ډول تمرین توصیه شي . ناروغ باید وهڅول شي چې ژوره سا واخلي او د ژورې سا اخیستنې څخه وروسته باید قوي ټوخی وکړي! تر څو ټوخی د تنفسي لارې د خلاصون سبب شي .که د ناروغ اقتصادي حالت ښه وي نو ژمي دې په تودو سېموو کې تېر کړي.که ناروغ وچې ټوخی ولري نو ناروغ ته باید Linctus Codeine توصیه شي .که هوایي لارو کې مخاط شتون ولري نو ناروغ ته میکولایټېک شربت او په درملو ککړ انشاقې بخارات توصیه شي .دې ناروغانو ته بلغم خارجونکی لکه : امونیم لرونکی مالګې ، برومیکسین یا ګوانپسین (Guaiphenesin) چې په مخلوط ډول کارول کېږي. ځنې وخت ګرم قلوي مشروبات چې په خپل ترکیب کې سودیم کلوراید ولري، نو (۱۵) سي سي مایع یې د ګرمو اوبو سره یو ځای کېږي او د سهار له خوا کارول کېږي، چې د کارولو څخه ۱۵ دقیقې وروسته ناروغ هڅول کېږي چې ټوخی وکړي تر څو هوایي لارې د افرازاتو څخه پاکې شي . همدارنګه دې ناروغانو ته د قصباتو پراخوونکی درمل لکه : Ipratropium bromide او یا Orciprenaline sulphate په انشاقې (Inhaler) ډول توصیه کېږي. سلبوتامول ۲ - ۴ ملي ګرامه یا تربوتالین ۲،۵ - ۵ ملي ګرامه درې وخته د خولې له لارې یا % ۵،۰ په انشاقي ډول کارول کېږي. تیوفیلېن د خولې له لارې هم ورکول کېږي، ځني وخت د انتان د منځه وړلوو له پاره د انټي بیوټیکونو څخه کلریترومایسین یا اګمنټین د ۷ ورځو له پاره ناروغ ته توصیه کېږي. چې د درملو بندول د انتاني ځرګندونې پورې اړه لري چې غوره نښې یې د تقیحی بلغم د منځه تلل دي. مګر دا درمل د یو اوږد وخت له پاره نه ورکول کېږي. انټي بیوټیک د بلغم د ځرنګوالی د ارزیابې په بنسټ او د اګزاسربیشن د شدت په تړاو باید ورکړ شي . دې ناروغانو ته په وخیمو حالتونو کې د ځانګړې استطباب له مخې کورتیکوستروئید

www.ketabton.com

د انټي بيوټيک سره يوځای توصيه کېږي.پوسچېرل ډريناژ هغه وخت سر ته رسېږي، چې د بلغمو مقدار ډېر زيات وي او تقيحي بڼه ولري. (۲، ۵).

۱-۲-۱۱. انذار : کوم ناروغان چې وخيمه نفس تنگي ولري نو **۵۰ %** يې د **۵** کلونو په موده کې مري.که ناروغ قوي سګرټ څکوونکی وي او سګرټ د زړه له کومې پرېږدي نو د مړينې کچه کموي. (۲، ۵، ۱۲).

۱-۳. سږيز امفسيما

۱-۳-۱. **تعريف** : په سږو کې د آخري برانکيول څخه وروسته د هوايي کڅوړو د غير دوديز پراخوالی څخه عبارت دی چې د فبروزيس څخه پرته دېوالونه يې ويجاړ شوي وي. په سږو کې ځنې داسې حالتونه هم ليدل کېږي چې هوايي کڅوړې يې پراخې شوې وي، مګر دېوالونه يې ويجاړ شوي نه وي، چې د سږو د امفسيما خلاف Over inflation ويل کېږي. نو د تعريف په بنسټ کولای شو چې د سږو امفسيما د اور انفلشن او ځنډنی برانکايټيس څخه جلا کړو. (۱۱، ۱۳).

د سږو امفسيما د آسينسونو او لوبولونو د جوړښت او موقيعت له مخې په لاندې ډولونو ليدل کېږي.

Acinus : د سږو د هغه ساختماني واحد څخه عبارت دی چې په خپل جوړښت کې تنفسي برانکيول ، آليولر ډک او اليولای ولري.

Lobule : د دريو، څلورو، يا پنځو اسينسونو ټُولېز ته لوبول ويل کېږي. امفسيما يوائې د اناتوميک موقيعت پورې تړلی نه تشريح کېږي بلکه په لوبولونو او آسينسونو پورې هم تړل کېږي.چې د ټولو په پام کې نيولو سره امفسيما په لاندې ډولونو وېشل کېږي.

www.ketabton.com

الف. Centriacinar or Centrilobular emphysema : امتیازي نښې یې دا دي چې تل د آسینسونو په شروع یا منځنی (تنفسي برانکیولونه) برخوو کې را منځ ته کېږي. یعنی د لوبولونو شروع یا مرکزي برخې په آفت اخته کېږي او آخري انساج روغ پاتې کېږي چې په عین لوبول یا آسینای کې روغي او ناروغي هوایي کڅوړې یو ځای وي. پېښې یې ډېري دي چې ډېر وخت په پورتنی لوب په ځانګړې ډول پورتنی سګمنټ (Apical segment) یا د لاندنې لوب په اپیکس کې را منځ ته کېږي. د ناروغي په وخیمو پېښوو کې د آسینای وروستنې برخې هم په آفت اخته کېږي چې د پان آسینار څخه جلا کول یې ستونزمن وي. زیاتره وخت د ا حالت د دوامداره سګرټ څکولو په پای کې را منځ ته کېږي چې په دې ناروغانو کې د الفا یو انټي تریپسین کچه نارمل وي.

ب. Panacinar or Panlubolar emphysem : په دې آفت کې آسینسونه یو بل ته سره ورته وي چې د شروع څخه تر آخره (د تنفسي برانکیول څخه تر تړلی اسناخو پورې) پورې اخته کېږي. د مرکزي آسینار امفسیما په خلاف دا پیښنه ډېره پراخه وي چې د دې پېښې را منځ ته کېدل په ښکتنی لوب کې ډېر لیدل کېږي. پېښې یې په هغه خلکو کې ډېر لیدل کېږي چې په ولادې ډول د الفا یو انټي تریپسین کمښت یا مطلق نه شتون سره مخامخ وي. همدارنګه دا پیښنه کیدای شي چې په سګرټ څکونکو خلکو کې هم منځته را شي . د وخت په تېرېدو سره امفسیماتوز ساحې پراخه کېږي چې د غه پراخوالی یو سانتي مترو ته رسېږي چې د بولا (Bullae) په نوم یادېږي.

ج. ډسټل آسینار یا پارا سیپټل امفسیما Distal Acinar (Paraseptal) emphysema : په دې حالت کې د آسینسونو شروع یا اولنۍ برخې روغ رمټ وي مګر وروستنې برخې یې په آفت اخته کېږي. د را منځ ته کېدو په زړه پورې ځایګی یې د پلورا د جوف سره ګاونډیتوب دي. معمولا په هغه لوبولونو کې را منځ ته کېږي چې د Septa او Connective انساجوو په پو له غزیدلي موقیعت ولري. تل د فبروزیس، سکار نسج (Scar tissue) او یا د اتلیکتاسیس سره نژدې لیدل کېږي. د سږو په پورتنی نیمایي کې قوت یې ډېر زیات وي. د

www.ketabton.com

پراخوالی او بنی له پلوه په مختلفو کچوو او ډولونو لیدل کېږي چې د هوايي کڅوړو پراخوالی يې د ۰،۵ ملي مترو څخه تر ۲ سانتي مترو پورې رسېږي.څنې وخت دايروي يا بيضوي بڼه څانته نېسي چې د بولا (Bulla) په نوم يادېږی، چې کله کله د بنفسهی نيموتوراکس لامل جوړېږي (۱۱).

۲-۳-۱. **پتالوژی** : تر اوسه پورې د مرکزي آسینار او پان آسینار د را منځ ته کېدلو پتالوژی په بشپړه توګه نه ده پېژندل شوي . مګر د لاندې دوو ميخانيکيتونو د خرابېدلو په هکله چې د دواړو په توازن کې کومه ګډوډی را منځ ته شي ، پايله يې د دې ناروغي سبب جوړېږی چې عبارت دي له:

اول: پروتيز او انتي پروتيز ميکانيزم.

دوهم:د اُکسېډانت او انتي اکسېډانت ميکانيزم.

په دوديز ډول هوايي کڅوړې د پورتنيو دوو ميکانيزمونو په واسطه د ويجاړېدلو څخه ساتل کېږي.کله چې د پورتنيو ميکانيزمونو څخه کوم يو يې اغېزمن شي او په ميکانيزم کې نا انډولې را منځ ته شي نو پروتيولايتيک انزايمونه کولای شي چې د هوايي کڅوړو حجري هضم او ويجاړ کړي او په پای کې د امفسيما سبب شی. الفا يو انتي ترپسين د وينې په سيروم، نسجې مايعاتو او مکروفاژونو کې شتون لري چې د ډېر قوي انتي پروتيز ځانګړتياوو خاوند دي. د همدې ځانګړتياوو په واسطه انساج د پروتين هضم کوونکوو انزايمونو (Elastase) څخه ساتي. مګر هغه وخت د انساجو ويجاړتيا را منځ ته کېږي چې د انتي پروتيز انزايم په کچه کې کموالی منځ ته را شي او يا په دنده کې يې پاتې والی رامنځ ته شی. د کچې د کمښت پېښنه يې هغه وخت ليدل کېږي چې په ولادي ډول په ځيګر کې جوړ نه شي چې په بشري ټولنه کې يوه سلنه پېښنه جوړوي. د دندې پاتې والی په هغه خلکو کې ليدل کېږي چې سګرټ څکي، ځکه د سګرټ لوګي نيکوتين لري چې نيکوتين مکروفاژونه هڅوي تر څو په هوايي کڅوړو کې التهابي وتېره را منځ

www.ketabton.com

ته کړي او هم الفا یو انتي ترېپسین د الاستېز په وړاندې بې اغېزه کړي، چې په پای کې د الفا یو انتي ترېپسین نه شتون او یا په سګرټ روږدي خلکو کې د دې انزایم د دندې پاتې والی امفسیما را منځ ته کوی. په سږو کې ځنې انتي اکسېډانټونه لکه : Super Oxide , dismutase. او Glutathion چې د انساجو د تخریب مخنیوي کوي. د سګرټ لوګي ځنې راډیکلونه لري چې دا راډیکلونه په خپل نوبت د اکسېډانټ او انتي اکسېډانت میکانیزم د نا انډولیو له امله د پروتیز انزایمونو په واسطه د انساجو ویجاړېدنه را منځ ته کوي، چې د امفسیما لامل ګرځي. (۱۱).

۳-۳-۱. مساعدکوونکي فکتورونه: مساعدکوونکي فکتورونه او لاملونه دوه ځېزونه دي.

اول : ارثیت او کورنۍ تاریخچه : په ارثي ډول د الفا یو انتي ترېپسین کمښت یا نه شتون دي، چې د ژوند په اولو وختونو کې د امفسیما د را منځ ته کېدو لامل کېږي.

دوهم: سګرټ : د سګرټ په لوګي کې د ځینو توکو شتون چې د مکروفاژونو د هڅوني او د فعالیدنې سبب کېږي چې په پای کې ځینې فکتورونه آزادېږي او په خپل نوبت سره ایزینوفیلونه ډګر ته را باسي او هم یې هڅوي چې ځینې الاستېز او پروتیز انزایمونه افراز کړي چې نوموړی انزایمونه د سږو الاستین ټوټه ټوټه کوي. په دې وخت کې اکسېډانت مواد چې په خپله د سګرټو په لوګي کې د پرې راډیکل په بڼه شتون لري او یا د هایدروجن پراکساید (چې د فعال نټروفیلونو او مکروفاژنو څخه آزادېږي) ترمنځ د خپل منځې عمل څخه جوړېږي چې الفا یو انتي ترېپسین د فعالیت څخه غور ځوي. همدارنګه د سګرټو لوګي کولای شي چې د نوی الاستین جوړېدنه د انزایماتیک عملیو په واسطه د ځنډ او خنډ سره مخ کړي او د امفسیما لامل جوړ شي. (۱۱).

۴-۳-۱. لاملونه : د دې ناروغي لاملونه یوازې دوه ځېزونه دي.

۱. ارثیت : ارثیت او کورنۍ تاریخچه : په ارثي ډول د الفا یو انتي ترېپسین کمښت یا نه شتون دي، چې د ژوند په اولو وختونو کې د امفسیما د را منځ ته کېدو لامل کېږي.

www.ketabton.com

۲.سګرټ څکول : د سګرټ په لوګي کې د ځينيو توکو شتون چې د مکروفاژونو د هڅونې او د فعالېدنې سبب کېږي چې په پای کې ځينې فکتورونه آزادېږي او په خپل نوبت سره ايزينوفيلونه ډګر ته را باسي او هم يې هڅوي چې ځينې الاستېز او پروتيز انزايمونه افراز کړي چې نوموړی انزايمونه د سږو الاستين ټوټه ټوټه کوي. په دې وخت کې اکسيډانت مواد چې په خپله د سګرټو په لوګي کې د پرې راډيکل په بڼه شتون لري او يا د هايدروجن پراکسايد (چې د فعال نټروفيلونو او مکروفاژنو څخه آزادېږي) ترمنځ ، چې د خپل منځي عمل په پای کې جوړېږی چې په خپل نوبت سره الفا يو انتي ترپپسين د فعاليت څخه غور ځوي. همدارنګه د سګرټو لوګي کولای شی چې د نوی الاستين جوړېدنه د انزايماتيک عمليو په واسطه د ځنډ او خنډ سره مخ کړي او د امفسيما لامل جوړ شي .(۱۱).

۵-۳-۱. کلينيکي بڼه : ناروغي زياتره وخت د ځنډنی بندښتي تنفسي ناروغيو په بڼه څرګندېږی او ګوښی رامنځ ته کېدل يې نادر وي. چې ځانګړی کلينيکي بڼه يې په لاندي ډول ده.

تاريخچه : ناروغ د پرمختلونکی نفس تنګي او د هغې د لومړيتوب څخه ګيله کوی. په داسې حال کې چې په برانکيل آسماء او ځنډنی برانکايټيس کې ناروغ د ټوخی د لومړيتوب څخه بيان کوي. ناروغ وايي چې اول نفس تنګي پيدا شوه بيا وروسته ټوخی او بلغم را منځ ته شو. د دې ناروغانو د بلغمو اندازه په شروع کې کمه وی مګر چپسپناکه وي. همدارنګه ناروغ به د سږو د انتاني پېښنو کچه کمه بيانوي. (۲).

ناروغ د وزن بايلولو څخه حکايت کوی تر دې حده پورې چې د يو خبيثه ناروغي ګمان پرې کېږي.

فزيکي کتنه : ځانګړی کلينيکي بڼه يې عبارت ده له : د ناروغ قد لوړ، دنګ او بنيه به يې نرۍ وي.کله کله چاغ هم وی، چې د ThinObes اصطلاح ورته کارول کېږي. ناروغي د عمر له پلوه د ژوند په آخرو وختونو کې رامنځ ته کېږي. خو! که ناروغ الفا يو انتی ترپپسين ونه لري، نو د عمر په اولو وختونو کې هم منځ ته راتلای شي . ناروغ په تفتيش سره Dyspnic

www.ketabton.com

ښکاري. د سا اخیستلو او خارجولو د اسانولو او پوره کولو په خاطر به ناست وي. لاسونه به يې مخامخ غزولي وي او اوږه به يې لوړه کړي وي، چې دغه وضعیت ته Hunched Over Position ويل کېږي.

ناروغ په نیمه شونډو تنفس کوي چې د Purse lip Breathing په نوم يادېږي. د ناروغ ټټر د برل (Barral shape) په بڼه وي. ناروغ وزن بايللي معلومېږي حتی تر دې پورې چې ځنې وخت په ناروغ باندې د يوې ناپېژندل شوې خبيثه ناروغۍ ګمان کېږي. بله دا چې په دې ناروغانو کې د اکسجن نفوذيه قابليت نارمل وي نو په دوی کې سيانوسيس نه ليدل کېږي، نو ځکه دې ناروغانو ته د Pink Puffer اصطلاح کارول کېږی. (۲، ۵، ۱۳).

۱ – ۱ جدول. د pink puffer او Blue bloater پرتلیزې کلینکي بڼې په لاندې جدول کې په پوره ډول تشریح شوې ده. (۱۲).

کلينيکې بڼه	Pink puffer	Blue bloater
د ناروغۍ شروع	د ناروغۍ شروع په نفس تنګی او ټوخی سره کېږي.	د ناروغۍ شروع په ټوخی سره کېږي.
د ناروغ بنيه او قد	ThinObese	
خراسکی	په ډېره کمه اندازه	په زياته اندازه مګر تقيحې او مخاطې
سالنډی	ډېر وخيم او د Purse lip په واسطه سا اخيستل کېږي.	په حقيقت کې سالنډی په کمه اندازه
ټوخی	د سابندی څخه وروسته شروع کېږي.	د سابندی څخه مخکې شروع کېږي.
کورپلمونال	ډېر نادر ليدل کېږي.	زيات پېښېږي چې په اولو سانې سره CHF منځته راځي.
د وزن بايلل	په څرګند ډول پرمختللی وزن بايلل ليدل کېږي.	وزن بايلل نادر خو! هغه هم آخر وخت
د قصباتو انتانات	په کمه اندازه پېښېږي.	په زياته اندازه پېښېږي.
د تنفسی عدم کفايې	په کمه اندازه پېښېږي، هغه هم په ا خرې	په زياته اندازه پېښېږي.

www.ketabton.com

حملې	وخت کې	
سږيز هايپر تنشن	په ډېره کمه اندازه ، يا هيڅ شتون نه لري.	په منځنی کچه او يا په وخيمه بڼه
دوام	Unrelenting downhill	Ambulatory
د سيني راډيو ګرافي	د زړه خيال نرې وي	د زړه خيال لوي وي.
د شرياني کاربون داى اکسايد قسمي فشار	نارمل وي	لوړ ه وي
الاستکې غونجي	په زياته اندازه کمېږي	نارمل وي
مقاومت	نارمل يا په ډېره کمه اندازه لوړه وي	لوړه وي.
د تکاثف خپوروالی	کم وي	نارمل يا په ډېره کمه اندازه کمېږي

۱-۳-۶.پلټنې

۱ . لابراتواري کتنې : په دې ناروغانو کې د هيماتوکريت لوړيدل ډېر نادر وي. که چېرې ناروغي د ژوند په اولو وختونو کې منځ ته راغلي وي او ناروغ په ارثي ډول د الفا يو انتی ترپسين کمبنت يا نه شتون ولري نو د وينې په سيروم کې به الفا يو انتی ترپسين د نارمل څخه کم او يا هېڅ شتون ونه لري.

۲ .د شريانی وينې د غازاتو په تجزيه کې د کاربن داې اکسايد قسمې فشار نارمل وي.

۳. د سږو وظيفوي ازموينې : په دې ازموينو کې FEV1 کمېږي، مګر FVC يې نارمل يا نارمل ته نژدې وي چې په پاى کې د FEV1 او FVC نسبت کوچنی کېږي. (۱، ۵).

۷-۳-۱.د سيني.راديوګراف : د ټټر په شاتنی قدامې راديوګرافي کې د زړه خيال تنګ، نرى، اوږد او عمودي معلومېږي. د سږو په محيطي برخو کې د شريانی وينې د کموالی له کبله محيطي اوعيي ډېرې تنګي يا هېڅ نه ليدل کېږي چې له همدې سببه د سږو په نوموړو برخو کې په متناظر ډول د شفافيت زياتوالی ليدل کېږي. د ډيافرام خيالونه د نارملې برخې څخه ټيټه معلومېږي. ځنې وخت د هوايي بولا کتنه شونی

www.ketabton.com

برېښنی. که د ناروغي علت الفا یو انتي ترپیسین نشتوالی وي، نو رادیوګرافیک خیالونه یې د سږو په قاعدو کې ښه ښکاري په داسې حال کې چې په سګرټ څکوونکو خلکو کې چې د الفا یو انتي ترپیسین کچه یې نارمل وي او د سږو په څوکو کې رادیوګرافیک خیالونه یې لیدل کېږي.

۸-۳-۱. **تشخیص** : د ناروغي پېژندنه په تاریخچه، فزیکي معاینه او قطعي پېژندنه یې په پتالوژیکي او مایکروسکوپیکي پلټنو سره ایښودل کېږي. (۲).

۹-۳-۱. اختلاطا ت : په دې ناروغي کې Pull – hypertension منځته راځی چې لاملونه یې هایپوکسیا پورې اړوند د رګونو سپزم او د اسناخو د تخریب له امله د سږو د شعریه عروقو د سطحي کموالی وي. په دې ناروغي کې مړینه د تنفسي عدم کفایي له کبله منځته راځي چې د هایپوکسیا، اسیدوسیس او کوما (Coma) سره یو ځای وي یا Cor –Pulmonale. (۱۰).

۱۰-۳-۱. درملنه : دا ناروغي تل ځنډنی برانکایتېس سره یو ځای وي، نو د درملنې له پاره یې د لاندې پلان څخه کار اخیستل کېږي. ناروغ باید د سګرټ د څکولو څخه لاس واخلي.که انتان شتون ولري نو باید د انتخابي انتي بیوتیک په مټ تداوي شي .که الفا یو انتي ترپیسین شتون نه درلود، نو د نومورې انزایم د ورکړې په مټ تداوي شي . مثلاً هغه ناروغ چې عمر یې د ۱۸ کلونو په شاوخوا کې وي او په ولادي ډول د نومورې انزایم په کمښت اخته وي او په سیروم کې کچه یې د ۱۱ مایکرو مول في لیتر څخه کمه وي، نو دې ناروغ ته دا انزایم د ورید له لارې په هر کېلو وزن د بدن ۲۰ ملي ګرامه په اونۍ کې یو ځل باید ورکړ شي .(۲، ۵).

څرنګه چې په دې ناروغانو کې نفس تنګي لمړنۍ ستونزه او ورپسې ټوخی دوهمه او ځنډنی برانکایتېس دریمه ستونزه وي، نو د دې ستونزو د لرې کولو په خاطر ناروغان باید د لاندې درملو په مټ تداوي شي .

www.ketabton.com

الف :برانکو ډایلټر : د قصبو د خلاصولو او پراخولو له پاره د بېټا اګونیسټ څخه. سلبوتامول او تربوتالین ۲۰۰ مایکرو ګرامه د ورځې ۱- ۲ ځلي په انشاقي ډول کارول کېږي. نومورې درمل نیبو لایزر په واسطه ۲,۵ - ۵ ملي ګرامه د ورځې څلور ځلي هم کارول کېدای شي یا Salmetrol ۵۰ مایکروګرامه د ورځې دوه ځلي.یا Formetrol . ۱۲ مایکرو ګرامه د ورځې دوه ځلي ورکول کېږي. ځنې جانبي عوارض هم لري چې عبارت دي له : رعشه، تکي کاردیا ، د هایپوکسیا د شدت زیاتوالی او هایپوکلېمیا څخه.

ب: انټي کولینرجیک : دا درمل د بیټا اګونیسټ سره سینرجیټیک تاثیر لری خو! په دې شرط چې کوم قلبي یا بل سیستمیک مضاد استطباب شتون ونلري. مشتق یې په بازار کې د اپرا تروپېم برومایډ په نوم یادېږي چې په انشاقي ډول د ورځې ۳ -۴ ځلي کارول کېږي. همدارنګه ۵۰۰ مایکرو ګرامه یې د نیبولایزر په واسطه هم کارول کېږي.

ج .میتایل زنتین مشتقات : دا مرکبات د التهاب ضد خاصیت لري مګرځنې وخت داریتمیا ، زړه بدوالی او Fit سبب کېږي چې د لاندې مشتقاتو په بڼه پیدا کېږي.

۱. پایداره اغېز منه تیوفیلین ۱۷۵ - ۳۰۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځلي د خولې له لارې یا امینوفیلین۲۵۰ - ۴۵۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځلي د خولې له لارې ناروغ ته ورکول کېږي. ډوکسوفایلین Doxofylline ۲۰۰ - ۴۰۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځلي یا ۸۰۰ ملي ګرامه یو ځل د شپې له خوا ناروغ ته ورکول کېږي.

۲.انشاقي کورتیکوستروييد : دا درمل د التهاب ضد خاصیت لري مګر ځنې وخت د کاندیدیازیس او یا د اواز د خشن کېدو سبب ګرځی. د دې درملو د ډلې څخه Beclomethason ۲۰۰ - ۴۰۰ مایکروګرامه په انشاقي ډول د ورځې دوه ځلي یا Budesonide ۲۰۰ - ۴۰۰ مایکروګرامه په انشاقي ډول د ورځې دوه ځلي توصیه کېږي.

www.ketabton.com

۳. مکولایتیک : دا درمل په هوایي لارو کې د بلغم د نښتلو ورتیا د سرېښ د کموالی له کبله کموي تر څو د هوایي لارو څخه په اساني خارج شي . نو د دې موخې له پاره د Carbocysteine N-Acetyl cysteine . او Mecy cysteine. څخه کار اخیستل کېږي.

۴. په کور کې اکسجن تراپي Domiciliary Oxygenthrapy : اوږد مهاله اکسجن تراپي د اکسجن قسمی فشار د ۷،۵ کېلو پاسکالو څخه لوړ ساتي او د ورځې له خوا د هایپرکپنیا شتون سره سره هایپوکسېمیا اصلاح ساتي. (۵).

۵..تنفسي بیا رغاونه : سپورت ته هڅونه ، تنفسي کړنوو ته ګټه رسوي.

۶. د ناروغ د دفاعي سیستم لوړول : د انفلوانزا د مخنیوي په خاطر هر کال د انفلوانزا واکسین دې ناروغانو ته باید توصیه شي او هم د نورو واکسېنونو څخه نژدې پنځه کاله وروسته د نیموکوک (Pneumococcal) ضد واکسین د ټول ژوند له پاره باید یو ځل توصیه شي (۵، ۱۳).

۷. جراحي : کله چې د ناروغ یو لوب کتلوي امفیسماتوز بولا ولري، نو جراحي عملیه توصیه کېږي. د سږو یو طرفه بدلېدنه مصؤنه او اغېزمنه عملیه ده. خو! که په ډګر کې اتنانات پیاوړې وي نو په دې وخت کې دواړه سږي باید بدل شي . (۲، ۱۳).

۱-۳-۱۱. انزار : دا ناروغي پرمختیایي بڼه لري چې وړاندوینه یې د ناروغي د وخامت پورې تړلې ده چې د ژوند امید یې په منځنۍ کچه درې کاله منل شوې ده. (۲).

تنفسي پاتې والی یې آخري اختلاط دي، چې شاءتګ یې د ځنډنی برانکایټیس په پرتله ګران دی. (۵) .

۱-۴.برانکیل آسماء

۱-۴-۱. تعریف : د هوایي لارو د ډول ډول بندښتونو یو سندروم دی چې متصف دی په: دپتالوژی له پلوه یوه ځنډنی التهابي وتېره ده چې په التهابي عملیه کې ایزونوفیلیا حاکم وي.

www.ketabton.com

د فزیولوژي له پلوه په دې ناروغي کې د توتکۍ او قصبوو د غبرګونون زیاتوالی لیدل کېږي. دکلینیک له نظره ډول، ډول ټوخی،سینه نیونه اد سیني سُنګاری مشاهده کېږي.(۸)

۲-۴-۱. **لاملونه** : د ماشوم د زېږدو څخه وروسته د څو فکتورونو خپل منځۍ کړنې د برانکېل آسماء د کلینیکي بڼې د را منځ ته کېدو لاملونه جوړ وي. چې په لاندې ډول دي.

۱. انتانات : کله چې ماشوم د ماشومتوب په وخت کې په پرله پسی ډول د تنفسي انتانې پېښو سره مخامخ شي نو د هوايي لارې ظرفیتی کچه یې کمېږي.دا ډول برانکېل آسماء د عمر په تېرېدلو سره خپله ښه کېږي.

۲. سګرټ څکونه : که د ماشوم د ژوند په اولو دوه کلونو کې د ماشوم پلار یا مور په کورکې سګرټ وڅکي نو د دې ماشوم د ژوند په اوږدو کې د برانکېل آسماء پېښې زیاتېږي.

۳. آلرجن : د آسماء په را منځ ته کېدو کې ارثي او محیطي فکتورونه ډېره ونډه لري.د آسما غبرګون د ډول، ډول هڅوونکو توکو په وړاندې ګڼ او ډول، ډول وي. چې دغه په دوه لویو ډلو وېشل کېږي.

هوايي الرجن لکه :کورنۍ دُوړې، د ونو او بوټو ګردې، پوستکی، د سګرټ لوګي، د دیوالونو رنګونه، د مرغانو بڼکې او داسې نور...

هضمي الرجنونه لکه: شېدې، د هګۍ ژېړ، چا کلیټ، ماهي او داسې نور... (۲، ۲، ۱۳).

۳-۴-۱. **د آسماء پېښې**: آسماء یوه نړیواله ځنډنی ناروغی ده چې په ټوله نړۍ کې نژدې ۳۰۰ میلونه خلک د دې ناروغي څخه کړېږي. په پرمختللی هېوادونو کې پېښې یې په تېرو ۳۰ کالونو کې زیات شوي دي. مګر په اوسنې وخت کې ثابت برېښې، چې په غټانو کې نژدې ۱۰ – ۱۲ سلنه او په ماشومانو کې **۱۵** سلنه جوړوي. په وروسته پاتې هېوادونو کې د آسماء پېښې ډېرې لږې تر سترګو کېږي. په داسې حال کې چې مخ په ودې هېوادونو کې د ښاری کېدلو تر څنګ د دې ناروغي پېښې هم پرمختلونکی بڼه ځانته غوره کړې ده. په دې ځایونو کې په عین وخت کې د آسماء تر څنګ نور اتوپیک ناروغي او د الرژیکي ناروغیو

www.ketabton.com

پېښې هم زيات شوي دي چې د سږو په پرتله د نورو سيستمونو ناروغيو لامل جوړېږي. اپيديمولوجيک څېړنې دا جوته کړې ده چې په ټولنه کې ځانګړې خلک په اولو وختونو کې په آسماء اخته شوې دي چې هغوی د دې ناروغي له پاره جنيتکه مساعده بنيه درلودله. په پرمختللی هېوادونو کې ډېرې ناروغان د اتوپيک آسماء له ډلي څخه شمېرل کېږي چې د مختلفو الرجينې توکو سره حساسيت يې ثابت شوې ده. په ځانګړې ډول د Dermatophagoides mite pteronyssinus او داسې نور الرجيتيک څېزونه.

په ښکاره ډول د سږو آسماء د څګرتي څکولو سره اختلاطي کېږي. په غټانو کې د ناروغي د اصلي تاريخچې معلومول ګران کار دی مګر د ناروغي پورتنی پيک په ماشومانو کې د عمر په درې کلنۍ کې سرته رسېږي. د ماشومتوب په وخت کې د ناروغي پېښې په نارينو کې دوه برابره ده. مګر په غټوالی کې دواړه جنسونه په مساوي ډول اخته کېږي. داسې نظر شتون لري چې ډېر ماشومان د وخت په تېرېدو سره د دې ناروغي څخه ښه کېږي. خو! ۴۰ کلنه څېړنه دا جوته کړې چې دغه ښوالی دوامداره نه وي او د غټوالی په يو وخت کې بابېړی کوی او د ناروغي کلينيکې بڼه بيا را څرګندېږي. د آسماء هغه پېښې چې په غټوالی کې را منځته کېږي دوامداره او وخيمه بڼه لري. او په ډېرو نادرو حالتونو کې بې عرضه وي. د ناروغي کلينيکې بڼې تل سره ورته نه وي. ځينې وخت په شروع کې خفيف او د وخت په تېرېدو سره وخيمه بڼه غوره کوی. مګر په ځينيو حالتونو کې په وخيمه بڼه شروع او تر آخره پورې وخيمه پاتې کېږي. د آسماء له سببه مړينه نادر وي. خو! په پرمختللی هېوادونو کې د ژوند په اخره لسيزه کې را منځته کېږي. په ۱۹۲۰ کال کې د دې ناروغي د مړينی کچه ډېره لوړه وه چې علت يې د SBA کارونه د Rescue په بڼه وه. مګر اوس د ICS کارونه د مړنی کچه ښکته کړې ده. نو دا يوه ځنډنی ناروغي ده چې په نړۍ کې ۳۰۰ ميلونه وګړی پرې اخته دي. په پرمختللی هېوادونو کې په تېرو ۳۰ کالونو کې شمېره يې ډېره لوړه تللې ده. دا ناروغی د ژوند په هره مرحله کې منځته راځی. خو! په ۳ کلنۍ کې پېښې يې زيات وي.

www.ketabton.com

۴-۴-۱.د آسماء شروع کوونکی (Triggers) : هغه ګڼ شمېره پارونکي پېښې دي چې په آسماتیک ناروغانو کې د هوايي لارو د تنګېدو، سالنډۍ او وزینګ لامل ګرځي. پخوا د دې څخه د ځان ساتنې له پاره ډېر کوښښ کېدلو تر څو په راتلونکی کې د پېښېدو څخه يې مخنیوي وشي . خو! نن سبا داسې فکر کېږي چې د دې ترایګرونو شتون د ناروغي په کمزوری کنترول دلالت کوي چې په لاندې ډول دي.

۱. آلرجن : انشاقی آلرجن Mast cell تنبه کوی او د IgE سره د یو ځای والی په صورت کې فعالېږي او سملاسی برانکوکانستریکر منځګړی توکی (Bronchoconstrictor mediators) ازادوي چې دغه توکي د لومړنی غبرګون لامل ګرځي چې دغه غبرګون د برانکوډایلټر په وسیله ډېر ژر له منځه ځي. خو! کله کله تجربوی آلرجن یو چېلنج وي. ځکه دا پېښه د وروستني غبرګون لامل ګرځي، کوم چې د ایزینوفیلیا او نیتروفیلیا له کبله د هوايي لارو د پړسوب او د حاد التهاب لامل ګرځي. دغه نه را ګرځېدونکي غبرګون د برانکو ډایلټر سره هم ځواب نه وایي. ډېر معمول آلرجنونه چې د آسماء شروع کونکی بلل کېږي عبارت دي له : Dermatophagoides نوعې او چاپېریال اړوند توکې چې د خفیف ځنډنی ستونزو لامل ګرځي او دغه ستونزې په دوامداره او تکرارې ډول را منځ ته کېږي او له منځه ځي. ځنې Perennial آلرجینونه شتون لري کوم چې د پیشوګانو، فنګسې سپورونو، د وښو ګردې او د ونو ګردې چې موسومي آلرجینونه جوړوي. چې دغه آلرجینونه د آسماء په پرتله ډېر وخت د آلرجیک ریناټیس لامل ګرځي. د تندر غورځېدو په وخت کې ځنې حبوبات ویجاړ او په خپلو اجزاو باندې تجزیه کېږي چې دغه تجزیه شوې توکې او ذرې د وخیمې آسماء د پیلېدلو او یا د تازه کېدلو لامل ګرځی چې د Thunderstorm asthma په نوم یادېږي.

۲. ویروسې انتانات : معمولا د علوی تنفسی سیستم ویروسی انتانات لکه : Rhinovirus, Coronavirus او respiratory syscytial virus د آسماء د وخیمې حادې حملی یا اګزاسربیشن د پیل کېدو لامل ګرځي او د هوايي لارو د دواړ برخو (پورتنی او ښکتنې) اپیتیلیل حجري تر حملې لاندې نیسي. دا چې ویروسونه د حاد اګزاسربیشن لامل ګرځي، چې

www.ketabton.com

علت يې په صحيح ډول تر اوسه پورې ښه واضيح نه دی. خو! په دې وخت کې په هوايي لارو کې وخيمه التهابي عمليه منځته راځی او د ايزونوفيلونو او نيتروفيلونو شمېره هم لوړېږي او تر څنګ يې د Type one interferon توليد کمېږي او د ويروسونو په مخ حساسيت زياتېږي چې دغه زياتوالی د التهابي وتيرې د زياتوالی او وخامت لامل ګرځی.

۳. درمل : ګڼ شمېر درمل شتون لري چې د آسماء د حملی شروع کونکي دي. معمولاً Beta – adrenergic blocker په حاد ډول د آسماء حملي د وخامت خوا ته وړي، چې په دې ناروغانو کې د دې درمل کارونه د ناروغ د مړينی لامل ګرځي.د دې پېښی ميخانيکيت په ښه ډول څرګند نه دی. خو! داسې فکر کېږي چې د کولينرجيک برانکوکانستېرکشن په منځګړتوب سره د آسماء د حملی د خرابېدو لامل کېږي. نو ناروغ بايد د درملو د ټولو ډولونو څخه ځان وساتي حتی په سترګو کې د قطرې په ډول يا د پوستکی پر مخ د موضعی مرحمونو په ډول وي. همدارنګه داسې ګمان کېږي چې ACE inhibitor درمل د Kinins د تجزي مخنيوي کوي چې دا توکی ډېر زيات برانکوکانستېرکټر دی. خو! په ډېرو نادرو وختونو کې د آسماء د حملی خرابوونکی دی. Aspirin – sensetive asthma بايد تل په نظر کې وساتل شي .

۴. تمرين : مشق کول د آسماء د معمولو شروع کوونکو له جملی څخه ګڼل کېږي په ځانګړې ډول په ماشومانو کې.ميخانيکيت يې د Hyper ventilation پورې تړلی ښکاري. همدارنګه د هوايي لارو د پوښل شوې مايع اوسمولليتی زيات وي او Mast cell mediator آزادېدل زياتوي، چې دغه منځګړی توکي د برانکوکانستېرکشن لامل جوړېږي. همدارنګه Exercise – induced asthma. چې د مشق کولو څخه ۳۰ دقيقې وروسته منځته راځی او څه وخت وروسته خپله ښه کېږي. د ګرم هوا په پرتله په سړه هوا کې او يا په وچه هوا کې د دې حملو وخامت ډېر وي. د لامبوزنی په پرتله دا ناروغي په Ice hokey, overland skiing او ځغاستو لوبو کې ډېره شدېده وي. نو د مخنيوي له پاره يې د سپورت د شروع څخه مخکښی بايد بيتاآګونيسټ او انتی ليکوترين وکارول شي . همدارنګه په دې پېښه کې د انشاقی کورتيکوسترويېد کارول ډېره ګټه لری.

www.ketabton.com

۵. فزيکي فکتورونه : يخه هوا او هايپرويتيليشن په عيني ميکانزم سره، کوم چې په مشق کولو سره د آسماء حمله منځته راځي، په همغه ميکانيزم سره دلته هم حمله پيلېږي. خندل هم د آسماء د حملی شروع کيدونکی بلل کېږي. ځنې ناروغان د اوبه او هوا په بدليدلو سره د حملی د وخامت لامل ګرځی او هم ځنی ناروغان د بوی او يا د عطرو په مخامخ کېدو سره د آسماء په وخامت کې شدت را منځته کېږي.

۶. غذا : د غذايي توکو سره د آسماء د وخيم کېدو ډېر لږ شواهد شتون لري. ځنې ناروغان حکايت کوي چې د ځينو ځانګړو خوړو سره د دوی د آسماء په حملو کې وخامت را منځته کېږی او هم دوام يې زياتېږي. ځينې خواړه لکه : Shellfish او ځنې حبوبات (نيم پلی) په اسماتيک ناروغانو کې د انافلکتيک غبرګون لامل ګرځي. همدارنګه هغه ناروغان چې Aspirin-induced asthma لري د Salicylate free څخه ګټه اخيستل د آسماء د حملو څخه مخنيوي کوي. د غذا ژيړ رنګه مصالحه د اسماتيک حملو لامل ګرځي.

۷. هوايي ګردې : په اتموسفير کې د ځينو غازاتو شتون او زياتوالی لکه : سلفرډاي اکسايډ، اوزون او نايتروجن اکسايد د آسماء د ګيلو د زياتوالی لامل کېږي.

۸. دندييز فکتورونه: ځنې وخت د دندې او د وظيفی په ځای کې آسماء تنبه کوونکی توکی، کوم چې پورته يادې شوي د آسماء د حملو د قوت لامل کېږي.که چېرې دا فکتورونه په اولو شپږو مياشتو کې وپېژندل شي او ناروغ خپله دنده پرېږدي نو دا ناروغ ښه کېږي او خپل اولنې ښوالی تر لاسه کولای شي او که چېرې تماس يې دوامداره پاتې شي نو بيا غير رجعی حالت ته داخلېږي او د دندې پرېښودل کومه ګټه نه رسوی.

۹.هرمونی فکتورونه : په ځينو ښځو کې د حيض په را رسېدلو سره د آسماء په وخامت کې زياتوالی لېدل کېږي چې تر اوسه پورې اصلي علت يې معلوم نه دی. خو! داسې فکر کېږي چې علت به يې د پروجيسترون کمښت وي چې کله کله د پروجيسترون يا ګونادوتروپين په ورکړې

www.ketabton.com

سره تداوي کېږي. تايروتاکسيکوسيس او هايپو تايروديزم د نامعلوم ميکانيزم په بنسټ د آسماء د وخيم کېدو لامل جوړېږي.

۱۰.**ګاسترو ايزوفاجيل ريفليکس** : معمولا GER په آسماتيک ناروغانو کې زيات لېدل کېږي چې غوره علت يې د برانکو ډايليتور درملو کارونه ده. چې په نادرو پېښو کې د آسماء د ګيلو د وخامت لامل کېږي.

۱۱.**تشوېش** : ډېر راپورونه د دې خبري تاييد کوي چې د تشوېش او خفګان له کبله د آسماء ګيلې قوت مومي.د شک او شبهې څخه پرته، رواني فکتورونه د کولونرجيک ريفلکس پتوې په واسطه برانکوکانستر کشن را منځته کوی.د دې په خلاف ډېره وخيمه غميزه د بېلګې په ډول د يو ملګرى يا د کوم بل نژدې دوست مړينه د آسماء ستونزې کموي.

۵-۴-۱.**کلينيکې بڼه** : د کلينيک له پلوه ناروغان په دوه ډلو وېشل کېږي.

اول هغه کسان چې د ژوند په اولو وختونو کې د ناروغي سره مخ کېږي د اتوپيک آسماء په نوم يادېږي.

دوهم هغه کسان چې د ژوند په ځواني او يا په آخرو وختونو کې په آسماء اخته کېږي د غيراتوپيک آسماء په نوم يادېږي چې يو د بل څخه په لاندې ډول جلا کېږي.

۱. اتوپېک آسماء تل په ماشومتوب او د **۱۹** کلنۍ څخه مخکې عمر کې منځ ته راځي مګر غير اتوپيک د **۳۵** کلنۍ څخه وروسته لېدل کېږي. (**۵** ،۱۱).

تاريخچه : اتوپيک ناروغ په ماشومتوب کې د اګزم څخه ګيله من وي. مګر غيراتوپيک ناروغ د اګزم پخوانی تاريخچه نه لري.

۲. کورنۍ تاريخچه : د اتوپيک ناروغ په کورنې کې د اګزم، آسماء او های فيور تاريخچه مثبته وي. مګر په غيراتوپيک کې د اګزيما تاريخچه منفي وي. (**۵**).

www.ketabton.com

۳.د حملی ځانګړتیا : اتوپیک حمله یو مشخص اتهې جن پورې تړاو لري، مګر غیر اتوپیک د انتان او تمرین پورې تړلی وي. همدا رنګه اتوپیک حملي نوبتي وصف لري مګر غیر اتوپیک حملي دوامداره وي.

۴. اتوپیک ناروغ کله کله پولیپ لري. خو! د اسپرین سره حساسیت نه لری، مګر په غیر اتوپیک کې اسپرین سره حساسیت او پولیپ دواړه یو ځای وي. آسماتیک حملي نوبتي یا دوامداره وي، چې د دوام او د شدت له مخې په خفیف، منځنی او وخیمو بڼو باندې وېشل شوې دي.

هغه څېزونه او حالتونه چې د آسماء تیک حملی سبب ګرځي عبارت دي له : شپه یا سهار مندې وهل، یخه هوا یا لړه او انتان. الرجیکې توکي لکه : کورنۍ یا د پوزکی ډُوړې او ځنې نا معلوم مخرېشات (عطرونه، رنګونه او د سګرټ لوګي)، بیتا بالاکر، اسپرین او د التهاب ضد غیر ستروئیدې درمل، روحي فشارونه، احساساتي او وظیفوي پېښې د حملي لامل ګرځي.(۵).

آسماتیک حمله لاندې څرنګوالی لری.

۱ . د حملي څخه مخکې مخبروي ګیلې او نښې : تر هر څه د مخه آسماء تیک Aura منځ ته راځی چې متصف وي په یو یا ډېرو لاندنیو شیانو باندې .لکه : پرنجېدل، بطني هوا ټولېدنه او سرګرځېدنه. نو ناروغ په خپله تاریخچه کې د آسماء تیک اورا چې ځنې وخت د ویزنګ او ساتنګي څخه مخکې یا ورسره یو ځای وي، ګیله کوی.

۲. د حملي په وخت کې کلینیکې بڼه : زیاتره وخت حمله نیمه شپه شروع کېږي. لومړی په سینه کې فشارې احساس پیدا کېږي او بیا پرمختګ کوي چې په پای کې ناروغ کښېنی او مخامخ خوا ته ټیټېږی چې د دې کړنې په واسطه د نفس اخیستلو له پاره کوښښ کوی یا کړکۍ خوا ته منډه وهی تر څو د ساتنګي څخه ځان وژغوری. د ناروغ په فزیکي کتنو کې خوله کېدل او د اطرافو د یخوالی شتون او د سیني سنګاري د مشاهدې وړ وي. د

www.ketabton.com

سيني په اورېدلو کې شهيق د ذفير په پرتله لوړ او اوږد اورېدل کېږي. او هم په ذفير کې ويزنګ اورېدل کېږي. خو کله کله د حملې په آخر کې د سيني په قاعدوکې کريکل هم اورېدل کېږي. ځنې وخت د هوايي لارو د وخيم بندښت له کبله هوا تېرېدنه صورت نه نيسی چې په اصغاء کې هېڅ نه اورېدل کيږی چې Silent chest نومېږي.

۳ .د حملی آخري بڼه : کېدای شي حمله پخپله يا د درملو په کارولو سره ښه شي .کله چې Bronchospasm لرې شي نو وروسته ناروغ کولای شي چې د ټوخی په واسطه د برانکسونو څخه ميوکو فيبرينې توکي بهر کړي.

۴ . د حملي دوام : ځنې حملي د څو دقيقو يا ساعتونو ترمنځ ښه کېږي مګر ځنې حملي يوې اوږدې مودې له پاره دوام کوی چې د ستاتيوس آسماء تيکس بڼه ځانته نېسي.(۲).

۶-۴-۱. د سيني راديوګرافيک آزموينې : د حملي په مهال په ازموينه کې هايپرانفلشن ليدل کېږي چې د يرغل پرته نارمل وي. د دې ازموينې په واسطه سګمينټل يا لوبر کولپس هم مشاهده کېدای شي . را منځ ته شوې نموتراکس د دې ازموينې په وسيله جوتېږی. (۲، ۵).

۷-۴-۱. توپيرې پېژندنه : آسماء په ځوانو ناروغانو کې چې نور Comorbid ناروغي ورسره شتون ونه لري نو د دې ناروغي بېلول ډېره اسانه ده ځکه چې دغه ناروغان د هوايي لارو د بندښت سره ايزينوفيليا هم لري او د برانکوډايليټور سره ژر ځواب ورکوي، نو د برانکيل آسماء هغه بڼې چې د درملنې سره ځواب يې کامياب نه وي او يا د کلينيک له نظره روښانه کلينيک ونه لري، نو دا حالت بايد د ټولو هغه ناروغيو سره چې د سا تنګي لامل ګرځي توپير شي .د دې موخې له پاره ټولې ناروغي په څلورو ډلو وېشل کېږي.

۱. د هوايي لارې د پورتنی برخې ګډوډی : هغه ناروغي چې برانکيل آسماء ور سره غلطېږي عبارت دي له : د Vocal fold فلج کېدل يا د دندې پاتې والی، د خارجي اجسامو انشاق،

www.ketabton.com

لارنجوتراخیل کتلې، د توتکې تنګوالی، Tracheomalachia د انشاقي جروحاتو یا انجیواذیما له کبله د هوايي لارو اذیما.

۲. د هوايي لارې د لاندنې برخې ګډوډی: د آسماء څخه پرته د سږو ځنډنی بندښتې ناروغي شتون، برانکیکتاسیس، آلرجیک برانکوپلمونرې مایکوسیس، سیستیک فبروسیس، ایزونیوفیلیک نمونیا او برانکولایتیس ابرلیټرانس.

۳. سیستمیک وسکولوټایډس: لکه: Churg – strauss syndrom

۴. رواني لاملونه: ځنې رواني ناروغي چې په غلطه سره د وظیفوي آسماء په نوم تداوي کېږي. همدارنګه Emotional garyngeal wheezing, vocal fold dysfuncction, episodic laryngeal dyskineses. (۲، ۵).

۸-۴-۱. **تشخیص**: د ناروغي تشخیص د تاریخچې، فزیکي او لابراتواري کتنو په واسطه کېږي چې تایید له پاره یې د لاندې عملیو څخه کار اخیستل کېږي. (۸).

۱. د برانکو ډایلیټېور سره ځواب: د درملو د کارونې څخه مخکې او وروسته د FEV یا PEF کچه باید معلومه کړای شي؛ که چېرې د FEV1 یا PEF په کچه کې د ۱۵سلنې څخه زیات ښوالی را منځ ته شي د آسماء تشخیص تایید وي.

۲. د کورتیکوستروئید سره ځواب: په ځینو خلکو کې د هوايي لارې قسمي بندېز د خولې یا انشاقي لارې د کورتیکو ستروئیدو د کارونې په واسطه د منځه ځي او د سږو په دنده کې ښوالی رامنځ ته کېږي چې د ناروغي په تایید او درملنه کې ډېره مرسته کوي. (۲، ۵)

۹-۴-۱. **اختلاطات**: برانکېل آسماء زیات اختلاطات ورکوی چې په لاندې ډول دي.

۱. تنفسي اختلاطات: د مخاطی پلک له سببه لوبر یا لوبولرکولپس او برانکیکتازیس منځ ته راځي. د هوخی له کبله د پوستکی لاندې امفسیما، میډیاستېننیوم امفسیما، سنکوب، خپل سري نیموتراکس، خپل سري د پښتیو ماتېدنه او سیسټ ته ورته د سږو ویجاړېدنه

www.ketabton.com

منځ ته راځي. په تکراري ډول د برانکایټیس او نمونیا را منځ ته کېدل.(۱۵ سلنه) د نا برابری تهویې او پرفیوژن له امله تنفسي عدم کفایه او کورپلمونال (۲،۵ سلنه) را منځ ته کېږي.

۲. په دې ناروغي کې د زړه اریتمیا د هایپوکسېمیا او خفګان له کبله منځ ته راځی چې د بیتا اګونیستې او تیوفیلین د کارونې سره وخامت یې زیاتېږی او په وخیمو پېښنو کې په نادر ډول د زړه حمله او کله کله Dehydration او Tussive syncope هم رامنځ ته کېږي. د کورتیکو ستروييد ، بیتا اګونیستې د زیات مقدار کارونې له امله ، د تنفسي الکلوزیس له

امله د پوتاشیم کمښت رامنځ ته کیږی. ځنې اختلاطات لکه : د زړه بدوالی چې د تیوفیلین د کارونې له سببه منځ ته راځی او په زیاته کچه د وریدې کورتیکوستروئیدو کارونه د مایوپاتې سبب ګرځي. (۱، ۲).

۱۰-۴-۱.**درملنه** : تر هر څه د مخه ناروغ باید د پیل او مساعد کوونکو فکتورونو څخه ځان وساتي او د درملنې د پړاونو په خیال ساتلو سره د ناروغي په کنترول کې پوره ونډه واخلي.کله چې ناروغی کنترول شي ، نو باید د راتلونکی درملنې له پاره یو پړاو ښکته وټاکی.

د ناروغي په د رملنه کې د لاندې درملو څخه کار اخیستل کېږي.

۱.اېمونایزیشن

الف : په اتوپیک یا آلرجیک ناروغانو کې Desensitization چې لامل یې واحد آلرجن وي ښه پایله لری او ناروغی د تل لپاره د منځه وړي په ځانګړي ډول په ماشومانو کې .(۹).

ب : Anti – IgE : د دې موخې د سرته رسولو له پاره د انتې بادې بلاکینګ درملوڅخه کار اخیستل کېږي. د دې درملو ځنګړتیاوې دا دې چې په دوران کې هغه IgE چې د Cell bound IgE په بڼه نه وي، نه پرېږدي چې د Cell-bound IgE سره یو ځای شي

www.ketabton.com

چې دغه نه یو ځای کېدل د IgE اړوند غبرګونونه بندوي او نه پرېږدي چې مخ په وړاندې لاړه شي چې پایله یې د آسماء د اګزاسربیشن څخه مخنیوي کوی، نو ځکه دا درمل په ډېرو وخیمو حالتونو کې کارول کېږي. د دې موخې له پاره Omalizumab څخه کار اخیستل کېږي. دا درمل ډېر قیمت او یواځې هغه ناروغانو ته توصیه کېږي چې ځانګړې استطباب ولري او په شروع کې د دوه یا څلورو میاشتو له پاره امتحانی کارول کېږي او پایله یې کتل کېږي.که چېرې پایله یې مثبت او ښه وي نو دوام ورکول کېږي. دا درمل د پوستکی لاندې په زرقې ډول په۲-۴ اونیو کې ورکول کېږي.(۱۲).

۲.کېمیاوي درمل

الف . برانکو ډایلیټور: چې د حملي د لرې کولو د پاره کارول کیږی،مګر د ناروغي په کنترول کې کومه ګټه نه لري چې دا ډ له درمل Reliever drugs یا Rescue drugs دي چې د برانکوډایلټر درملو په نوم هم یادېږي. لکه : بیټااګونیست، انټي کولینرجیک او د زنټین مشتقات.

ب: برانکوډایلټر او د التهاب ضد درمل : دا درمل حمله ښه کوی او هم د راتلونکی حملی مخنیوي کوی چې د Reliever او Controller درملو په نوم یادېږي لکه :کرومولون.

ج. د التهاب ضد درمل : د حملي د منځه وړلو او کنټرول له پاره ګټور درمل دی. د آسماء د کنترول له پاره د التهاب ضد درمل لکه : کورټیکوسټروئید او انټي لیکوټرین کارول کېږي. کله کله د ایمیون تهدیدونکې درملو لکه : میتوتریکزیټ، ګولډ او سیکلوسپورین څخه هم کار اخیستل کېږي .

د ځنډنی برانکیل آسماء درملنه: په پنځو پړاونو سره سر ته رسېږي.

لومړی پړاو : ناروغ خفیف، نوبتي کلینیکې ښه لری چې د اړتیا سره سم د لنډ مها له انشاقي بیټا دوه اګونیسټ په واسطه تداوي کېږي.که د درمل اړتیا په ورځ کې له یو ځل څخه زیاته شوه، نو د درملنې پلان یې دوهم پړاو ته لوړېږي.

www.ketabton.com

دوهم پړاو: د مخنیوني وړ درملېز پلان ناروغ ته جوړېږي، یعنی د لومړني پړاو په درملنې باندې انشاقي کورتیکوسترویید ور زیاتېږي. چې ورځنې مقدار یې ۲۰۰ - ۴۰۰ مایوګرامه اټکل شوې ده.

درېیم پړاو : که په دوهم پړاو کې ټاکل شوې موخه ترلاسه نه شي نو بیا په ټاکل شوې پلان باندې اوږد مهاله بیټا دوه اګونیسټ ور زیاتېږي او ناروغ د ارزیابۍ لاندې ساتل کېږي.

الف :که ځواب مثبت او کنترول ښه وي نو جوړ شوي پلان ته دوام ورکول کېږي او که ځواب مثبت مګر کنترول ښه نه وي نو د پورتنی پلان سره د انشاقي کورتیکوسترویید ورځنې کچه ۸۰۰ مایو ګرامو ته لوړېږي. بیا هم که د اوږد مهاله بیټا دوه اګونیسټ سره ځواب منفي وي نو نوموړي درمل قطع او د کورتیکو ستروئیدو ورځنې کچه ۸۰۰ مایوګرامو ته لوړېږي. که ځواب بیا هم منفي پاتې شوه نو د پلان شوې درملو سره یو ځای، یو د لاندنېو درملو څخه ټاکل کېږي او ناروغ ته ورکول کېږي لکه : لیکوترین ریسپټورانټاګونیسټ یا ډوکسوفایلین.

څلورم پړاو : که چېرې په دې حالت کې د پورته توصیه شوې پلان سره سره بیا هم پایله یې ښه نه وي، نو د کورتیکوستروییدو ورځنی کچه باید ۲۰۰۰ مایوګرامو ته لوړه شي او څلورم درمل د لاندې درملو څخه وټاکل شي .لکه : ټابلیټ (لیکوترین ریسیپټور انټاګونیسټ، تیوفیلین او یا بیټا دوه اګونیسټ).

پنځم پړاو : په دې حالت کې ناروغ په دوامداره بڼه یا په نوبتي ډول د خولې د لارې د کورتېکو ستروییدو کارونې ته اړتیا لري.

www.ketabton.com

۱۱-۴-۱.د آسماء حاده او دوامداره وخیمه حمله (Status asthmaticus)

تعریف: کله چې وخیمه او حاده حمله، د ورځو یا اونیو پورې دوام وکړي د ستاتیوس آسماتیکس په نوم یادېږي.

۱. حاده وخیمه حمله : هغه وخت یوه حمله وخیمه بلل کېږي چې یو د لاندنیو حالتونو څخه شتون ولری.کله چې PEF د۳۳ - ۵۰ سلنۍ په شاوخوا کې وي.کله چې تنفسي شمېره په دقیقه کې د **۲۵** څخه زیاته وي.کله چې د نبض شمېره په دقیقه کې د ۱۱۰ څخه زیاته وي او کله چې ناروغ پوره جمله خبرې ونشي کړای.

۲ . ژوند ته ګواښ کوونکی بڼه :کله چې په پورتنی بڼې باندې یو د لاندینیو حالتونو څخه علاوه شي . کله چې PEF د۳۳ سلنۍ څخه کم وي.کله چې د اکسجن مشبوع والی د ۹۲ سلنۍ څخه کم وي. کله چې تنفسي عملیه بې اغېزې شي .کله چې ناروغ په هایپوتینشن کې وي.کله چې غمجن او غیر ارادي حرکات منځ ته را شي .کله چې ناروغ کې Silent chest شتون ولري. کله چې په ناروغ کې سیانوسیس شته وي.کله چې په ناروغ کې برډې کارډیا یا بله بې نظمي شته وي.کانفیوژن (د شعور خرابوالی یا د کوما شته والی.) .کله چې PaO2 د ۸ کېلو پاسکالو څخه کم وي.او نارمل PaCO2 کله چې د ۲ - ۲،۵ کېلو پاسکالو په اندازه وي.

۳ .مړینی ته نژدې حالت : کله چېPaCO2 د ۲ کېلو پاسکالو څخه کم شي یا ناروغ میخانیکی تهویې ته اړتیا پیدا کړي.

۱۲-۴-۱.درملنه : درملنه یې په دوه پړاوونو کې سرته رسېږي، بېړنۍ او تعقیبې.

بېړنۍ پړاو : ناروغ ته اکسجن په لوړه کچه باید شروع شي ، یعنی۲ - ۸ لېتره په دقیقه کې. سلبوتامول **۵** ملي ګرامه یا تربوتالین ۱۰ملي ګرامه د اکسجن سره یو ځای د نیبولایزر په بڼه. اپراتروپیوم بروماید .**۵**،۰ ملي ګرامه د سلبوتامول د پورتنی کارونې په

www.ketabton.com

څېر. پرېډنیزیلون ۳۰ - ۲۰ ملي ګرامه د خولې له لارې یا هایدروکارتیزون د بدن په هر کېلوګرام باندې ۵ ملي ګرامه په زرقي ډول ورکول کېږي. د سیني رادیوګرافي توصیه کېږي تر څو د نیموتوراکس په هکله معلومات لاسته راشی. ۲۵۰ ملي ګرامه امینوفلین د ورید د لارې (د ۲۰ دقیقو په موده کې) په دې شرط چې ناروغ د دې درملو په فمې کارونې باندې نه وي. که ۲۴ساعته وروسته بیا هم دې درملو ته اړتیا پیدا کېږي نو د سیروم په هر لېټر دې ۱۰– ۲۰ ملي ګرامه وټاکل شي.

نورې آضافي کړنې: ناروغ باید د هڅوونکو فکتورونو او د سګرټ څخه لرې وساتل شي. د تبې یا د تقیحي بلغمو د شتون په وخت کې ناروغ ته انټي بیوتیک باید توصیه شي. ناروغ باید پوره وپوهول شي. ۲۵، ۰ ملي ګرامه (سلبوتامول یا تربوتالین) د ورید د لارې د ۱۰ دقیقو په موده کې توصیه کېږي. مګنیزم سلفیټ هغه وخت ناروغ ته توصیه کېږي چې مړینې ته نژدې او د انشاقي برانکو ډایلیټور او کورتیکوستروئید سره ځواب ورنه کړي. دا درمل یو ځل ۲، ۱ - ۲ ګرامه د ورید د لارې د ۲۰ دقیقو په موده کې توصیه کېږي. که ناروغ حامله وي، نو لنډ مهاله بیتاآګونیسټ، انشاقي سټروئیډ او تیوفیلین کارول کېږي. که د خولی له لارې سټروئیډو ته اړتیا وي نو بیا پرېډنیسون د پرېډنیسلون څخه غوره والی لري. که عمومي بېهوښې ته اړتیا پېښېدله نو باید د هالوتان سره سرته و رسېږي. که ناروغ سېداتیف ته اړتیا درلودله، نوکولای شی چې د Benzodiazepine څخه ګټه واخلي. (۲، ۱۲).

۵-۱. لنډیز: څرنګه چې زمونږ هېواد وروسته پاتې دی او هم د چاپېریال ساتنې له پاره په علمي انداز کوم منل شوي پروګرامونه نه لري او هم په میخانیکی ډول د چاپېریال ساتنې له پاره پروګرامونه په افغانستان کې شتون نه لري. نو زمونږ د هېواد اوبه او هوا حالت ډېر د اندېښنې وړ او ځنې ناروغي چې د خرابي هوا او اتموسفیر څخه را منځ ته کېږي ډېر لیدل کېږي لکه: حاد تراکیوبرانکایتیس، ځنډنی برانکایتیس، امفسیما او برانکیل آسماء چې د درېو آخري ناروغیو ځنډنی حالتونو ته د سږو ځنډنی بندښتي ناروغي ویل کېږي چې د دې

www.ketabton.com

ناروغیو د مخنیوي په خاطر د اوبه او هوا او چاپېریال ساتنې له پار ه باید ډېر کار و شي او هم د دې ناروغیو مساعد کوونکی فکتورونه اصلاح او لاملونه یې باید د منځه لاړه شي .

۶-۱. پوښتنې

تشریحي سوالونه

۱ : د حاد تراکیوبرانکایتیس لاملونه کوم دي؟

۲: حاد تراکیو برانکایتیس ناروغانو ته څه وخت د مایکروب ضد درمل توصیه کېږي؟

۳: بلوبلتېر او پینک پفر کلینیکې بڼې څنګه یو د بل څخه بېلېدای شي ؟

۴:د برانکیل آسماء په کوم پړاو کې فمې سټرویډ توصیه کېږي؟

۵ : څنګه پوهېږو چې د مزمن برانکایتیس په ناروغ کې کورپلمونال تاسس کړي دي؟.

۶: د برانکیل آسماء ترایګر څه ته ویل کېږي؟

۷: مزمن برانکایتیس کې کوم ډول پولې سایتیمیا منځته راځي؟

سم ځوابونه په نښه کړئ

۸: ځنډنی برانکایتیس په:الف: څلور ډو له وېشل کېږي.ب :درې ډو له وېشل کېږي.

ج :دوه ډو له وېشل کېږي.د:پورته درې واړه جملې غلطې دي.

۹:لاندې نیمګړې جمله پوره کړئ:داتوپیک آسماء په سیرالوژیک کتنوکې....انتي بادې مثبت وي.

صحیح په (ص) او غلط په(غ) سره یې په نښه کړي.

۱۰:(   ) COPD ناروغي زیاتره وخت د مزمن برانکایتیس ، امفسیما او کله کله د مزمن آسماء په سیر کې را منځته کېږي.

www.ketabton.com

۱-۷. اخځلیکونه

۱ . احمدزی، حیات الله او ولي زاده، بریالی .(۱۳۹۱ ل ل). د برانکیل آسماء اختلاطات. داخله څانګه، طب پوهنځی، ننګرهار پوهنتون. پوهه مجله، ګڼه: ۴۳ – ۴۴ ، مخونه :۷۲ - ۷۳ .

۲. حیات، حیات الله .(۱۳۸۸ ه ش).امراض داخله. شرکت سهامی، مطبعه نعمانی. صفحات:۱ - ۵۰ .

۳. شینواری، محمد ناصر .(۱۳۸۹ ل ل).د سیني ناروغي او توبرکلوز. کور، کابل. مخونه ۱- ۹۸ .

۴. مطیع، مطیع الله او احمدزي، حیات الله. (۱۳۹۲ل ل).د COPD په Exacerbation کې د اریتمیا پېښې.داخله څانګه،طب پوهنځی،ننګرهارپوهنتون.پوهه مجله، ګڼه: ۴۵ – ۴۶، مخونه :۷۲ – ۷۶ .

۵. نشاط، محمد طیب .(۱۳۸۸ ل ل).تنفسي او د زړه د دساموںو روماتیزمل ناروغي. داخله څانګه ، طب پوهنځی ، ننګرهار پوهنتون. مخونه ۷۸ – ۱۳۳ .

6.Colledge, Nicki.Walker, Brian R & Ralstom, Stuart H. (2010). Davidson's Principles & Practice of Medicine ,21ST Edition. Churchal Livingstone, Elsevier India Private Limited.Pp: 662 - 676.

7.Goldman, Lee & Ausiello, Dennis. (2007). Cecil Medicine , 23rd Edition. Saunders Elsevier India.Pp:612 - 626, 672-674.

8.Foster, Corey & Mistry, Neville.(2010). The Washington Manual of Medical Therapeutics, 33rd Edition. A lipponcort Minual, Department of Medicine Washington University School of Medicine.Pp: 272 - 297.

www.ketabton.com

9. Kelley, Willam N.(1997). Text Book of internal Medicine , 3rd Edition. Lippincott's Raven Company.P: 1987.

10.Kumar, Parveen & Clark, Michael.(2007). Clinical Medicine,6th Edition. Elsevier Saunders, London. Pp : 912 - 921.

11.Kumar, Vinay. Cotran, Ramazi and Robbins, Stanley L. (2003). Robbins Basic Pathology, 7th Edition. Saunders.Pp :458 – 464.

12.Longo, DanL. Fauci, Anthony & Kasper, Dennis L. (2008). Harrison's Principles Internal Medicine , 18th Edition. Mc Graw Hill Medical Lisbon London. Pp :1485 – 1499, 2102 – 2114, 2151- 2159.

13.Papadakis, Maxine A . Mcphee, Stephen J and Rabow, Michael W.(2014). Currrent Medical Diagnosis & Treatment, 53rd Edition. Mc Graw Hill Lange New Yark. Pp : 235 – 256.

14. Taber's cyclopedic medical dictionary,20th Edition .(2001).F, A, Davis Company, WWW,F,A,Davis,Com.Pp : 296 - 297, 692, 2221.

www.ketabton.com

دوهم څپرکی

د سږی انتانې او التهابي ناروغي

پیلیزه : څرنگه چې زموږ په هېواد کې انتانې ناروغي زیاتې لیدل کېږي.ځکه چې زموږ د هېواد وګړی غریب او هم د تعلیم له پلوه وروسته پاتې دي. نو له یوه پلوه ښه خواړه شتون نه لري او له بل پلوه د انتاناتو د ساتلو په برخه کې وقایوي کړنې تر سره کولای نه شي . همدارنګه حکومتی چارواکی هم د خپل ملت له پاره کوم کار چې اړین دی سرته نه رسوی نو دا خلک په رنګا رنګ انتانې ناروغیو اخته کېږي چې د هغې ډلې څخه د ځینیو تنفسي ناروغیو لکه : نمونیا، د سږو خنځې، برانکیکتازیس او اتلیکتازیس څخه یادونه کوو. چې هر یو یې په تعریف شروع او په درملنه ختم شوې ده . همدارنګه د هرې ناروغي په هکله وقایوی تدابیر او کړنې تشریح شوي دي.

سینه بغل

تعریف : د سږو د پرانشیمایي انساجو حاد التهاب د سینه بغل په نوم یادېږی چې د اناتومیک موقیعت، ایتالوژي، د ټولنې اوروغتون له انده په مختلفو ډلوو وېشل شوې ده.

۱-۲.ټولنې اړوند را منځ ته شوې سینه بغل

۱-۱-۲. اپیدیمولوژي : هر کال د امریکایي ټولنې په ۴ میلونه ناروغانو کې نژدې ۸۰ سلنه ناروغان په OPD کې او نژدې ۲۰ سلنه ناروغان د روغتون په دننه کې تداوی کېږي. چې د دې څخه د ۲۰۰۰۰۰ څخه ډېر ناروغان په روغتون کې بستر کېږي چې دغه ناروغان ۲۴ میلونه ورځې د کار کولو څخه بې برخې پاتې کېږي او هم د مړنی کلنۍ شمېره یې ۴۵۰۰۰ تنو ته رسېږي. چې اقتصادي تاوان یې نژدې ۹ - ۱۰ بېلونه ډالرو ته رسېږي. د دې ناروغي پېښې په عمر خوړلو خلکو کې زیات وي. په عمومي ډول دغه ناروغي د

www.ketabton.com

متحده ایالاتونو په هر ۱۰۰۰ کسانو کې ۱۲ تنه جوړوي. خو! دغه رقم په هغو زرو (۱۰۰۰) ماشومانو کې چې عمر یې د څلورو کلونو څخه ټیټ وي ۱۸ تنو ته رسېږي او په عمر خوړلو خلکو کې چې عمر یې د ۲۰ کلونو څخه زیات وي نو بیا دغه رقم ۲۰ تنو ته لوړېږي. په عمومي ډول د CAP ناروغي د خطرې فکتورونو شتون د درملنې له پاره ډېر مهم وي په ځانگړې ډول د نموکوکل نمونیا له پاره. د دې ناروغي خطرې فکتورونه عبارت دي له : الکولیزم، آسماء، معافیت ځپلی، پیوندی غړي او د ۷۰ کلنۍ څخه د عمر زیاتوالی. که چېرې عامل ستریپتوکوکل وي نو خطرې فکتورونه یې عبارت دي له : الکولیزم، Dementia, Seizure ، د زړه عدم کفایه، د تمباکو څکونه او د قصباتو او قصیباتو ځنډنی انسداد. Enterobacteriaceae په هغه ناروغانو کې چې معیوبونکی ناروغي لکه : د زړه پاتې والی، د پښتورگو پاتې والی او الکولیزم شتون ولري، زیات لیدل کېږي. همدارنگه په هغه ناروغانو کې چې د سږو ساختمانی ناروغي (برانکیکتاسیس، سیستیک فبروسیس او یا د هوایي لارو انسدادې ناروغي) ولري نو P- aruginosa ډېر لیدل کېږي. د Legionella انتان له پاره مساعدکوونکی فکتورونه عبارت دي له : ډیابیټ، د وینې خبیثه ناروغي، سرطانونه، د بډوډو وخیمه ناروغي، HIV انتان، سگرټ څکونه، نارینه جنس او په نژدې وخت کې د هوټل د اوسېدو تاریخچه. د ننگرهار د طب د پوهنځي د داخلي څانگې د څېړنو او ریسرچېونو په بنسټ زمونږ په ټولنه کې د دې ناروغي زیات اسباب نژدې ۴۷ سلنه ستریپتوکوکس جوړوي. د دې ناروغانو اختلاطات ۱۵،۷ سلنه دي،چې د دې ډلې۳۲ سلنه پلورایي مایع او د مړینې شمېره ۱۱سلنه جوړوي. (۲، ۳، ۵، ۱۰، ۱۱).

همدارنگه نمونیا یوه مرگونۍ انتانې ناروغي ده چې د مرگوني ناروغیو په شپږم قطار کې ځای لري. په ټوله نړۍ کې لیدل کېږي.

۲-۱-۲. پېښې : هر کال د امریکایي ټولنې په ۴ میلونه ناروغانو کې نژدې ۸۰ سلنه ناروغان په OPD کې او نژدې ۲۰ سلنه ناروغان د روغتون په دننه کې تداوي کېږي. چې د دې څخه له ۲۰۰۰۰۰ څخه ډېر ناروغان په روغتون کې بستر کېږي چې دغه ناروغان ۲۴

www.ketabton.com

میلونه ورځې د کار څخه بې برخې پاتې کېږي او هم د مړینی کلنۍ شمېره یې ۴۵۰۰۰ تنو ته رسېږي.د دې اقتصادي تاوان نژدې ۹-۱۰ بېلونه ډالرو ته رسېږي.د دې ناروغي پېښې په عمر خوړلو خلکو کې زیات وي. په عمومي ډول دغه ناروغي د متحده ایالاتونو په هر ۱۰۰۰ کسو کې ۱۲ تنه جوړوي.خو! دغه رقم په هغه زرو (۱۰۰۰) ماشومانوکې چې عمر یې د څلورو کلونو څخه ټیټ وي ۱۸ تنو ته رسېږي او په عمر خوړلو خلکو کې چې عمر یې د ۲۰ کلونو څخه زیات وي نو دغه شمېره ۲۰ ته لوړېږي.

۳-۱-۲.کلینیکې بڼه : د ناروغي کلینیکې بڼه د ډېر تنبلي او مبهمې بڼې څخه نیولی تر Fulminant بڼې پورې را منځته کېږي چې د وخامت له نظره د خفیفې مرحلې څخه نیولی تر ډېرې وخیمې مرحلې پورې رسېږي. د ناروغ ګیلې او نښې د ناروغي د وخامت، وړاندی تګ او د انتان تر قوت پورې تړلی دي. په ناروغ کې دواړه ستونزې (عمومي، سږو او د هغه د جوړښتونو پورې تړلی) شتون لري. د پتالوژۍ په مرسته کولای شو چې د پتالویک بدلونونو سره برابر کلینیکې بڼه په ناروغ کې پیدا کړو.

۱. تاریخچه

تبه : ناروغ د تبې څخه حکایت کوی چې ور سره تکې کاردیا هم وي.کېدای شي چې خوله کېدل او یا لړزه هم ور سره یو ځای وي.

ټوخی : ناروغ به د ټوخی څخه شاکي وي. چې په شروع کې وچ او د وخت په تېرېدو سره بلغم هم پیدا کېږي چې بلغم یې مخاطې، تقیحې او ور سره کله کله وینه هم شتون لري. چې د یاد شوو ستونزو وخامت د ناروغي د وخامت سره راسا تړلی وي.کله کله ناروغ کولای شي چې په پوره جملو سره خبري وکړای شي او یا کله کله د نفس د لنډوالی له کبله پوره خبري نشي کولای. که چېرې پلورا په ناروغي اخته شوي وي نو ناروغ د سیني د درد څخه هم شاکي وي. په دې ناروغي کې ۲۰ سلنه ناروغان د هضمي سیستم ستونزي لکه : د

www.ketabton.com

زړه بدوالی، کانګی او اسهالات لري. نورې ستونزې لکه : سترتیا ، سردردی، د عضلو درد او د بندونو دردونه هم په دې ناروغي کې شتون لري.

۲. فزیکي کتنه : د دې ناروغي فزیکي نښې د تکاثف او د پلورل افیوژن د شتون او د نشتوالی پورې تړلی ښکاري. تنفسي شمېره زیاته او هم په تفتیش کې د کومکی عضلو زیاته کارونه لیدل کېږي. په جس سره کېدای شي Tactile fermitus لوړ یا ټیټ جس شی. په پرکشن کې څرګندونې د Dull څخه نیولی تر Flat پورې اورېدل کېږي.

په آصغاء کې لاندې څرګندونې اورېدل کېږي لکه : Bronchial breath sounds, Crackle , کله کله Pleural friction rub اورېدل کېږي. همدارنګه په زړو خلکو کې پورتنی کلینیکې بڼه واضیح او ښکاره نه وي. نو په دې ناروغانو کې د شعور ګډوډي (نوی وي یا پخوانی).که چېرې په دغه زړو خلکو کې ناروغي وخیمه بڼه ولري نو کېدای شي چې Septic shock یا د کوم غړي پاتې والی و لیدل شي .

دسیني رادیوګرافي : کله کله دا ازموینه د ناروغي د پېژندلو او هم د نورو ناروغیو څخه د جلاکولو په خاطر سر ته رسېږي چې کلینیکې څرګندونې یې عبارت دي له:

Cavitation یا Multilobar چې د ناروغي د وخامت له پاره خطرې فکتورونه جوړوي. کله کله راډیولوژیک څرګندونې د ناروغي د لامل په هکله هم پوره معلومات ورکوی د بېلګې په ډول : د Pneumatoceles شتون په S.aureus باندې دلالت کوی.د پورتنی لوب کهف په TB باندې دلالت کوی.

۴-۱-۲. د ناروغي پېژندنه : د دې ناروغي پېژندنه د تاریخچې، فزیکي کتنې او لابراتوارې کتنو په بنسټ صورت نیسي. د دې ناروغي د پېژندلو له پاره دوه سوالونه را منځته کېږي چې ډاکټر باید د ځان سره یې مطرح کړي. یوه پوښتنه دا ده چې آیا ناروغ نمونیا ده یا نه ؟

که چېرې ناروغ په ربښتیا سره نمونیا وي نو د ناروغي لامل به یې څه وي؟

www.ketabton.com

لومړی سوال د کلینیکي بڼې او راډیوګرافیک کتنو په واسطه ځوابېږي او د دوهم سوال ځواب د لابراتوارې کتنو پواسطه صورت نیولای شي.

۵-۱-۲. لابراتواري پلټنې

د ناروغي لاملونه: تل د ناروغي لامل د کلینیکي بڼې په واسطه نه پېژندل کېږي او د هغې د پېژندلو له پاره لابراتواري کتنو ته اړتیا پیدا کېږي. معالج ډاکټر باید د لابراتواري کتنو په مرسته د ناروغي اصلی لامل وپېژني او د اصلي لامل تداوي باید وشي. د دې ګټه دا ده چې د انتاناتو د مقاومت د را منځته کېدو مخنیوی کېږي او د بلی خوا د معلومو انتي بیوتیکونو کارونه سر ته رسېږي او د بې ځایه انتي بیوتیکونو د نه کارونې له امله د اقتصاد د بې ځایه کارونې څخه مخنیوی هم کېږي او هم ځنې وخت د لابراتواري کتنو په واسطه ځنې انتانات لکه: تیوبرکلوز او یا انفلوانزا پېژندل کېږي چې ځان ته جلا د تداوي پلان لري. نو د دې موخې له پاره لاندې لابراتواري ازموینې سر ته رسېږي. د بلغم کلچر او د ګرام تلوین، د وینې کلچر، په ادرار کې د Ag او Ab سر ته رسول چې د نیموکوکل او لیجیونیلا له پاره ډېر ارزښت لري. PCR او ځنې نور سیرالوژیک کتنې هم باید سر ته و رسېږي.

د بلغمو کلچر او د ګرام ستېن: د Gram's stain څخه موخه دا ده چې د دې پواسطه د کلچر له پاره نمونه ټاکل کېږي او د ګرام تلوین په واسطه د ناروغي اصلي لاملونه پېژندل کېږي چې عبارت دي له: S.pneumonia, S.aureus او ګرام منفي بکتریا. همدارنګه ځنې بکتریاوي په کلچر کې هم لاسته راځي او انتي بیوګرام هم سر ته رسېږي.

دوینې کلچر: د نمونیا د ټولوناروغانو د وینې کلچر ته اړتیا نه لیدل کېږي مګر د وینې کلچر په لاندې ناروغانو کې سر ته رسېږي. د نمونیا هغه ناروغان چې په ثانوي ډول نیټروپینیا، کوم ناروغان چې Spleen ونه لري، هغه ناروغان چې د Complement کمښت ولري، د ځیګر ځنډنی ناروغي او یا کله چې ناروغ په وخیمه CAP اخته وي. ناروغ د نمونې د اخیستلو څخه مخکښې باید انتي بیوتیک کارولی نه وي.

www.ketabton.com

د انټي جن ازموينې : دوه تجارتي ازموينې کولای شي چې په تشو میتازو کې د نیموکوکل نمونيا او لیجیونیلا نمونیا انټي جن تشخیص کړي. په دې ازموینو کې د False – positive د چانس هم شتون لري. همدارنګه نور انټي جینیک ټیسټونه د انفلوانزا او Respiratory syncytial ویروسونو له پاره سر ته رسیږي.

Polymerase chain reaction : دا ازموینه د مایکرو اورګانیزمونو په DNA او RNA باندې سر ته رسیږي. په ځانګړې ډول د L.pneumophila او Mycobacteria د پېژندلو له پاره. دا ازموینه د ناروغې په ټولو پېښوکې سرته نه رسیږي بلکه دا ازموینه د لاندې پېښو پورې ځانګړې شوې ده. په څېړنېز مرکزونو کې، د سیپټیک شاک ناروغانو کې، کوم ناروغان چې میخانیکې تهوې ته اړتیا لري او هغه مړي چې د پورتنیو ناروغیو له پاره مشکوک وي.

سیرالوژي : د IgM څلور چنده د نارمل څخه لوړېدل د ناروغي په حاد او یا نقاهت دلالت کوي چې پخوا په Atypical نمونیا کې د پتوجن د معلومولو له پاره په ځانګړې ډول د Coxiella burnetii د معلومولو له پاره په کار وړل کېدل. مګر د زیات وخت د نیولو په خاطر نن سبا په کار نه وړل کیږي.

۶-۱-۲. درملنه : د دې ناروغانو د درملنې له پاره تر هر څه د مخه باید د ناروغ د درملنې ځای باید وټاکل شي چې د درملنې درې ځایونه شتون لري چې عبارت دي له : کور، د روغتون عمومي څانګه او د روغتون د شدېدې څارنې خونه. څرنګه چې د داخل بستر ناروغ اقتصادي لګښت ډېر زیات وي. نو هر یو ناروغ د درملنې د ځای د ټاکلو له پاره ځانته استطبابات لري چې دغه استطبابات د لاندې دوه ډوله کریتریاو پورې تړلي دي چې یو یې د Pneumonia Severity Index (PSI) کریتریا په نوم یادیږي. د CURB65 او بل یې د PSI له پاره ۲۰ مختلف څېړونه دي چې عبارت دي له : عمر، د نمونیا سره په عین وخت کې د نورې ناروغي یو ځایوالی، غیر نارمل فزیکي او لابراتواري کتنې او د CURB65

www.ketabton.com

پنځه شیان دي. په ګڼ میشتو روغتونو کې د PSI په ځای د CURB65 څخه کار اخیستل کېږي.

په امپریکل ډول د نمونیا په ناروغ کې دانتي بیتیکونو کارونه : په ټولنې اړوند نمونیایي ناروغانو کې انتي بیوتیک په لاندې ډول کارول کېږي.

الف : د روغتون څخه بهر د نمونیا درملنه : کله چې د نمونیا ناروغ تشخیص شي نو دا باید جوته شي چې په تېرو درې میاشتو کې کوم انتي بیوتیک یې کارولی دي یا نه؟

که چېرې ناروغ انتي بیوتیک یې کارولي نه وي نو د لاندې انتي بیوتیکونو څخه ګټه اخیستل کېږي.

۱. د مکرولیډونو څخه کلریترومایسین ۵۰۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځلي د خولې له لارې یا ازیترومایسین اول ځلې ۵۰۰ ملي ګرامه د ورځې یو ځل د خولې له لارې او بیا ۲۵۰ ملي ګرامه د ورځې یو ځل توصیه کېږي. که چېرې د درمل په کارونه کې کومه ستونزه شتون درلود نو بیا د دې ځای ناستی درمل ډوکسي سیکلین توصیه کېږي چې مستعمله مقدار یې ۱۰۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځلي د خولې له لارې ناروغ ته ورکول کېږي.که چېرې ناروغ په تېرو درې میاشتو کې انتي بیوتیک یې کارولي وي او د مکرولیډو سره مقاومت شتون ولري او یا د نمونیا سره نور معلولونکی ناروغي شتون ولري نو بیا د پورتنی درملو پر ځای د لاندې مختلفو درملو څخه ګټه اخیستل کېږي.

۲.د تنفسي فلوروکواینولون د ډلې څخه موکسي فلوکساسین ۴۰۰ ملي ګرامه د ورځې یو ځل د خولې له لارې یا جیمي فلوکساسین ۳۲۰ ملي ګرامه د ورځې یو ځل د خولې له لارې یا لیوفلوکساسین ۷۵۰ ملي ګرامه د ورځې یو ځل د خولې له لارې . همدارنګه د دې درملو په ځای د بل ګروپ درملو څخه هم ګټه اخیستل کېدای شي چې عبارت دي له : د بیتالکتم له ډلې څخه اموکسیسیلین یو ګرام د ورځې درې ځلي یا اموکسیسلین او Clavulanate یو ځای دوه ګرامه د ورځې درې ځلي د خولې له لارې یا د دې پر ځای سیفترایکسون یو یادوه

www.ketabton.com

ګرامه د ورځې يو ځل د وريد له لارې يا Cefpodoxime ، ۲۰۰ ملي ګرامه د ورځې درې ځلي يا Cefurxime ، ۵۰۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځلې د خولې له لارې د مکروليډو سره يو ځای توصيه کېږي.

د نمونيا هغه ناروغان چې په روغتون کې بستر وي

د روغتون په عمومي څانګه کې

۱.د تنفسي فلوروکواينولون د ډلې څخه موکسې فلوکساسين ۴۰۰ ملي ګرامه د ورځې يو ځل د خولې يا د وريد له لارې يا جيمې فلوکساسين ۳۲۰ ملي ګرامه د ورځې يو ځل د خولې يا وريد له لارې يا ليوفلوکساسين ۷۵۰ ملي ګرامه د ورځې يو ځل د خولې يا د وريد له لارې.

۲.د بيتالکتم له ډلې څخه سيفوتاکسيم ۱-۲ ګرامه د ورځې درې ځلي د وريد له لارې يا سيفترايکسون ۱-۲ ملي ګرامه د ورځې يو ځل د وريد له لارې يا په ټاکل شوي خلکوکې امپيسيلين ۱-۲ ګرامه د ورځې ۴-۲ ځلي د وريد له لارې، د مکروليډو څخه لکه : کلريترومايسين يا ازيترومايسين سره يو ځای توصيه کېږي.

د روغتون په جدي مراقبت خونه کې

۱.د بيتالکتم له ډلې څخه سيفوتاکسيم ۱-۲ ګرامه د ورځې درې ځلي د وريد له لارې يا سيفترايکسون ۱-۲ ملي ګرامه د ورځې يو ځل د وريد له لارې يا په ټاکل شوي خلکوکې امپيسيلين سلبکتم دوه ګرامه د ورځې درې ځلې د ازيترومايسين يا فلوروکواينولون سره يو ځای توصيه کېږي.

د نمونيا ځانګړې حالتونه او د هغې ځانګړې درملنه : که چېرې د سينه بغل لامل سيډوموناس وي نو لاندې درمل ورته توصيه کېږي.

د نيموکوکل او سيډوموناس ضد بيتالکتم پيپراسيلين او ټازوبکتم ۴,۵ ګرامه د ورځې څلور ځله د وريد له لارې ورکول کېږي يا سيفيسپيم ۱-۲ ګرامه د ورځې دوه

www.ketabton.com

ځله یا ایمیپینیم ۵۰۰ ملي ګرامه د ورځې څلور ځلي د ورید له لارې یا میروپینیم یو ګرام د ورځې درې ځلي سیپروفلوکساسین ۴۰۰ ملي ګرامه هر ۱۲ ساعته وروسته د ورید د لارې یا لیوفلوکساسین ۷۵۰ ملي ګرامه د ورځې یو ځل د ورید له لارې یا پورتنی بیتالکتم د امینو ګلایکوسایدو (امیکاسین د ورځې ۱۵ ملي ګرامه په یو کیلوګرام وزن د بدن په وېشلې ډول یا ټوبرامایسین د ورځې ۷،۱ ملي ګرامه پر کیلوګرام د بدن په وېشلې ډول د ازیترومایسین سره یو ځای. یا پورتنی بیتالکتم د امینوګلایکوسایډ او انتي نیموکوکل فلورکواینولون سره یو ځای توصیه کېږي.که چېرې د ناروغي لامل CA-MRSA وي نو بیا دې ناروغ ته د پورتنیو درملو سره یو ځای Linzolid ۲۰۰ ملي ګرامه هر ۱۲ ساعته وروسته د ورید له لارې او یا د دې په ځای وانکومایسین یو ګرام هر ۱۲ ساعته وروسته د ورید له لارې توصیه کېږي.

۱-۲-۲. **تعریف** : د هغه سینه بغل څخه عبارت دی چې لامل یې ستریپتوکوکس (نموکوکس) بکتریا وي چې په دې بنسټ د ستریپټو کوکل نمونیا په نوم هم یادېږي. (۱، ۳، ۹).

۲-۲-۲. پېښې : دا ناروغي د ټولنې په ټولو خلکو کې رامنځ ته کېږي. خو! په ځانګړې ډول په درېوو لاندنیو ډلوو کې زیات پېښېږي.

۱ . هغه خلک چې نورې ځنډنی ناروغي ولري لکه : د زړه احتقاني عدم کفایه ، د سږو ځنډنی بندښتي ناروغي او یا ډیابیټ.

۲ . هغه خلک چې په ارثي یا کسبي ډول د اېمنیوګلوبولین د نشتوالی سره مخ وي لکه : AIDs .

۳ . هغه خلک چې توری یې د دندې پاتې والی ولري او یا هېڅ دنده سرته ونه رسوي لکه : سیکل سیل انیمیا او د سپلینیکتومی څخه وروسته خلک . په وروستنی پېښه کې نمونیا ځکه رامنځ ته کیږي چې توری د هغه غټو غړو څخه شمېرل کېږي چې د وینې څخه د نموکوکس د لرې کولو مسؤولیت په غاړه لري. (۱).

www.ketabton.com

۳-۲-۲. پتالوژي : نموکوکل نمونیا کولای شی چې په یوه وخت کې یو سیګمنټ یا یو لوب یا څو لوبونه اخته کړی نو ځکه دا پېښه د لوبرنمونیا په نوم یادېږي. د ا ناروغي د زړو خلکو په سږو کې په منتشر ډول او هم په نقطوي بڼه منځ ته راتلای شي چې په هغه صورت کې د برانکو نمونیا په نوم یادېږي.

۱ . لوبرنمونیا : دا پېښه زیاتره وخت د انتي بیوتیک د کارونې څخه مخکې را منځ ته کېږي او په څلورو لاندینیو پړاونو سره سر ته رسېږي.

الف .احتقاني پړاو : د اخته شوي لوبونو رنګ سور، د وزن له پلوه دروند، د سطحي له پلوه هموار او لامده ښکاري. چې رګونه یې پړسېدلي او اسناخ یې د پروتیني مایع، نیتروفیلونو او بکتریاو څخه ډک وي.

ب .سور رنګه تکبُدي پړاو : په دې پړاو کې د سږی لوبونه ځیګر انساجو ته ورته بڼه ځانته نیسي او اسناخ د نیتروفیلونو، د وینې د سرو حجرو او فبرینو (Fibrins) څخه ډک وي.

ج . خاکي رنګه تکبُدي پړاو : په دې پړاو کې د سږی قوام سخت، رنګ یې خاکي او وچ معلومېږي. ځکه خاکي معلومېږي چې په دې پړاو کې د وینې سري حجري تجزیه شوې وي او په ډګر کې فیبرینې اګزودات حاکم جوړ شوې وي.

د. اوبلنېز پړاو : تل په غیراختلاطي پېښو کې لیدل کېږي چې په دې پړاو کې اګزودات د انزایماتیکې عملیو په واسطه هضمېږي او اسناخ خپل اصلي او اولنۍ جوړښت او څېرې ته را ګرځي. مګر کله کله په پلورا کې فیبروتیک پنډوالی رامنځ ته کېږي او یا جدارونه یې یو د بل سره نښلي (۹).

۲ . برانکو نمونیا : په دې حالت کې انتاني او التهابي محراقونه یې خپاره ډوله وي چې په یوه لوب کې یا په دواړو سږو کې لیدل کېږي. مګر په ډېرو وخیمو پېښو کې تکبُدي ټکۍ هم ور سره یو ځای لیدل کېږي چې خاکي، سور یا ژېړ ته ورته او پړسېدلي

www.ketabton.com

معلومېږي مگر هېڅکله د ۴ سانتي مترو څخه زيات نه وي. همدارنگه په موضعي ډول قصبات، قصيبات او نژدې اسناخ د تقيحي اګزودات څخه ډک وي. (۱،۳،۹).

۴-۲-۲.کلينيکی بڼه : دا ناروغي د سينه بغل د ټولو پېښو ۳۰ سلنه جوړوي چې د تنفسي سيستم د پورتنی برخې د انتاناتو U.R.I په تعقيب را منځ ته کېږي.

تاريخچه : د ناروغي ګيلې ناڅاپه شروع کېږي چې کله کله د تنفسي سيستم د کوچنی انتان څخه څو ورځي وروسته را منځ ته کېږي چې اول د انتان اړوند عمومي ګيلې، دوهم يې د تنفسي سيستم اړوند ګيلې او درېم يې د پلورا پورې تړلی ګيلې بيانېږي.

الف . د انتان اړوند ګيلې : ناروغ د ټول بدن د ستومانتيا څخه ګيله کوی. ور پسې ناروغ ته شديده لړزه پيدا کيږی چې نوموړی لړزه يو ځل وي د دوهم ځل له پاره نه تکرارېږی چې دوام يې ۱۰ - ۳۰ دقيقې وي. هېڅکله زياتوالی نه کوی چې وروسته د لړزې څخه تبه پيداکېږي چې شدت يې ۳۸ - ۴۹ درجې د سانتي ګريد وي د را کښته کېدو ځانګړنی يې Defervescene وي. يعنې د تبې د منځه تګ يې په لايزيز (Lysis) يا کرايزيس (Crysis) ډول صورت نېسي. خو! که چېرې تبه د پنځو او لسو ورځو څخه وروسته په نابېره ډول کښته شي د کرايزيس په نوم يادېږی او که په تدريجي ډول پرېوزی د لايزيس په نوم يادېږي. همدارنګه ناروغ د شپې د تبې او کانګو څخه هم ګيله کوی.که عمر يې زيات وي د شعور خرابوالی، د ځای او مکان د پېژندلو او قضاوت کمې به شتون ولري.(۱).

ب . د تنفسي سيستم اړوند ګيلې : ناروغ به د نفس تنګي او ټوخی څخه ګيله کوي چې د ټوخی وصف يې لنډ، وچ او درد ناکه وي. څو ورځي وروسته ور سره بلغم هم پيدا کيږی چې ټينګ او سرېښناکه وصف لری او په ډېره سختي سره توکېږي چې د ناروغ د شونډو پورې کلک نښتې وي چې د لاس يا دستمال په واسطه پاکولو ته يې اړتيا پيداکېږي.کله کله بلغم کې وينه هم شتون لري چې وينې يا زنګ وهلې اوسپنې ته ورته رنګ لری.

www.ketabton.com

ج . پلورا اړوند ګیلې : په دې وخت کې ناروغ د سینې د درد څخه ګیله کوي چې شدت یې د ټوخې، ژورې سا اخېستنې او حرکاتو په واسطه زیاتېږي او هم موضعې وصف لري یعنی په هغه ساحه کې شتون لری چې په هغه برخه کې آفت شتون ولري او ناروغ زیار باسي چې په ناروغي اخته اړخ باندې څملي. (۱۳).

فزیکي کتنه : په عمومي ډول ناروغ په رښتیا سره ناروغ معلومېږی.تکې کاردیا، تکېپېنیا او د حرارت د درجې لوړوالی شتون لري. پوستکی یې وچ او ګرم وي. ناروغ به په آفت اخته اړخ باندې ملاست وي. herpes labial's به شتون ولري. د پُزی سُوري پراخ او الوتونکی معلومېږي یعنی مخ یې توګسیک (Toxic face) معلومېږی .

(۱۳،۱). د سږو اړوند لومړنی نښې : د تنفسي اوازونو د ضعیفوالی له سببه په ډېولو سره ماوفه برخه کم او ضعیف بدلون ښې. د ژورې سا اخېستنې په مهال د ستاتسکوب په واسطه اورېدلو سره تنفسي اوازونه خشن، ذفیرې صفحه اوږده، نازکه او هم د کریکل اوازونه اورېدل کېږي. همدارنګه د Consolidation نښې د ناروغي په دریمه یا څلورمه ورځ کې د اورېدلو او لیدلو وړ وي چې په تفتیش سره ماوفه برخه په تنفس کې پوره برخه نه اخلی. د ماوفې برخې په قرع کې Dullness اورېدل کېږي اصمیت هغه اواز ته ویل کېږي (کله چې د یوکس د ښی سینې په قدامې خوا کې د قاعدې په برخه کې قرع اجراء شي او کوم اواز چې د ځیګر د پاسه اورېدل کېږي هماغه اواز ډلنیس ته ورته اواز دی). که پارا نمونیک پلورل افیوژن تاسس کړي وي Stoney dull آواز اورېدل کېږي.

همدارنګه په جس سره په ماوفه برخه کې Vocal Fremitus لوړ جس کېږي او هم د ماوفې برخې په اصغاء کې Bronchial breathing / Tubular sound اواز اورېدل کېږي.
د دوهمې اونۍ په اخر کې زیاتره نښې یې له منځه ځي مګر په اورېدلو سره د انحلالیت نښې، لکه : باریکه کریکل او په ډېولو سره په ډېره کمه اندازه د اواز بدلون موندل کېږي. همدارنګه په ځینو حالتونو کې ځنې کلینیکې او لابراتوارې نښې لیدل کېږي چې د ناروغي په وخامت دلالت کوی چې د دې وخامت د ارزونې په خاطر د انګلیستان د سینې اړوند ټولنې، ځنې نښې یې د دې ناروغي د پاره سر مشق (Guidline) ټاکلي دی چې د هر یو شتون یوه نمره لري چې ټوُلیز یې پنځه ۵ کېږي چې د CURB 65 Score

www.ketabton.com

په نوم یادېږی لکه :] د ناروغ عمر: ۶۵ کاله یا د هغه څخه لوړ، د شعور خرابوالی (ګلاسکو کوما سکور یې ۸ یا کم) ، د تنفس شمېر یې په دقیقه کې ۳۰ یا لوړ وي، سیستهولیک فشار یې د ۹۰ څخه کم یا ډیاستهولیک فشار یې ۶۰ ملي متره سیماب یا کم، د یوریا کچه یې ۱۹ملي ګرامه (۷ ملي موله) یا لوړه] د اټریل فیبریلیشن نوې پیداکېدل او د ګڼ شمېر لوبونو اخته کېدل. د سیروم په لابراتوارې کتنو کې د البومین اندازه په یوه لېترکې د ۳۵ ګرامو څخه کمېدل، د غازاتو په معایناتو کې د اکسجن قسمی فشار د ۸ پاسکالو څخه کمېدل، سپین کرویات یې په یو لېتر کې د ۴۰۰۰۰۰۰۰۰۰ څخه کمه یا د ۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ څخه لوړ وي او په وینه کې بکتریا مثبتېدل.(۱، ۳، ۱۳). (http/WWW EP Medical Product. com)

۵-۲-۲. لابراتوارې کتنې : د وینې د سپینو حُجرو شمېرل، که چېرې کچه یې د دودیز څخه لوړه وي په انتان دلالت کوی او د یوریا کچه باید معلومه شي .د غازاتو تجزیه باید اجراء شي ؛ د وینې د PH په هکله هم باید بشپړ معلومات ترلاسه شي او د بلغمو په کتنه کې د ګرام تلوین او کرنه باید سر ته ورسیږي. همدارنګه په رادیوګرافي کې د تکاثف متجانسې نښې چې په یو لوب، ګڼو لوبونو او یا سیګمینټ کې موقیعت لري، لیدل کېږي. همدارنګه د اختلاطاتو لکه : پلورل افیوژن او امپیما په هکله پوره معلومات ورکوی.د لوبر نمونیا په هکله لاندې د سیني شاتنی قدامې راډیولوژیک خیالونو ته باید پاملرنه و شي ؛ تر څو د تکاثف په هکله یو څه معلومات ترلاسه شي !.

۲- ۱ انځور

د ښی سږی د پورتنی لوب نمونیا .(۷).

www.ketabton.com

۶-۲-۲. **اختلاطات** : په سږو کې نورو لوبونو ته انتان خپرېږي او هغوې په افت اخته کوي. Consolidation په انحلال کې ځنډ او ځنډ را منځ ته کېدل چې په زړو خلکو کې، په ځنډنی برانکایټیس اخته ناروغانو کې او یا کله چې تکاثف ډېر وسیع وي، لیدل کېږي. د پلورا د معقم او پاکې مایع په ټولو را منځ ته شوې پښتو کې نژدې په **۵** سلنه پښتو کې امپیما منځته راتلای شي . په زړه او رګونو کې شاک، پریکارډایټیس، انډوکارډایټیس، پریکارډیل افیوژن او په سفلی اطرافو کې د ترمبوامبولیزم رامنځ ته کېدل، لېدل کېږي. په اعصابو کې مېنینجایټیس، مینینجیسموس او ځنې نادر اختلاطات لکه : ارترایټیس، پارالایتیک الیوس (Paralytic elius) ، زیړې او داسې نور... (۱، ۵).

۷-۲-۲. **تشخیص** : د تاریخچې، کلینیکي ګیلو، لابراتواري کتنو او د درملو په وړاندې انې ځواب ورکولو سره د ناروغي تشخیص وضع کېږي.(۱۴).

۸-۲-۲. **درملنه** : ددې ناروغانو درملنه د **۶۵** CRUB نمرو په بنسټ سرته رسېږي. یعنی صفر او یو نمبر لرونکی ناروغان په کور کې، دوه**۲** او درې**۳** په کورکې د ښی څارنې لاندې یا د روغتون په عمومي وارډ کې د لنډ وخت له پاره بالاخره څلور **۴** او پنځه **۵** نمرې والا باید په روغتون کې د جدې څارنې لاندې خونه کې تداوي شي . (**۵**).

http:// WWW. EP Medical Product com

الف . په کورکې درملنه : کله چې د ناروغ سکور صفر یا یو وي ناروغ په کورکې په امپرېکل (د علمي قضاوت په بنسټ) ډول د انټي بیوګرام د سر ته رسولو پرته تداوي کېږي. په دې درملنه کې انتخابې درمل پنسیلین او د پنسیلین مشتقات دي. په دې شرط چې د پنسیلین سره ناروغ حساسیت ونه لري. مثلا : امکسیسلین **۵۰۰** ملي ګرامه هر **۸** ساعته وروسته یا**۷۵۰** ملي ګرامه د ورځې دوه ځلي توصیه کېږي.که ناروغ د دې درمل سره حساسیت ولري نو ناروغ ته ازیترومایسین اوله ورځ **۵۰۰** ملي ګرامه بیا هره ورځ **۲۵۰**

www.ketabton.com

ملي ګرامه د خولې له لارې د څلورو ورځو له پاره، کلریترومایسین ۵۰۰ ملي ګرامه هر ۱۲ ساعته وروسته ورکول کېږي. (۵).

ب .که ناروغ کانګې ولري یا سکور یې دوه (۲) یا درې (۳) وي نو ناروغ ته په کور یا د روغتون په وارډ کې سیفتراکسون یو ګرام هر۱۲ساعته وروسته وریدې یا پنسیلین جې دوه (۲) میلونه یونټه هر څلور (۴) ساعته وروسته کارول کېږي. که ناروغ د پنسیلین سره حساسیت ولري یا مقاوم وي بیا ناروغ ته وانکومایسین یو ګرام هر ۱۲ ساعته وروسته د ورید له لارې توصیه کیږي؛ همدارنګه د پنسیلین سره مقاوم خلکو کې د فلورو کواینول لکه : لیوفلوکساسین ۵۰۰ ملي ګرامه، ګیتیفلوکساسین ۴۰۰ یا موکسیفلوکساسین ۴۰۰ ملي ګرامه د ورځې یو ځل توصیه کېږي.

ج .که د ناروغ سکور ۴ یا ۵ وي نو ناروغ باید په ICU کې بستر شي . د کلچر او انتي بیوګرام له پاره نمونې ور څخه واخیستل شي ؛ وروسته بیا ناروغ ته په امپرېکل ډول د انتي بیوګرام تر پایلې پورې د مایکروب ضد درمل لکه : مکرولېډ یا فلوروکواینولون د وسیع الساحه سیفالو سپورین لکه : (سیفترایکسون / سیفاتوکسین) یا بیتالکتم \ بیتالکتیمیز نهې کوونکې لکه : (امپیسېلین \سلبکتم) ورکول کېږي. که ناروغ د پنسیلین سره حساس وي نو ناروغ ته به ګوښې فلوروکواینولون یا د کلنډومایسین سره یو ځای توصیه کېږي. همدارنګه د اختلاطاتو درملنه یې په اړوند برخو کې به ولوستل شي . (۱، ۲، ۵، ۱۳) . http:// WWW. EP Medical Product com.

۹-۲-۲. مخنیوی : په معافیت ځپلو خلکو کې د Polyvalent pneumococal vaccine کارونه د ناروغي په مخنیوي کې او هم د شدت په کمولو کې غوره ونډه اخیستلای شي. هغه خلک چې معافیت ځپلي دي د اول ځل واکسین کارونې څخه شپږ ۶ کاله وروسته، د دوهم ځل له پاره یې بیا هم کارولای شي . هغه خلک چې د ۶۵کالونو څخه زیات عمر یا نور ضمیموي ناروغي ولري باید د انفلوانزا او نموکوکل له پاره یو ځای واکسین شي .

www.ketabton.com

همدارنګه په هغه ساحو کې چې N1 H1 پېښې شتون ولري نو ناروغان باید د دې ناروغي له پاره هم واکسین شي. (۱).

۳-۲. روغتون اړوند رامنځته شوې سینه بغل

د سږو هغه ناروغي ته ویل کېږي چې د روغتون په بستر شوي ناروغانو کې لږ تر لږه دوه ورځې د بستر کېدو څخه وروسته منځ ته راغلي وي په دې شرط چې د بستر کېدو څخه مخکې هېڅ د نمونیا نښې (دوه د لاندې کلینیکې بڼو څخه لکه: تبه، ټوخی، لیکوسایتوسیس او تقیحی بلغم) په کې شتون ونه لري. دا ناروغي د Nosocomial pneumonia په نوم هم یادیږي. (۳، ۱۳).

۱-۳-۲. اپیدیمولوژي: د دې ناروغي پېښې په هر زرو هغه کسانو کې چې تازه د روغتون څخه رخصت شوي وي ۵ – ۱۰کسه جوړوي چې کلنۍ ټولیزه شمېره یې ۳۰۰۰۰۰ کسو ته رسېږي. ځنې لیکل شوې راپورونه ښې چې زیاتره پېښې یې یعنی نژدې ۵ - ۱۰ سلنه ناروغان د جراحي او د داخلي د څانګوو په رخصت شوي ناروغانو کې لیدل شوي دي. مګر په ولادې، نسایي او رواني څانګو کې رامنځ ته کېدل یې ناشونی ښکاري. روغتون اړوند نمونیا تل د هغو انتاناتو له کبله را منځ ته کېږي چې نژدې ۳۰ سلنه د روغتون د ټولو انتاناتو جوړوي چې زیاتره وخت د مړینې، معلولیت او معیوبیت لامل ګرځي او په روغتون کې د ناروغ د اوسېدو مهال هم زیاتوي یعنی نژدې ۷ - ۹ ورځي په روغتون کې د ناروغ اوسېدل ځنډوي. د جدې پاملرنې په خونه کې هغه ناروغان چې د میخانیکی تهویې لاندې وي نو د نورو ناروغانو په پرتله زیات د دې ناروغي تر ګواښ لاندې وي. ۱۰ سلنه د عمومي جراحي په څانګه کې د عملیات څخه وروسته، ۲۰ سلنه په انټیوبیشن شوې ناروغانو کې، ۷۰ سلنه پېښې یې په ARDS اخته ناروغانو کې لیدل کېږي. یو ډول سینه بغل چې د (Ventilator – associated –pneumonia (VAP

www.ketabton.com

په نوم یادېږي، هغه حالت ته ویل کېږي چې د انټیوبیشن په وخت کې د نمونیا له پاره کومه نښه ناروغ کې شتون ونه لري او لږ تر لږه د ۴۸ ساعتونو څخه وروسته د ناروغي له پاره نښې منځ ته را شي. څرنګه چې ډېرې ناروغان په لنډ مهاله ډول میخانکی تهویه (Mechanical ventilation) کېږي نو ۵۰ سلنه پېښې یې د انټیو بیشن څخه څلور ورځې وروسته منځ ته راځي. د نورو بستر شوې ناروغانو په پرتله VAP پېښې دوه برابره زیات راپور ورکړ شوې ده. په HAP اخته ناروغانو کې د مړینې کچه نژدې ۳۰-۷۰ سلنه جوړوي چې پېښې یې په هغه ناروغانو کې زیات وي چې په وینه کې یې بکتریا شتون ولري یا هغه ناروغان چې په وخیمو انتاناتو لکه: Pseudomonas aeruginosa اخته وي یا هغه ناروغان چې په Intensive care unit کې بستر شوې وي. د مړینې د کچې د لوړوالی له پاره په ICU کې خطرې فکتورونه عبارت دي له: شاک، ضمیموې نورې ناروغي، کوما، په رادیوګرافي کې دوه اړخیزه ارتشاحات، Systemic inflammatory response syndrome، تنفسي پاتې والی او ARDS. د مړینې د لوړې کچې سره بیا هم په دې ناروغي کې تل مړینه د دې ناروغي له سببه نه وي. همدارنګه په دې ناروغي اخته کسانو کې ځنې د نورو ضمیموې ناروغیو له کبله مري. د یوې میاشتې په موده کې نژدې ۱،۵ سلنه د ټولو عملیات شوي ناروغانو څخه په نمونیا اخته کېږي چې په دې ناروغانو کې د مړینې کچه د نورو ناروغانو په پرتله ۱۰ برابره لوړه وي. د عملیات څخه وروسته د سینه بغل له پاره مساعد کوونکی فکتورونه عبارت دي له: د ۸۰ کلنۍ څخه د عمر زیاتوالی، په نژدې وخت کې د وزن کمېدل او د الکولو کارونه. د ابهر د انورېزم د اصلاح او د سینې د عملیاتونو څخه وروسته په نژدې وخت کې د نمونیا د را منځ ته کېدو غوره چانسونه برابر وي. همدارنګه عمومي انستېزی د نورو انستزیو په پرتله د نمونیا غوره لامل جوړېدلای شي. (۱، ۱۳).

۲-۳-۲. پتوجینیسیس: بر سیره په هغه فکتورونو باندې کوم چې د CAP د ناروغي سبب کېږي خو! درې فکتورونه دې چې HCAP د CAP څخه جلا کوی نو دا فکتورونه عبارت دي

www.ketabton.com

له : ګڼ شمېره انتاني لاملونه، د مختلفو انټي بيوټيکونو پر وړاندې ټينګار او د ناروغ نور انډرلاينګ (ضميموي) ناروغي کې. نو هغه شيان چې د دې ناروغي په پتوجينيسيس کې غوره ونډه لري په لاندې ډول دي.

۱ . د بکترياو په وړاندې د دفاعي سيستم خرابوالی.

الف : د ناروغ د دفاعي ميخانيکيت ټيټوالی لکه : په ډيابيټ، کانسر او کورتيکوستروئيدتراپي کې.

ب : د ټوخی د عکسې کموالی.

ج : د موکو سيلري د دندې ګډوډی چې د عمومي بېهوښی څخه وروسته منځ ته راځي.

۲ . د پورتنی تنفسي سيستم انتانات چې د نازوفارينجيل يا د معدوی افرازاتو د انشاق په واسطه منځته راځي چې زياتره وخت د شعوري حالت د ګډوډيو ، کانګو، ډيسفاژيا ، اکليژيا او د معدی معايې ټيوب د کارونې څخه وروسته ليدل کېږي.

۳ . د تنفسي سيستم ښکتنې برخې ته د بکترياو د ننه کېدل چې د تراخيوستومی، اندوتراخيل انټيوبيشن، منتن وينټيليټر نيوبولايزر او برانکوسکوپي له کبله منځ ته راځي.

۴. بکتريميا چې لاملونه يې عبارت دي له : سيپټيک امبولي، منتن وريدي کانولا او د ګېډی سيپسيس څخه. (۳، ۱۳).

۳-۳-۲. لاملونه

الف : هغه بکترياېي لاملونه چې د ګڼ شمېر انټي بيوټيکونو په وړاندې مقاوم نه دي عبارت دي له : S pneumonia او د دې نور ډولونه، د ميتيسيلين په وړاندې حساس سټافيلوکوکس آوريس (MSSA) . همدارنګه انټي بيوټيک حساس انټروبکټريسيا ، ای – کولای، کليبزيلا نمونيا ، پروټيس، انټروبکټر او Serratia marcescens جوړوي.

www.ketabton.com

ب : هغه بکتریایي لاملونه چې د ګڼ شمېر انټي بیوټیکونو په وړاندې مقاوم دي عبارت دي له : سیډوموناس ایروجینوزا، د میتیسیلین په وړاندې ټینګار کوونکی سټافیلوکوکس آووریس (MRSA) ، اسینټوبکټر،د انټي بیوټیک په وړاندې ټینګار کونکی انټروبکټریسیا، انټروبکټر، وسیع الساحه بیټالکتمیز ، کلیبسیلا، لجینیلا نیموفیلا، اسپرجیلوسیس او Burkholderia cepacia.

2-3-4.کلینیکي بڼه : د دې ناروغي کلینیکي بڼه زیاتره وخت Community acquired pneumonia کلینیکي بڼې ته ورته وي.

تاریخچه : د تاریخچې اخیستلو په وخت کې دا باید جوته شي ؛ چې ناروغ په روغتون کې د کومې ناروغي له کبله او یا د کومې طبي عملیې د سر ته رسولو په خاطر بستر شوي دی. باید د تنفسي انتان د پاره هېڅ نښه په کې شتون ونه لري. همدارنګه ناروغ د دوه یا زیاتو ورځو د بستر کېدو څخه وروسته د ځینو غیر مشخصوګیلو او ستونزو څخه شاکي وي. مګر ځنې وخت ناروغ عیناً CAP تاریخچې ته ورته تاریخچه بیانوي. (۱، ۵).

فزیکي کتنه : په فزیکي معاینه کې د لاندې غیر مشخصو نښو څخه یو یا څو د کتنې وړ وي. لکه : تبه، ټوخی، لیکوسایتوسیس ، تقیحي بلغم او یا په رادیوګرافي کې د پخوانی انفلتریشن پرمختګ. د روغتون اړوند تنفسي سیستم د ښکتنی برخې انتانې پېښې باید د Pul- Hemorrhage & Drug reactions،PE، ARDS، Aspiration،Atelectasis،CHF څخه توپیري تشخیص شي . (۱۳).

۵-۳-۲.پېژندنه : په دې ناروغانو کې د نمونیا پېژندل ګران مګر د ډېر ارزښت وړ ده. په ځانګړې توګه د VAP اړوند ناروغانو کې چې ځنې وخت د دې ناروغي د پېژندلو د پاره ځنې ضرر رسونکې ازموینې ته هم اړتیا پېښېږي چې په لاندې ډول ور څخه یادونه کېږي. (۱).

End tracheal aspiration and Bronchio alveolar lavage،Protected specimen brush. .

www.ketabton.com

۶-۳-۲. **درملنه** : په درملنه کې باید په ډېره چټکتیا د احتیاط او زیرکتیا سره یوځای کار واخیستل شي .د دې ناروغي دمړینی کچه د CAP په پرتله لوړه ده.تر هر څه د مخه HAP ته د CAP په شان په امپرېکل ډول د درملنې پلان د لاندې ټکو په پام کې نیولو سره برابر شي . د دې ناروغي د پاره واحد امپرېکل پلان شتون نه لری نو لاندې مهم ټکی باید په پام کې ونیول شي .

- ناروغ په کومه څانګه کې بستر شوي دی ؟
- جراحي او که داخله؟
- د جدي څارنې خونه او که عمومي وارډ کې؟
- ناروغ ته نمونیا د بستر کېدو څخه څومره وخت وروسته پیدا شوې ده ؟
- وخامت په کومه درجه کې ده ؟
- مساعد کوونکی فکتورونه یې کوم دي ؟

د پورتنیو پوښتنو په پام کې نیولو سره که ناروغ ته HAP د بسترېدو څخه وروسته، د پنځو ورځو د پوره کېدو څخه مخکې رامنځ ته شوې وي او د وخامت له پلوه خفیف یا منځنی حالت وي او کوم خطري فکتور شتون و نه لري نو ناروغ ته دوهم جینیریشن سفالوکسین یا دریم جینیریشن چې په سیډوموناس باندې بې اغېزه وي یا د بیتالکتم او لکتمیز نهې کوونکی یو مرکب توصیه کېږي.که د وخامت کچه یې لوړه، را منځ ته کېدل یې د پنځو ورځو څخه وروسته یا په ICU کې وي او یا VAP ته مشکوک وي نو درملنه یې د څو درملو یو ځای کولو ته اړتیا لري، کوم چې په لاندې مایکروبونو (سیډوموناس ایروجنوسا ، اسینټوبکټر او اینټروبکټر) باندې راساً تاثیر ولري نو د ناروغ په درملنه کې د لاندې انټي بیوټیکونو څخه کاراخیستل کېږي. امینوګلایکو سایډ یا فلوروکواینولون یو ځای د هغه سیفالوسپورینو سره چې په سیډوموناس باندې مثبت تاثیر ولري (کارباپینیم \ ازترونام) مګر د ګرام مثبت مایکروبونو او H - influ د منځه

www.ketabton.com

ورلو له پاره ازترونام د امینوګلایکوسایډنو سره یو ځای کارول ور کار نه بريښي.که ناروغ په یو د لاندې حالتونو (کوما، هیډ تروما، ډیابیټ، ناروغ ICU او یا د بډوډۍ پرمختللی ناروغي سره بستر شوي وي) کې وي او د نمونیا لامل يې ستافیلوکوکس اووریس ته فکر و شي او د میتیسیلین په وړاندې ټینګار شتون ولري نو د منځه وړلو له پاره يې د وریدی وانکومایسین او د بیتا لکتم \ بیتالکتیمیز سره یو ځایوالی ته اړتیا لیدل کېږي په دې شرط چې په ناروغ کې د غیرهوازی نمونیا مساعد کوونکی فکتورونه (اسپایریشن، تازه د صدري بطني جراحي عملیې سر ته رسول او یا د هوايي لارې بندښتې آفت) شتون ولري.که ناروغ د کورتیکوسترويید د کارونې له سببه Legionella ته شکمن وي نو دې ناروغ ته باید مکرولیډ توصیه شي. پورتنی امپرېکل درملنې ته تر هغه وخته پورې دوام ورکول کېږي چې د بلغمو یا وینې یا د پلورل مایع د کلچر او انتي بیوګرام پایله لاسته را شي او د هغې سره سم درملنه شروع شي. د درملنې وخت او دوام د ناروغي د وخامت، د تداوي پلان سره ځواب ورکول، د کوربه د ټینګار کچه او د لامل د ټینګار پورې اړه لري. نو په درملنه کې وانکومایسین یا بیتالکتم \بیتالکتیمیز نهې کوونکی ور زیاتېږي.که ناروغي په عمومي وارډ کې منځ ته راغلي وي او که H -influenzae ته مشکوک منل کېدو، نو ناروغ ته یو د پراخي اغېزي لرونکی بیتا لکتم انتي بیوټیک لکه: سیفترایکسون یا سیفوتاکزیم د مکرولیډو له ډلې څخه یو لکه :کلریترومایسین یا ازیترومایسین .که S pneumonia خوا ته فکر کېدلو نو ناروغ ته د بیتالکتم په ځای د فلوروکواینولون د جملې څخه لیوفلوکساسین یا موکسی فلوکساسین ناروغ ته توصیه کېدای شي .(۱، ۱۱، ۱۳).

www.ketabton.com

۳-۱ .جدول. هغه ناروغان چې د ګڼ شمېر انټي بیوټیکونو په وړاندې خطري فکتورونه نه لري په لاندې ډول په لاندې جدول کې لیکل شوي دي. (۱۱)

Patients Without Risk Factors for MDR Pathogens
Ceftriaxone (2g iv / 24hs) Or Levofloxacin 750 mg /24hs
Or Moxifloxacin(400mg iv/24hs), ciprofloxacin (400mg iv/ 8hs)
Or Ampicillin/sulbactam (3gr / 6hs) Or Ertapenem (1gr iv / 24 hs)

۳-۲.جدول: هغه ناروغان چې د ګڼ شمېر انټي بیوټیکونو په وړاندې خطري فکتورونه ولري. (۱۱)

1. A beta latam:Ceftazidime (2gr/iv/8hs) or Cefepime (2gr/iv/8-12hs) or piperacillin/tazobactam (4.5g/iv/6hs), imipenem (500mg/iv/6hs or 1g/8hs) plus
2.A second agent active against gram – negative bacterial pathogens;Gentamicin or tobramcyin(7mg/kg/iv/24hs) or amikacin (20mg/kg/iv/24hs) or Ciprofloxacin (400mg iv /8hs) or Levofloxacin 750mg iv /24hs) plus
3. An agent active against gram- positive bacterial pathogens ; Linezolid (600mg iv /12hs) or voncomycin (15mg /kg up to 1gr iv /12hs).

www.ketabton.com

۲-۴. برانکیکتازیس

۱-۴-۲.**تعریف**:د سږو ویجاړونکی ناروغي ده چې متصف ده په:د قصباتو په پراخوالی چې ډول ډول التهابي وتېري ور سره یو ځای وي.دا بدلونونه د سږو په هره برخه کې منځ ته راتلای شي .د موقیعت له مخې په دوه غوره ډلو ووېشل کېږي چې د ځایې او خپور په نومونو یادېږي. (۱، ۳، ۱۳).

۲-۴-۲. **لاملونه** : لاملونه یې عبارت دي له ځنډنی انتاناتو او په دوامداره ډول د قصباتو د بندښت څخه.

۳-۴-۲. **پتوجنېسیس**: د دې ناروغي په را منځ ته کېدو کې دوه عملې ارزښتناکې بلل کېږي چې یو یې د قصباتو بندښت او دوهمه یې په ځنډنی ډول د انتانې پېښې شتون دي. چې د دې دواړو څخه هر یو یې کولای شي چې د ناروغي شروع کوونکی جوړ شي .

۱. د قصباتو بندښت : د قصباتو بندښت د هوایي لارې د پاکېدو څخه مخنیوی کوی چې په خپل نوبت د ثانوې انتان د رامنځ ته کېدو زمینه برابروي چې دغه انتانې عملیه د قصباتو د دېوالونو د ضعیفوالی او ویجاړېدنې لامل گرځی او په پای کې د قصباتو دایمې پراخوالی منځ ته راځي.

۲ . دوامداره انتانې پېښه : د قصباتو او قصیباتو دوامداره تموتې التهابي وتېره چې د دې برخې د بندېدو لامل جوړېږي او دا بندښتونه د انتاناتو له پاره ښه وسط جوړ وي. دواړه انتانې او التهابي وتېري د قصباتو او قصیباتو د دېوالونو د فبروسیس او د سکار د نسج لامل گرځي ، چې په پای کې د قصباتو او قصیباتو پراخوالی او ویجاړېدنه منځ ته راځي.(۱)

.

۴-۴-۲. **پتالوژی** : غوره نښې یې د قصباتو د پراخوالی څخه عبارت دي چې سطحه یې د دانه دارو انساجو، فرشې ایپتیلیل او احداب لرونکو ایپتیلیل حُجرو په واسطه پوښل شوې وي .

www.ketabton.com

د رئید (Reid) تصنیف بندي د پتالویک او رادیولوژیک برانکیکتازیس تر منځ غوره توپیر را په ګوته کوی چې په لاندې ډول ورڅخه یادونه کېږي.

۱. Cylindrical bronchiectasis : په دې کې د قصباتو پراخوالی ډېرکم او د قصباتو بهرنی جدارونه خپل سېده والی ساتی.

۲. Varicose bronchiectasis: په دې کې د قصباتو پراخوالی ډېر او په موضعې توګه ځنې غنجېدنه هم لیدل کېږي چې دا پښنه هوایي لارې ته غیر منظمه څېره ورکوی.

۳.Sacular or Cystic bronchiectasis : د ناروغي وخیمه بڼه ده چې د قصباتو د آخري برخې زیاته برخه په آفت اخته کېږي چې انګورو ته ورته بڼه د ځانه ښې او د قصباتو اجزاء د پېژندلو وړ نه وي.

۴. Atelectatic bronchiectasis:د دې ناروغي موضعې بڼه ده چې د قصباتو د پورتنی برخې پورې تړلی پاتې کېږي او د قصباتو د پورتنی برخې د بندښت لامل ګرځي. (۱، ۳، ۹).

۲-۴-۵.کلینیکي بڼه : په لاندې دوه پړاونو تشریح کېږي.

تاریخچه : ناروغ د تاریخچې په وخت کې د لاندنیو کلینیکي ډولونو اړوند ستونزو څخه ګیله کوي. د ناروغي ګیلې فردي او زماني بلل کېږي (د یوکس څخه بل کس ته، د یو وخت څخه بل وخت ته توپېر لري) .

۱ . برانکایتیک : ناروغان د برانکایټیس د متکررو پښنو څخه په ځانګړې توګه په ژمي کې ډېره ګیله کوي او هم د ټوخی او نفس تنګي څخه هم حاکي وي چې په شروع کې ټوخی وچ وي چې د Dry bronchiectasis په نوم یادېږي. Clubbing هم ور سره یو ځای وي.

۲ . هیموراژیک یا Bronchiectasis sicca : د برانکایټیس د حملو په مهال او د حملو تر منځ د ښه روغتیا په مهال د تکراري هیمپتیسیس څخه ګیله کوي چې د خطې او نقطوې څخه نیولي تر کتلوي پورې لیدل کېږي.

www.ketabton.com

۳ .تقيحي : ناروغ د لاندې ستونزو څخه حاکي وي.د دوامداره او وخيم تقيحي بلغمو، چې مقدار يې زيات وي، ګيله کوي. د توکسيميا عمومي ګيلې شتون لري.کلبينګ په مختلفو کچو شتون لري { د طوطی د نرې او باريکې مښوکې څخه نيولې تر پړسېدلې د ډُول تر لرګی (Pulmonary osteoarthropathy) پورې } .

د اکزا سربيشن پر مهال نژدې ۷۵ سلنه ناروغان د نفس تنګي او ويزينګ څخه شاکي وي. نيماي ناروغان د پلوريتيک درد څخه شاکي وي ، چې د محيطي هوايي، هغه لارو د پراخوالی او التهاب څخه منځته راځي چې حشوي پلورا ته نژدې موقيعت لري. په دې ناروغي کې تبه نادر وي چې د شتون په وخت کې يې نمونيا بايد حتمي رد شي .

۴ .د ژر رامنځ ته کېدوارړوند : هغه ګيلې چې د ناروغي د ژر رامنځ ته کېدو (هغه حالت چې د قصباتو قسمی بندښت چې د خارجي فشار يا د عمومي انستېزې له سببه منځ ته راځی) پورې تړاو لری عبارت دي له : نوبتي ټوخی څخه چې کله کله د بد بوېه بلغم سره يوځای وي.د بلغمو اندازه او بدبوېي د ناروغ په يو خوا او بله خوا اړولو يا د ناروغ د ناروغي په دوام سره زياتېږی. (۱، ۱۳).

فزيکي کتنه : په دې ناروغانو کې د لاندنيو پتالوژيکې بدلونونو اړوند، فزيکي څرګندونې شتون لري. د بېلګې په ډول : برانکايټيس يا فبروسيس يا تکاثف يا کولپس يا کهف . د ناروغي په اوله مرحله کې نازکه کريکل يا لنډ او تېز رانکای او يا د تنفسي اوازونو ډېره کمه بدلېدنه مشاهده کېږي.د ناروغي په پرمختللی مرحله کې لاندې څرګندونې د ميندلو وړ وي. برانکېل بريتينګ، کوارس کريپيتيشن او د کاويټيشن فزيکي نښې مشاهده کېږي. همدارنګه د يو اوږد او قوي ټوخی څخه وروسته د هوا داخلېدلو يا د ورځنې بدلون په واسطه د برانکېل بريتينګ په ځانګړنې کې بدلون راځي . په دې ناروغانو کې د تېز ميتاليک (Leathery) رآلونو شته والی د ناروغي غوره ځانګړتيا ده. په دې ناروغي کې يو اړخېزه يا دوه اړخېزه رانکای او ويزينګ هم د اورېدلو وړ وي. د سږو په ټاکلې ټکې کې په تکراري ډول د نمونيا رامنځ ته کېدل په برانکيکتازيس دلالت کوي.(۱، ۳).

www.ketabton.com

۶-۴-۲.د سینې راديوګرافي

د جيبونو (سينس) راديوګرافي : د ځنډنی سينوسايتس د معلومولو د پاره سرته رسېږي.

ب.د سينې راديوګرافي : د دې سره ناروغي يا ورسره نور ضميموې ناروغي معلومېږي لکه : کولپس (لوبر يا سيګمينټل)، د رګونو را ټولېدنه چې د هغې برخې تخريب او يا تکاثف را ښيې، چې د انتان په شتون دلالت کوي.د 'Tramline shadows شتون د قصباتو د جدارونو په پړسوب دلالت کوي. سيستې ته ورته آفتونه چې د Saccular bronchiectasis خوا ته لاربښونه کوي او هم د پخوانی توبرکلوز او قلبي عمليات په هکله پوره معلومات ورکوي

۲ - ۲ شکل

دوه اړخيزه سيستيک برانکيکتاسيس (4).

۳ . High Resolution Computerized Tomography: نن سبا د برانکوسکوپي ځای ناستې جوړ شوې دي چې د لاندې موخو لپاره سر ته رسېږي.د Signet ring (هغه کړې يا حلقه چې په پراخه شوې قصباتو باندې ختم شوې وي او د نورو پلمونرې شريانونو په پرتله لويه وي) چې شتون يې د برانکيکتازيس په ټولو قسمونوکې وي. د Tramline (د قصبا تو دوديز تدريجې تنګوالی د ليدلو وړنه وي) ننبه ليدل کېږي. د دې ننبې شتونوالی په سلينډرېکل

www.ketabton.com

برانکيکتازيس دلالت کوي. وريکوز برانکيکتازيس په دې ازموينه کې داني لرونکي (ونه چې منتشري غوټۍ ولري) ته ورته څېره راښيي او سيسټ ته ورته بڼه چې د هوا او مايع خيالونه يوځای ولري، شتون يې په سيستيک برانکيکتازيس دلالت کوي. (۱، ۳، ۸).

۷-۴-۲. توپيري پېژندنه: چې د لاندې ناروغيو سره بايد توپيري تشخيص شي.

۱. د سږو خنځي: په دې ناروغۍ کې ناروغ د بدبويه تنفس څخه ګيله کوي. همدارنګه د بد بويه بلغم څخه هم حاکي وي چې بلغم يې د قيح، مايکروبونو او مړه شوې حُجرو څخه جوړ او هېڅکله برانکيکتازيس بلغم ته ورته درې طبقۀ يې بڼه نه غوره کوي. (۳).

۲. پلمونرې مايکوسيس: په دې حالت کې ناروغ د ټوخی، بدبويه بلغم، سا تنګی، تبه او د شپې له خوا د خوله کېدو څخه ګيله کوي چې پېژندنه يې په بلغمو کې د فنګس په شتون سره کېږي.

۳. کويتېديت نيموکونيوسيس (Caplan’s nodules): د ناروغي په پېژندنه کې وظيفوي تاريخچه او د سږو په ټولو برخوکې د نيموکونيوسيس د شواهدو په شتون، تشخيص وضع کوي.

۴. د سږو مايع لرونکی منتن بولا: په دې حالت کې ناروغي ډېره وخيمه نه وي مګر په کهف کې د مايع شتون د ليدلو وړ وي.

۵. سيستيک فبروزيس (Mucoviscidosis): د دې ناروغي ستونزې د يو کامپلکس په بڼه را څرګندېږي چې په لاندې ډول بيانېږي. د پانکراس پاتې والی، د برانکو پلمونرې انتان او د خوله (sweat) شوې موادو په تجزيه کې د سوديم کلورايډ زياتوالی، چې کلينيکې بڼه يې کټ مټ برانکيکتازيس ته ورته وي. مګر په دې کې انتانې پېښې زياتې ليدل کېږي. د هوايي لارو بندېزونه ژر پېښېږي او ګڼ شمېر تنفسي پاتې والی را منځ ته کوي. په اکسرې کې شي ندلی کثيفه ټکی ليدل کېږي.

www.ketabton.com

۲..Wegener's granulomatosis: په دې ناروغي کې ټوخی، سا بندی او هم هیمپټیسیس شتون لري مګر آفت لیدلې ټکی، تل د سږو د دواړو برخو په لاندني برخو کې شتون لري. همدارنګه دا ناروغي د لاندې ناروغیو سره توپیر شي چې د سږو په آبسي کې په مشرح ډول تشریح کیږي چې عبارت دي له: کهف ته ور ته د قصباتو سرطان، تقیحې برانکایټیس، کزیتیف توبرکلوز، د لوبونو داخلي امپیما، د سږو منتن سیسټ، پلمونرې انفرکشن، د برانکو پلورل فیستولا د امپیما یو ځای والی او پلمونرې هیماتوما.(۱).

۲-۴-۸.لابراتواري کتنې

۱. د بلغمو فزیکي معاینه: که د ناروغ بلغم په یوه لوښی کې واچول شي. درې طبقې جوړ وي چې لومړی طبقه یې ځګ ته ورته واړه واړه پوکانۍ لري. دوهمه طبقه یې قیح او لاندنۍ طبقه یې مایع وي ځنې وخت دغه وصف په ځنډنی برانکایټیس کې هم لیدل کیږي. د بلغمو بکتریولوژیک او مایکولوژیک کتنې باید سر ته و رسیږي. په بلغمو کې په زیاته کچه نتروفیل او د ډول ډول مایکرو اورګانیزمونو را ټولیدل، لیدل کیږي. په لومړی درجه پتوجن بکتریا عبارت دي له: H- influenza او Strep - pneumonia څخه. همدا ډول Staph، aureus، Psuedomonas aeruginosa او Atypical mycobacteria د خړاسکو د مناسب تلوین او کلچر په واسطه دا هم معلومیږي چې د انتي بیوتیک د ټاکلو د پاره ښه لار ښود ګڼل کیږي.که د ناروغي اساسي لامل نرې رنځ وي نو د همدې کتنې په واسطه پیژندل کیږي او په دې ناروغانو کې د ایمونوګلوبولین کچه لوړه وي خصوصا IgA او د الفا یو انتي تریپسین کمې هم لیدل کیږي.د جینیتیک او د پوستکی د خولې شوې موادو معاینه د سیستیک فبروزیس د معلومولو د پاره سر ته رسیږي.

۲-۴-۹. درملنه: د دې ناروغي درملنه په دوه طریقو صورت نیسي.چې عبارت دي له: طبي (د درملو او فزیکي عملیو په واسطه) او جراحي (د جراحي عملیو په واسطه) څخه. طبي درملنه:د طبي عملیې په واسطه په لاندې ډول تداوي کیږي.

www.ketabton.com

۱ .وضعیتي دریناژ :څرنګه چې برانکیکتایس زیاتره وخت د سږو په لاندنې برخو کې ځای په ځای کېږي نو د دریناژ د پاره یې ناروغ پړمخې څملول کېږي. بیا د ناروغ سر لاندې شاء خوا ته قات کېږي چې د وضعیتي دریناژ د پاره دا غوره وضعیت بلل کېږي.د دې موخې د پاره ناروغ ته د اوبو بخارات او یا ځنې انشاقي برانکو ډایلیټورکارول کېږي وروسته د ناروغ څخه غوښتنه کېږي چې ژوره سا واخلي وروسته د سا اخیستلو څخه ناروغ باید په قوت سره وټوخېږي. په داسې حال کې چې مرسته کوونکی باید د خپل موټې په واسطه د ناروغ ناروغه برخه وډبوي، تر څو نښتلې افرازات جلا او د ټوخی په واسطه د سږو څخه خارج شي.

۲.د مایکروب ضد درملوو کارونه : د مایکروب ضد درملوو کارونه د ناروغي پرمختګ د ځنډ او ختډ سره مخامخ کوي.خو د کارونې په وخت کې باید دوام او مقدار یې زیات شي. ځکه چې په دې ناروغي کې قصباتو ته د درملو جذب ورو او کمېږي. د اګزاسربیشن غوره لاملونه یې عبارت دي له:

H .influinza، H .parainfluinza، Str Pneumonia او Morexella.catarralis څخه. نو د دې مایکروبونو د درملنې د پاره غوره درمل د بیتالکتم څخه امکسیسلین ۵۰۰ ملي ګرامه دورځې درې ځلي د ۱۰ – ۱۵ ورځو له پاره کارول کېږي همدارنګه د دې درمل په ځای کواینولون یا مکرولیډ هم کارول کېږي .په ځینو ځنډنیو وخیمو پېښو کې چې P-aeruginosa لامل ته فکر کېږي چې د درملنې د پاره یې سیپروفلوکساسین ۵۰۰ ملي ګرامه سهار او بېګا د دوو اونیو له پاره توصیه کېږي.د وخت په تېرېدلو سره د درملو په مقابل کې ټینګار هم رامنځ ته کېږي په هغه صورت کې دا خل وریدي درمل لکه: سیفتاډیزیم دوه ګرامه د ورځې درې ځلي د ۱۴ ورځو د پاره، جینټامایسین د پلازما د غلظت مطابق توصیه کېږي یا د ضرورت په وخت کې پیپراسیلین ۴،۵ ګرامه د ۱۴ ورځو د پاره ورکول کېږي. .ځنې وخت د مایکروب ضد درملو کارونه په انشاقي بڼه د سیستیمیک کارونې په پرتله ښه پایلې لري ځکه چې ماوفې برخې ته په پوره غلظت رسېږي.

www.ketabton.com

د دې موخې د پاره لاندې درمل کارول کېږي. امکسیسلین ۵۰۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځلي، جینټامایسیس ۸۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځلي، کولیمایسین یو میلون یوټه د ورځې دوه ځلي او ټوبرامایسین محلول ۳۰۰ ملي ګرامه په انشافي ډول د اګزاسربیشن په وخت کې او هم ناروغ باید په روغتون کې بستر شي او د ورید د لارې درمل ورته شروع شي او غوره نښه یې دا ده چې ناروغ د سیني د درد له کبله ښه ټوخېدلی نه شي او بلغم نه شي خارجولي.

جراحي درملنه: په لاندې حالتونو کې استطباب لري.کله چې ناروغي د یو لوب یا سیګمینټ پورې تړلې پاتې وي او په دوامداره ډول د زیات وخت د پاره په متکرر ډول د ستونزو سبب شي ، کله چې په دې ناروغي کې د قابو کولو څخه بهر هیمپټیسیس را منځ ته شي نو د دې موخې د پاره د ماوفې برخې د شریانونو امبولایزیشن سر ته رسېږي.د سربېښتناکه او نښتلې افرازاتو او مخاطی پلکونو لرې کول، د ګڼو درملو په وړاندې د مقاومو توبر کلوزیک کامپلکسونو لرې کول او په ځینو مایکوجینیک پېښو کې د انتانې محراقونو د منځه وړل. (۱).

۵-۲. د سږو خنځې

په موضعي ډول د سږو په پرانشیم انساجو کې د مړه شوې انساجو او زوو ټولېدنه چې د یوې تشې (Cavitation) بڼه ځانته غوره کړې وي. د سږو د خنځې په نوم یادېږي چې کټ مټ تقیحي نمونیا ته ورته بڼه لري، مګر توپیر یې دا دی چې د تقیحي نمونیا تشې وړې وړې وي مګر د دې ناروغي تشې غټې او پراخې وي. (۵).

۱-۵-۲. لاملونه او پتالوژي : د دې ناروغي په را منځ ته کېدو کې لاندې مایکرو اورګانیزمونه پړه ګڼل کېږي.

www.ketabton.com

۱ . غیرهوازې بکتریا کوم چې په نارمل ډول د خولې په جوف کې شتون لري لکه : د Prevotella, Fusobacterium, Bactreroides, Peptostreptococcus او Microphilic Streptococcus ډولونه او ځنې وخت هوازې او غیر هوازې بکتریا وې یو ځای د دې ناروغي سبب کېږي.

۲. هغه هوازي بکتریاوي چې د دې ناروغي سبب کېږي عبارت دي له: ستافیلوکوکس اووریس، بیتاهیمولایتیک ستریپتوکوکس، نوکاردیا او ګرام منفي مایکرواورګانیزمونه. (۱، ۳، ۵).

۱ . د منتنو او چټلو موادو (په چټلو غاښونو، جیبونو او تانسلونو کې) اسپایریشن چې په لاندې حالتونو کې رامنځ ته کېږي لکه : د خولې جراحي عملیه، عمومي بېهوښی، کوما، الکولیک نېشه او هغه معذور خلک چې د ټوخی کولو کافې قدرت ونه لري.

۲ . د معدی او د کولمو د منتنو موادو انشاق چې د اوروفارینکس د لارې صورت نیسي.

۳ . د تقیحي نمونیا په سیر کې د اختلاط په ډول په ځانګړې ډول د ستافیلوکوکس اووریس، ستریپتوکوکس پایوجینیک، کلیبزیلا نمونیا، سیډوموناز او په نادر ډول د تیپ درې نیموکوکاې په سیر کې منځ ته راځی. همدارنګه د برانکیکتازیس په سیر کې د اختلاط په ډول هم منځ ته راتلای شي.

۴ . د قصباتو بندښت: په ځانګړې ډول په برانکوجینیک کارسینوما کې چې د قصباتو یا قصباتو د بندښت سبب کېږي چې دا بندښت په خپل نوبت سره د ډریناژ د خرابوالی سبب ګرځي چې په پای کې اتلیکتاسیس، د وینې او توموري پرچو اسپایریشن د سږو د خنځې لامل کېږي. همدارنګه د تومور د داخلي برخې تشېدل او د مړه شوي انساجو ځای په ځای کېدل د آبسې د را منځ ته کېدو لامل ګرځي.

۵ . سیپتیک امبولیزم : د سیپتیک ترمبوامبولیزم او د ښی زړه د انتاني انډوکارډایټیس په سیر کې د سږو آبسې رامنځ ته کېږي.

www.ketabton.com

۲ . د سږو آبسي ځنې وخت د ويني پواسطه د ډېر لرې محراق څخه د اختلاط په ډول رامنځ ته کېږي چې غوره ځانګړتياوي يې عبارت دي له : ستافيلوکوکس څخه چې ګڼ شمېر د سږو آبسي را منځ ته کوی.(۳ ،۹).

د پتالوژی له پلوه لاندې بدلونونه په خنځو کې د ليدلو وړ وي

۱ . مساحت : د قطر له نظره آبسې ګانې په مختلفو قطرونو (د څو ملي مترو څخه تر **۵** يا **۲** سانتي مترو پورې) ليدل کېږي .

۲ . موقيعت او شمېر : هغه آبسې ګاني چې د منتنو انشاق شوې توکو په واسطه را منځ ته کېږي زياتره وخت د سږو په ښی اړخ کې موقيعت نيسي، ځکه چې ښی اړخ د کينې اړخ په پرتله عمودي هوايي لاره لري او تل يوه وي چې د ښی اړخ په شاء تنې او يا په اپيکل سيګمينټ کې موقيعت نيسي . معمولا هغه آبسي چې د نمونيا يا برانکيکتازيس په سير کې منځ ته راځي شمېر يې ګڼ او په سږو کې پاشېدلي بڼې لري. هغه منتنې امبولي او آبسي چې د وينې د انتشار له سببه منځ ته راځی د شمېر له مخې ګڼ او د ځايګې له پلوه د سږو په هره برخه کې ځای په ځای کېدلای شي . د هستولوجي له پلوه تل خنځه د فبروتيک او مونو نوکلير حجرو په واسطه احاطه شوې وي.(۹).

۲-۵-۲.کلينيکې بڼه : ناروغ به د لاندې ستونزو څخه شاکي او په فزيکي کتنو کې به لاندې نښې شتون ولري.

تاريخچه : د ناروغي په تاريخچه کې لاندې ستونزې په ګروپې ډول بيانېږي.

۱ .د توکسېميا معمول او خفيف اعراض : ناروغ په دې حالت کې د خفيفي تبې څخه ګيله کوی مګر هېڅکله د تنفسي سيستم ستونزې شتون نه لري.

www.ketabton.com

۲ د ناروغي را منځ ته کېدل: ځنې وخت ناروغي په نابېره توګه د لوړې تبې، پلوراې وخيم درد ، بدبويه تنفس، ټوخی چې وروسته د زيات مقدار بلغمو سره يو ځای وي، منځ ته راځي.

۳. تحت الحاد او ځنډنی بڼه : په دې حالت کې ناروعی د تنفسي ناروغيو د ګيلو سره په تحت الحاد يا ځنډنی ډول را منځ ته کېږي چې ناروغ د لاندې ستونزو څخه ګيله کوی. ټوخی، خفه کوونکی او بوېناکه تنفس، خړاسکې او د توکسېميا عمومي کلينيکې بڼه. کله کله په وينه ککړ بلغم هم ليدل کېږي. همدارنګه د پلوريزې د شتون په وخت کې د سيني د درد څخه هم ګيله شتون لري.(۱).

فزيکي کتنه: د ناروغي فزيکي نښې د خنځې د ځايګې، جسامت او د احاطه کونکوو افرازاتو د څرنګوالی پورې اړه لري چې په لاندې ډول تشريح کېږي.

۱. اوله مرحله: په دې وخت کې د ناروغ په فزيکي کتنو کې پلورل رب، په محدوده برخه کې ډلنيس او د تنفسي اوازونو ضعيفوالی او يا د تکاثف فزيکي نښې شتون لري.
۲. د زوو د تشۍ د جوړېدو څخه وروسته: د تشۍ (کهف) نښې لکه: کوورنس او امفوريک اوازونه. همدارنګه د موضعي تکاثف اوازونه هم اورېدل کېږي.

۳. د موضعي افيوژن نښې او علامې

۴. د ګوتو کلبينګ. (۱، ۳).

۳-۵-۲. لابراتواري کتنه

۱. په وينه کې د سپينو حجرو شمېر د ۲۰۰۰۰ – ۳۰۰۰۰ په يو سانتي متر مکعب کې وي.

۲. د سيني په Postero-anterior (PA) کليشه کې په اولو وختونو کې تور تياره خيالونه او د ناروغي په وروستی وختونو کې په تشه کې د هوا او مايع خيالونه يو ځای د ليدلو

www.ketabton.com

وړ وي. همدارنګه په دې ناروغانو کې برانکوسکوپي د سرطان او خارجي اجسامو د ردولو په خاطر سر ته رسېږي. (۱، ۱۱).

۳. د بلغمو په معاینه کې زوې، مایکرواورګانیزم او د سږو مړه انساج د لیدلو وړ وي.

۲-۵-۴. **پتوجنیسیس** : د **پتوجنیسیس له پلوه د سږو خنځي د سږو بکتریایي انتاني** حالت ته ویل کېږي چې د سږو د پارانکیمل انساجو مړینه را منځ ته شوي وي. د وخت له نظره په حاد او ځنډنی ، د ضمیموې ناروغیو له پلوه په اولنی او دوهمی، کله چې معلوم انتان تر لاسه نه شي نو بیا په Non specific lung abscess دلالت کوي.کله چې د دې ناروغي لامل غېر هوازې بکتریا وي نو د Putrid lung abscess په نوم یادېږي چې د ځانګړې بد بویه سا ایستنې او بلغم په واسطه د نورو څخه جلا کېږي. (۱۱)

۲-۵-۵. **اختلاطات** : د ناروغي اختلاطات په لاندې ډول دي.

هیمیپتیسیس، د بدن نورو برخو ته د التهاب خپرېدل، دماغي خنځي، د پلورا په تشه کې د آبسي چاودېدنه او په ثانوي ډول د امایلوډوسیس .

۲-۵-۶. **پېژندنه** : د ناروغي پېژندنه د کلینیک او لابراتواري کتنوو په بنسټ سر ته رسېږي چې د پېژندلو له پاره يې لاندې ازمویني باید اجرا شي .

۱. په وینه کې د سپینو حجرو شمېر (Total leucocyte counts) د ۲۰۰۰۰ – ۳۰۰۰۰ په یو سانتي متر مکعب کې وي.

۲. د سیني په PA کلیشه کې په اولو وختونو کې تور تیاره خیالونه او د ناروغي په وروستی وختونو کې په تشه کې د هوا او مایع خیالونه یو ځای د لیدلو وړ وي. همدارنګه په دې ناروغانو کې برانکوسکوپي د سرطان او خارجي اجسامو د ردولو په خاطر سر ته رسېږي. (۱، ۱۱).

۳. د بلغمو په معاینه کې زوې ، مایکرواورګانیزم او د سږو مړه انساج د لیدلو وړ وي.

www.ketabton.com

۷-۵-۲. توپیرې پېژندنه: دا ناروغي باید د لاندې ناروغیو سره توپیرې پېژندنه شي.

۱. کهف ته ورته د قصباتو سرطان: په دې ناروغۍ کې ناروغان زاړه وي او د سینې د فشارې ګیلو (ټوخی، سابندي او د سینې درد) څخه وینا کوي. په فزیکي کتنو کې په غاړه یا د تخرګونو په برخه کې لمفنوډونه غټ شوې، لیدل کېږي چې په بلغمو کې یې سرطانې حجرې د لیدلو وړ وي.

۲. تقیحې برانکایتیس: اوږده تاریخچه، د کلینیکې بڼې پراخه ساحه او په بلغمو کې د رابرې انساجو نه شتون د نورو ناروغیو څخه یې جلا کوي.

۳. کزیتیف توبرکلوز: زیاتره وخت ددې ناروغي نښې اپیکل او د وزن د بایللو سره یو ځای وي چې د بلغمو په کتنه کې بکتریا مثبت وي.

۴. دلوبونو داخلي امپیما: د دې ناروغي فزیکي نښې کمې وي خو! زیاتره وخت د تخرګونو او یا سکپولاې زاویې (Oval) ته نژدې موقیعت لري.د اکسرې پر ته پېژندنه یې ګرانه ده. ځکه په جنبې اکسرې کې بیضوې شکله تکاثف لیدل کېږي.

۵. د سږو منتن سیستې: په ځانګړې توګه هیداتید او یا هغه سیستونه چې د قصباتو څخه سرچېینه اخیستې وي. همدارنګه د دې توپیری پېژندنه ډېره ګرانه خو! د دې د پیژندنې له پاره باید د منتن کېدو څخه مخکینې رادیوګرافي شتون ولري او یا د بدن په نورو برخو کې د ګڼ شمېر سیستونو شتون تشخیص تایید وي.

۶. پلمونرې انفرکشن: ځنې وخت د جراحي عملیې څخه وروسته او یا د زړه او د رګونو د ناروغي څخه مخکې په سږو کې د فرکشن رب اورېدلو، په وینه ککړ بلغم او نارمل اکسرې یا تېره څوکې تکاثف تشخیص وضع کوي.

www.ketabton.com

۷ .د برانکو پلورل فیستولا او امپیما یو ځایوالی : د دې ناروغي د پېژندنې له پاره دوه سي سي یو فیصده میتلین بلو په امپیما کې پېچکاري کېږي او بیا د رنګ د شتونوالی د پاره یې بلغم معاینه کېږي.

۸ . **پلمونرې هیماتوما**: په نژدې وخت کې د صدري تروما تاریخچه . د کم ټوخی سره یو ځای د غیر تقیحې بلغم شتون چې بنفسهه روغېدنه ور سره یو ځای وي او د لاندې ناروغیو سره چې په برانکیکتاسیس کې تشریح یې وکتل شي . برانکیکتازیس، پلمونرې مایکوسیس، منتن پلمونرې بولاء چې مایع هم ور سره یو ځای وي. تشه شوې نیموکونیزیس، سیستیک فبروزیس او ویجینرز ګرانولوماتوزیس. د زیاتو معلوماتو له پاره برانکیکتازیس ته باید مراجعه وشي . (۳).

۸-۵-۲. **درملنه** : د سږو خنځي په ګڼو مرحلو سره تداوي کېږي.

۱ . عمومي اهتمامات

الف . استراحت: ناروغ باید په بشپړ ډول تر هغه وخته پورې دمه وکړي تر څو چې د توکسېمیا اعراض او علایم له منځه لاړه شي.

ب . غذا یي رژیم: د دې ناروغانو غذایي رژیم باید د کاربوهایدریتو(CHD) ، پروتینو (Proteins) او ویټامینونو (Vitamins) څخه غني وي.

ج : د وینې ترانسفیوژن : د اړتیا په وخت کې باید اجرا شي .

د : د ډریناژ په خاطر د تنفسي حرکاتو ژور او عمیق تمرینات باید اجرا شي .

۲ . میخانیکی عملې

الف . وضعیتې دریناژ : ناروغ ته باید د دریناژ له پاره وضعیت ورکړل شي . بیا ماوفه برخه دې د سوکانو په واسطه وډبول شي تر څو په تشهٔ کې نښتې افرازات جلا او بهر ته تېله شي .(۳).

www.ketabton.com

ب . د برانکوسکوپي په واسطه نښتي افراز شوي پرچې یا پلکونه جلا او سیګمینټې لاره باید خلاصه شي . تر څو درېناژ ښه صورت ونیسي.

ج. انشاقي اکسجن : هغه وخت ورکول کېږي چې د ناروغ بلغم ډېره بدبویه وي او ناروغ د دې بدبوی څخه په تنګ شوي وي.

۳ . کېموتراپي : ښه درمل هغه دي چې د کلچر او انټي بیوګرام په واسطه غوره او ورکارول شي . پنسیلین تر اوسه پورې په ځینو پېښو کې اغېزمن پاتې دي. امکسیسلین یو ګرام د ورځې درې ځلي د میټرونیډازول ۴۰۰ ملي ګرامه د ورځې درې ځلې د خولې له لارې یا اګمنټین ۵۰۰ ملي ګرامه یا ګیټي فلوکساسین ۲۰۰ - ۴۰۰ ملي ګرامه توصیه کېږي. (۱ ، ۳).

۴. جراحي : که چېرې د درې اونیو درملنې وروسته بیا هم په ناروغي کې د کلینیک یا د رادیولوژی له پلوه کوم ښه والی را منځ ته نه شو، نو بیا ناروغ جراحی عملیې ته کاندید ګڼل کېږي چې د جراحي عملیې په واسطه سیګمینټ، لوب او یا سږی د منځه وړل کېږي. همدارنګه د کنټلوي هیمپټیسیس یا د ملیګننسې د شتون په وخت کې هم جراحي عملیه سر ته رسېږي. (۳).

۹-۵-۲. مخنیوي او انذار : د دې ناروغي د مخنیوي د پاره په کار دی چې د منتنو شیانو د انشاق څخه ځان وساتل شي . په هغه ناروغانو کې چې د ګاګ عکسه شتون ونه لري باید انټیو بیشن په کې حتمي اجرا شي . ناروغان باید د ۳۰ درجو زاویې په بڼه په ملا باندې استراحت وکړي تر څو د اسپایریشن خطر کم شي . همدارنګه د خولې او د غاښونو پاک ساتنه د ناروغي په مخنیوي کې پوره ونډه اخیستلای شي .(۱،۳).

۶-۲. د سږو اتلیکتاسیس

د سږی د حجم د کمېدلو څخه عبارت دی چې د هوایي کڅوړو د نامناسبو پراخېدلو د فشار له سببه منځ ته راځی. (۱، ۱۴).

www.ketabton.com

۲-۶-۱. لاملونه : د لاملونو د پېژندلو د پاره د سږو کولپس په څلورو ډلو وېشل کېږي چې په لاندې ډول دي.

الف .جذب شوې کولپس (Sorption atelectasis) : د هوايي لاور بندښت يې غوره لامل بلل کېږي.

ب . فشارې کولپس (Compression atelectasis) : د Passive یا Relaxative اتليکتاسيس په نوم هم يادېږي چې مهم لامل يې د پلورا په تشۀ کې په غير دوديز ډول د مايعاتو ټولېدنه ده .

ج . مايکرو اتليکتاسيس Microatelectasis يا Nonobstructive atelectasis : د دې لامل د سرفکټانټ نشتون يا کمښت دی.

د . راټول شوې کولپس Contraction atelectasis يا Cicatrization atelectasis : چې د موضعې يا عمومي فبروزيس په سير کې رامنځ ته کېږي . (۳).

۲-۶-۲.پتالوژی او پتوفزيولوژی

پتالوژی : د پتالوژی له نظره په جذب شوې کولپس کې کېدای شي ټول سږی ، سيګمينټ او يا يو لوب په آفت اخته شي ، چې کله کله د اوعيو انورېزم هم په کې شتون لري. په فشارې کولپس کې تل آفت د پلورا سره په ګاونډ کې شتون لري. همدارنګه د مايکرواتليکتاسيس په پېښو کې د سږو د عمومي پراخوالی کمښت ليدل کېږي. زياتره وخت د ټول شوې کولپس په پتالوژی کې موضعې يا عمومي فبروزيس ليدل کېږي او په دې ناروغانو کې د ماوفه اړخ اړوند ډيافرام پورته خوا ته کش شوې وي.(۱، ۹).

پتوفزيولوژي : د کولپس رنګا رنګ بڼې د رامنځ ته کېدلو په وخت کې ډول، عمليې طې کوي.

www.ketabton.com

۱ . جذب شوې کولپس : کله چې په قصباتو کې بندښت وروستنی هوايي کځوړو ته د هوا د تېرېدنې خنډ وګرځي، نو په هوايي کځوړو کې شته هوا بنده پاتې کېږي او په پای کې دغه هوا په تدريجي ډول جذبېږی او د اسناخو د کولپس سبب ګرځي چې د دې پېښې وخامت او مساحت د بندی شوې هوايي لارې پورې اړه لري. يعنی د بندښت څخه وروسته که ټول سږی موقيعت ولري نو ټول سږی په کولپس اخته کېږي.که يو لوب وي، لوب په آفت اخته کېږي يا سيګمينټ وي په ټوُليز ډول اخته وي چې د دې پېښې لامل د هوايي لارې بندښت وي، چې دا بندښت د مخاطی يا مخاطی تقيحې پلکونو په واسطه را منځ ته کېږي چې زياتره وخت د عملياتې عمليو څخه وروسته ليدل کېږي. همدارنګه دا پېښه د برانکېل آسماء، ځنډنی برانکايټيس او برانکيکتازيس په سير کې د اختلاط په ډول هم رامنځ ته کېدای شي . ځنې وخت دا ناروغي د اجنبې اجسامو د اسپايرېشن په نتيجه کې هم منځ ته راځی. په ځانګړې ډول په ماشومانو کې يا د وينې د پرڼ شوي ټوټو له کبله چې د خولې په عملياتونو کې او يا د بېهوښی له سببه منځ ته راځی. هوايي لارې د تومورونو (برانکوجينيک کارسينوما) او د غټې شوي لمف نوډونو (ټوبرکلوز) په واسطه هم بندېږي او د کولپس لامل ګرځي مګر د اوعيو انورېزم يې نادر لامل کېدای شي . ۲ . فشارې اتليکتاسيس : د پلورا په تشهٔ کې د مايعاتو، وينې او غازاتو ټولېدنه په خپل نوبت سره د سږی په هغه برخو باندې، چې د پلورا سره ګاونډيتوب ولري. په ميخانيکی ډول فشار وارد وي او د هغه برخو د فشاري کولپس سبب ګرځي. زياتره پېښې يې د پلورل افيوژن په واسطه، کوم چې د زړه د احتقانې پاتې والی له کبله را منځ ته شوې وي، منځ ته راځی. ځنې وخت دا ناروغي د هوايي ليکاژ په واسطه چې د سږی څخه پلورا جوف ته داخلېږی او په خپل نوبت سره نيموتراکس منځ ته راوړی او په پای کې نيموتراکس د فشارې کولپس سبب ګرځی. همدارنګه د سږو د لاندنيو برخو کولپس د پورته شوې ډيافرام له کبله، کوم چې د اسايټيس په واسطه په بستر محکوم ناروغانو کې رامنځ ته کېږي، ليدل کېږي.

۳ . مايکرواتليکتاسيس : په دې حالت کې د سږو په پراخوالی کې عمومي کموالی ليدل کېږي چې د مختلفو پېښو له سببه منځ ته راځي چې د هغو له جملې څخه غوره لامل يې د سرفکټانټ د مادې کمښت يا نشتوالی دي .دا ناروغي د غټانو او ماشومانو په

www.ketabton.com

Respiratory distress syndrom، د سږو په بین الخلالی التهابي ناروغیو او ځنې وخت په عملیات شوې ناروغانو کې د عملیات د پروسې څخه وروسته لیدل کېږي.

۴ . را ټول شوې اتلیکتاسیس : کېدای شی چې دا ناروغي د موضعې یا عمومي فبروزیس په واسطه منځ ته راشی.یا هغه وخت چې پلورا د سږو د پراخېدو مخنیوي وکړي، منځ ته را شي.

۳-۶-۲.کلینیکې بڼه : د ناروغي کلینیکې بڼه د کولپس د ډول او ځای پورې اړه لري چې په لاندې ډول تشریح کېږي.

تاریخچه : ناروغ د سیني د ناروغي برخې د درد، د نابرابرې ساتنګي، تکې کاردیا او تبې څخه ګیله کوی او ځنې وخت ناروغ په شاک کې وي.(۱).

فزیکي کتنه : په مرکزي بندښتې کولپس کې د قصباتو د قطر د بندښت له سببه د سیني د نیمایي برخې د حجم کموالی د غږ او د تنفسي اوازونو د ټیټوالي سره یو ځای وي. همدارنګه د پورتنی لوب په کولپس کې د توتکې د کشېدو له کبله د کولپس څخه په پورتنی برخه کې تنفسي اوازونه او د ناروغ غږونه د سیني دیوال ته ښه خپرېږي. ځنې وخت په قسمي قصبې بندښتې کولپس کې یو یا مخلوط اواز لرونکی ویزینګ اورېدل کېږي. همدارنګه په سطحي بندښتې کولپس کې چې قصبه خلاصه او تل په څلورم یا پنځم پوړ کې را منځ ته کېږي .کلینیکې بڼه یې په لاندې ډول وي. په کتلو سره د سیني د نیمایې برخې حجم کم او په ډبولو سره Dullness څرګندېږی او په تنفس کې برخه نه اخلی. په اورېدلو (اصغاء) سره لاندني نښې (ټوبولر اواز، برانکېل بریتنګ ، ویسپرېنګ پیکترالیوکی، ایګوفوني، برانکوفوني اوکریکل) اورېدل کېږي. غږیز او تنفسي اوازونه د خلاصې قصبې په واسطه د هوایي کڅوړو د تشېدو له سببه د سیني دیوال ته ډېر ښه خپرېږي. (۱).

www.ketabton.com

۴-۶-۲. د سيني راديوګرافي

۱ .دسيني راديوګراف : که کولپس د مرکزي بندښت له امله وي نو لاندې نښې د کتلو وړ وي.

الف : د لوبر د داخلي سيپټا بې ځايه کېدل چې سيپټا (Septa) د ماوفې برخې خواته بې ځايه شوې ښکاري چې دبې ځايه کېدوپراخوالى يې مختلف وي اودکولپس دپراخوالى پورې اړه لري.

ب : د ناروغي برخې راډيو او پيستېې د هغې برخې د هوا نشتوالى منعکس کوي.چې د آفت په اولو وختونو کې څه اندازه هوا په هوايي کڅوړو کې شتون لري چې د دې هوا د شتون له کبله د اوعيو نښې د ليدلو وړ، مګر سره نژدې معلومېږي.

ج : د لوبرکولپس ثانوي نښې : د ماوفه اړخ ډيافرام لوړ معلومېږي. هماغې اړخ ته ميډياستېنيوم کش شوې ښکاري او د ناروغي برخې اندازه کمېږي. همدارنګه د سږي ټُږؤې برخې بې ځايه څرګندېږي او په روغو لوبونو کې معاوضوي امفسيما د ليدلو وړ وي.

۲-۳ شکل

د چپ سږي بشپړ کولپس .(۴).

www.ketabton.com

که چېرې په عینې سږی کې مایع او کولپس دواړه سره یو ځای شتون ولري نو د توپیرې پېژندنې له پاره یې اوپیک مواد زرقېږي او رادیوګرافی یې سر ته رسېږي.

۵-۶-۲. **پېژندنه** : د ناروغي پېژندنه د تاریخچې، فزیکي معاینې او لابراتوارې کتنو په واسطه کېږي .

۶-۶-۲. **مخنیوي** : د ناروغي د مخنیوي د پاره د ټولو هغه لاملونو څخه باید مخنیوي و شي چې د کولپس سبب کېږي لکه : پلورل افیوژن، برانکېل آسماء، د سږو ځنډنی بندښتې ناروغي، سرطانې ناروغي او هوایي لارو ته د اجنبې اجسامو داخلېدل.(۱).

۷-۶-۲.**درملنه** : هغه ناروغان چې په حاد ډول په د ې آفت اخته شوي وي تر هر څه د مخه د ناروغي لامل باید تداوي شي .کله چې د ناروغي لامل میخانیکی بندښت وي او د ټوخی، سکشن او د فزیکي مانورو په واسطه درملنه و شي خو! ځواب ورنه کړي نو په دې وخت کې د فایبروتیک برانکوسکوپي څخه کار اخیستل کېږي.که چېرې انتان یا د قصباتو بندښت ته فکر کېدلو نو انتانات باید تداوي او که قصبه د پلکونو یا افرازاتو په واسطه بنده شوې وي نو د فایبروتیک برانکوسکوپي په واسطه باید لرې شي چې د بندښت د لرې کولو سره هوایي کڅوړې بېرته د هوا څخه ډکېږي او کولپس د منځه ځي. یادونه باید و شي چې د بندښت د لرې کولو څخه وروسته هم یاد شوې فزیکي مانورو ته باید دوام ورکړ شي .که چېرې د بندښت علت اجنبې جسم وي او لرې کولو د پاره یې برانکوسکوپي ته اړتیا پېښ شوې وي، نو باید د Rigid bronchoscopy څخه کار واخیستل شي .

په کولپس اخته ناروغانو باندې لاندې کړنې باید تر سره شي .

۱ . د دریناژ د عملیې د پرمختګ او اسانتیا له پاره ناروغ باید اړخ په اړخ واړول شي .

۲. فزیکي درملنه باید په صحیح ډول اجراء شي .

www.ketabton.com

۳. د ناروغ څخه غوښتنه و شي چې وټوخېږي. اړخ په اړخ واوړی او هم ورسره ژوره ساه واخلي.که چېرې اتلیکتاسیس د روغتون څخه بهر د اجنبي جسم د انشاق له سببه منځ ته راغلي وي او د انتان د پېښېدو نښې شتون ولري او د لابراتواري کتنو په واسطه تایید شوي وي نو ناروغ ته پراخه اغېزه لرونکی انټي بیوټیک توصیه کیږي. مثلا : امپیسېلین ۵۰۰ ملي ګرامه د خولې لارې او یا د ورید د لارې یو ګرام هر ۲ ساعته وروسته ورکول کېږي.که چېرې ناروغ په روغتون کې بستر وي نو د انټي بیوټیک د ټاکلو د پاره باید انټي بیوګرام اجراء شي او د انټي بیوګرام سره برابر کېدای شي . امپیسېلین یا کلینډومایسین د ورځې ۱۲۰۰ – ۲۷۰۰ ملي ګرامه د ورید د لارې تطبیق شي یا د امینوګلایکوساییډونو له جملې څخه امیکاسین د بدن په هر کېلوګرام باندې ۱۵ – ۳۰ ملي ګرام په درې وېشلي د وزونو سره وریدي یا عضلي توصیه کېږي. همدارنګه کېدای شی چې ناروغ ته د سیفالوسپورین د دوهم او یا درېم جینیریشن څخه د اړتیا په صورت کې هم کار واخیستل شي . که چېرې ناروغ په ځنډنی کولپس اخته وي نو د ناروغ سږي د اوږد مهال د پاره په غیر د پراخوالی پاتې کېږي چې زیاتره وخت په ویجاړېدونکي بدلونونو او د فبروزیس په را منځ ته کېدو دلالت کوي. همدارنګه دا ناروغان زیاتره وخت په ثانوي ډول په انتاناتو اخته کېږي چې باید حتمي د پراخه اغېزه لرونکو انټي بیوټیکونو په واسطه تداوي شي لکه : امپیسېلین، تتراسیکلین او یا د انټي بیوګرام او کلچر په بنسټ انټي بیوټیک وټاکل شي . که چېرې ناروغ په متکرر ډول هیمپتیسیس او یا انتاني پېښې ولري نو ناروغ باید جراحي ته ورو پېژندل شي تر څوکلپس شوې سیګمینټ یا لوب قطع شي که د ناروغي سبب تمور وي ناروغ باید وآرزول شي اود آرزوني په بنسټ جراحي عملیه یا شعاع او یا کېموتراپي وټاکل شي .(۱).

۷-۲. لنډیز : څرنګه چې زمونږ ټولنه د ژوند په هره برخه کې وروسته پاتې ده نو د علم د پاتې والی په بنسټ زمونږ خلک د ځان ساتنې په ډګر کې هم وروسته پاتې دي چې زیاتره وخت دمختلفو ناروغیو سره لاس په ګریوان وي چې د دې انتاني ناروغیو څخه په دې فصل

www.ketabton.com

کې د سینه بغل، برانکیکتاسیس، سږیز خنځۍ او اتلیکتاسیس څخه یادونه وشوه چې انتان د دې ناروغیو ګوښی لاملونه جوړوي او یا د نورو فکتورونو سره یو ځای په اشتراکي ډول یا د اختلاط په ډول را منځ ته کېږي مثلاً سینه بغل چې ګوښی د انتان په واسطه منځ ته راځي. همدارنګه برانکیکتاسیس، د سږی خنځۍ او اتلیکتاسیس د ځینو نورو ناروغیو په سیراو بندښت کې را منځ ته کېږي.که چېرې ددې فکتورنو مخنیوي وشي او منځ ته رانشي نو په پای کې دا ناروغي هم منځ ته نه راځي. بیا هم که چېرې د دې ناروغیو څخه کوم یو را منځ ته شو نو باید په وخت او زمان سره وپېژندل شي او په مناسب وخت کې یې درملنه سرته و رسېږي تر څو نا علاجه حالت ته داخل نه شي.

۸-۲. پوښتنې :تشریحې سوالونه

۱ . د سږو د آبسې کوم ناروغ د درملو په واسطه تداوي کېږي؟

۲ .د روغتون څخه بهر اتلیکتازیس ناروغ چې انتان هم ور سره یو ځای وي په څه ډول تداوي کېږي؟

۳ . د برانکیکتاسیس د بلغم او د آبسې د بلغم تر منځ څه توپیر شتون لري واضیح یې کړي؟

۴ . اتلیکتاسیس کومې ناروغي ته ویل کېږي؟

۵. د سږو د آبسې ناروغ د کومې ناروغي سره توپېر شي ؟

۶:د سینې په رادیوګرافي کې د pneumatoceles شتون په کومه ناروغي دلالت کوي؟

۷: هغه کوم درې فکتورونه دي چې د روغتون اړوند نمونیا کې وي مګر د ټولنې اړوند نمونیا کې شتون نه لري؟

سم ځواب په نښه کړئ

۸ : د لوجینیلا نمونیا له پاره مساعد کونکی فکتورونه عبارت دي له :الف:ډیابیټ اوسرطان. ب: د بډوډو وخیمه ناروغي.ج : نارینه جنس. د: پورتنی درې واړه صحیح دي.

www.ketabton.com

۹ : د برانکیکتاسیس هغه ناروغ جراحي ته سپارل کېږي چې :
الف : که چېرې ناروغ په متکرر ډول همیپتیسیس ولري. ب : که چېرې په متکرر ډول په سږو کې انتانات رامنځ ته شي . ج : پورتنی دواړه صحیح دي. د : پورتنی دواړه غلط دي.

۱۰:تش ځایونه ډک کړئ:

د اناتومیک موقیعت له پلوه نمونیا په( ) ډو له دي.او نموکوکل نمونیا د ( ) په نوم هم یادېږي.

۱۱:که چېرې د اتلیکتاسیس په ناروغ کې د انتانې پېښې لامل
Psuedomonas aeroginosa وي د هغې د درملنې له پاره انتخابي درمل عبارت دي له: ( ) څخه چې مستعمله مقدار یې عبارت دي له :( ) څخه.

www.ketabton.com

۲-۹.اخځلیکونه (References)

۱. حیات، حیات الله. (۱۳۸۸ھ ش).امراض داخله. شرکت سهامی، مطبعه نعمانی. صفحات: ۵۱- ۹۵ .

۲. مولوی زاده، حبیب الله. (۱۳۹۳ ل ل). د کمیونتي اکوایرډ نمونیا د اسبابو او انتي بیوګرام په هکله څیړنه. داخله څانګه، طب پوهنځی، ننګرهار پوهنتون. مخ: ۲۷.

۳. نشاط، محمد طیب. (۱۳۸۸ل ل). تنفسي او د زړه د دساموںو روماتیزمل ناروغي. داخله څانګه ، طب پوهنځي، ننګرهار پوهنتون. مخونه: ۱۲۵ – ۱۳۳، ۱۴۲. – ۱۸۱ .

4.Au-Yong, lain. Au-Yong Amy & Broderick, Nigel. (2010). On-call , X- Rays Made Easy , International Edition. Churchill Livingstone Elsevier , Englind.Pp: 48-64,100.

5.Colledge, Nicki. Walker,Brian R & Ralstom, Stuart H . (2010). Davidson’s Principles & Practice of Medicine, 21st Edition. churchal Livingstone Elsevier India Private Limited. Pp: 676 – 678 , 680 – 686.

6.Foster, Corey & Mistry, Neville.The Washington Manual of Medical Therapeutics. A lipponcort Minual, Department of Medicine Washington University School of Medicine.

7.Goldman, Lee & Ausiello, Dennis. (2007). Cecil Medicine , 23rd Edition. Sunders Elsevirr India.Pp: 631- 645,674 – 684,685 -678 .

8.Kumar, Parveen & Clark,Michael.(2007), Clinical Medicine,6th Edition. Elsevir Saunders London. Pp: 922 – 929.

9.Kumar, Vinay. Cotran, Ramazi and Robbins, Stanley L.(2003). Robbins Basic Pathology, 7th Edition. Saunders :Pp : 354-455, 464 -465.

10. Irfan, Muhamad et al.Community acquired pneumonia, Risk factors associated with mortality rate in a tertiary care hospitalized patients,(2009). Journal of the pakistan Medical. Pp: 102,210.

www.ketabton.com

11.Longo. DanL. Fauci, Anthony & Kasper, Dennis L.(2008). Harrison's Principles Internal Medicine .8th Edition. Mc Graw Hill Medical Lisbon London. Pp : 2130.
.12. Mbata, GC et al.(2009). The Role of Coplicications of Community

Acquired Pneumonia on the Outcome of the Illness.A Prospective Observational Study in a Tertiary Institution in Eastern Nigeria.p: 1

13. Papadakis, Maxine A. Mcphee, Stephen J and Rabow, Michael W. (2014). Currrent Medical Diagnosis & Treatment, 53rd Edition. Mc Graw Hill Lange New Yark. Pp : 256 – 259 , 260 – 269.

14.Taber Company Medical Dictionary. (2001) 20th Edition F,A,Davis company,WWW,Fadavis, Com.Pp:296297,692.484,495-496.

www.ketabton.com

دریم څپرکی

پلورایي ناروغي

پیلیزه : پلورایي غشاء د یوې نازکې، شفافې، مصلي او رابرې پردې څخه عبارت ده چې یوه برخه یې د سږی څخه چا پېره شوې ده چې د حشوې پلورا او بله برخه یې د سینې جدار، حجاب حاجز او مېډیاستېنوم یې پوښلي دي چې د جدارې پلورا په نوم یادېږي چې د دواړو پردو تر منځ هوا یا بله التصاقې ماده شتون نه لري او یوائی د یوې نازکې لمفاوې اوبلنې پردې په واسطه یو د بل څخه جلا ساتل کېږي چې دغه لمفاوې او بلنه ماده په نورمال ډول یعنې د جدارې کپیلرې اوعیو په واسطه ۰۱ ، ۰ ملي لیتره پر کیلوګرام د بدن جوړېږي او د پلورا جوف ته راځي او د همدې لارې څخه د لمف نوډونو او د لمفاتیک سیستم د جریان په واسطه بېرته د پلورا څخه خارجېږي. همدارنګه دغه لمفاوې جریان د دې توان لري چې که د دې مایع حجم لس چنده زیات هم شي نو لمفاوې سیستم دغه مایع د پلورا د جوف څخه خارجولای شي . هغه وخت په دې جوف کې مایع جمع کېږي چې دی جوف ته د مایع جوړښت د لس چندو څخه زیات شي او یا د وتلو لاره بنده شي نو په دې جوف کې د ډنډېدو لامل ګرځي نو ویلای شو چې په دې تشه کې د مایع د غیر دودیز زیاتوالی د پلورل افیوژن په نوم یادېږی . چې مختلف شکلونه لری چې په لاندې ډول تشریح کېږي.

۱-۳.پلوریزی

۱-۱-۳.**تعریف :** د پلورا التهاب د پلوریزې یا پلورایټیس په نوم یادېږي.کېدای شي موضعي یا خپور بڼه ولري، حاد یا ځنډنی وي چې په لاندنې ډولونو رامنځ ته کېږي لکه : Fibrinous pleurisy، Pleural effusion او Empyema . (۱، ۱۳).

الف. وچ پلوریزی : د هغه حالت څخه عبارت دی چې د پلورا په تشه کې فبرینې مایع اندازه ډېره کمه یا هېڅ شتون ونه لری. (۱).

www.ketabton.com

۲-۱-۳.کلینیکې بڼه

تاریخچه : ناروغ د درد څخه ګیله من وي، چې په آفت اخته اړخ کې شتون لري، تېز چاقو وهونکې یا څېرې کونکی وصف لري چې د تهوخی، ژورې سا اخیستنې او یا آفت لیدلې برخې ته د فشار ورکولو په واسطه زیاتېږی.که چېرې آفت د ډیافرام سره په ګاونډ کې موقیعت ولري درد د اوږی څوکې ته خپرېږي.که د سږی لاندنې لوب په آفت اخته وي نو درد د خېټې پورتنی برخې ته خپرېږي. همدارنګه ناروغ د چټک او سطحي سا اخیستنې څخه چې د وچې ټوخی سره یو ځای وي، ګیله کوی او هم منځنۍ کچه تبه چې په شروع کې د یخني احساس ور سره یو ځای وي، لیدل کېږي. (۱، ۳).

فزیکي کتنه : په تفتیش سره لیدل کېږي چې د سیني مآوفه برخه په تنفس کې کمه برخه اخلي او د سیني د یوې محدودې برخې په اصغاء کې کریکل ته ورته اوازونه اورېدل کېږي چې د پلورل رب په نوم یادېږی چې ستاتسکوب ته په فشار ورکولو سره یې شدت یې زیاتېږی. (۵).

۳-۱-۳.د سیني رادیوګرافي او درملنه

د سینې راډیوګرافي: د سیني په راډیوګرافي کې د مشاهدې وړ بدلون نه لېدل کېږي.
درملنه : ناروغ ته استراحت توصیه کېږي.د درد له منځه وړلو له پاره د سیني په ناروغي برخې باندې د ګرمو اوبو مشکولي د ټکور په موخه کارول کېږي او هم د ماوفې برخې سپلینټ (بی حرکته) سرته رسېږي. ځنې وخت د انلجزیکو او سېداتیفو درملو کارولو ته هم اړتیا لیدل کېږي او که د بلې ناروغي په سیر کې منځته راغلي وي باید هغه ناروغي تداوي شي . (۳، ۵).

www.ketabton.com

۲-۳.پلورل افیوژن

۱-۲-۳. لاملونه : پلورل افیوژن په دوه غوره ډلو وېشل کېږي. چې عبارت دي له : ترانزوداتیف او اګزوتاتیف، چې د هر یوه لاملونه سره فرق کوي .

د ترانزوداتیف افیوژن لاملونه : د زړه احتقاني عدم کفایه (۹۰ سلنه) چې د جلال اباد په روغتون کې په مسنو خلکو کې زیات ثابت او تایید شوې ده .سیروزیس د اسایتس سره یو ځای، نفروتیک سندروم، پرېتونیل ډیالایزیس، مکسودیما، حاد اتلیکتاسیس، کانسټرکټیف پرېکارډایټس، د پورتنی اجوف د ورید بندښت او د سږو امبولیزم او د اګزوداتیف لاملونه عبارت دی له : پارانمونیک پلورل افیوژن (کله چې افیوژن د نمونیا ، ، سږو آبسي او یا د برانکیکتازیس په سیر کې را منځ ته شي) چې په ځوانانو کې زیات لیدل کېږي، د سږو کانسر، لمفوما، امپیما، توبرکلوسیس، کولاجن ناروغي، انتاني (ویروسي، بکتریایي، فنګسي، ریکیتسیایي او پارازیتي) ناروغي، اسبستوزیس، میګس سندروم، د پانکراس ناروغي، یوریمیا، ځنډنی کولپس، کایلوتوراکس ، سرکوییدوزیس، د درملو سره غبرګون، پوسټ مایوکارډیل انفرکشن سندروم، د وړانګو په مټ درملنه، برقي سوځېدنه، هیموتراکس، پرېکارډیل ناروغي، مرئ ځېرې کېدل او یلو نیل سندروم.

د اګزوداتیف لاملونه : پارانمونیک پلورل افیوژن (کله چې افیوژن د نمونیا ، ، سږو آبسي او یا د برانکیکتازیس په سیر کې را منځ ته شي) چې په ځوانانو کې زیات لیدل کېږي، د سږو کانسر، لمفوما، امپیما، توبرکلوسیس، کولاجن ناروغي، انتاني (ویروسي، بکتریایي، فنګسي، ریکیتسیایي او پارازیتي) ناروغي، اسبستوزیس، میګس سندروم، د پانکراس ناروغي، یوریمیا، ځنډنی کولپس، کایلوتوراکس ، سرکوییدوزیس، د درملوسره غبرګون، پوسټ مایوکارډیل انفرکشن سندروم، د وړانګو په مټ درملنه، برقي سوځېدنه، هیموتراکس، پرېکارډیل ناروغي، مرئ ځېرې کېدل او یلو نیل سندروم. د جلال اباد د عامې روغتیا په مرکزي روغتون کې جوته شوې ده چې د اګزوداتیف د رامنځ ته کېدلو

www.ketabton.com

لومړی درجه لامل تبوبرکلوز په ځانګړې ډول په ځوانانو کې او دوهمه درجه یې پارانمونیک افیوژن جوړ وي. (۲،۳).

۲-۲-۳. کلینیکې بڼه

تاریخچه: د ناروغ د ګیلو د رامنځ ته کېدو څرنګوالی یې د ناروغي د **Onset** پوري اړه لري. که چېرې ناروغي په انی ډول را منځ ته شوي وي ناروغ د وخیم درد یا د نامعلومې سرچېینې تبې څخه ګیله کوي چې وروسته په درد تعقیبېږی. همدارنګه دا ناروغي په تحت الحاد ډول هم را منځ ته کېږي خوا که چېرې په تدریجي او پټ ډول منځ ته را شي نو ناروغ به په ربښتېنې ډول ناروغ ښکاری او کلینیکې ډګر کې به ساتنګي حاکمه وي. همدارنګه درد د ناروغي په اولو وختونو (پلوریزې) کې را منځ ته کېږي چې وروسته دروند وصف ځانته نېسي. په دې ناروغي کې نفس تنګي د ټولي شوي مایع د کچې سره مستقیم تړاو لري او هم ټوخی زیاتره وخت وچ وصف لري. همدارنګه ناروغ د وزن د بایللو څخه ګیله کوی او هم د تسمم اړوند ګیلې (تبه، بې اشتهایې او ستومانتیا) به په ناروغ کې شتون ولري .(۱، ۲).

فزیکي کتنه: د فزیکي نښوو د را څرګندېدو له پاره لږ تر لږه **۵۰۰** سي سي مایع ته اړتیا لیدل کېږي چې د پلورا په تشۀ کې راټوله شي تر څو کلینیکې څرګندونې په ناروغ کې پیدا شي.

الف.تفتیش: اورتوپنیا، د ناروغ په اخته اړخ ویده کېدل، په اړوند اړخ کې د سینې د حرکتونو کمېدل یا د منځه تلل.که ناروغ نری او دنګ وي نو په اړونده اړخ کې به د پښتیو داخلي برخې را وتلې ښکاري او که د مایع اندازه ډېره زیاته وي نو اړونده هایپوکاندریوم به ډک او وتلې ښکاري. همدارنګه اپیکس مخامخ لورې ته بې ځایه شوې ښکاري. که مایع خبیثه سرچېینه ولري نو د پلورایي مایع کتنه د سرطانې حجرو له

www.ketabton.com

پاره مثبت وي، چې د فشارې کولپس یا موضعې مایع سره یو ځای وي او د سټرنومستویېد نښه **Trail’s sign** (په ناروغه برخه کې د سټرنومستویېد عضله په ځرګند ډول بې ځایه شوې وي) به شتون ولري.(۱۲).

ب . جس : د سیني حرکات محدود وي، توتکه مخامخ لور ته بې ځایه شوې وې، د **TVF** کمېدل یا په پوره ډول د منځه تګ او په جس سره به **Tactile fremitus** کم وي.

ج. ډبول : مطلقاً ډبرې ته ورته ډل اورېدل کېږي، د ډبولو په وړاندې به ټینګار شتون ولري، ډلنیس د فقری د سپاین د ټکی څخه شروع کېږي مخ پور ته ځي چې په شاتنی اکزیلا کې خپل پورتنی آخري ټکی ته رسېږی چې بیا د دې ټکی څخه بېرته په نزولې ډول سټرنیوم خوا ته حرکت کوي چې **Ellis’s S** ته ورته منحنی ځانته غوره کوي.د افیوژن د پاسه د سکوډیک ریزونانس یا بکس ته ورته اوازونه اورېدل کېږي او هم د سیني په شاتنی قاعده کې د ملا د تیر په مخامخ لورې کې د مثلثې ډلنیس (**Grocco’s triangle**) شتون ځرګندېږي. د کتلوي مایع د شتون له امله په اپیکس کې قلبي اوازونه په سختي سره اورېدل کېږي. (۱۳).

د.اورېدل : د ناروغی سږی په مخامخ لورې کې د احتقان له کبله کریکل شتون لري او د مایع په پورتنی پوله کې تنفسي اوازونه د ایګوفوني سره یو ځای قوي اورېدل کېږي.(۱، ۳).

۳-۲-۳. لابراتواري کتنې

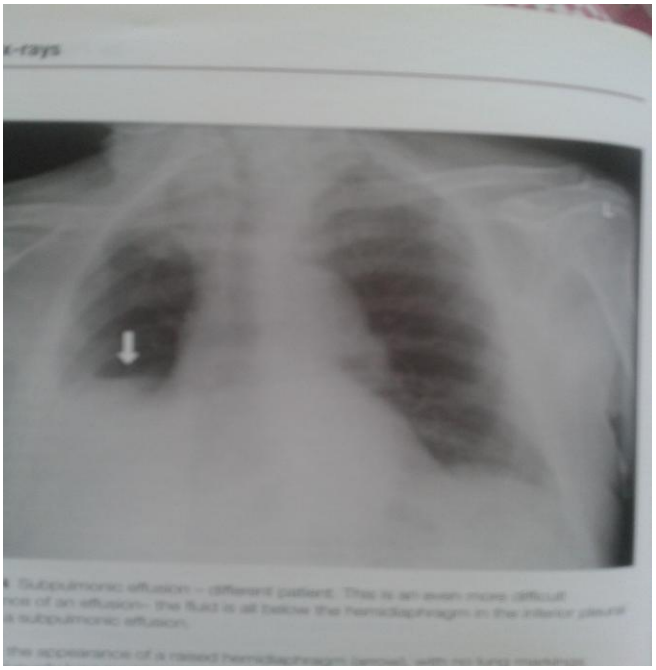
د پلورایي مایع لابراتواري کتنې : که چېرې مایع ورسته شوې بدبوېه وصف ولري نو په غیر هوازې بکتریاو اخته امپیما باندې دلالت کوي او که چېرې په مایع کې غذایي ټوټې شتون ولري نو د مری په څېرې کېدلو دلالت کوي.که چېرې د مایع رنګ ژېړ رنګې شین وي. نو روماتؤیید پلوریزې ته فکرکېږي او که چېرې د امونیا بوې یې درلود نو په Uriothorax

www.ketabton.com

باندې دلالت کوی.که شیدو ته ورته رنګ یې درلود، نو په Chylothorax یا Psuedo chylothorax کې لیدل کېږي. که په مایع کې صفراوې رنګ شتون درلود بیا صفراوې فستول خواته باید فکر و شي .که مایع تور رنګې وي په اسپرجیلوسیس دلالت کوی او ورسته ماهې ته ورته مایع د امیبې سیستم په څېرې کېدلو دلالت کوی. د پلورا د مایع نارمل PH نژدې ۷ ، ۷ . دی. که چېرې PH د ۷,۲ څخه ټیټ وي په امپیما، پارانمونیک، کولاجنې د رګونو ناروغي، RA ، د مرۍ څېرې کېدل، توبرکلوزیس او پرمختللی ملیګننسي باندې دلالت کوي چې د سایتولوژیک کتنو په بنسټ نژدې ۲۰ سلنه پېښې سرطانونه جوړ وي چې د پېژندل شوې سرطانونو ډېره برخه د میزوتیلیمیا په پرتله اډینوکارسینوما جوړوي. په تقیحې مایع کې د DLC سر ته رسول دومره ډېر ارزښت نه لري. په خبیثه او توبرکلوزیک ناروغیو کې د لمفوسایټونو شمېر زیات لیدل کېږي. که چېرې د ایزونوفیل کچه زیاته وي نو په یوه سلیمه پېښه دلالت نه کوی او که پلورل افیوژن د کرونرې بای پاس څخه وروسته منځ ته را شي نو په صحنه کې به کوچنې لمفوسایټونه زیات بارز وي.کله چې مایع اګزوداتیف وي نو باید د ګرام تلوین، د هوازې او غیر هوازې بکتریاو او توبرکلوز د پاره کلچر سرته و رسېږي. د ځینو ناروغیو د پاره لاندې ازموینې سر ته رسېږي. د روماتویید ارترایتیس د پاره روماتویید فکتور باید معاینه شي .د منضمو انساجو د ناروغیو د معلومولو د پاره د انتي نیوکلیر فکتور معاینه سر ته رسول حتمي وي. د کامپلیمینټ کچه په روماتوئیدارترایتیس یا په SLE کې کمه وي. همدارنګه په خباثت او انتاناتو کې هم مثبت وي. په ځینو کلینیکې حالتونو کې لاندې کتنې سرته رسېږي.کله چې په ۱۰۰ملي لیترو کې د ګلوکوز کچه د ۳۰ ملي ګرامو څخه کمه وي په روماتویید او ملیګنینسې باندې دلالت کوي او په پانکراتایتیس کې د امایلیز کچه لوړه وي. همدارنګه په ثانوې ډول د ځینو ناروغیو لکه : د ادینوکارسینوما د میتاستازیس په صورت کې یا د مرۍ په سوری کېدلو کې لیدل کېږي او هم په ځینو حالتونو کې د شایلو مایکرون او ترای ګلسرایډ لوړوالی لیدل کېږي. په توبرکلوز او امپیما کې د ADA کچه لوړه وي.

www.ketabton.com

۴-۲-۳.د سیني راډیوګرافي: د سیني په قدامي شاتنی کلیشۀ کې کاستهوفرینیک زاویه (Sinus) د منځه تللي وي او کثافتي خیال د سیني دیوال خوا ته اوچتېږي او د منحنې په بڼه چې مقعریت یې سرو خوا ته وي او هغه وخت څرګندېږي چې د مایع حجم د ۲۰۰ ملي لېترو څخه زیات وي.که چېرې د مایع اندازه د ۵۰ ملي لېترو څخه کمه وي نو د معلومولو له پاره یې د اړخېزې اکسرې توصیې ته اړتیا پیښېږي.



۳ - ۱ انځور

په ښی طرف کې د مایع ټولېدنه نمایش کوی .(۴).

که چېرې مایع د سږو لاندې او د ډیافرام څخه پورته (د سږی او ډیافرام ترمنځ) موقیعت ولري نو په دې ازموینه کې خیال یې سیستم ته ورته وي چې د کاذب تمور سره او یا د ډیافرام د پور ته کېدو سره غلطېږي. پورتنی انځور په ښی طرف کې د پلورل مایع خیال راښې.

۵-۲-۳. درملنه : د ناروغي درملنه په لاندې پلانونو سره سر ته رسېږي.

۱ . عمومي اهتمامات : ناروغ ته باید د مایع د پوره جذب پورې استراحت، مقوي غذایي مواد او ضروري ویټامینونونه توصیه شي .

www.ketabton.com

۲ . کېموتراپی : د TB په صورت کې انتي ټوبرکلوزيک درمل بايد توصيه شي او د خبيثه مايع د درملنې له پاره اول ځل د پاره د پلورا د جوف څخه ټوله مايع بايد ووېستل شي . ور پسې ۵۰۰ ملي ګرامه تتراسيکلين هايدروکلورايد په ۲۰ ملي لېتره سلاين کې مخلوط او د پښتيو د داخلي ساحو د دريناژ په واسطه پلورا جوف ته داخل شي ورپسې ۲۰ سي سي آضافي سلاين د دريناژ په واسطه پلورا جوف ته داخل کړای شي بيا ناروغ ته د شپږو ساعتونو د پاره د موقيعت په بدلولو سره بايد استراحت توصيه شي تر څو تتراسيکلين په ټول جوف کې تيت شي . وروسته دريناژ ختم شي تر څو د جوف ټول مواد خارج شي . که چېرې د پښتيو ترمنځ د دريناژ داخلول ستونزمن وي او يا تتراسيکلين د ناکامي سره مخامخ شي نو بيا ناروغ ته C.parvum د ۷ ملي ګرامو په اندازه په ۲۰سي سي سلاين کې مخلوط او د پلورا په جوف کې زرقېږی.

۳ . د پلورايې مايع درملنه : څومره چې شونی وی بايد ژر تر ژره تر سره شي ځکه چې د مايع دوامداره شتون د فبرين د رسوب سبب کېږي چې دغه عمليه په خپل نوبت سره د پلورا د پېړ کېدلو سبب کېږي چې د پلورا پېړوالی د پلورا وسعت کموي او د دې کموالی له کبله د سيني حرکات کمېږی او وظيفوي پاتې والی را منځ ته کوي چې د Frozen chest په نوم يادېږی. همدارنګه د دې موخې له پاره تيراپيوتيک توراسنتيزيس هم توصيه کېږي چې استطبابات يې عبارت دي له : کله چې د مايع حجم زيات او د کلويکل هډوکې پورې رسېدلی وي.کله چې قلبي او تنفسي ستونزې يې را منځ ته کړي وي.کله چې دوه طرفه (دوه اړخيزه) وي.کله چې په حاد ډول پلمونرې اذيما تاسس کړي وي.کله چې په مايع کې په ثانوې ډول انتان را منځ ته شوی وی.کله چې د افيوژن سره تبه يا بله معاوضوې ستونزه شتون ولري. کله چې د ټوبرکلوز ضد درملو د کارونې سره سره مايع جذب نه شي او کله چې مايع هيموراژيک وي او يا د زيات مقدار پروتينو لرونکي وي.څنې وخت توراسنتيزيس اختلاطات هم ورکوي چې عبارت دي له : د پلورا د داخلي منفي فشار زياتوالی، پلورل

www.ketabton.com

شاک، هوایي امبولي، پلمونرۍ اذیما، دوراني کولپس، د پښتیو د داخلي اوعیو څیرې کېدل، نیموتراکس یا هیمپتیسیس او امپیما.

۴ .کورتیکوستروييد : د دې درملو کارونه د پلورایي مایع د چټک جذبېدو سبب کېږي او هم د پلورا د پېړېدو څخه مخنیوي کوي. دا درمل ناروغ ته ۱۰ملي ګرامه د ورځې دو یا درې ځلي توصیه کېږي. بیا وروسته ۵ ملي ګرامو ته کمیږي او شپږو میاشتو پورې دوام ورکول کېږي. هېڅکله د مایع د جذب څخه وروسته د دوهم ځل له پاره نه توصیه کېږي.دا درمل په لاندې حالتونوکې توصیه کېږي.کله چې د حادې ناروغي سره کتلوي مایع را منځ ته شي او یا د مایع بذل نا شونی وي یعنی د مایع د موقیعت تعېنول ستونزمن وي.
۵ . مشق : ناروغ باید د درملنې سره یو ځای تمرین شروع کړي.(۱ ،۳).

۳-۳.امپیما

۱-۳-۳. لاملونه : امپیما په دوه ډوله (حاد او ځنډنی) امپیما وېشل کېږي. نو لاملونه یې هم په مختلفو ډلو وېشل کېږي چې په لاندې ډول دي.

الف . د حاد امپیما لاملونه

۱ . نیموکوکس : عموما دا تقیحې مایع پېړ، شین بخنه، چې د ژېړ رنګې باریکې پردې سره یو ځای لیدل کېږي.

۲ .ستریپتوکوکس : نوموړی ناروغي په شروع کې د چېتلي نازیکې پردې په بڼه چې شین رنګ لری منځ ته راځی چې د وخت په تېرېدو سره یې پېړوالی زیاتېږي.
۳. روماتوييد پلوریزې : هغه پلوریزې چې د روماتوييد ارترایتیس ناروغي په سیر کې منځته راځی مایع یې شین رنګې چټل معلومېږي. (۱).

www.ketabton.com

ب. د ځنډنی امپیما لاملونه

۱ . د حاد امپیما غیر اغیزمن درملنه یا حاد امپیما د تشخیص څخه پټ پاتې کېدل.

۲ . ځنډنی انتانات لکه : تیوبرکلوزیس، د سږو آبسې، برانکیکتازیس اکتینومایکوزیس او ګرام منفي بکتریاوي .(۱۲).

۳ . د سږی سرطان چې پلورا یې هم اخته کړې وي.

۴ . برانکوپلورل فیستولا چې د سږی د آبسې او یا تروما یا د سږی د منتن سیستې د چاودېدنې له کبله منځ ته راغلې وي.

۵ . د پلورا په جوف کې د خارجي اجسامو شتون لکه : د درملنې د تیوب پاتې کېدل یا د پښتیو د هډوکو د پارچو پاتې کېدل.

۶ . د حجاب حاجز څخه لاندې د آبسې نیمکله درملنه.

۲-۳-۳.کلینیکې بڼه

تاریخچه

۱ . ناروغ به د لومړنی ناروغي د ځینو ستونزو څخه ګیله کوی. مثلا نمونیا څخه چې په پوره ډول سره بڼه شوې نه وي یا په ناڅاپي ډول د تبې د درجې لوړېدل چې د لړزې سره یو ځای وي. که چېرې آمپیما ځنډنی بڼه ولري نو ناروغ به د تبې د بیا بیا رامنځته کېدو څخه حکایه کوی. همدارنګه ناروغ به د سینې د درد څخه هم شاکي وي. (۲).

۲ .هغه ګیلې چې د امپیما د میخانیکی اغېزو له سببه منځ ته راځی لکه : د سینې پلوریتیک درد چې د ناروغي په اولو وختونوکې رامنځ ته کېږي لکه : سابندي ، ټوخی او بدبویه بلغم. (۲).

www.ketabton.com

۳ . تسممي ستونزې ، ستړیا ، د اشتها د منځه تلل، خوله کېدل او د وزن بایلل د تسممي ګیلو څخه ګڼل کېږي. (۱).

فزیکي کتنه : ټولې هغه نښې چې په پلورل افیوژن کې د لیدلو وړ وي هغه نښې په امپیما کې د سیني د دېوال د پړسوب سره یو ځای هم لیدل کېږي چې د پوستکی رنګ سور او ځلېدونکې ښکاري.د ۲- ۳ اونیو په موده کې د ګوتو کلبینګ هم تاسس کوی.(۱).

که آمپیما ځنډنی بڼه ولري نو په ناروغ کې به لاندې نښې شتون ولري.کم خونې ، د ګوتو کلبینګ ، په پوستکی یا په سږو کې به ځنډنی سینسې مجرا یا مجراوې د لیدلو وړ وي. که چېرې برانکو پلورل فیستولا شتون ولري نو د ټوخی په وخت کې د خلاصې مجرا څخه هوا تېرېدنه اورېدل کېږي یا احساسېږي.

۳-۳-۳. درملنه : د درملنې موخې په لاندې ډول دي.داتتان قابو کول، دزوو خارجول، د پلورا د جوف ډکول، د سږی ددودیزې پراخوالی اعاده کول او د سږی د دندې دودیز حالت ته راګرزول.

۱ . اسپایریشن: که چېرې زوې نرې وي د سورینج په واسطه هره دویمه یا دریمه ورځ د پلورا څخه باید وویستل شي . خو! که د زوو جوړېدل چټک وي نو بیا ناروغ ته د Water seal کارونه اړینه بریښې او باید سر ته و رسېږي.

۲ .د مایکروب ضد درمل : دې ناروغانو ته هر شپږ ساعته وروسته یو میلون یونټه پنسیلین د غوښی د لارې توصیه کېږي. همدارنګه ۵۰۰۰۰۰ یونټه په ۵ - ۱۰ سي سي سلاین سره حل او په پلورا کې د اسپایریشن څخه وروسته په پلورا کې زرق کېږي. که چېرې مایکرواورګانیزم د پنسیلین سره مقاوم وي نو بیا ناروغ ته پراخه اغېزي لرونکي انټي بیوټیک لکه: مټرونېډازول ۴۰۰ ملي ګرامه هر ۸ ساعته وروسته د پېنټیو د خپل منځي برخو له لارې توصیه کېږي.

www.ketabton.com

۳. دريناژ : کله چې د درملنې سره سره تر لسو ورځو پورې ښوالی تر لاسه نه شو، نو بيا دا عمليه د دوهم انتخاب په بڼه سر ته رسيږي او تر هغه وخته پورې دې ته دوام ورکول کيږي تر څو چې د لرې کولو له پاره يې استطباب نه وي پيدا شوې.

د ډراين د لرې کولو له پاره استطبابات په لاندې ډول دي.

۱ .کله چې تبه شتون ونه لري چې د انتان په قابو کولو او کنترول باندې دلالت کوي.

۲ .کله چې په۲۴ ساعتونو کې د دريناژ شوې مايع حجم د ۱۰۰ سي سي څخه کم وي.
۳ . کله چې د سږی توسع په پوره ډول راګرځېدلی وي او خپله دنده يې په بشپړه ډول سر ته رسولای شي .

۴ . کله چې برانکو پلورل فيستولا بنده شوې وي.يا د پښتيو قطع کول د خلاص ډريناژ د پاره. که چېرې دا عمليه د ناکامي سره مخامخ شي .نو بيا ناروغ ته تراکستومې اجراء کيږي او د امپيما ټوله خلته بهر ته وېستل کيږي او بېکاره ساحه يې ډکيږي.

۵. تنفسي تمرينات : د تسممې ستونزو د منځه تګ په خاطر څومره چې شونی وي ژر بايد شروع شي .

۴-۳.نيموتراکس

۱-۴-۳. **تعريف** : د پلورا په تشۀ کې د هوا تجمع (ټولېدو) ته نيموتراکس ويل کيږي.چې دې برخې ته هوا د سينې د دېوال، ميډياستېنيوم، ډيافرام او يا د حشوې پلورا د څېرې کېدولو د لارې راځي چې په دوه ډوله دي (۱، ۸).

۲-۴-۳.اولنۍ نيموتراکس

۱.اولنۍ بنفسهی نيموتراکس : هغه نيموتراکس ته ويل کيږي چې د را منځ ته کېدو په وخت کې د سږو د ناروغيو کومې نښې شتون ونه لري.اولنۍ بنفسهی نيموتراکس د سږو په

www.ketabton.com

اپیکل برخه کې د پلورا لاندې د یوي واقع شوې سلیمي تناکې په بڼه چې زیاتره وخت په ځوانانو کې را منځ ته کېږي، لېدل کېږي.

۳-۴-۳. ثانوي نیموتراکس : هغه نیموتراکس ته ویل کېږي چې د سږو د پرانکایمل ناروغیو په سیر کې منځ ته را شي ثانوي بنفسهی نیموتراکس چې د څېري کېدلو (د پلورا په مجاورت (ګاونډ) کې د توبرکلوزیک محراق چا ودېدنه یا د موضعي امفسیماتیک پوکڼۍ چا ودېدنه، د ولادي سیست او یا تناکې چا ودېدنه یا څېرې کېدل، د اونیکوم سږی څېرې کېدل، د مری څېرې کېدل، د توبرکلوز پرته ډېر نور انتانات هم شته چې د دې ناروغي سبب جوړېږي لکه : بکتریایي سینه بغل، د سږو خنځي، نیموسمیستیس جیرووېسي سینه بغل، توره ټوخلې، برانکیکتازیس ، د سږو منتشر فبروتیک ناروغي لکه : سرکوییدوسیس او نیموکونوزیس، انترستیي شیل فبروسیس، د سږو ځنډنی بندښتي ناروغي لکه : برانکیل آسماء، ځنډنی برانکایتیس او امفسیما ، نیوپلازم لکه : د قصباتو سرطانونه او د پلورا سرطان، سیستمیک فبروزیس ، په ثانوي ډول د منصیفې امفسیما په سیر کې، د سږو په آحتشاء کې او نور متفرقه پېښو کې لکه : د سږو روماتویید ناروغي، هیستیوسایتوسیس، سکلیروزیس ، مارفان سندروم ، ایهلرډانلوس سندروم، په پلورا کې د انډومیتروسیس شتون، پلمونرې الیولر پروتینوزیس، د سږو ایډیوپاتیک هیموسمیدروزیس او داسې نور...

۴-۴-۳.ترو ماتیک او فشاري نیموتراکس

تروماتیک نیموتراکس: هغه نیموتراکس ته ویل کېږي لکه په چا قو سورې شوې زخمونه، د ټوپک زخمونه، د سطحي سږو زخمي کېدل، د نورو پېښو له کبله : پڅې ضربې، د پښتیو د هډوکو د ماتېدلو، د سیني د داخلي فشارد لوړېدلو او د قصباتو د څېرې کېدلو لامل ګرځي چې دا پېښه په خپل نوبت سره د Fallen lung sign's یا Ptotic lung sign سبب کېږي چې په دې حالت کې ژړهٔ د سیني په داخل کې د متوقع برخې څخه لاندې موقیعت لري. همدارنګه د سږو باروتروما ، هغه وخت منځ ته راځي چې شخص ۳۰۵۰ متره د بحر څخه لوړه

www.ketabton.com

او يا تر بحر لاندې د Scuba diving سپورت اجراء کوي. همدارنګه د سيني اسپايريشن، د قصباتو د لارې بيوپسي ، د ستنې په واسطه د سږو بيوپسي، د پښتيو تر منځ د اعصابو بلاک کول.د غاړې په وريدونو کې د کنولاکارونه، مثبت فشاري تهويه، د صدري فشار سر ته رسول اود سيني فشارې آفتونه چې د زړه د مساژ په وخت کې را منځ ته کېږي. (۱ ،۲).

تينشن نيموتراکس : په دې ډول نيموتراکس کې په بېړنۍ ډول شديده ساتنګې رامنځته کيږي چې سيانوسيس ور سره يو ځای وي او د Asphyxia له کبله ناروغ ډېر ژر مري. همدارنګه د درې واړو کلينکې بڼه په لاندې ډول دی.

تاريخچه : ناروغ ډول ډول ګيلې لري چې توپير يې د لاندنيو درېو حالتونو پورې اړه لري.

۱.د پلورا په تشۀ کې د شته هوا کچه، د دې هوا د ټولېدنې چټکتيا او د سږو موجوده حالتونه لکه : د ناروغي غلچېکۍ را منځ ته کېدل چې په شروع کې د سيني نا معلومه نارامي چې وروسته په جهدې سابندي باندې پای مومي.

۲. په ټوبر کلوزيس کې دا رنګه نه وي ځکه ناروغ د پرمختللی ستونزو څخه شاکي وي چې د ډېر وخت راهيسې د سابندي څخه زوربږي او په ناروغ کې نيموتراکس د ډېر وخت د پاره د پېژندنې څخه پټ پاتې کېږي چې د ناروغ د سيني په ورځنېز فزيکي او لابراتوارې کتنو کې د نا اميدي په حالت کې تشخيصېږي.

۳. نابېره را منځ ته کېدل يې په سينه کې د چا قو د وهلو احساس کول، شديد درد ، شاک ، د نفس تنګي وخيم کېدل، په وينه ککړ بلغم ، نارامي او کولپس وي.که چېرې هوا او مايع يو ځای وي نو د ناروغ لومړنی خبره به دا وي چې د ټوپ وهلو په وخت کې په سينه کې د شړپارۍ (Splash) د اورېدلو احساس کوی. (۲).

فزيکي کتنه : ناروغ به د خاموشې سره سره هايپر ريزونانس وي او په ناروغ کې به لاندې نښې د ليدلو وړ وي.

www.ketabton.com

۱ . تړلی نیموتراکس : په دې حالت کې د هوا د داخلېدلو لاره کوچنۍ او ډېر ژر بندېږي چې د سیني پراخوالی ته ژر اجازه ورکوي.

الف. تفتیش : د سیني د ناروغي برخې پراخوالی به محدود وي او په ناروغه برخه کې به بلجینګ لیدل کېږي. همدارنګه د ناروغ جوړ خوا ته د اپیکس بېټ بی ځایه کېدل، لیدل کېږي.

ب . جس : په جس کې توتکه بی ځایه شوې وي.

ج. ډبول : په ناروغه برخه کې به هایپر ریزونانس شتون ولري او که آفت د سیني په چپه خوا کې موقیعت نیولي وي نو د زړه ډلنیس به د منځه تللي وي.که چېري په ښی اړخ کې موقیعت ولري نو د دې اړخ په قاعده کې به د ځیګر اصمیت د منځه وړل شوې وي.

د.اورېدل : اُوکل ریزونانس به شتون ونه لري او تنفسي اوازونه به ټیټ او یا مطلق نه اورېدل کېږي. همدارنګه برانکېل بریتنګ اوازونه به میتالیک یا امفوریک وصف ولري. په دې ناروغانو کې Hamman’s sign به مثبت وي او هم د چپ طرف سطحي نیموتراکس د زړه د ضربان سره همغږی اواز را منځ ته کوي چې د کلیک په نوم هم یادېږي.

۲.خلاص نیموتراکس : په دې حالت کې پلورا ته د هوا د داخلېدو لاره خلاصه وي او د پلورا داخلي فشار به د اتموسفیر د فشار سره برابر وي. همدارنګه کلینیکې بڼه یې کټ مټ تړلی نیموتراکس ته ورته وي خو! لاندې نښې به پرې زیاتې وي او په ډبولو سره مات کردوړو ته ورته اوازونه (Cracked pot sound) اورېدل کېږي. همدارنګه په اورېدلو سره د خلاصې فوحی څخه د هوا تېرېدني اوازونه اورېدل کېږي او غږ ته ورته اواز او ټوخی د میتلیک ایکو سره یو ځای اورېدل کېږي.

۳.ټینشن نیموتراکس : په دې حالت کې پلورا ته د هوا د داخلېدو سوری د دسام بڼه غوره کوي چې د شهیق په وخت کې پلورا ته هوا داخلېږي مګر د ذفیر په وخت کې د پلورا څخه هوا خارجېدلای نه شي چې په پای کې د پلورا داخلي منفي فشار په مثبت فشار بدلېږی

www.ketabton.com

چې کلینیکې بڼه یې په لاندې ډول ده. د مېډیاستېنیوم بې ځایه کېدل، د غاړې د وریدونو لوړېدل، د ټوخی او نفس تنګي زیاتېدل، د پښتیو تر منځ د واټنونو زیاتېدل او په ناروغه برخه کې ریزونانس یا ټیمپانیک اوازونه شتون لري.که چېرې د پلورا فشار ډېر لوړ وي بیا په ناروغه برخه کې اواز ډل اورېدل کېږي. همدارنګه د ښی اړخ په نیموتراکس کې لاندې طرف ته دځیګر او ډیافرام بې ځایه کېدل او دکوآین (Coin) ټیسټ مثبت کېدل.(۲).

د دې ناروغي درملنه په دوه ډوله (داخلي او جراحي کړونو) سره کېږي.

۱.څارنیزه درملنه : که چېرې نیموتراکس د سیني د نیمايي ۲۰ سلنه برخه یې نیولی وي او د سیني نورې ضمیموي ناروغي ور سره شتون ونه لري. نو دې ناروغ ته درمل نه توصیه کېږي بلکه تر څارنې لاندې ساتل کېږي او په پرته د درملو تداوي کېږي.که چېرې د ټوبرکلوز شواهد ور سره موجود وي نو یواځې د توبرکلوز ضد درمل ور ته توصیه کېږي.

۲.ساده اسپایریشن : دا عملیه هغه وخت توصیه کېږي چې وخیمه سابندي شتون ولري او یا سبب یې ترومایتیک وي، چې سرته رسول یې دا رنګه دي.

دا عملیه د ۱۲درجهٔ اې وریدې کانولا په واسطه چې د ۲۰ سي سي سورنج او درې لارېزه Tap سره تړل کېږي وروسته بیا د سیني د کلیشی له مخې د مشخصو دوه پښتیو ترمنځ واټن ټاکل کېږي چې د تعقیم کولو څخه وروسته ساحه د لیډوکاین په واسطه د جدارې پلورا څخه لاندې برخه بېهو ښه کېږي او وروسته د پوستکی د لارې کانولا داخلېږي چې د دې په نتیجه کې د نیموتراکس هوا سورنج ته انشاق کېږي او د درې لارېزې ټاپ په واسطه خارجېږي. د احتیاط د پاره یو پلاستیکې ټیوب د درې لارېزې ټاپ خروجې لارې سره تړل کېږي او بیا هغی ته د معقمو اوبو څخه ډک بوتل سره ارتباط ورکول کېږي او دا یقیني کېږي چې د ټاپ په واسطه هوا خارجېږي یا نه. اسپایریشن ته تر هغه وخت پورې دوام ورکول کېږي چې د سکشن په واسطه نور د نیموتراکس څخه هوا تر لاسه نه شي او یا سږی پخوانی پراخوالی خپل تر لاسه کړي وي او یا که چېرې ناروغ د عملي په وخت کې د کومې ستونزې احساس وکړي یا په یو ځل دوه لېتره هوا خارج شي .نو بیا ناروغ ته څارېنېز تکراري د سیني

www.ketabton.com

راديوګرافي باید اجرا شي او عملیې ته باید د پای ټکی ورکړ شي . که چېرې په تکراري کلیشه کې ښه والی نه لیدل کېده او هم د سږی پراخوالی را منځ ته شوې نه وه. نو دا پېښنه په برانکو پلورل فیستولا باندې دلالت کوي.

۳.د پښتېو د داخلي واټن د لارې د ټیوب په واسطه.

۵-۳. لنډیز: په پېلېزه کې د پلورا د تشی په هکله مو پوره معلومات درکړ ورپسې د پلوریزې، پلورل افیوژن، نیموتراکس په هکله چې هر یو په تعریف شروع او په درملنه ختمه شوه . په کار داده چې په خپل ګران هېواد کې یوائې دا نه چې د پلورا د ناروغیو درملنه سرته ورسو بلکه ښه دا ده چې د منځته راتګ څخه یې مخنیوی وکړو تر څو زمونږ خلک د دې ناروغي د بدنې او اقتصادي ضررونو څخه په امن کې پاتې شي .

۶-۳ . پوښتنې:تشریحې سوالونه

۱.د پلوریزی ناروغ د سیني په راديوګرافي کې کوم بدلونونه د کتلو وړ وي؟

۲. پلورل افیوژن په څو ډو له دي؟

۳.د ترانزوداتیف افیوژن په لاملونو کې د زړه احتقاني عدم کفایه څو سلنه جوړوي؟

۴.د پلورل افیوژن ناروغ د سیني په فزیکي کتنو کې کومې فزیکې نښې د موندنې وړ وي؟

۵. د نیموتراکس ناروغ د سیني په فزیکي کتنو کې کومې فزیکې نښې د موندنې وړ وي؟

۶.د امپیما تسممي نښې وواياست؟

۷. تینشن نیموتراکس څه ته وایي؟

سم ځوابونه په نښه کړئ.

www.ketabton.com

۸. : پارانونیک پلورل افیوژن : الف: د نمونیا ، د سږو ابسي او برانکیکتاسیس په سیر کې د اختلاط په ډول را منځ ته کېږي.ب : د سرطان او اتلیکتاسیس په سیر کې لېدل کېږي. ج: د زړه په عدم کفایه کې شتون لري. د: پورته درې واړه جملې صحیح ښکاري.

۹. په نیموتراکس کې د سیني په فزیکې کتنه کې: الف : په تفتیش سره د سیني ماوفه برخه په حرکت کې پوره برخه اخلي او په دې برخه کې هیڅ ابنارملتې نه لیدل کېږي. ب : د سیني په پرکشن کې کوم پتالویک نښه شتون نه لري. ج : په آصغاء سره په ماوفه برخه کې VF لوړ وي. د : پورتنی درې واړه جملې غلطې دې.

تش ځایونه ډک کړئ.

۱۰.کله چې په ( ) کې ( ) جمع شي د امپیما په نوم یادېږي او کله چې په دې ناروغي باندې د ( ) څخه زیات وخت تېر شي نو د ځنډنی امپیما اصطلاح کارول کېږي؟

www.ketabton.com

۳-۷. اخځلیکونه

۱. حیات، حیات الله. (۱۳۸۸ هـ ش). امراض داخله. شرکت سهامی، مطبعه نعمانی. صفحات: ۹۷ - ۱۱۴ .

۲. مطیع، مطیع الله. (۱۳۸۱ل ل).د پلورل افیوژن د اسبابو څېړنه.داخله څانګه، طب پوهنځی، ننګرهار پوهنتون. مخونه: ۲۰ - ۳۰ .

۳. نشاط، محمد طیب. (۱۳۸۸ل ل).تنفسي او د زړه د دساموںو روماتیزمل ناروغي. داخله څانګه ، طب پوهنځي ، ننګرهار پوهنتون. مخونه: ۲۳۷ - ۲۵۵ .

4.Au-Yong, lain. Au-Yong, Amy & Broderick, Nigel. (2010). On-call , X- Rays Made Easy, International Edition. Churchill Livingstone Elsevier , Englind. Pp : 48-64.

5.Colledge,Nicki. Walker,Brian R & Ralstom,Stuart H.(2010) Davidson’s Principles & Practice of Medicine 21st Edition. churchal Livingstone Elsevier India Private Limited.Pp: 643 – 726.

6.Foster, Corey & Mistry, Neville.The Washington Manual of Medical Therapeutics. A lipponcort Minual, Department of Medicine Washington University School of Medicine.

7.Goldman, Lee & Ausiello, Dennis. (2007). Cecil Medicine 23rd,Edition.Sunders Elsevirr India..Pp: 699 – 100.

8.Kumar, Parveen & Clark, Michael. (2007),Clinical Medicine, 6th Edition.Elsevir Saunders London.Pp: 922 – 927.

9.Kumar, Vinay. Cotran, Ramazi and Robbins, Stanley L. Robbins Basic Pathology. (2003). 7th Edition, Saunders:Pp : 504 – 506 .

10.Longo, DanL. Fauci,Anthony & Kasper, Dennis L.(2008). Harrison’s Principles Internal Medicine ,18th Edition. Mc Graw Hill Medical Lisbon London. Pp : 2178 - 2182 – 2159.

11.Papadakis, Maxine A. Mcphee, Stephen J and Rabow, Michael W.(2014). Currrent Medical Diagnosis & Treatment, 53rd Edition. Mc Graw Hill Lange New Yark Pp: : 303 – 309.

12.Tareen, Sanullah et al .(2011). Analysis of 42 Consecutive Cases of Empyema Thoracis.

13 . Taber’s Cyclopedic Medical Dictinionary. (2001). 20th Edition, F, A, Davis Company,WWW, F ,A,Davis, Company.Pp:1689, 1699, 2145.

www.ketabton.com

څلورم څپرکی

سږیز سرطان

پیلیزه : د سږو د ابتدایي تومورونو ۹۵ سلنه پېښې برانکیل کارسینوما، ۲ سلنه پېښې يې آلویولر سیل کارسینوما او پاتې۳ سلنه يې د سږو خبيثو او سليمو تومورونو په واسطه را منځ ته کیږي چې د هغې ډلې څخه د قصباتو خبیثه سرطان په لاندې ډول تشریح کیږي.

۱-۴.د قصباتو سرطان

په شلمه پیړۍ کې د برانکیل کارسینوما (Bronchogenic carcinoma) پېښې په ډراماتیک ډول زیاتي شوې دي، چې د جنس له پلوه په نارینه و کې څلورچنده زیات او د عمر له پلوه د څلویښت کلنۍ څخه په بره خلکو (≥ 40 years) کې زیات پېښیږي او په او وسنې وخت کې د ودې په حال هېوادونو کې د وژونکو خبیثو ناروغیو له ډلې څخه عام سبب ګڼل کیږي. په نارینو کې د خبیثه ناروغیو د مړینې د ۵۰ سلنې څخه زیات لاملونه جوړ وي. داسې اټکل کیږي چې په راتلونکی ۲۰ کلونو کې به د مړینې کچه نوره هم لوړه شي . د پېښېدو وخت يې د ۵۰ او ۷۰ کلنۍ ترمنځ عمر دی خو! د ۴۰ کلنۍ څخه په ټیټ عمر کې د ۵ سلنۍ څخه کم پېښیږي. (۲).

۱-۱-۴.د هستولوژۍ له پلوه د سږیز کارسینوما ډولونه

۱. Epidermoid (Squamous cell carcinoma)

۲. Small cell anaplastic carcinoma

۳. Adenocarcinoma

۴. Large cell carcinoma

www.ketabton.com

5. Combined epidermoid and adenocarcinoma. همدارنگه Hamartoma, Mesothelioma او Adenoma هم په سږو کې لیدل کېږي.(۱).

۲-۱-۴.پتالوژیکی بدلونونه

Small cell carcinoma, Squamous cell carcinom معمولا او Adenocarcinoma نادرا د قصباتو د اپیتیلوم یا د غدې (Gland) څخه سرچېینه اخلي.کېدای شي چې د ناروغي په اولو وختونو کې د قصباتو په داخلي قطرکې پټ پاتې شي یا د قصباتو د داخلي دېوال د اخته کېدو لامل شی. همدارنگه تومور کولای شي چې د لویو قصباتو څخه کوم یو بند کړي او د کولپس یا د اتاناتو سبب جوړ شي .که چېرې تومور محیطي موقیعت ولري نو کولای شي چې د سږو زیاته برخه په غیر د کولپس څخه اخته کړي، چې دا ډول تومور د مرکزي نکروزیس او کهف سبب جوړېږی. کله چې پلورایي جوف د تومور د مستقیمې یا د لمفاوې دوران (lymph stream) په واسطه په غیر مستقیم ډول تر اغېزې لاندې را شي د پلورل افیوژن لامل گرځی چې زیاتره وخت د وینې سره یو ځای وي. دا تومور کېدای شی چې د سینې دېوال ته خپور شي او د پښتیو تر منځ د Bronchial plexus د اخته کېدو لامل شي او وخیم درد را منځ ته کړي. د تومور میتاستازیس کولای شي مجاورو او گاونډیو برخو ته انتشار وکړي او د مجاورو غړو د اخته کېدو سبب جوړ شي . تومورونه کولای شي د لمفاوې یا د وینې د بهیر په واسطه ډېر لرې پرتو برخو ته تیت شي او د ځینو ناوړو پېښو لامل جوړ شي .

۳-۱-۴.کلینیکې بڼه

۳-۱-۴.کلینیکې بڼه : ناروغ د لاندې ستونزو څخه گیله کوی او په فزیکي کتنو کې لاندې نښې د لیدلو وړ وي.(۱).

تاریخچه : ناروغ به د لاندې غیر وصفې گیلو څخه لکه:

عمومي ضعیفوالی : د وزن بایلل ، ستومانتیا ، د اشتها خرابوالی او تبې څخه گیله کوی .

دوهم تنفسي (موضعې) یا لومړنی گیلې : په ډېرو ناروغانو کې ټوخی رامنځ ته کېږي چې

www.ketabton.com

انفلوانزا ته ورته ناروغي سره یو ځای وي او یا د هغه نمونیا سره یو ځای وي کوم چې د نوموړی بندښت څخه په وروستنی برخو کې منځ ته راغلی وي او غوره ځانګړتیاوې یې داده چې دوامداره وي. په دې ناروغانو کې کله کله لږه لږه اندازه هیمپتیسیس هم رامنځ ته کیږي. زیاتره وخت ساتنګي د زیات ټوخی او بلغمو سره یو ځای وي او هم کېدای شي چې د سیني درد یو د لاندې ځانګړتیاو څخه غوره کړی. په نوبتي ډول د سیني د نارامی سره یو ځای شتون ولري یا په اخته شوې اړخ کې د سیني درد شتون ولری چې د شپې له خوا په وخامت کې یې زیاتوالی رامنځ ته کیږی او پلوراییي درد چې د نمونیا له سببه یا په سرطان باندې د اخته پلورا له کبله رامنځ ته کیږي. همدارنګه وخیم او دوامداره درد چې د انټرکاسټل اعصابو په واسطه لرې پرتو برخو ته خپرېږی. ځنې ناروغان چې د سیني په یو طرف کې د موضعي ویزینګ څخه ګیله کوي چې علت یې د تومور په واسطه د هوایي لارو څخه د یوې غوره لارې تنګېدل را په ګوته کوی.

۲.میتاستاتیک اعراض

الف . په سینه کې د فرینیک اعصابو له امله سختي هټکۍ او د حجاب حاجز Paresis، د لارنکس د رجعي اعصابو له امله Horners یا افونیا او Bovine ټوخی شتون لري.

د غاړې د سیمپاتېک اعصابو څخه هورنرس سندروم او د واګوس له سببه معدوي ګیلې او د براکېل پلیکسیس څخه د ښکتنی برخې دردونه چې د ولی بند هم په برکې نېسي او هم د لاسونو د اُلنر اړخ د حسي اعصابو د بېکاره کېدو سبب کېږي. همدارنګه په همدې برخو کې د عضلاتو د ذوب کېدو لامل هم کېږي.د ښتیو تر منځ د تعصیب په برخو کې شدید درد شتون لري. د مرۍ د اخته کېدو له امله ډیسپاژیا را منځ ته کېږي. د پورتنی وېناکوا په اخته کېدو کې سره د سر او د غاړې د وریدونو معوج کېدل او د ازیګوس ورید په اخته کېدو کې د سیني د وریدونو پراخه کېدل، لیدل کېږي. د تورا سیک ډکټ په اخته کېدو کې کایلس افیوژن رامنځ ته کېږي. د تخرګ رګونو له سببه د لاس پړسوب او د سطحي نبض ور کېدل، لیدل کېږي. په

www.ketabton.com

پښتیو کې موضعي دردونه او د هډوکو حساسیت شتون لري. په زړه او پرېکارد کې د زړه بې نظمي، پرېکارډیل افیوژن او د زړه احتقانې عدم کفایه، لیدل کېږي.

ب .د سیني څخه بهر د قحف دننه (Intera cranial)، پښتیو، فقرو ، هیمورس هډوکي او فیمور هډوکي ته میتاستازیس ورکوي چې د دې برخو د شدیدو دردونو سبب کېږي. عموما ځیګر ته مخفي سیر لري. فوق الکلیوې انتشار یې کله کله د آډیسن د ناروغي لامل ګرځي.
۳. د سیني څخه بهر غیرمیتاستاتیک ګیلې : د هارموني او استقلابې ګډوډیو له سببه کو شینګ سندروم، رقیقه هایپوترېمیا، هایپرکلسېمیا، هایپرتایرودیزم او د تیونو غټوالی لیدل کېږي. په اسکلیټې برخو کې کلبینګ، هایپرتروپیک پلمونرې اوسټیوارتروپتي (د ګوتو کلبینګ، د ښنګري او د لاس د بندونو دردناکه پړسوب، د ټیبیا، فیبولا، راډیوس او اُلنا په هډوکو کې د نوو هډوکو د پرې اوسټیل جوړېدل)، لیدل کېږي. د ناروغ په پوستکی کې د اکانتوزیس نیګریکان ، خارښت او پړسېدلی اکزیمایي اندفاغاتو څخه حاکي وي. په عصبي سیستم کې ناروغ د ډیمنشیا، سریبېلر تخریب یا لیکوډسټروپې سره یو ځای د انسفالوپتي ، سریبېلر ډیجنریشن سندروم، اکسټرا پرېمډل سندروم، مایلوپتي، نېروپتي ، مایستینک سندروم، د حرکی نیورون ناروغي څخه ګیله کوی. په بډوډو کې نفروتیک سندروم او په عضلو او رګونو کې پولی ـ مایوسایټس، ډرماتومایوسایتس، ترمبوفیلیبایټس نیګران او غیربکتریایي انډوکارډایټس شتون لري. همدارنګه ناروغ د هیما لیتیک انیمیا، ترمبوسایتوپینیا، د سرو حجرو اپلاسیا او ایزینوفیلیا څخه ګیله من وی.(۱ ،۲).

فزیکي کتنه : په۸۰ سلنه ناروغانو کې د ګوتو کلبینګ شتون لري. د ترقوي د پاسه غدې د جس وړ وي.د لوب د پاسه د شهیق د صفحې په منځنی وخت کې د کریکل اورېدل، د ناروغ د لوب د پاسه د تنفسي اوازونو کمېدل او د لوبرکولپس د ننبو شته والی، کوم چې په برانکېل بندښت باندې دلالت کوی. لوبر یا سیګمینټل هوایي لارو ته نږدې بندښت د ویزینګ او توتکی ـ یا مرکزي قصباتو ته نږدې بندښت، د Stridor لامل ګرځي. د پورتنی اجوف ورید بندېدل د پلورل افیوژن، د ملا او د پښتیو د درد سبب ګرځي.

www.ketabton.com

پانکوستټ تومور : چې د سږو په څوکو کې منځ ته راځي او د پانکوستټ سندروم سبب کېږي چې متصف دی په : ناروغ به د سيني د پورتنی برخې يا د ولو يا د ولو او د چا ريو تر منځ د درد څخه ګيله کوي، چې کله کله د براکېل د کومې برخې د اخته کېدو په صورت کې درد لاس ته خپرېږی.د لاسونو د عضلاتو اتروفي او ضعيفوالی، هورنرس سندروم او د اواز خپوالی، ليدل کېږي.(۱).

۴-۱-۴. لابراتواري کتنې

د دې ناروغي له پاره ډېرې آزموينې شتون لري خو! غوره يې راډيوګرافي ده.

۴-۱-۵. د سيني راډيوګرافي: د سيني په کليشه کې لاندې بدلونونه د ليدلو وړ وي. سطحي کُروې کتلې : کېدای شي ښه واضيح ګردې وي يا دروغجنو پښو ته ورته غير منظمې څنډې ولري او يا لمر وړانګو ته ورته ښه ونېسي. د سيګمينټ \ لوب \کولپس \ تکاثف چې د ډُروې کتلې سره يو ځای وي يا نه، چې د نمونيا څخه جدا کول يې ګران وي. نو د دې پېښې د ښه پوهېدلو د پاره لاندې د سيني کليشې ته په غور سره وګورئ.

۴ - ۱ شکل

په پورتنی خيال کې ګڼ شمېر مېتاستاتيک خيالونه لېدل کېږي.(۳).

www.ketabton.com

پلورل افیوژن :چې دتومورد مستقیم یرغل اویادلمفاتیک جریان د بندېدو له کبله منځ ته راځی.

د ثرُې ۱ منصف غټوالی : هغه وخت لیدل کېږي چې سرطان د لمف نوډ څخه خپور شي . د ډیافرام یو طرفه لوړېدل. د پښتیو تخریبات چې د سیني د دېوال یا د اوستهولایتیک آفاتو له سببه، چې د سرطان د میتاستازیس په واسطه منځ ته راځي، لیدل کېږي.
سږی خنځې : تل د بندښت څخه وروسته د تومور د تجزیې او یا د انتان د مداخلي له کبله رامنځ ته کېږي. (۱، ۲، ۴، ۷).

۶-۱-۴. **اختلاطات** : د پورتنی اجوف ورید سندروم د حجاب حاجز ګوزڼ وهل لېدل کېږي چې د سږو د کانسر په یوه سلنه پېښنو کې د حجاب حاجز د اعصابو د فلج له سببه رامنځ ته کېږي. د حنجرې د رجعي اعصابو فلج چې د تومور په واسطه منځته راځی د Hoarseness سبب کېږي چې نژدې د ۳ سلنې څخه په کمو پېښنو کې لیدل کېږي.

۷-۱-۴. **تشخیص** : د ناروغي پېژندنه د رادیوګرافي په واسطه صورت نیسي چې د اړتیا په وخت کې باید اجرا شي . همدارنګه توموګرافي، برانکوسکوپي او لابراتواري کتنې په توپیري پېژندنه کې مرسته کولای شي .(۱).

۸-۱-۴. **درملنه** : هغه مهم فکتورونه چې د درملو ټاکنه تر خپلې اغېزې لاندې راولي عبارت دي له : د حجرو د نوعې او د ناروغي د تګلارې مرحلې څخه. څکه سکوامېس سیل کارسینوما ډېر ورو پرمختګ کوي او د ډېر وخت د پاره موضعې پاتې کېږي. نو د انذارو او درملنې پایلې یې ښې برېښي. مګر د دې په خلا ف سمال سیل کار سینوما په ډېره چټکۍ سره پرمختګ کوي او په بدن کې یې خپرېدنه یې ډېره چټکه وي نو درملنه یې د رادیوتراپي سره یا په غیر د رادیوتراپي د څو رقمې درملو د یو ځای کېدو غوښتنه کوي.

۱.کېموتراپي : د هغه ناروغانو د پاره انتخابي درملنه ده چې د ناروغي پراخه ډګر ولري او د موضعې ستونزو څخه خلاص وي مثلا هیمپتیسیس چې د عاجلې محافظوي راډیوتراپي غوښتونکی وي. معمولاً د دې ناروغي په درملنه کې د درملو د اشتراک څخه ګټه اخیستل کېږي مثلا : Mitomycin ,ifosfmid, cisplatin یا Mitomycin, vincristine, cisplatin یا Cisplatine, Gemcitabine او Cisplatin, vinorelbine

www.ketabton.com

۲ . راډيوتراپي : هغه وخت غوره ټاکنه بلل کېږي چې عمليات ناشونی وي او يا د کومې بلې ناروغي له سببه د تومور وېستل ناشونی وي لکه : COPD او د زړه نوري ناروغي.د ناروغي د ګیلو (هيمپتيسيس، ټوخی او د سيني درد) د پاره غوره مخافظوي درملنه راديوتراپي ده. همدارنګه د دې درملنې په مټ کولای شو چې د څه وخت د پاره د (پورتنی اجوف ورید بندښتې ستونزې، د مرۍ او د غټو قصباتو فشارې ستونزې) هم د منځه يوسو. د دوو اونيو له پاره د ورځې درې ځلي د Continuous hyperfractional accelerated radiotherapy کارونه په دې ناروغانو کې د ژوندې پاتې کېدو چانس لوړ وي.

۳ . جراحي : د سمال سیل کارسینوما پرته د نورو ټولو له پاره معالجوي درملنه ده او د دې عمليې په وخت کې د ناروغ لاندې فکتورونه بايد ثابت وي. د ناروغ عمر، د سږی وظيفه، ثُروې او منصيفې عقداتو، نه اخته کېدل او د سيني څخه بهر د کانسرې حجرو او د نورو ناروغيو نه شتون. جراحي په لاندې حالتونو کې استطباب نه لري. د بدن په لرې پرتو برخو کې د ميتاستازيس شتون، کله چې منصف اخته شوې وي ، د اوکل کارد فلجيدل، د پورتنی اجوف بندښت، د مرۍ اخته کېدل، د سکلنيې د غدې اخته کېدل، په بيوپسي کې مثبتوالی ، د توتکۍ یا د کرنۍ اخته کېدل او يا وينې ته ورته پلورل افيوژن، د سږی د دندې ډېر خرابوالی، د عمر زياتوالی، د سمال سيل زياتوالی او د سيني جدار ته خپرېدل..

يادونه : پارا نيوپلاستيک سندرومونه (Eaton- Lambert syn & pulmonary osteoarthropathy) د تومور په لرې کولو سره خپله ښه کېږي. مګر د ځينو حالتونو (هايپرکلسېميا ، بيسپاسپونيټ او غير متوازن انټي ډيوريتيک هارمون) د منځه وړلو د پاره ځانګړې درملنې ته اړتيا ليدل کېږي.(۴، ۲).

۲-۴. لنډيز : څرنګه چې مخکې وويل شو چې دا يوه خطرناکه او وژونکی ناروغي ده چې په هره ټولنه کې زيات پېښېږي خو! په غريبو خلکو کې يې مړينه زياته وي. ځکه چې په پرمختللو هېوادونو کې د مخنيوي او د درملنې د پاره پوره تدا بېر شتون لري. په دې ناروغي اخته کس د بدن د هرې غړې ستونزه لري خصوصاً تنفسي ستونزې عبارت دي له : سابندې ، د سيني درد ، ټوخی ، هيمپتيسيس ، پلورتيک دردونه ، سيانوسيس او داسې نور.. .

www.ketabton.com

د دې ناروغانو درملنه د کیموتراپۍ ، شعاع ، جراحي عملیو په واسطه صورت نیسي. خو! د درملنې سره سره بیا هم د دې ناروغي د مړینې شمېره ډېره زیاته ده .

۳-۴. پوښتنې: تشریحي سوالونه

۱ : د سرطانې ناروغیو د پېژندلو د پاره د کومو معایناتو څخه کار اخیستل کېږي؟

۲. د جراحي عملي د پاره په ناروغ کې کوم فکتورونه باید ثابت وي؟

۴ . په سرطانې ناروغي کې ناروغ به په خپله تاریخچه کې د څو ډوله ګیلو څخه شاکي وي؟

۵ . پارانیوپلاستیک سندرومونه کوم دي او څرنګه منځته راځي؟

۶. کوم سرطانې ناروغ ته راډیو تراپۍ تاکل کېږي؟

۷. که چېرې د تمور په واسطه د حنجري رجعې عصب فلج شي نو ناروغ ته به کومه ستونزه پیدا شي ؟

سم ځواب په نښه کړئ

۸ . صحیح په نښه کړئ. د سرطان په لاندې ناروغانو کې جراحي عملیه استطباب نه لري.

الف : کله لرې پرتو برخو ته یې میتاستاسیس ورکړي وي. ب : کله چې منصف او سکلنې غدې اخته شوې وي. ج : کله چې وینې ته ورته پلورل افیوژن شتون ولري. د : پورتنی درې واړه جملې غلطي نه دي.

۹ . غلطه جمله په نښه کړي. د سرطان په درملنه کې لاندې درمل کارول کېږي.

الف : Mitomycin ,ifosfmid, cisplatin یا Mitomycin, vincristine, cisplatin

ب : یا Cisplatine, Gemcitabine ج : Cisplatin, vinorelbine

د: پورتنی درې واړه جملې غلطي نه دي.

تش ځایونه په مناسبو کلمو سره ډک کړئ.

۱۰: : Small cell carcinoma, Squamous cell carcinom معمولا او ( ) نادراً د قصباتو د اپیتیلوم یا د ( ) څخه سرچېینه اخلي

۱۱: په سرطان کې راډیو تراپي هغه وخت ښه انتخاب دی چې ( ) نا شونې وي او ( ) له کبله ( )

www.ketabton.com

۴-۵. اخځلیکونه

۱. حیات، حیات الله. (۱۳۸۸ هـ ش) امراض تنفسی. شرکت سهامی، مطبعه نعمانی.
صفحات : ۱۱۵ - ۱۲۱.

۲. نشاط، محمد طیب. (۱۳۸۸ل ل). تنفسي او د زړه د دسامونو روماتیزمل ناروغي.داخله
څانګه، طب پوهنځي، ننګرهار پوهنتون. مخونه: ۱۸۵ – ۱۹۲.

3.Au-Yong, lain. Au-Yong, Amy & Broderick, Nigel. (2010). On-call,

X- Rays Made Easy, International Edition. Churchill Livingstone Elsevier

, Englind.Pp ; 48-64.

4.Colledge,Nicki. Walker, Brian R & Ralstom, Stuart H.(2010).

Davidson's Principles & Practice of Medicine,21st Edition. churchal Livingstone Elsevier India Private Limited.Pp: 698 – 706.

5.Foster, Corey & Mistry, Neville.The Washington Manual of Medical Therapeutics. A lipponcort Minual, Department of Medicine Washington University School of Medicine.

6..Kumar, Parveen & Clark, Michael.(2007). Clinical Medicine, 6th Edition.Elsevier Saunders,London.Pp : 951 – 953.

7.Papadakis, Maxine A. Mcphee, Stephen J and Rabow, Michael W.(2015). Currrent Medical Diagnosis & Treatment, 53rd Edition. Mc Graw Hill Lange New Yark.

Pp : 279 – 282.

www.ketabton.com

پنځم څپرکی

د سږو او رګونو وظیفوي ستونزې

پیلیزه : څرنګه چې سږیز شریان د قصباتو د وېش سره برابر په ګنو څانګو وېشل کېږي او د سږی شریانچې د تنفسي برانکیولونو د وېش مطابق وېشل کېږي. د سږو کوچېنې وریدونه د سږو د محیطي برخو څخه پیل او د مرکز خواته د لوبونو او سګمنټونو تر منځ حرکت کوي چې په پای کې ټول سره یو ځای کېږي. بر سیره پر دې په سږو کې قصبې دوران هم شتون لری چې د ابهر د نازله قوس څخه سرچېینه اخلي او د سږو هغه برخې خړوبه کوي چې د برانکیولونو د حد څخه وروسته موقیعت لري. همدارنګه د غازاتو د مناسبې راکړې او ورکړې له پاره د اسناخو نارمل وینټیلیشن او پرفیوژن تر منځ تناسب شتون لري چې د سږو د نارملې دندي د سر ته رسولو له پاره نارمل تناسب ته اړتیا لري. چې د دې جوړښتونو او د دې د ندو د ګډوډی له سببه ځنې ناروغي لکه : حاده تنفسي عدم کفایه ، پلمونرې احتشاء او امبولي منځ ته راځي چې هر یو یې په خپل نوبت په لاندې ډول تشریح کېږي.

۱-۵.سږیز احتشاء او امبولي

۱-۱-۵. مساعد کونکی فکتورونه

۱. دودیز فکتورونه : وسیع (پراخي) ضربې، په نژدې وخت کې (تازه) د جراحي عملیې د سر ته رسولو تاریخچه، دچا غوالی سره یو ځای د حرکې فعالیت کموالی، سګرټ څکول، د عمر زیاتوالی، د خولې د لارې د حاملګی ضد درملو کارونه او خبیثه ناروغي .

۲ . غیر دودیز فکتورونه : هایپرویسکاسیټی سندروم، نفروتیک سندروم، د وینې د پرنډېدلو اولنۍ ناروغي لکه : په فبرینولایزیس کې نیمګړتیا یا د فاسفو لیپېډ په وړاندې

www.ketabton.com

د انتي بادي د کچې زياتوالی او په ارثي ډول د لاندې موادو نشتوالی لکه: انتي ترومبين درې (۳)، پروتين سي (c) او پروتين اس (s) يا پلاسمينوجن. (۱، ۴، ۷، ۸).

۲-۱-۵. کلينيکې څرگندونې

تاريخچه

۱. دوراني پاتې والی: په نابېره ډول د ښی بُطين د خروجې بندښت له سببه د دماغي او اکليلي وينې کمښت را منځ ته کېدل.

۲. سابندي: په نابېره ډول منځ ته راځی چې تکې پنيا او هايپروينتيليشن ور سره يو ځای وي. که چېرې عکسوې برانکوسپزم منځته راغلی وي نو ناروغ به د آسماتيک تنفس څخه هم گيله من وي.

۳. د سيني درد: دا درد د لاندې اوصافو درلودونکی وي.

الف: د موقيعت له نظره درد پرېکارډيل يا ريټروسټرنل موقيعت لري لکه: انجينا يا د زړه احتشاء.

ب: څو ساعته يا ورځي وروسته د پلوريزې له سببه د سيني درد را منځ ته کېږي چې د ژور شهيق په واسطه شدت مومي.

۴. هيمپتيسيس: کله کله ناروغ د دې ستونزې څخه گيله کوي.

۵. سنکوب يا مړينه: هغه وخت منځ ته راځی چې شرياني بنديز ډېره نابېره او وخيمه وي. (۱، ۲)

فزيکي کتنه

۱. د زړه د د هانۍ کموالی: سينس تکي کارډيا، د وينې د فشار غورځېدل، شاک، د تشو مېتازو کموالی او د غلظت بدلېدنه د زړه د دهانې په کموالی دلالت کوي.

www.ketabton.com

۲ . د سږو د فشار زیاتوالی او د ښی زړه عدم کفایه : د غاړې د وریدونو لوړېدل، د ځیګر لویوالی، د سټرنیوم د چپ طرف په نیمایي برخې کې د ډیاسټولیک ګالوپ اورېدل، د زړه د دوهم اواز د سږیز برخې د شدت زیاتېدل ، په پلمونرې ساحه کې د سیسټولیک مرمر اورېدل. همدارنګه د خشن اواز اورېدل چې په پرېکارډیل Rub دلالت کوی، د سټرنیوم د چپ اړخ سره غزیدلې سسټولیک مرمر اورېدل کېږي چې د ښی زړه د پراخوالی له کبله د تراې کسپېډ په وظیفوي عدم کفایه باندې دلالت کوي. ځنې وخت د زړه د ریتم بې نظمي هم شتون لري.

۳ . مرکزي سیانوسیس چې د تهویې او جذب د خرابیدو له سببه منځ ته راځي.

۴ .د سږو احتشاء : معمولاً ۱۲- ۲۴ ساعته وروسته منځ ته راځی چې په ناروغ کې لاندې نښې لیدل کېږي. تبه، پلورل Rub، د تکاثف نښې او یا کېدای شي پلورل افیوژن تاسس وکړي چې معمولاً هیموراژیک وصف لري. (۱، ۲ ،۹).

۳-۱-۵.لابراتواري کتنې

الف. د زړه بیښنایي ګراف : د زړه برېښنایي ګراف په ۲۵ سلنه ناروغانوکې دغه ازموینه غیر نارمل وي چې لاندې بدلونونه په کې لیدل کېږي. P- pulmonale،RBBB , Q3,S1, T3 او د زړه د محور ښی طرف ته انحراف شتون لری.

ب. د سیني راډیوګرافي : د سیني په راډیوګرافي کې لاندې بدلونونه لیدل کېږي.

الف . د بندېز څخه پورته غټې شریانونه پراخه شوې معلومېږي او د بندېز څخه وروستی برخو کې Pulmonaray oligemia معلومېږي.

ب . معکوسV یا پانې ته ورته کثافت : تل د سږو په سطحي برخو کې د مثلث په بڼهٔ لیدل کېږي چې راس یې ټُری خوا ته وي چې د سږو د احتشاء له سببه را منځ ته کېږي.کېدای شي چې په کمه اندازه مایع ور سره وي یا نه. دا پېښنه زیاتره وخت په ورکوټې امبولیزم کې را منځ

www.ketabton.com

ته کېږي. همدارنګه په ځنډنی ترمبو امبولایتیک پلمونرۍ هایپرتینشن کې د زړه او سیني نسبت د ښی بُطین د پراخوالی له کبله زیاتېږي. همدارنګه خپور نقطوي اولیجیمیا او د سږو د مرکزي لويو شريانونو پراخوالی لیدل کېږي.

۵ - ۲ شکل

د ښی منځنۍ لوب د وحشي سیګمنټ مړینه (۴).

۴-۱-۵. پېژندنه : د ناروغي په پېژندنه کې د ترومبوامبولیزم اوسنی یا پخوانی تاریخچه غوره ارزښت لري. همدارنګه د دې ناروغي په پېژندلوکې د Well's د مقیاسې نمرو څخه ګټه اخیستل کېږي چې په لاندې ډول دي.

- د ژورو وريدونو د ترمبوس د کلینیکي بڼې شتون (درد ، پړسوب او سوروالی) .... ۳.
- د نورو ناروغیو پرته امبولي ته ګمان او فکر زيات وي ۳

www.ketabton.com

- په کې د زړه ضربان د ۱۰۰ څخه پورته وي .... ۱،۵

- په تېرو څلورو اونیو کې د حرکت د پاتې کېدلو یا د جراحي عملیې د سرته رسولو تاریخچه... ۱،۵

- د سږو د امبولي یا د ژورو وریدونو د ترومبس پخوانی تاریخچه .... ۱،۵

- هیمپتیسیس ۱

- د خبیثه پېښو شتون چې په تېرو شپږو میاشتو کې تداوي شوې وي یا تر درملنې لاندې وي ۱

مجموعه.. ۱۲، ۵

که چېرې ټولې نمرې ۴ یا د ۴ څخه کم وي نو د امبولي شتون فقط ۸ سلنه وي.(۱).

۵-۱-۵. توپیري پېژندنه : دا ناروغي باید د لاندې ناروغیو څخه جلا شي .

۱ . حاد کرونري سندروم لکه: د زړه حمله او Unstable angina .

۲ . نمونیا ، برانکایټیس ، د آسماء اګزاسربیشن ، او د سږو ځنډنی بندښتي ناروغي. همدارنګه دا ناروغي باید د لاندې ناروغیو سره DDX شي لکه : د زړه احتقاني پاتې والی، پریکارډایټیس ، پلوریزې ،د پښتیو د هډوکو ماتېدل او نیموتراکس ، پرایمري پلمونرې هایپر تینشن او Anxity. (۱).

۶-۱-۵. درملنه

۱.Inferior vena cava interruption: د پوستکی له لارې د ځینیو مصنوعي نقشو لکه: ځنې فلترونه ځای په ځای کول دي چې په لاندې حالتونو کې استطباب لري.

الف : په هغه ناروغانو کې چې د انټي کواګولانټ د کارونې سره سره بیا هم د امبولي د شتون چانس شتون ولري.

ب : کله چې انټي کاګولانټ مضاد استطباب وي.

www.ketabton.com

ج: کله چې د سږيز امبوليزم يا وريدي امبوليزم له پاره مساعد کوونکی فکتورونه شتون وي.

د. د سيپتيک امبوليزم د شتون په صورت کې توصيه کېږي. (۹).

۲.د ترمبوس درملنه : د دې موخې د تر سره کولو د پاره ستريپتوکاينېز کارول کېږي. ستريپتوکاينېز داسې کارول کېږي چې اول لوډنگ مقدار ۲۵۰۰۰۰-۶۰۰۰۰۰ نړيوال يونټه د ۳۰ دقيقو تر منځ کارول کېږي چې وروسته د دې د کارونې څخه د ۷۲ ساعتونو د پاره په ساعت کې ۱۰۰۰۰۰۰ يونټه د انفيوژن په بڼه ورکول کېږي يا Tissue plasminogen activator ۱۰ ملي گرامه بولس بيا د اول يو ساعت د پاره ۵۰ ملي گرامه د اول ساعت د پوره کېدلو څخه وروسته د هر ساعت د پاره ۲۰ ملي گرامه د دوه ساعتونو د پاره ورکول کېږي. ترومبين ټايم بايد د کنترول کچې څخه يونيم يا دوه برابره لوړه وساتل شئ. همدارنگه د سريپتوکاينېز د بندولو څخه څلور ساعته وروسته ناروغ ته بايد هيپارين شروع شي.

۳.Pul - embolectomy : کله چې د فبرينولايسيس له امله د داخل دماغې خونريزي را منځته کېدل شونې وي نو په دې وخت کې د فبرينولايسيس په بدل کې جراحي سږيز امبوليکتومي سرته رسېږی او دا عمليه بايد مخکې د هغه څخه چې نه را گرځېدونکی کارډيوجينيک شاک يا د گڼ شمېر غړو پاتې والی را منځ ته شي ، سرته و رسېږي. دا عمليه په خلاص جراحي سره سرته رسېږي او د دې په بدل کې نن سبا Catheter-embolecctomy منځته راغلې ده. (۹)

۴.Pulmonary thromboendarterectomy : د APE ناروغانو په ۲-۴ سلنه خلکو کې ځنډنی Thrombotic pulmonary hypertension منځته راځی نو د APE هغه ناروغان چې د مخکې څخه سږيز هايپرتنشن ولري (چې د ډوپلر ايکوکارډيوگرام په واسطه پېژندل کېږي) نو هره ۲ اونۍ وروسته دغه ناروغ بايد ايکو کارډيوگرام شي تر څو معلوم شي چې سږيز شرياني فشار نارمل ته ښکته شوې ده يا نه. هغه ناروغان چې د ځنډنی ترمبو امبوليک سږيز هايپرتنشن له کبله د نفس تنگې څخه ځورېږي نو دې ناروغانو ته بايد

www.ketabton.com

Pulmonary thromboendarteretomy. عملیه سرته و رسېږي. د دې عملې سرته رسولs
Median sterotomy، کارډیو پلمونرې بای پاس، په زیاته کچه د حرارت ټیټېدل او ځنې
وخت د حرارت د ټیټوالی له کبله د دورانې وینې بندېدلو ته اړتیا رامنځته کېږي. په تجربه
لرونکو مرکزونو کې د دې عملې د مړینی کچه ۵ سلنه ده.(۹)

۲-۵. ایډوپاتېک سږیز فبروزیس

کریپتوجینیک فبروزینګ الیولایټس چې د ایډوپاتېک انټرستې شیل نمونیا د ډلې څخه زیات پېښېدونکی ناروغي ده. په امریکایي ټولنه کې د Idiopathic pulmonary fibrosis او د Alviolar Capilary Block په نومونو هم یادېږي.د یوې ډلې ناروغي څخه عبارت دي چې د نامعلومو سببونو په واسطه را منځ ته کېږي.د هستالوژي له پلوه متصف دی : په خپور انټرستیشل التهابي پروسې او فبروزیس باندې او د کلینیک له پلوه متصف دی په اُتو ایمیون ناروغي، شدیده هایپوکسېمیا او نفس تنګي. د جنس له پلوه د ښځو په پرتله نارینه جنس زیات اخته کېږي او کوښښ دې و شي چې د سږو د نورو بین الخلالي فبروتیک ناروغیو څخه توپیر شي . (۲ ،۴، ۵).

۱-۲-۵. کلینیکې څرګندونې : دا ناروغي د عمر د آخر وخت او زړښت ناروغي ده چې د ۵۰ کلنۍ څخه مخکې پېښېدل یې نادر برېښی او په ټولېز ډول د دې ناروغانو ۲ : ۳ برخه ناروغان د ۷۰ کلونو څخه زیات عمر لري.

تاریخچه : ناروغ په خپله تاریخچه کې د ورو را منځ ته کېدونکی وچې ټوخی ، په اوله کې د جهدی سابندي څخه چې وروسته پرمخ تلونکی بڼه ځانته نېسي، او تکې پنیا څخه ګیله کوی چې ځنې وخت د بندونو دردونه هم ور سره شتون وي. کله کله ناروغ د وزن بایللو څخه هم ګیله کوي.(۵).

فزیکي کتنه : په فزیکي کتنو کې زیاتره وخت د ناروغانو د سږو د آصغاء په وخت کې د شهیق په صفحه کې وچ یا Velcro ته ورته منځنی کچه کریکل اوازونه اورېدل کېږي.

www.ketabton.com

په ۲۵-۵۰ سلنه ناروغانو کې دګوتو کلبینګ لیدل کېږي. د ناروغي په اخرو وختونو کې د ناروغي د پرمختګ له امله په ناروغ کې مرکزي سیانوسیس او محیطي پړسوب شتون وي او د کورپلمونال شواهد د لیدلو وړ وي. په دې وخت کې د سیني رادیوګرافي نارمله بڼه نه لري. همدارنګه د ژُروي لمف نوډونو او د میډیاستینیوم د لمف اډینوپاتي شواهد د لیدلو وړ وي.(۵).

که چېرې ناروغي په حاده بڼه منځ ته راغلي وي د Hamman-Rich Syndrom په نامه یادېږي چې د سیني په کلیشه کې ځمکنۍ پیالۍ ته ورته بڼه ښي.(۱، ۳، ۵).

۲-۲-۵.**هستولوجیکي کتنه** : دا کتنه د دې ناروغي په پېژندلوکې طلایي بنسټ جوړوي. هیستو لوجیکې کتنو له پاره بیوپسی د جراحي عملیو په واسطه اخیستل کېږي ، ځکه چې Transbronchial biopsies نتیجه نه ورکوی.(۳، ۵).

۳-۲-۵. **درملنه** :که چېرې دا ناروغي په خپل وخت تداوي نه شي نو ناروغی پرمختګ کوي او داسې یو حالت ته رسېږي چې د مړینی کچه یې لوړېږي. د دې ناروغي د ژوند توقع په منځنۍ کچه درې کاله ده. خو! د ۵ کالونو د ژوند توقع ډیره لږه اټکل شوې ده چې د ژوند په امیدواري کې د سږو دنده غوره ونه لري. د درملنې په پرتله وقایه غوره لاره ده. (۱).

۱ . کورتیکوستروئید : د خولې د لارې د کورتیکوستروئید کارونه ۲۵ سلنه د سږو دنده ښه کوي. او ۵۰ سلنه د ناروغ کلینیکي بڼه اصلاح کوي چې د کارونې طریقه یې داسې ده چې پریډنیزولون د ورځې ۳۰ – ۲۰ ملي ګرامه د ۲ – ۸ اونیو د پاره ورکول کېږي چې دغه درملنه تر اوسه پورې په حاده مرحله کې د قناعت وړ بلل کېږي.(۴).

که چېری درملنه اغېزمنه وي نو پریډنیزلون باید په بیړه سره قطع نه شي بلکه درمل په تدریجي ډول کم او دوامداره کارونه یې د ورځې ۱۰ -۱۲،۵ پورې و رسېږي او دې اندازې ته دوام ورکول کېږي.

www.ketabton.com

۲ معافیت ځپونکې درمل : Azathioprine چې ۲۰ ملي ګرامه یو ورځ وروسته د پریډنیزولون سره یو ځای ناروغ ته او یا Cyclophosamide توصیه کېږي. که ناروغ ځوان او ناروغي پرمختللی بڼه ولري نو ناروغ ته Lung transplantation توصیه کېږي. که چېرې د دې ناروغي سره امفسیما هم یو ځای شتون ولری نو دې ناروغانو ته دوامداره اکسجن تراپي اړین وي. دې ناروغانو کې Pulmonary hypertension د اختلاط په ډول منځ ته راځی چې راتلونکی ګټه یې د هغه ناروغي په پرتله ډېره خرابه ده چې امفسیما ور سره یو ځای نه وي. په دې ناروغانو کې ځنې معیوب کوونکی او وژونکی پېښې د اختلاط په ډول را منځته کېږي، چې نژدې دریمه برخه د وژونکو ناروغیو جوړ وي چې دا پېښې عبارت دي له : انتاناتو، د سږو امبولیزم، نیموتراکس، د زړه پاتې والی، Ischemic heart disease او داسې نور..

ځنې وخت دا ناروغي په ډېره چټکتیا سره را منځ ته کېږي چې د دې ناروغي د حاد Exacerbation په نوم یادېږی. چې متصف دی په په ډېرو شدیدو او وخیمو سالنډیو باندې په دې حالت کې ناروغ ته کورنۍ اکسجن تراپي (Domiciliary Oxygen therapy) ورکول کېږي.(۱، ۴).

۳-۵.حاده تنفسي عدم کفایه

۱-۳-۵. **تعریف** : دا ناروغي په لاندې دوه ډوله تعریفېږي. د اکسجن د رسولو پاتې والی چې پایله یې د اکسجن د قسمي فشارکموالی (PaO2 <8.0kpa) دي. یا په بل عبارت : د تهویې پاتې والی چې پایله یې د کاربن داې اکساید زیاتوالی (PaCO2> 6.7kpa) راښې په دې شرط چې د اسید او بیس بدلونونه (Acid – base changing) ور سره مل وي او یا په لاندې ډول سره : په تنفسي سیستم کې دیو یا څو بنسټیزو برخو د عدم کفایې په بنسټ د غازاتو د بدلون عدم کفایې ته وایي.(۱).

www.ketabton.com

۲-۳-۵. د تنفسي پاتې والی ډولونه : تنفسي عدم کفایه په دوه لویو ډلو وېشل کېږي.

Type I تنفسي عدم کفایه : په دې حالت کې د اکسجن قسمی فشار د ۲۰ ملي مترو سیمابو څخه ټیټ او د کاربن دای اکساید قسمی فشار نارمل یا د نارمل څخه کم وي.دا حالت بیا په خپل نوبت سره په حاد او ځنډنی ډولونو تقسیمېږي.

Type II تنفسي عدم کفایه : په دې حالت کې د کاربن دای اکساید قسمی فشار د نارمل (۵۰ ملي مترو سیمابو څخه لوړ وي) څخه لوړ وي او د اکسجن قسمی فشار د نارمل څخه کم وي. دا هم په خپل نوبت سره په حاد او ځنډنی باندې وېشل کېږي.

۳-۳-۵. اپیدیمولوژي : د ۱۹۹۰ کال را په دې خوا تر اوسه پورې د اروپایي ټولنې د روغتونو په څارنېز واحدونو کې د تنفسي پاتې والی ارقام په لاندې ډول دي. په سکندوي هېوادونو (سویډن، آیسلینډ او ډنمارک) د روغتونونو آحصایه په۱۰۰۰۰۰ ناروغانو کې۲، ۷۷ تنه ناروغان د تنفسي پاتې والی او په کې په۱۰۰۰۰۰ کسانو کې ۲، ۸۸ ناروغان د دې ناروغي په نوم ثبت شوې دي چې د دې دواړو ډلو د مړینی کچه ۴۰ سلنه جوړوي

htt/bestpratice.bmj.com/best-practice/monography/553/basics/epidemologyhtm .

۴-۳-۵. لاملونه : د دې ناروغي لاملونه په لاندې ډول دي.

۱ . د هوايي لارو بندښت : چې د هوا د داخلېدو کچه محدودېږي او د تهویې د کمښت لامل ګرځي چې په لاندې ناروغیو کې لیدل کېږي.

الف. د تنفسي سیستم د پورتنی برخې ناروغي : د خوب په وخت کې بندښتې اپنې، تروما ، آنجیو اذیما ، ستیون جانسن ، سندروم ، د اجنبې اجسامو تنفس کول او حاد آپې ګلوټیس

www.ketabton.com

ب . د تنفسي سيستم د لاندي برخې ناروغي : د سږو ځنډنی بندښتې ناروغي، آسماء، برانکيکتازيس ، سيستيک فبروسيس او Bronchiolitis obletran .

۲ . د سږو پرانکايمل ناروغي هغه پرانکايمل ناروغي چې د RF سبب کېږي.په لاندې ډول دي.

الف . حادي ناروغي لکه : Acute respiratory distress syndrom، نمونيا ، حاده پلمونرې اذيما،حاده پلمونرې امبوليزم، حاد فبروتيک الويلايتيس او وخيم Acute respiratory distress syndrom .

ب . ځنډنی ناروغي لکه : ځنډنی فبروتيک آلويلايټيس، نيموکونوزيس، سرکوييدوزيس.

۳ . د تنفسي عضلي د پمپ ناروغي

الف . عصبي ناروغي لکه : براين سټيم ناروغي، آمايوتروپيک لټرل سکليروزيس، د خوب راوړونکو درملو په لوړ دوز کارونه، پوسټ پولیو مايلايتيس سندروم، ګالئين برسندروم، سنټرل سليپ اپنې، سرويکل کورد تروما .

ب . عضلي اسکليټې ناروغي لکه :کيفوسکوليوزيس، مايستينيا ګرويس، عضلي ډيسټروفي، ولادې مايوتروفي، د سيني جدارې ضربه. (۱، ۲).

۵-۳-۵. کلينيکې څرګندونې : لاندې ګيلې په ګډ ډول د موندني وړ وي.

الف . د هايپوکسېميا له سببه : ناروغ د لاندې ګيلو څخه شاکي وي. نارامی، شعوري کانفيوژن، خو له کېدل، تکي کارديا ، د مرکزي او سطحي دوران ضعيفوالی، تر فشار لاندې د شعور راتلل او د زړه د ريتم ګډوډی.

ب . د هايپر کپنيا له امله : ناروغ د لاندې ستونزو څخه ګيله من وي. سالنډي، سرخوږي (زياتره وخت د خوب څخه د جګېدلو په مهال) ، د عصبي دندې د اغېزمن کېدو له امله (استيګزيس، د عکساتو ضعيفوالی او مايوزيس) د کاربن داې اکسائېد نارکوزيس،

www.ketabton.com

(کانفیوژن او کوما) ، د اطرافو ګرموالی، د نبض ډکوالی، د عضلاتو تخنېدل ، کله کله پاپیلو اذیما او د زړه ګډوډی (معمولاً ګڼ شمېره محراق لرونکی اُذینې تکې کاردیا) . په دې ناروغي کې ځانګړې نښې شتون نه لري مګر زیاتره وخت د سببې ناروغیو نښې په کې شتون لری.(۱، ۲).

۶-۳-۵. **درملنه** : د ناروغي په درملنه کې لاندې کړنې باید سرته و رسېږي.

۱ . د سببې ناروغي قابو کول : مثلا د انتي بیوتیک په مټ د ځنډنی برانکایتیس یا وخیمې نمونیا درملنه .

۲ . د بندي هوایي لارې خلاص ساتل : د پُزی د لارې د تیوب په واسطه د هوایي لارو د افرازاتو لري کول او د انفجارې توخی لمسول. که چېرې د افرازاتو خارجول په ساده مانورو نا شونی وي بیا ناروغ ته باید تراکوستومی یا انډوتراکیل تیوب تطبیق شي .

۳ . اکسجن تراپي : د اکسجن تراپي څخه موخه دا ده چې د کاربن داې اکساید د تولېدني (کوم چې د اسیدوزیس له سببه ژوند ته ګواښ وي) پرته هایپوکسېمیا قابو کړای شي .

الف. دا موخه هغه وخت تر لاسه کېږي چې کم غلظت اکسجن (۱-۲ لیتره)   په پُزه کې د کانولا د لارې وکارول   شي تر څو د اکسجن قسمي فشار د ۰ ، ۸ - ۳، ۹ کیلو پاسکالو په شاوخوا کې وساتل شي .

ب Highflow system : د انشاق شوي اکسجن غلظت زیاتوي .

ج . د اړتیا په وخت کې باید په دوامداره ډول د هوایي لارې مثبت فشارکارونه د تثبیت شوې ماسک په واسطه ور زیات   شي تر څو کولپس شوې اسناخ اصلاح او د غازاتو تبادله په   ښه ښه سر ته و رسېږي.که چېرې دا عملیه بیا هم د ناکامي سره مخ شوه نو بیا آضافي مداخلي (انتیو بیشن \ میخانیکی تهویې) ته اړتیا لیدل کېږي.

۴ . د اسیدوزیس درملنه : اسیدوزیس د وریدې Sodabicarb په واسطه اصلاح کېږي په دې شرط چې د اسناخو تهویه مناسبه وساتل شي .

www.ketabton.com

۵. د مرستندويه ميخانيکی تهويې په واسطه د ناکامي تهويې درملنه: دا عمليه په دوه لاندنې ډولونو سره سرته رسېږي.

الف. مصؤنه تهويه: دا عمليه د هوايي لارو د اسباب د کارونې پرته سر ته رسېږي چې د مثبت فشار په واسطه، کوم چې د ښه تثبيت شوې ماسک په واسطه تر لاسه کېږي. چې په هايپوکسېميک تنفسي عدم کفايه اخته ناروغانو کې استطبابات يې په لاندې ډول دي. نفس تنګي، کله چې د تنفس شمېره په دقيقه کې د ۳۰ څخه زيات وي، د اکسجن قسمي فشار کله چې Fio2 < 200 وي. همدارنګه دغه عمليه په لاندې حالتونو کې استطباب نه لري.

۱. کله چې ناروغي په آخري مرحله کې وي ځکه دا عمليه په دې وخت کې مؤثريت نه لري.

۲. کله چې د ناروغي سره نور معلول کوونکی آفتونه شتون ولري.

ناروغ بايد په لاندې ډول تر څارنی لاندې وساتل شي او ښه پاملرنه ورته وشي.

۱. په دوامداره توګه د پلس اوکسي مترې په واسطه د اکسجن د مشبوعيت د کچې معلومول او هغه رکاټ کول.

۲. په منظم ډول د شرياني وينې د فشار او تنفس شمېرې تر آرزونې لاندې ساتل.

۳. د عمليې د شروع څخه مخکې سملاسي د PH او د تنفس د شمېر معلومول.

۴. څلور ساعته وروسته د پوره ښوالی اميدواري.

ب. غير مصؤون ميخانيکی تهويه: دا عمليه د تنفسي عضلاتو د پمپ معاوضوي عمليه ده. چې استطبابات يې په لاندې ډول دي.

۱. کله چې دتنفسي عمليې شمېر ډېر زيات وي يعنې په دقيقه کې ۳۰ يا د ۳۰ څخه پور ته وي.

۲. کله چې غير هم غړيز تنفسي حالت شتون ولري.

۳. کله چې د شعوري حالت بدلون را منځ ته شوې وي لکه: کانفيوژن او کوما.

www.ketabton.com

۴ . د اکسجن د اصلاح سره سره بیا هم د اکسجن مشبوع کېدل خراب وي.

۵ . کله چې هایپرکپنیا او اسیدوزیس شتون ولري.

۲ . کله چې دوراني تشوشات لکه : د وینې د فشارکموالی یا د زړه د ریتم اُذینی بې نظمي را منځ ته شوې وي نو دا عملیه حتمي باید سرته و رسېږي.

د تهویې ډولونه او د کاروني لارې چا رې : تهویه ورکوونکی ماشینونه په لاندې دوه ډو له وېشل کېږي.

الف .Volium pre -set ما شینونه.

ب. Pressure pre -set ما شینونه.

تراکستهومي او وینینګ : هغه وخت سرته رسېږي چې ناروغ د اوږد مهال د پاره تهویې ته اړتیا ولري چې تراکستهومې د اومې او ځوارلسمې ورځې تر منځ سر ته رسېږي.

د تهویې بندول : د میخانیکی تهویې ترڅنګ د T-piece په واسطه ورځنې خود بخودې تنفس کول ، د ورځنې آراموونکو درملو په تدریجي ډول د کاروني کمول د میخانیکی تهویې د اړتیا وخت لنډ وي او ډایلیتهور سره یو ځای کارول کېږي. په دې ناروغي کې اذیما زیاتره وخت اګزوداتیف وي نه ترانزوداتیف.

۳ . نازوکومېل انفیکشن : تهویې اړوند نمونیا او د ځای په ځای شوې کتیتر څخه د رامنځ ته شوې انتاناتو چانس زیات وي.کله چې د انتان شک شتون ولري باید کلچر سر ته و رسېږي. د انتان د شتون د پاره د لاندې حالتونو شتون ضروري وي لکه : د نوې تبې را منځ ته کېدل، د وینې د سپینو کرویاتو زیاتوالی، د سي ریکتیف پروتین مثبتوالی، د وینې د غازاتو غیر نارمل بدلونونه او په صدري کلیشه کې د نوی سیوري پیدا کېدل.

۴ . نیموتراکس : هغه وخت منځ ته راځي چې په زیاته اندازه فشار وکارول شي یا په ارتشاحې او یا فبروتیک مرحلو کې منځ ته راځي.

www.ketabton.com

۵ .مرستندویه کړنې : که چیرې ناروغ د یو ځلي غذا خوړلو تحمل ونه لري نو ناروغ ته باید په کمه اندازه خواړه په ګڼو ساعتونو کې توصیه شي او همدارنګه د اړتیا په وخت کې دې زرقې غذا توصیه شي .(۱ ،۲ ،۹).

۴-۵. لنډیز : په تېر څپرکي کې هغه ناروغي تشریح شوې چې د سږو د رګونو او دندې د خرابوالی له سببه منځ ته راغلي وي لکه : تنفسي عدم کفایه ، او د سږو احتشاء چې تنفسي عدم کفایه د تنفسي سیستم د وظیفې د ګډوډۍ او خرابي څخه منځ ته راغلی وي چې د ځینو کلینیکې شواهدو سبب جوړیږي او ناروغ ته نفس تنګي ، ټوخی او د سیني دردونه پیدا کیږي چې د ناروغي لاملونه مختلف او د ناروغي د درملنې ترڅنګ لاملونو ته باید پاملرنه وشي او هم هغه باید تداوي شي . د سږی احتشاء چې بنسټیز لامل یې امبولي بلل کیږي چې د درملنې په وخت کې باید انټي کواګولانټ وکارول شي تر څو ناروغ د وروستی اختلاطاتو څخه وژغورل شئ او هم ناروغ په کامیابې سره تداوي شي .(۱).

۵-۵. پوښتنې: تشریحي سوالونه

۱.د تنفسي عدم کفایي لاملونه په کومو لویو دستو وېشل کیږي نومونه یې ولیکئ؟

۲ . د سږی د احتشاء غوره لامل کوم دی؟

۳.د سږیز ترمبوامبولیزم د ناروغ په E C G کوم بلونونه د لیدلو وړ وي؟

۴.کله چې د سږیز ترمبوامبولیزم په ناروغ باندې ستریتوکاینیز درمل بندیږي نو ناروغ ته د هغې په تعقیب کوم درمل ورکول کیږي؟

۵. که چیرې د سږیز ترمبو امبولیزم په ناروغ کې د Well's د نمبرو مجموغه **۴** یا د **۴** څخه لږ وي نو د امبولي د شتون چانس به څو سلنه وي؟

۶. کله چې په سږیز ترمبو امبولیزم ناروغ کې ستریپتو کاینیز انزایم کارونه بندیږي نو په د درملنې وروستنې تګلاره کې څه بدلون را منځ ته کیږي؟

www.ketabton.com

سم ځوابونه په نښه کړئ.

۷. غلطه جمله په نښه کړئ.

الف : Highflow system د انشاق شوې اکسجن غلظت زیاتوي ب : د سببې ناروغي قابو کول : مثلا د انټي بیوتیک په مټ د ځنډنی برانکایټیس یا وخیمې نمونیا درملنه

ج : کریپتوجینیک فبروزینګ الیولایټس چې د ایډوپاتیک انټرستیشیل نمونیا د ډلې څخه زیات پېښېدونکی ناروغي ده. د: پورتنې درې واړه غلط دي.

۸ . صحیح جمله په نښه کړئ

د تنفسي عدم کفایې پېژندنه په : الف : کلینیک او د شریاني غازاتو په تجزیه ولاړه ده. ب : د اسید او بیس په بدلونونو سره کېږي. ج : پورته دواړه جملې صحیح دي. د : پورتنی درې واړه غلطې نه دي.

-- تش ځایونه ډک کړئ.

۹.که چېرې په ترمبو امبولېزم کې مجموعي نمبر ( ) یا ( ) څخه کم وي نو د دې ناروغي احتمال ۸ سلنه ده.

۱۰: ایډوپاتیک سږیز فبروسیس د کلینیک له پلوه متصف دی په( ) ناروغي، شدیده ( ) او نفس تنګي

www.ketabton.com

۶-۵.اخځلیکونه

۱. حیات، حیات الله. (۱۳۸۸ ه ش). امراض تنفسی. شرکت سهامی، مطبعه نعمانی، صفحات: ۱۲۳ - ۱۵۳ .

۲. نشاط، محمد طیب. (۱۳۸۸ل ل). تنفسي او د زړه د دسامونو روماتيزمل ناروغي.داخله څانگه، طب پوهنځي، ننگرهار پوهنتون. مخونه: ۴۷ – ۵۴ ، ۲۲۰ – ۲۳۵ .

3.Au-Yong, lain. Au-Yong, Amy & Broderick, Nigel. (2010). X- Rays Made Easy, International Edition. Churchill Livingstone Elsevier , Englind. Pp : 314.

4.Colledge,Nicki. Walker,Brian R & Ralstom,Stuart H.(2010).

Davidson's Principles & Practice of Medicine, 21st Edition. churchal Livingstone Elsevier India Private Limited.Pp: 187.

5.Foster, Corey & Mistry, Neville.The Washington Manual of Medical Therapeutics. A lipponcort Minual, Department of Medicine Washington University School of Medicine.

6.Goldman, Lee & Ausiello, Dennis. (2007). Cecil Medicine ,23rd , Edition. Sunders Elsevirr India.Pp: 688 – 696.

7.Kumar, Parveen & Clark, Michael.(2007).Clinical Medicine , 6th Edition. Elsevier Saunders , London. Pp: 947 – 950.

8.Kumar, Vinay. Cotran, Ramazi and Robbins, Stanley L.(2003). Robbins Basic Pathology, 7th Edition. Saunders.Pp :458 – 464.

9. Longo, DanL. Fauci, .Anthony & Kasper, Dennis L.(2008). Harrison's Principles Internal Medicine ,18th Edition. Mc Graw Hill Medical Lisbon London.

Pp : 21702178.

www.ketabton.com

شپږم څپرکی

د ناروغ دندې پورې تړلې د سږو فبروتیک ناروغي

پیلیزه : څرنګه چې زموږ هېواد وروسته پاتې هېواد دی نو د ژوند په هر ډګر کې وروسته پاتې دي او هغه کارونه چې په نړۍ کې د پرمختللي ما شینونو په واسطه سرته رسېږي هغه کارونه زموږ هېواد وال خواران په خپلو لاسونو او د متېو په زور سرته رسوي او تل دا کارونه په ډېرو نامساعدو او نامناسبو شرایطو کې لکه : دُوړې ، ناپاکه هوا ، په دوړو کې یوې کول، په ژرندو کې کار کول (ژرنده ګړې)، ندافي کول (ندافان) ، په غرونو کې تېګې ماتول او ځنې وخت په کانونو کې کار کول . چې د دې له امله ځینې ناروغي منځ ته راځي چې عبارت دي له Acute Respiratory Distress Syndrom ، اسبستېوزیس ، د سکرو د کارګرانو نیموکونیوزیس او بریلوزیس څخه.

۱-۶. Acute Respiratory Distress Syndrom

۱-۱-۶. لاملونه :د دې ناروغي لاملونه په لاندې ډول دي.

الف . تنفسي لاملونه : چې راساً د ناروغي سبب جوړېږي.

- انشاقي ضررونه لکه : معدوي افرازات، کېمیاوي توکي، لوګي او په اوبو کې غرق کېدل.

- امبولایزیشن لکه : آمنیوتیک مایع، شحمي امبولایزیشن ، د سږو عصبي اذیما ، درمل لکه : هیروین، اسپرین ، هیپارین، پاراکیوټ او پروتامین.

- د سږو تخریشات، داکسجن تسمم، نمونیا (د هر سببه چې وي)، خپور توبرکلوزیس، د سږو واسکولایتېس او د سیني شعاعي درملنه.

www.ketabton.com

ب . غیرتنفسي لاملونه : چې د غیر مستقیم لاملونو په نوم هم یادېږي. چې په لاندې ډول دي. د سیپسیس ډېر وخیم حالت، تروپیکل حالتونه لکه : دماغي ملاریا ، تیتانوس ، محرقه ، امیبیازیس ، حاد ګاسټرو انټرایټس اوربیس، تسممات لکه : نارکوتیک یا د اورګانو فاسفورس مرکبات، حاد پانکرتایتیس، شدیده سوزېدنه، خارج الصدري وسیع الساحه تروما، د کارډیو پلمونرې بای پاس څخه وروسته د اختلاط په ډول سټیون جانسن سندروم، منتشر دا خل وعایې کواګولوپتي، اکلمپسیا، هیپاتو رینل عدم کفایه، د ځیګر حجروي عدم کفایه، لوړ او اوچت ارتفاعات، جټکه، د وینې ګڼ شمېر ترانسفیوژن یا کتلوي هیموراژ او میتاستاتیک کارسینوما. (۱، ۲).

۲-۱-۶.پتوفزیولوژی : د ناروغي پتوفزیولوژي د درې مرحلو پورې اړه لري چې عبارت دي له : Exudative phase, Proliferative phase او . Fibrotic phase.

۱.اګزوداتیف مرحله چې تر۱۰ وله اوه ورځې دوام کوي په دې مرحله کې د التهاب د مقدم منځګړې موادو په واسطه Alveolar epith cell متضرره کېږي او د سږو په بین الخلالی برخو کې د مایع د تولیدو له کبله د اسناخو اذیما منځته راځي چې پایله یې د hyaline membranes جوړېدل دي.

۲. پرولیفرایتیف مرحله : په دې مرحله التهابي وتېره او د فبروسیس جوړېدل را منځته کېږي.

۳. د ناروغانو ډېرې برخه د ۳-۴ اونیو ترمنځ ښه کېږي، مګر په ځینېو ناروغانو کې فبروسیس منځته راځي چې دوامداره میخانیکې اکسجن تراپي ته اړتیا لري.

کلینیکې دوره : د دې ناروغي د اخفاء موده ۴ - ۲۴ ساعته ده .(۲).

www.ketabton.com

۳-۱-۶.کلینیکي بڼه

تاریخچه

ساتنګی : په حاده او انی ډول رامنځ ته کېږي چې پرمختیايي وصف لري چې د څو ساعتونو په موده کې خپل پړاونه سرته رسوي چې د وچې تو‌خی سره یو ځای وي.کېدای شي چې د وخیمې هایپوکسیا سره سره بیا هم شتون ونه لري.

تکې پنیا : تل هایپوکپنیا ته لاربنوونه کوي چې د سطحي اوعیو د کانسترکشن او د پوستکی د خسافت سبب ګرځي. مګر د دې سندروم په ناروغ کې چې علت یې سیپسیس وي د هایپرډینامیک بدلونونو له امله پوستکی ګرم وي. (۱ ، ۲).

فزیکي کتنه: د ناروغي په شروع کې کومه ځانګړې فزیکي نښه شتون نه لري. مګر ۲۴ ساعته وروسته ځنې غیري ځانګړې نښې د کتنې وړ وي لکه: پراخ او منتشر کریکل او ویزنګ. همدارنګه قاعدوی تنفسي اوازونه به د نارمل څخه ټیټ اوربدل کېږي. څرنګه چې دا ناروغي پرمختلونکی بڼه لري او ځنې ستونزې لکه: سیپسیس ، د نوروغړو پاتې والی، د ویني غیر دودیزې نقشې (د ترمبوسایت کموالی، او د فبرینوجن د محصولاتو زیاتوالی) ، شاک ، کلیوي پاتې والی، د ځیګر پاتې والی، الیوس، د مرکزي اعصابو اغېزمن کېدل او په پای کې د استقلابې تعاملاتو بی نظمې د ناروغي په سیر کې لیدل کېږي.

همدارنګه د ناروغي تګ ډېر چټک او په ۲۴ – ۴۸ ساعتونو کې د وخامت آخري پړاو ته رسېږي.که چېرې درملنه یې په خپل وخت سرته ونه رسېږي نو وژونکی حالت ته داخلېږی او ناروغ وژنی. کله کله د ناروغي ثابتې بڼې په حاد ډول د سیني د انتاناتو، نیموتراکس، سیستیمیک اختلاطاتو (سیپتسېمیا ، دویني د فشار کموالی اوDIC) له کبله هم خرابېږي.(۲، ۱).

۶-۱-۴. توپیري پېژندنه :د اګزوداتیف په مرحله کې ناروغي باید د لاندې ناروغیو څخه جلا شي .کاردیوجینیک پلمونرې اذیما ، خپور نمونیا او الیولر هیمورژ.او په نادرو حالتونو کې د نمونیا د ټولو ډولونو او ځنې وخت د نیروجینیک اذیما سره باید توپیر شي.

www.ketabton.com

۵-۱-۶. درملنه

عمومي اهتمامات : د دې ناروغانو د مړینې د کچې د کمولو له پاره اړین بریښي چې قوي او سخت روغتیایي اهتمامات ونیول شي چې نوموړی اهتمامات عبارت دي له : تر ټولو د مخه د اصلي لامل (طبي یا جراحي) پېژندل او د هغې د درملنې سرته رسول، کوښښ باید وشي چې د دې ناروغي په سیر کې د طبي عملیو او د هغې پورې د تړلی اختلاطاتو مخنیوي وشي ، د ځینو ناوړو پېښنو (وریدی ترمبوامبولیزم، معدی معایی وینه بهېدنه، انشاقی توکي، تر حده زیات د Sedatives کارونه او مرکزي وریدې کتیتر پورې اړوند انتانات) مخنیوي وشي . د انتان ډېر ژر پېژندل او د غذای رژیم اصلاح او ساتنه. نو د دې پورتنی موخو د لاسته کولو له پاره د لاندې پلان څخه کار اخیستل کېږي.

۱ . د سببې ناروغي د منځه وړل : که شونی وي باید سیپسیس د پراخه اغېزې لورونکې انتي بیوټیک په واسطه تداوي شی.د منتنو مایعاتو د ټولېدنې په صورت کې باید مایع ډریناژ شي . همدارنګه د منتن محراق څخه تموتې انساج باید بهر کړای شي او ساحه باید د تموتی او منتنو توکو څخه پاک شي .

۲.د ناروغه شوو سږو سره مرسته : کوښښ دې وشي چې انساجو ته اکسجن ورسول شي او دا رسېدنه د وړ وخت د پاره منظم وساتل شي . په دې حالت کې زیات خلک تهویې مرستې ته اړتیا لري .

چې استطبابات یې عبارت دي له :

وخیمه تنفسي عدم کفایه ، ستوماتتیا او زیاته کمزوري او د دوراني نا انډولي د شواهدو شتون .

۳ . آضافي کړنې.

الف . پړمخې ملاست : د ناروغي په اولنۍ او اکزوداتیف مرحله کې ناروغ ته نوموړی موقیعت ډېره ګټه لري ځکه چې د دې موقیعت په سرته رسولو سره اسناخ په اساني برخه اخلي، تهویه او جذب ښه سرته رسېږي او همدارنګه زړه او رګونو ته هم ډېره ګټه رسوي.

www.ketabton.com

ب . نایتریک اکساید او انشاقي پروستاسیکلین : په کم غلظت نایتریک اکساید کارونه په موضعي ډول د رګونو د پراخوالی سبب کېږي چې دا پراخوالی د تهویه شوې اسناخو د خلاصیدو سبب ګرځي.دې ته ورته ګټه د انشاقي پروستاسیکلین په واسطه هم تر لاسه کېدای شي .

ج .ګلوکورتیکوستروئید : د ARDS په ځینو حالتونوکې دګلوکارتیکو ستروئېد کارونه ګټور بریښي چې په لاندې ډول ور څخه یادونه کېږي.

- کله چې ددې ناروغي په منځ ته راتګ کې التهابي وتېره شامله وي لکه: حاد پانکراتایتیس

-کله چې ناروغي دوامداره وي یا دسږو وخیم فبروزیس شتون ولري نو د ستروئېدوکارونه ډېره ګټه لري.

.د سږو د اوبو کمول :کوښښ او هاند دې باید و شي چې په سږو کې د اوبو د حجم هغه زیاتوالی چې د لاندې عملیو په سیر کې منځ ته راځي کم کړای شي .هغه عملیې چې د سږو د اوبو د زیاتوالی سبب کېږي عبارت دي له : د زیاتې تندې له کبله د زیاتو اوبو کارونه، د وخیمې پلمونرې لیکاژ او د شدیدې التهابي صدمې څخه. درملنه یې داده چې ناروغ باید وچ وساتل شي چې دغه درملنه هغه وخت په ځای او وړ درملنه ده چې په دوراني سیستم کې کومه نیمګړتیا شتون ونه لري.که چېرې ناروغي د شدید سیپسیس سره یو ځای وي نو په دې حالت کې د مایعاتو کمښت او ناانډولتوب د ګڼ شمېر غړو د پاتې والی سبب کېږي.

۴ د اختلاطاتو مخنیوي لکه : د لومړی آفت د لومړنی درملنې پاتې والی، د دوراني سیستم نا پایداري، نازوکومیل انفکشن او نیموتراکس.

مرستندویه کړنې :که چېرې ناروغ د یو ځلي غذا خوړلو زغم ونه لري نو ناروغ ته باید په کمه اندازه خواړه په ګڼو ساعتونو کې توصیه شي . همدارنګه د اړتیا په وخت کې دې زرقي غذا توصیه شي .همدارنګه په دې ناروغانوکې د سټرس آلسر پېښې زیاتې لیدل کېږي، نو د مخنیوي د پاره یې H2 بلاکر او سکرلفېټ کارول کېږي.(۲ ،۴ ،۹).

www.ketabton.com

۶-۱-۶.انذار : د دې ناروغي د مړينې کچه نن سبا د ۲۲ – ۴۰ سلنه اټکل شوې ده. چې شمېره یې په سیپټیک شاک کې د غړو د پاتې والی څخه مخنیوې ډېره ګټه لري او د ځینو ځنډینیو ناروغیو مخنیوې هم د دې ناروغي انذار ښه کوي.

۲-۶.اسبستوسیس

اسبستوس یو جینېریکي اصطلاح ده چې د څو مختلفو مینرالونو له پاره کارول کېږي.چې دا منرالونه عبارت دي له: Silicate, Chrysolite, Amosite, Anthophyllite او Crocidolite څخه. د سږو د بین الخلالي خپور نوډولرفبروزیس څخه عبارت دی چې دیوالی یا حشوې پلوراې فبروزیس ورسره یو ځای وي یا نه، مګر په ښکتنی لوب کې زیات لیدل کېږي. په هغه کارګرانو کې منځته راځی چې د اسبستوز د ذُوړو سره سر او کار لري په ځانګړې ډول هغه خلک چې د برقي سامان الاتو او د ګرمولو د سامان الاتو د جوړولو په کارخانو کې کار کوي ډېر اخته کېږي او د زیات وخت (۱۰ – ۲۰ کالو) له پاره ور سره مخامخ وي.ګوښې هغه خلک چې مستقیما د دې توکو سره په تماس کې دي نه اخته کېږي، بلکه هغه خلک چې د دې توکو سره په ګاونډ کې ولاړ یا اوسېږي هم په دې ناروغي هم اخته کېږي. همدارنګه هغه خلک چې دغه جوړ شوې توکي خرڅوي او یا یې کاروي لکه : ګلکاران ، برقیان او د سیمنټو خرڅونکي هم په دې ناروغي اخته کېدای شي . د کاربن مونو اکسائید د ترانسفر فکتور ک مېدل، د سږو د حجم دکموالی ګډوډی (د پلورا په تشه کې او د سږو په پرانکیمل برخو کې د فبروس لامل جوړېږي، نو ویلای شو چې اسبیستوسیس د سږو یو بین الخلالی فبروتیک ناروغي ده چې د دې ناروغي د مهمو فزیالوژیکي بدلونونو د ډلې څخه شمېرل کېږي، چې د کیمیاوي توکو د مخامخ کېدو څخه نژدې ۱۵کاله وروسته د لاندې ګیلو څخه ګیله کوي. لومړنی ګیله یې پرمختلونکی نفس تنګي وي. وروسته بیا شهیقې کریکل چې زیات وخت د سږو په ښکتنی برخه کې اورېدل کېږي. په۴۰ سلنه ناروغانو کې د ګوتوکلبینګ هم شتون لري چې په خرابو انذارو دلالت کوی او سیانوسیس.د دې ناروغي په وروستنی پړاو کې د سږو او د ښی بُطین عدم کفایه منځ ته راځی.د برانکېل کارسینوما کچه په دې ناروغانو کې

www.ketabton.com

ډېره وي او په هغه ناروغانو کې چې سګرټ کاروي، پېښې یې نژدې ۱۰ برابره نوره هم زیاتېږي.د دې ناروغي رادیولوژیک بدلونونه د دریو څخه په دوه برخو کې لیدل کېږي.چې په خپور ډول او ځنې وخت د شاتو د مچیو د چېک په ډول هم وي. ځنې وخت د سږو په قاعدو کې غیر منظم یا په خطي ډول کثافتونه لیدل کېږي. همدارنګه په پلورا کې تکلُس د ناروغي تشخیصیه نښه بلل کېږي. همدارنګه په دې ناروغي کې هم منځته راتلای شي چې د مایع څرنګوالی یې سیروزیک یا وینې ته ورته اګزوداتیف وي.کېدای شي چې دغه مایع پرمختیایي بڼه ولری او یا په انې ډول جذب شي او د منځه لاړ شي . د نوموړی ناروغي تشخیص د اسبستوزیس مادی سره د مخ کېدو د تاریخچې، کلینیکي بڼې (د شهیق په اخر کې کریکل او د ګوتو کلبینګ)، د سږو غیر دودیزه دندېزې ازمویني ، راډیولوژیک بدلونونه او همدارنګه د سږو بیوپسی په واسطه ایښودل کېږي.(۲ ، ۶ ، ۷).

درملنه : کومه ځانګړې درملنه نه لري او د ستروئېډو کارونه هم کومه ګټه نه لري.نو باید وقایوي درملنه صورت ونیسی

۳-۶.سیلیکوزیس

نوموړی ناروغي د سیلیکان د انشاق کولو له کبله منځ ته راځي. نوموړی یو قوي فبروتیک ماده ده او په سږو کې د کتلوي او ګردو نوډولونو د منځ ته راتلو سبب ګرځي چې نوموړی بدلونونه د سږو په پورتنی لوب یا په ټولو سږو کې لیدل کېږي. د سږی د ژروی لمف نوډونو په شاوخوا کې هګۍ پوټکۍ ته ورته تکلُس تل په سیلیکوسیس دلالت کوی.که چېرې د ناروغي عامل لرې هم شي بیا هم ناروغي مخ په وړاندې ځي نو هر څومره چې ژر شونی وي ناروغ باید د سلیکان څخه لرې وساتل شي. نوموړی ناروغي تل په هغه خلکو کې لیدل کېږي چې د سیمنټو په فابریکو، د صابونو په کارخانو او هغه خلک چې د ډبرو په کانونو کې کار کوي. په دې خلکو کې دا ناروغي په حاد ډول هغه وخت منځته راځی چې په کتلوې ډول د سلیکان سره مخامخ شي او د ۱۰ کالونو څخه مخکې په سلیکوسیس

www.ketabton.com

اخته شي .دا ناروغان د سليکان د مادې له کبله چې سايتوتوکسيک ځانګړتيا لرى د ټوبرکلوسيس، اټيپيکل ټوبرکلوسيس او د فنګسي ناروغيو له پاره مساعد خلک بلل کېږي. همدارنګه په دې ناروغي کې ځنې اتوايمون ناروغي لکه : روماتوييد ارترايتيس او سکليرودرما د اختلاط په ډول را منځته کېږي.د سږو سرطانونه هم په دې ناروغي کې ليدل کېږي. هر کله چې ناروغ د دې توکي د کم مقدار سره په تماس کې وي نو دا ناروغي نژدې ۲۰ کله نېسي تر څو د ناروغي سبب شي چې دې حالت ته Chronic silicosis وايي.

کلينيکې بڼه : کلينيکې بڼه يې د سکرو د کارګرانو نيموکونيوسيس ناروغي ته ور ته وي. يعنى که ساده نيموکونېسيس وي د کومې ځانګړې کلينيکې لوحې سبب نه کېږي. خو!که زيات يا کتلوي بڼه ولري نو په ناروغ کې د سږى بندښتې نښې لکه : نفس تنګي د موندنې ور وي. همدارنګه په دې ناروغانو کې د نرې رنځ پېښې زياتي ليدل کېږي نو حتمي دا ناروغان بايد د نرې رنځ له پاره ولټول شي . تر څو فعال او يا تېر شوې محراق شتون ونه لري. د مشکوک کېدو په صورت کې دا ناروغان هېڅکله د ټی بی د يو درمل په واسطه تداوي نه شي او تل دې ناروغانو ته ګڼ درمل پيل شي . (۲ ،۲ ،۷).

۴-۶.د سکرودکارګرانو نيموکونيوزيس

نوموړى ناروغي د سکرو د دُوړو سره دوامداره مخامخ کېدو او د پاتې کېدلو په صورت کې را منځ ته کېږي چې په دوه ډوله وېشل کېږي.ساده نيموکونيوسيس او پرمختيايي کتلوي فبروتيک نيموکونيوسيس.

۱ . ساده نيموکونيوزس : د راډيولوژيک بدلونونو پر بنسټ په درې ډلو وېشل

کېږي. چې دغه وېشنه د نوډولونو د غټوالی او پراختياله مخې شوې ده.که ناروغ خپله دنده بدله کړي نو بيا ناروغي مخ په وړاندې نه ځي.

www.ketabton.com

۲ . وړاندې تلونکی کتلوي فیبروتیک نموکونیوزیس : په دې حالت کې غټې کتلې لیدل کېږي چې شمېر یې کېدای شي یو یا څو وي . نوموړی کتلې د شکل له پلوه غیر منظمې او تشې یې جوړې کړي . توبرکلوزیس یو د دې د اختلاطاتو څخه دی.که ناروغ په را منځ ته شوې ناروغي کې خپله دنده بدله هم کړي بیا هم ناروغي پرمختګ کوي او ځنې نورې ناروغي د اختلاط په ډول را منځ ته کوي چې د هغوي د کلینیکې بڼې په بنسټ ناروغ د ټوخی او بلغمو څخه ګیله کوی. مثلا ټوخی او بلغم په ځنډنی برانکایټیس کې منځ ته راځی چې د بلغمو رنګ یې کېدای شي تور وي چې د Melanoptysis په نوم یادېږی. (۲).

د سیرالوژیکي کتنو په پایلو کې لیدل کېږي چې په ۱۵سلنه کې انټي نیوکلیرانټي باډې او په ځینو حالتونو کې د روماتوئید فکتور مثبت وي. چې روماتوییدارترایتس د ګردو نوډولونو په بڼه چې جسامت یې د نیم څخه تر پنځو سانتي مترو پورې رسېږي او د سږو په محیطي برخو کې لیدل کېږي، یو ځا ی وي چې د Caplan’s syndrome په نوم یادېږي. چې دغه سندروم کېدای شي چې د نیموکونوزیس په نورو ډولونو کې هم ولیدل شي .(۱ ،۲.۳ ،۲).

۵-۶. بریلیوسیس

۱-۵-۶. اپیدیمولوژی : د ۱۹۳۰ م کال په اوږدو کې نوموړې ناروغي د لومړی ځل له پاره په اروپا کې وپېژندل شو او په۱۹۴۰ م کال کې یې دیوې څېړنی په واسطه چې په درې سوه هغه کارګرانو باندې چې په کارخانه کې د دې فلز سره په تماس کې راغلي وه ۴۵ سلنه یې په دې ناروغ اخته شوې وه او د دې فابریکې په ګاونډیانوکې د ۳۰ کسه ناروغانو لامل هم دغه فلز تثبیت شوې وه. همدارنګه د ۱۹۷۰ م کال په نشر شوي څېړنو کې ثابته شوې وه چې د دې فابریکې د یو کارګر ښځه د خپل مېړه جامې یې یو ځل وینځلی وه، هغه هم په دې ناروغي اخته شوې وه.

www.ketabton.com

۲-۵-۶. پیژندنه : که چیرې د ناروغ څخه د هغې د دندې او د دندې په محل کې د بریلیوم سره د تماس تاریخچه ، چې معمولاً د ملمع کارۍ په فابریکو کې، د سیرامیک ظروفو جوړولو په کارخانو کې ، د پرمختللی برقي سامان الاتو جوړولو په فابریکو کې او د فلوروسینټ ډیوو د جوړولو په کارخانو کې د کارکولو په هکله معلومات تر لاسه نه شي نو د دې ناروغي په هکله د ډاکټر د فکر اړول ناشونی وي نو ځکه د دې ناروغي د پېژندلو د پاره د ناروغ څخه د وظیفوي تاریخچې اخیستل اړین برېښي. ځکه د تنفسي سیستم ځانګړې لابراتوارۍ کتنې په دې ناروغي کې منفي وي یواځې کولای شي چې د سږو د دندې په هکله نیمګړتیا را وښيي .د دې ناروغي د رامنځ ته کېدلو د پاره د دې مادې سره د تماس ۲ – ۱۵ کلونو ته اړتیا ده چې دا ناروغي را منځ ته او د ناروغي کلینیکی بڼه څرګنده کړي. د دې ناروغانو په خلاص بیوپسي کې داسې ګرانولوماګاني لیدل کېږي چې د دې ناروغي بېلول د سرکوییدوزیس څخه ناشونی کوي. نو ځکه د ناروغي د ښې پېژندنې د پاره باید د بریلیوم حجروي اندازه معلومه شي چې د دې موخې د سر ته رسولو د پاره د ناروغ په سږو کې د T- cell د ډلې څخه ځنې حجرې چې د Clone په نامه یادېږي د بریلیوم د کچې د معلومولو د پاره ټاکل کېږي.(۴، ۲).

۳-۵-۶.لابراتوارې کتنه : د دې ناروغي د ځنډنې بڼې د معلومولو له پاره په وینه کې د Beryllium Lymphocyte proliferation test (BeLPT) باید سرته و رسېږي. همدارنګه د سږو په بیوپسي کې Nonnecrotizing granulomas د لیدلو وړ وي.

۴-۵-۶.درملنه : د کورپلمونول د پاره هم ځانګړې کړنې باید تر سره شي د انتان د شتون په وخت کې د انتي بیوټیک کارونه او هم دې ناروغي ته مخنیونکي لارې او چارې باید د مخه ونیول شي لکه : څنګه چې د (۱۹۵۰) کال راهیسې د فلوریسنټ د څراغونو د جوړولو په هکله نیول شوې دي.(۱).

www.ketabton.com

۶-۶.لنډيز: په دې څپرکي کې د سږو هغه فبروتيک ناروغي چې ځنې وخت د نا معلوم سبب څخه او ځنې وخت د ناروغ د دندې پورې اړوند د ځينو کېمياوي توکو د زهرجنو اغېزو له وجهې منځ ته راځي لکه : اسبستهويس چې د اسبستهوز د ذُړو، سيليکوزيس چې د سليکان سره د مخ کېدو په سبب ، نيموکونيوزيس د سکرو په کانونو کې په کارګرانو کې او بريلوزيس د بريلوم د فلز په تسمم کې د کور پلمونال سبب کېږي. نيموتراکس چې زمونږ په هېواد کې ډېر ليدل کېږي او هم لاملونه يې د نورې نړۍ په پرتله زمونږ په ټولنه کې زيات دي. همدارنګه انتانې پېښې زمونږ په چاپېريال کې زيات ليدل کېږي نو په دې بنسټ ARDS هم دلته زيات را منځ ته کېږي.

۷-۶.پوښتنې:تشريحي سوالونه

۱ . سيليکوسيس په سږو کې د کوم پتالوژيک بدلون سبب کېږي؟

۲. د ARDs پتوفزيولوژي په څو مرحلو سره سرته رسېږي؟

۳.د ARDs ساتنګې څه وصف لري؟

۴ . د ARDs د ناروغي انذار څنګه آروزوي؟

۵. د اسبيستهوسيس ناروغ څرنګه تداوی کوي؟

۶.د ځنډنی بريلوسيس د معلومولو له پاره په وينه کې کومه ازموينه سرته رسېږي؟

سم ځوابونه په نښه کړئ.

۷.د سکرو د کارګرانو نيوکونوسيس: الف :په دوه ډو له ويشل کېږي. ب: ساده نيموکونيوسيس او پرمختيا يي کتلوي فبروتيک نيموکونيوسيس. ج : پورتنی دواړه جملې صحيح دي.د: پورتنی درې واړه غلطې دي.

۸ .د ARDs په لاندې حالتونو کې ګلوکورتيکوستروئيد کارول ډېره ګټه لري.الف:کله چې د دې ناروغي په منځ ته راتګ کې التهابي وتېره شامله وي لکه: حاد پانکراتايتي. ب :کله چې

www.ketabton.com

ناروغي دوامداره وي یا د سږو وخیم فبروزیس شتون ولري نو د ستروئیډو کارونه ډېره ګټه لري. ج: پورتنی دواړه صحیح دي.د : پورتنی درې واړه غلط دي.

۹.: صحیح په ص او غلط په غ سره په نښه کړئ

( ) بریلوزېس په زړه کې د چپ زړه هایپرتروفي او عدم کفایه د اختلاط په ډول ورکوي.

( ) بریلوزیس د تنفسي عدم کفایي لامل ګرځي.

( ) کورټیلمونال د بریلوزیس د زیات را منځ ته کېدلو اختلاطاتو د ډلې څخه شمېرل کېږي.

تش ځایونه په مناسبو کلیمو ډک کړي.

۱۰: تر اوسه پورې د اسبستهوزیس د پاره د ( ) ور ( ) شتون نه لري.

www.ketabton.com

۸-۶. اخځلیکونه

۱. حیات، حیات الله. (۱۳۸۸ هـ ش). امراض تنفسی. شرکت سهامی، مطبعه نعمانی.
صفحات: ۱۳۵ – ۱۳۷ ، ۱۵۴ - ۱۶۱ .

۲. نشاط، محمد طیب. (۱۳۸۸ل ل). تنفسي او د زړه د دسامونو روماتیزمل ناروغي. داخله ثانګه، طب پوهنځي، ننګرهار پوهنتون. مخونه: ۲۰۲– ۲۱۴ .

3.Colledge,Nicki. Walker,Brian R & Ralstom,Stuart H.(2010).

Davidson's Principles & Practice of Medicine,21st Edition. churchal Livingstone Elsevier India Private Limited. Pp: 707 – 714.

4. Kumar, Parveen & Clark, Michael.(2007). Clinical Medicine,6th Edition.Elsevier Saunders,London.Pp: 944 – 960.

5.Kumar, Vinay. Cotran, Ramazi and Robbins, Stanley L.(2003). Robbins Basic Pathology, 7th Edition. Saunders, London. Pp: 469 -470 .

6. Longo, DanL. Fauci, .Anthony & Kasper,Dennis L.(2008). Harrison's Principles Internal Medicine ,18th Edition. Mc Graw Hill Medical Lisbon London. Pp : 2121 – 2129.

7.Papadakis, Maxine A. Mcphee, Stephen J and Rabow, Michael W.(2014). Currrent Medical Diagnosis & Treatment, 53rd Edition. Mc Graw Hill Lange New Yark.

Pp : 299 – 300.

www.ketabton.com

اوم څپرکی

روماتیزم او د زړه دسامې ناروغي

پیلیزه: زړه د ځلورو جوفونو څخه جوړ شوې ده چې دوه دهلېزونه او دوه بُطینونه لري. ناپاکه وینه د ټول بدن څخه د علوی Vena Cava او سفلی Vena Cava په واسطه ښی دهلېز ته راوړل کېږي او د ښی دهلېز څخه د ترای کسپېډ د دسام له لارې څخه ښی بُطین او د ښی بُطین څخه د سږیز دسام له لارې سږو او د سږو څخه د سږیز وریدونو پواسطه چپ دهلېز او د هغه ځایه څخه د مټرال دسام په واسطه چپ بُطین ته او د چپ بُطین څخه د ابهر له لارې څخه د ابهر (حاکم) شریان په واسطه ټول بدن ته وینه رسول کېږي. زړه په خپل نوبت سره د ډېرو ستونزو سره مخامخ کېږي چې د هغې ډلې څخه مهم یې روماتیزمل ناروغي دي. روماتیزمل ناروغي د روماتیزم ناروغي په سیرکې منځ ته راځي. معمولاً د دې ناروغي لامل بکتریا ده. دا ناروغي په دوه ډوله سیر کوي چې یو ډول یې حاد سیر دي چې روماتیک فیور (تبه) ده او بل یې ځنډنی سیر دي چې د زړه دسامې ناروغي او روماتیک کارډایټیس څخه عبارت دي چې د زړه دسام کیدای شي چې د مرضې پېښې له کبله تنګ او یا دا چې د ترلو په وخت کې سم ونه ترل شی او د وینې بیا را ګرځېدوته اجازه ورکړي.چې دغه حالت د دسام د عدم کفایې په نوم یادېږي. نو د زړه دسامې ناروغي عبارت دي له: د مټرال دسام (تنګوالی او عدم کفایه)، د ابهر دسام (تنګوالی او عدم کفایه)، ترای کسپېډ دسام (تنګوالی او عدم کفایه)، سږیز دسام (تنګوالی او عدم کفایه) او ځنې وخت دو دسامونه په یو وخت سره پهګډه په یو آفت او یا په مختلفو آفتونو اخته وي.

www.ketabton.com

۱-۷.د روماتیزم حاده تبه

۱-۱-۷. تعریف : د بدن د ګڼ شمېره غړو حاده التهابي ناروغي ده چې تبه ور سره یو ځای وي چې د سریپتو کوکل فارینجایټیس د تېرولو څخه څو اونۍ وروسته د معافیتې سیستم په منځګړتوب د اختلاط په ډول را منځ ته کېږي.(۱۱).

۲- ۱-۷. لاملونه : د ناروغي غوره لامل بیتا هیمولایتیک A سټریپټوکوکس بکتریا ده چې د اوتو اېمیون پروسې په واسطه د دې ناروغي سبب جوړېږي.(۳).

۷-۱-۳. پتوجنسیس : څرنګه چې دا ناروغي د تېري شوې سترپتوکوکل اې (A) روماتوجینیک فارینجایټیس، کوم چې کله کله بې عرضه هم وي، منځ ته راځي چې عملیه یې په لاندې ډول ده. د کوربه بدن د بکتریایي کپسولې ام پروتین (M – Protein) په وړاندې انتي باډي (Ab) جوړ وي چې جوړ شوې انتي باډي د بکتریا ضد ځانګړنې برسیره د کراس ریکشن خاصیت په درلودولو سره د زړه، بندونو او د بدن د نورو انساجو د پروتین په وړاندې غبرګون ښې او د بدن پروتینونه ویجاړ وي او په خپل نوبت سره د بدن په مختلفو غړو کې ناروغي را منځ ته کوي. په زړه پورې خبره دا ده که چېرې نوموړی انتان د بدن په نورو برخو کې د مثال په ډول په پوستکی کې ځای ولري په نادر ډول د دې ناروغي سبب کېږي.دغه ناروغي کولای شي چې په خپله حاده مرحله کې زړه په ناروغي اخته کړي او حاد روماتیک کارډایټیس را منځ ته کړي او یا په ځنډنی ډول د زړه د دسامې سؤې اشکالو لامل جوړ شي چې د ناروغي د حادې صفحې څخه څو کاله وروسته کلینیکې بڼې یې را څرګندېږي سره د دې چې د روماتیک فیور د حادې مرحلې او د ځنډنی سیکولا پتوجینېسیس په بشپړ ډول معلوم نه دي. خو! داسې فکر کېږي چې حاده مرحله یې د حساسیت د زیاتوالی او ځنډنی مرحله یې د اوتو اېمیون (معافیتی) د غبرګون پایله ده. (۳،۸).

www.ketabton.com

۴- ۱-۷. پېښنې: دا ناروغي په ټوله نړۍ کې پیدا کېږي په ځانګړې ډول په غریبو خلکو کې د ژوند په ښه کېدو سره په ګوښې ډول په اروپایي او امریکایي ټولنه کې دغه ناروغي په نشت حساب شوې وه. مګر په۱۹۸۰ کال دامریکې په راکې مونټېین ولایتونو کې د دې ناروغي پېښنې بیا زیاتې شوي وي او هم د درملنې سره ټینګار یې هم پیدا کړي وه.

۵-۱-۷. اپیدیمولوژی : د اپیدیمولوژې له پلوه دا ناروغي زیاتره وخت په ګڼ میشتو ځایونو، غریبو، د پوهی څخه وروسته پاتې او کم عمره (۵ - ۱۵ کلونو) خلکو کې زیات لیدل کېږي. د جنس له نظره په کم عمرو کې مساوي مګر وروسته په هلکانو کې زیات پېښېږي. همدارنګه د ناروغي په را منځ ته کېدو کې جینیتیک او فامیلې تاریخچه، د پوره غذایي رژیم نشتوالی او په لمدبلو ځمکو کې اوسېدل غوره ارزښت لري. په دې ناروغي اخته ښځو کې Chorea او د مترال د دسام تنګوالی (MS) زیات لیدل کېږي. مګر په نارینهٔ و کې د ابهر د دسام پاتې والی زیات لیدل کېږي.

۶-۱-۷. پتالوژی :کېدای شې چې د ناروغي په واسطه د زړه درې واړه طبقې اخته شي چې د روماتیک Pancarditis په نوم یادېږي. د روماتیک کارډایټیس د پاره ځانګړې آفتونه د Aschof nodule څخه عبارت دي چې په مایوکارډیوم کې په ځانګړې ډول دکېنې بُطین د انډوکاردیوم لاندنې برخه کې تر سترګو کېږي.د زخې په شان کوچنې کوچنې Vegetation لېدل کېږي چې د زړه د دسامونو له پاسه جوړي شوې وي چې په لړه کچه د دسامونو د عدم کفایي سبب کېږي.که بېړنې پرېکار ډایټیس منځته راغلی وي نو سیرو فبرینوس افیوژن د لېدنې وړ وي. سینوویل پرده د ناروغي په بیړنې ډول، التهابي کېږي او د پوستکی لاندې هم نوډولونه لیدل کېږي.د روماتیزم د تبې له کبله منځ ته راغلي پتالوجیکي بدلونونه په لومړی درجه (۷۵ – ۸۰ سلنه) مترال دسام، په دوهمه درجه (۳۰ سلنه) ابهر او په دریمه درجه نژدې ۵ سلنه په پلمونرې دسام کې لیدل کېږي .(۳).

www.ketabton.com

۷-۱-۷. کلینیکې بڼه : د ناروغي په کلینیکې بڼه کې باید د Jone کریتریا ته پاملرنه و شي . ځکه دا کریتریا تر اوسه پورې د ناروغي په پېژندنه کې غوره ارزښت لري چې په میجر او مینر کریتریا باندې وېشل کېږي. چې میجر کریتریا یې عبارت دي له: کارډایتیس ، پولی ارترایتس، کورې، اریتیما مرجیناتم او د پوستکی لاندې نوډولونه. همدارنګه مینرکریتریا یې عبارت دي له : تبه، د بندونو دردونه، د دې ناروغي پخوانی تارېخچه، د ESR او C- reactive protein لوړوالی، لیکوسایتوسیس، لومړی او یا دوهمه درجه بلاک ښخه. نو د دې ټکو په پام کې نیولو سره د دې ناروغي کلینیکې بڼه په لاندې ډول تشریح کېږي.

الف. مخبروې صفحه : په دې مرحله کې ناروغ دکلینیک د را منځ ته کېدو څخه ۱- ۴ اونۍ مخکې د تانسیلایټیس یا د ستونې د درد تاریخچه، پرمختیایي درد ، بې اشتهایي، خسافت، مخرشوالی او په ټیټه درجه د تبې د شتون تاریخچه لري. ب . د اخفاء صفحه : په دې صفحه کې د ناروغ بدن د سترپتوکوکس انتان په وړاندې انتي باډۍ جوړ وي چې دا جوړېدنه د څو ورځو څخه تر څو اونیو پورې وخت نېسي. د ناروغي په اصلي کلینیک کې ارترایټیس او تبه د انتان څخه ۲- ۳ اونۍ وروسته منځ ته راځي. د زړه پورې تړلی ګیلې د انتان څخه ۳ – ۲ اونۍ وروسته را منځ ته کېږي چې د زیاتې پاملرنې جلبونکې وي لکه : د پرېکارډایټس درد یا د زړه ټکان یا د زړه د پاتې والی ګیلې، بطني دردونه او حساسیت، زړه بدوالی، کانګې، تبه او لیکوسایتوسیس چې حاد بطن تمثیلوې، د نا معلوم علت له کبله تبه، محرقې یا انفلو ته ورته تبه، توکسېمیا ، ګونګ بطني او تنفسي ستونزې.

کورې :کېدای شي چې د ناروغي لومړنی نښه وي. مګر ۲ میاشتې یا یو کال وروسته را منځ ته کېږي .د روماتیزم د تبې د را منځ ته کېدو پرته په پټ ډول د زړه د دسامی ناروغیو را منځ ته کېدل او په نادر ډول ځنې وخت د پوستکی نوډولونه یا د پُزی څخه د وینې راتګ د دې ناروغي لومړنی ګیله جوړ وي.

www.ketabton.com

ګیلې او نښې

۱ . پولی ارترایتیس : په دې حالت کې دردونه، د لیدلو وړ افاتو سره سمون نه لري.د بندونو ګیلې د ناروغ د لومړنیو ګیلو له جملې څخه شمېرل کېږي. په دې ناروغي کې حاده التهابي وتېره ژر د منځه تلونکی یا مهاجرتي وصف لري مګر هېڅکله تقیحې بڼه نه لری چې په لاندې بڼو سره څرګندېږي.

- مونوسیکلیک : په دې بڼه کې تبه یو ځل د ۱۰ تر ۱۵ ورځو پورې دوام کوي او هېڅکله بیا نه را منځ ته کېږي او هر یو بند په التهاب اخته کېږي چې ۴ – ۵ ورځې دوام کوي چې خپله ښه کېږي او هېڅکله بیا په آفت نه اخته کېږي.

-.پولی سیکلیک : په دې حالت کې بندونه بیا ، بیا ښه کېږي او بیا ، بیا په التهاب اخته کېږي چې ارترایتس او تبه د درملنې په وخت ښه او وروسته بیا تازه کېږي.

- دوامداره بڼه : ځنې وخت د انتان ځنې نښې د دوامداره وخت د پاره پایداره پاتې کېږي. Jacoud's arthritis : د روماتیزم د ځنیو نادرو او ګڼو حادو حملو په پای کې د اختلاط په ډول را منځ ته کېږي چې ځانګړې دي : په دې آفت کې لاسونه اوپښې اخته کېږي چې په لاس کې Ring ګوته متبارز او نورې ګوتې په کمه اندازه النر انحراف ښيې، د درد نشتون، پرې ارټیکولر فبروزیس، افیوژن رامنځ ته کېدل نادر، خو! که چېرې منځته راشي د میتا تارسل په ساحه کې به ټوله شي ، دروماتؤیید د فکتورد پاره ازموینه منفي وي او ESR نارمل وي.

۲. تبه : زیاتره وخت خفیفه وي خو! هېڅکله ثابته بڼه نه لري چې ځنې وخت غیر منظمه، مګر څرګنده وي. د حرارت درجه د ۱۰۱ – ۱۰۳ فارنهایټه وي چې ورځنې بدلون یې د ۱-۳ درجو په شاوخوا کې وي.دوام یې ثابت نه، بلکه متحول وي چې د څو ورځو خفیفو تبو څخه نیولي تر څو اونیو پورې وخیمه تبه دوام کوي.دوامداره خفیفه تبه چې د ناروغي د بابېړی کېدو په وخت کې د بیا ،بیا تازه کېدو سره یو ځای وي. هایپر پایریکسیا چې په نادرو حالتونو کې لیدل کېږي چې کله کله د چټیاتو، جټکه او کوما سره یو ځای وي.

www.ketabton.com

۳ .کارډایتیس : یوه حاده التهابي عملیه ده چې کولای شي د زړه هره طبقه په ګوښی ډول او یا دري واړه طبقې یو ځاي اخته کړي.انډوکارډایتیس چې د والولایتیس په نوم هم یادیږی چې تشخیص او پیژندنه یې د هغه مرمر د شتون په صورت کې وضع کیږي چې مخکې اوریدل شوې نه وي.

- د ناروغي په شروع کې د متړال د پاتې والی له سببه سیستولیک مرمر اوریدل کیږي.
- Carey comb's مرمر چې په حاد ډول د متړال والولایتیس   له سببه منځ ته راځی چې میډ ډیاستولیک وصف لري او په اپیکس کې ښه اوریدل کیږي چې دوام یې لنډ مهاله وي

.- په حاد ډول د ابهر د دسام د ریګوارجیتیشن د را منځ ته کیدو له سببه قاعده وي وي. ډیاستولیک مرمر اوریدل کیږي او د دې مرمر د څرګندیدو سره زیاتره وخت د متړال د پاتې والی له کبله څرګند شوې مرمر د منځه ځي. همدارنګه د دې ناروغي د حادې حملې څخه څو کاله وروسته د متړال د تنګوالی   له امله مرمر منځ ته راځی. د دسامونو د اخته کیدو ترتیب   په لاندې ډول دي. په اوله درجه متړال، دوهمه درجه ابهر، دریمه درجه تراې کسپیډ او په څلورمه درجه پلمونري دسامونه په ناروغي اخته کیږي. همدارنګه   په مایوکارډایتیس کې د تکې کاردیا شتون چې د تبې سره سمون نه لري، د زړه د اول اواز د شدت ټیټوالی په اوله درجه وي، AV بلاک باندې دلالت کوي، ډیاستولیک Gallop ریتم یا د زړه د پاتې والی لومړنی کلینیکې بڼې (تکې پنیا او نفس تنګي) را څرګندیدل دي.

- پریکارډایتیس: په ډیرو وخیمو حالتونو کې را منځ ته کیږي چې د پریکارډیل فرکشن Rub د شته والی   په بنسټ تشخیصیږی او په دې ناروغي کې د کتلوي پریکارډیل افیوژن پیښې نادر وي.

۴ . Chorea: دا پیښه کله ګوښی او کله د کارډایتیس سره یو ځای وي. د اتتان او د کورې تر منځ د اخفاء دوره د ۲ – ۶ میاشتو پورې وي.د کورې د شتون په وخت کې ESR او ASO تیتر نارمل وي.کورې په نجونو کې د هلکانو په پرتله زیات او د عمر له پلوه

www.ketabton.com

زیاتره وخت په ۸ -۱۲ کلنۍ کې پېښېږي. همدارنګه کلینیکې ګیلې زیاتره وخت تر ۳- ۴ میاشتو پورې دوام کوي او بیا په خپله ښه کېږي. مګر کله کله په ذکر شوې وخت باندې دوامداره کېږي. په ناروغ کې د تخرشیت زیاتوالی د کورنۍ خوا ته توجه اړوی، چې زیاتره وخت د مکتب د معلمینو او یا د مور او پلار په واسطه تشخیص کېږي. همدارنګه ځنې وخت غیر ارادي حرکتونه د لیدلو وړ وي چې یو اړخېزه وصف لري.

۵ . پوستکی : په پوستکی کې اریتیما مارجیناتم د ناروغې ډېره غوره نښه بلل کېږي چې د اتنان څخه نژدې درې اونۍ وروسته منځ ته راځي چې ګوتي (Ring) ته ورته بڼه لري چې مرکز یې خاسف او څنډې یې ګلابې رنګه وي تل په تنه او د بندونو د قاتیدو په سطحه (مخ) کې موقیعت نېسي. د شمېر له پلوه محدوده او یا ډېره وي چې د دوام له نظره ډېر ژر له منځه ځي. د پېښېدو له نظره تکراري وصف لري او د یوه په ښه کېدو سره بله را څرګندېږي. اریتیما مولټیفارم ډېر معمول وي. اریتیمانو ډوزوم چې نوډولونو ته ورته اندفاعات دي چې زیاتره وخت په ورنونو کې موقیعت نېسي چې حساس، ګرم او ګڼېزه بڼه لري. په نادر ډول پرپوریک اندفاغات هم را منځ ته کېږي.

۶. د پوستکی لاندې نوډولونه (غوټې) بې درده ، شفاف، بې خارښته وي چې مخروطې یا کُروې شکله وي، فقط د پوستکی لاندې موقیعت لري، د جسامت له نظره ډول ډول چې د سنجاق د سر د اندازې څخه تر **۲** سانتي مترو پورې غټوالی لري چې په ټولُېز ډول د څنګلې د بند د خلاصېدو په سطحه ، د لاس شاتنی مخ، پښې، سکپولا او نورو هډوکو د پاسه موقیعت نېسي. همدارنګه رنګا رنګ نښې په مختلفو وختونو (**۲** اونۍ– **۲** میاشتې) کې د ناروغې په سیر کې را منځ ته کېږي چې څو اونیو د پاره دوامداره پاتې کېږي. کله کله په دې ناروغې کې روماتیک ټینډینایټیس، ټینوسینوواېټیس ، مایوسایټیس هم را منځ ته کېږي. د نوډولونو شتون تل د زړه د ناروغې سره یو ځای وي او د ناروغې   په ځنډنیتوب دلالت کوي.

www.ketabton.com

۷ .تنفسي سیستم : د پُزې څخه د وینې راتګ د دې ناروغي د غیر مشخصو نښو څخه شمېرل کېږي. په دې ناروغي کې د سینه بغل را منځ ته کېدل نادر مګر پېښېدل یې تل د وخیم کارډایټیس سره یو ځای وي، چې د سیني کلیشه مختلف کشافتونه ښی چې د انتي بیوټیک سره ځواب نه ورکوي مګر د سټروئیډو سره ځواب یې انی او حیرانونکی وي.

۸ . معدوی او هاضمي سیستم : کېدای شي چې خفیف ګاسټرو انټرایټیس د ناروغي د مخبروې ګیلو له ډلې څخه غوره ګیله وي او یا ناروغ تکراري کانګې ولري.

۸-۱-۷. لابراتوارې کتنې

وینه : WBC, ESR, CPR د تبې په وخت کې د وینې کلچر په سیرالوژیک کتنو کې ASO او Dnase B تېترونه باید معلوم شي .که چېرې دا ازموینې په لومړي ځل منفي وي نو ۱۰ -۱۴ ورځي وروسته دې بیا تکرار شي .

الکتروکارډیوګرام : که چېرې د PR واټن زیات وي نو دا ازموینه دې هره دوه اونۍ وروسته او که بیا هم دوامداره پاتې شي نو په دوه میاشتو کې دې سرته و رسېږي.

د سیني رادیوګرافي : که چېرې په ایکو یاپه کلینیکي ډګر کې د کارډایټیس له پاره نښې شتون درلود نو بیا دې ناروغ ته د سیني راډیوګرافي توصیه کېږي.

۹-۱-۷. دوام او انذار: د ناروغي انذار په پرمختللی هیوادونو کې ډېر ښه او خپله ناروغي په نیشت حساب دی. مګر په وروسته پاتې هیوادونو کې اوس هم طبي ستونزې را منځ ته کوي. همدارنګه د روماتیزم د حادې حملی وفیات نژدې ۱-۲ سلنۍ ته رسېږي. نو په کار ده چې ناروغي ژر تشخیص او په وړ وخت کې یې درملنه وشئ؛ تر څو ښه انذار ولري.

www.ketabton.com

۱۰-۱-۷. **تشخیص** : د جون د کریتریا په بنسټ د ناروغي تشخیص هغه وخت وضع کېږي چې دوه لوي یا یو لوی او دوه کوچني کریتریا شتون ولري چې د دې کریتریا د معلومولو د پاره لاندې ازمویني تر سره کېږي.

۱ .د تېر شوې انتان د پاره شواهد : په۸۰ سلنه کې د دې د معلومولو د پاره د Antistreptolysin - O - titer د کچې د معلومولو څخه ګټه اخیستل کېږي.که چېرې د دې تیتر کچه د **۲۵۰** څخه کمه وي نارمل بلل کېږي.که د **۲۵۰ – ۳۲۰** تر منځ وي بارډرلاین او که د دې څخه لوړه وي په ناروغي دلالت کوي.۸۰ سلنه ناروغان د **۲۵۰** څخه لوړ قیمت لري چې په کې بیا د ۲۰ سلنو څخه زیات خلک د **۵۰۰** یونټو څخه هم زیات وي. همدارنګه غوره ازموینه د Antistreptozyme (ASTZ) څخه عبارت ده، چې د پنځه نوعو سریپتوکوکونو له پاره سر ته رسېږي. دا ازموینه د ۱ – ۲ اونۍ وروسته مثبت کېږي چې تر ۳- **۵** اونیو پورې خپل اعظمي حد ته رسېږي او ۸ – ۱۲ اونیو څخه وروسته بېرته نارمل ته را ګرځي.

۲ . د حادې مرحلې غبرګونونه : د روماتیزم د تبې د پاره لاندې ازموینې پرې کوونکی نه دي.

الف . د ESR لوړوالی.

ب .دCRP پروتین مثبتوالی چې د ESR په پرتله د ناروغ په پېژندلوکې غوره والی لري.

ج . په سیروم کې د Haptoglobin د پروتین ډېر زیاتوالی د ناروغي په حاده صفحه کې لیدل کېږي.

۳ . ځنې نورو ازموینو ته اړتیا لیدل کېږي چې په لاندې ډول ور څخه یادونه کېږي.

الف .کم خوني : خفیفه یا په منځنۍ کچه شتون لري چې د درملنې سره سره یو ځای د کم خونې شتون د روماتیک د التهاب په شتون دلالت کوی.

ب . د زړه برېښنایي ګراف

www.ketabton.com

۱ . د انتقالي سیستم گډوډی لکه : د PR د واټن زیاتوالی او د انتقالي سیستم بندېزونه.

۲ . د مایوکارډایټیس له سببه ځنې بدلونونه.

۳ . د پرېکارډایټیس اړوند بدلونونه.

ج . د سیني په رادیوګرافي کې د زړه د غټوالی په کارډایټیس کې لیدل کېږي. څرنګه چې کوری د دې ناروغي ډېره وروستنی او غلچېکی پېښه ده نو د دې شتون په غیرد تېرشوې انتاني تاریخچې او د نوروکریتریاو د نشته والی په صورت کې د ناروغي تشخیصونکې بلل کېږي. همدارنګه د یو کریتریا شتون یا د بندونو درد یا د تبې شتون د ناروغي په بابېرېتوب دلالت کوي.(۳ ،۲).

۱۱-۱-۷. **توپیري تشخیص:** دا ناروغي د لاندینیو ناروغیو څخه باید جلا شي .

۱ . د ماشومتوب روماتویید ارترایتیس (Still's disease) : دا ناروغي کېدای شي د ستونې د درد په تعقیب د حاد ارترایتیس په بڼه شروع شي چې د پېژندنې په زړه پورې ټکی یې دا دي چې نوموړی ناروغي د تبې سره شروع کېږي چې تبه الوتونکی، نوبتي او په لوړه درجه وي . د روماتیک تبې په خلاف، کوم چې دوامداره او د شدت له نظره په منځنی کچه وي. په JRA کې لومړی د پوستکی اندفاغات پیدا کېږي وروسته د بندونو درد چې دوامداره او د بندونو مورفولوژیک بدلون ور سره ملګری وي چې غوره او د ارزښت وړ ټکی یې دا وي چې د RF دردونه د اسپرین سره ژر او فورې ځواب وایي او درد د منځه ځي.

۲ . حاد اوستیومایلیتیس : هېڅکله د دې ناروغي په شروع کې لیکوسایتوسیس شتون نه لري او رادیوګرافیک بدلونونه یې نژدې دوه یا زیاتي اونیو ته اړتیا لري چې را منځ ته شي . همدارنګه د هیموریس د پورتنی سر اوستیومایلیتیس په دواړو اوږو کې د درد د پیداکېدو سبب ګرځي او د ځنګلي اوستیومایلیتیس عیناً د روماتیزم د حاد ارترایتیس

www.ketabton.com

کلینیکې بڼه تمثیلوي چې ماشومان په دې ناروغي باندې ډېر ژر او په حاد ډول په وخیمو ناروغیو اخته کېږي.

۳. Henoch-Schonlein Purpura: کېدای شی چې ناروغي د بندونو د حادو دردونو سره شروع شي. مګر کله کله کېدای شي چې په دې باندې د لاسونو د شاتنی سطحي او د Eye lid د پاسه پړسوب اضافه شي. همدارنګه په دې ناروغي کې د کولمو ګډوډۍ هم لیدل کېږي. خو! د پیژندنې غوره نښه یې دکوناټیو د پاسه او لاندنې اطرافو کې د مکوپپولر اندفاغاتو شتون دي چې ډېر ژر په هیموراژیک بڼه بدلېږي.

۴. حاد پولیو مایلایټیس: د اطرافو حاد درد چې یو یا دوه ورځې د بې حسي او یا د عکسوو د بدلون څخه مخکې منځ ته راځي.

۵. حاده لوکېمیا: د بند شاوخوا التهاب یا په نادر ډول د هیمارتروزیس له سببه د بندونو د حادو دردونو او پړسوب سره باید توپیري تشخیص وشئ.

۶. ستریتوکوکل تانسلایتیس: د اطرافو د دردونو په تعقیب د بندونو دردونه را منځ ته کېږي چې د حرکت سره وخامت یې زیاتېږي او د وړ انتي بیوټیک په واسطه د انتان درملنه ډېر ژر د دردونو د بڼه کېدو سبب کېږي.

۷. حساسیتي غبرګون: د درملود سیروم حساسیت او ځینو خوړو سره د حساسیت را منځ ته کېدل چې د بندونو د شدیدو دردونو سبب کېږي چې عیناً د روماتیزم غوندې مهاجرتې وصف لري مګر امتیازي نښه په کې د Urticaria شتون دی چې د همدې وصف په لرلو سره د روماتیزم څخه بېلېږي.

۸. د کولاجن ناروغي: د کولاجن په ځینو ناروغیو کې لکه: پولی ارترایتس نوډوزا، لوپیس اریتیماتوزیس او ډرماتومایوسایتیس په شروع کې پولی ارترایتیس لیدل کېږي چې خفیفه بڼه لري او نورې مشخصې نښې د ناروغي ور سره شتون لري چې د ناروغ په لټولو سره تشخیصېږي.(۲، ۹).

www.ketabton.com

۱۲-۱-۷.**معالجوي درملنه** : ناروغ ته باید لاندې پروګرامونه تطبیق شي .

الف . د ناروغ استراحت او ساتنه : ناروغ ته استراحت باید توصیه شي چې دوام یې مختلف او د ناروغي د وخامت پورې اړه لري.که پولی ارترایتیس پرته دکارډایټیس څخه شتون ولري نو د زیات وخت د پاره استراحت ته اړتیا نه لیدل کیږي.

مګر په ولولایټیس او مایوکارډایټیس کې د دمې دوام د لاندې شیانو پورې اړه لري.

۱ .کله چې دمرمر MM شدت کې کموالی را شي یا شدت او اوصاف یې ثابته بڼه غوره کړي.

۲ . کله چې د زړه اوازونه منظم او صحیح شي .

۳ . کله چې د نبض ګڼه د خوب په وخت کې په دقیقه کې د ۱۰۰ څخه زیات نه وي.

۴ .کله چې هیماتوکریت نارمل یا د نارمل څخه لوړه وي او CRP یې منفي وي.

۵ . کله چې ناروغ وزن واخلي. په دې ناروغي کې د نقاهت دوره ۶ میاشتې یا زیات وي. ناروغ ته استراحت په لاندې ډول توصیه کیږي.

۱ . کله چې په ناروغ کې کارډایټیس منځته نه وي راغلي نو ناروغ ته دوه اونۍ د بستر استراحت او بیا دوه اونۍ استراحت د تدریجي حرکاتو سره یو ځای توصیه کیږي.

۲ .کله چې په ناروغ کې پرته د کارډیومیګالي څخه کارډایټیس شتون ولري نو ناروغ ته څلور اونۍ د بستر استراحت او بیا څلور اونۍ په تدریجي ډول د حرکاتو سره یو ځای استراحت توصیه کیږي.

۳ .کله چې په ناروغ کې کارډایټیس او کارډیومیګالي دواړه یو ځای شتون ولري نو ناروغ ته شپږ اونۍ د بستر استراحت او شپږ اونۍ په تدریجي ډول د حرکاتو سره یو ځای استراحت تو صیه کیږي.

www.ketabton.com

۴ .که چېرې د احتقانې عدم کفايې سره يو ځاې کارډايتيس شتون درلود، نو بيا ناروغ ته تر هغه وخت پورې د بستر استراحت توصيه کېږي چې پورتنی پنځه کريتريا ترلاسه شي او بيا ناروغ ته درې مياشتي په تدريجي ډول د حرکت کولو اجازه ورکول کېږي.

ب . غذايي رژيم : د دې ځخه غوره موخه دا ده چې ناروغ بايد ښه تغذيه شي د مايعاتو ورکړه هغه وخت اړينه ده چې تبه په منځنۍ او يا لوړه کچه شتون ولري. همدارنګه ناروغ ته ويټامينونه هم بايد ورکړ شي .

ج . درمل : حاد اګزووداتيف تظاهرات بايد قابو کړای شئ؛ چې د دې موخې د پاره د لاندې درملوڅخه ګټه اخيستل کېږي.

۱ . د بکتريا ضد درمل : د دې موخې د پاره بينزاتين پنسيلين ۱۲ لکه يونټه د غوښې د لارې زرق کېږي. بيا وروسته د پنسيلين وي (۵۰۰) ملي ګرامو ته سهار او بېګا د لسو ورځو د پاره دوام ورکول کېږي . د پنسيلين سره حساس خلکو ته اريتروماېسين ۴۰ – ۵۰ ملي ګرامه في کېلوګرام وزن د بدن د لسو ورځو د پاره توصيه کېږي.

۲ . د التهاب ضد درمل

- ساليسيليټ : د دې موخې د ترلاسه کولو د پاره د اسپرين څخه کار اخيستل کېږي چې په لاندې ډول توصيه کېږي. ۱۰۰ ملي ګرامه في کېلو وزن د بدن په۳ - ۴ وېشل شوې وختونو کې د شيدو سره يو ځای او يا د ډوډۍ د خوړلو څخه سملاسې وروسته کارول کېږي چې دې مقدار ته د دوو اونيو د پاره دوام ورکول کېږي او بيا ۷۵ ملي ګرامو په کېلوګرام وزن د بدن ته کښته کېږي او د ۴ – ۲ اونيو پورې دوام ورکول کېږي چې داکارونه د ناروغي ټولو ښو ته يو شان دي. د اسپرين تسممې ستونزې عبارت دي له : کانګو، ټيناټيس څخه. که چېرې نوموړی ستونزې ر ا منځ ته شو، درمل بايد قطع شئ؛ چې يو يا دوه ورځې وروسته په کم مقدار بايد بيا شروع شي .

www.ketabton.com

– سټروئیډ : کله چې د کارډایتیس لومړنی نښه را څرګنده شوه باید سټروئید ناروغ ته توصیه شي چې د ناروغي د فعالیت د کمېدو او په عینی وخت کې د ډیجیټال او ډیوریتیک د کار د اصلاح سبب ګرځي. مګر یوه نیمګړتیا لری چې ځنې وخت د دې بندول یا د کچې کموالی د ریباونډ پېښې سبب ګرځی. مستعمله کچه یې د ورځې ۲ ملي ګرامه فی کېلو ګرام وزن د بدن په وېشل شوې کچو ناروغ ته توصیه کېږي چې دوه اونۍ وروسته یې کچه په تدریجي ډول د دوو اونیو د پاره کمېږی او بیا وروسته درول کېږي.

د سټروئیډو د قطع کولو څخه دوه اونۍ وروسته اسپرین باید شروع شئ! او د څلورو اونیو د پاره دوام ورکړ شئ! تر څو د سټروئیډو د قطع کولو څخه وروسته د ربباؤنډ پېښې د را پېښېدو څخه مخنیوي وشي.

عرضي درملنه

۱. موضعي درملنه :کریډل او لیفټ (ناروغ باید په داسی یو چپرکټ کې استراحت وکړي چې د زانګو غوندې اوچتې څنډې ولري او د ناروغ دردمند بند د ټوکر د ټوټو په واسطه د هغې سره تثبیت وساتل شي) وکارول شئ تر څو د ناروغ بندونه د ضررڅخه په امن کې پاتې شي. همدارنګه د تودوخې په واسطه ټکور ورکول او د میتایل سلسیلیټ کارونه هم ډېره ګټه رسوي.

۲. د زړه عدم کفایه : د زړه په عدم کفایه کې ډیجیټال ۰،۰۳ – ۰،۰۵ في کېلوګرام وزن د بدن په ټُولېز ډول ټاکل کېږي چې د دې څخه ۱\۲ برخه یې په شروع کې د خولې د لارې او ۸ ساعته وروسته ۱\۴ برخه او بیا ۸ ساعته وروسته پاتې ۱\۴ برخه ناروغ ته ورکول کېږي.که چېرې زرقې ضرورت وي بیا نو د ټُولېزې کچې ۳\۴ برخه ټاکل کېږي او په همدغه طریقه ورکول کېږي. همدارنګه دوامداره کارونه یې د ټُولېز څخه ۱\۴ یا ۱\۵ برخه هره ورځ توصیه کېږي. فروس امائیډ ۲ ملي ګرامه في کېلوګرام وزن د بدن روزانه د پوتا شیم ، کلوراید او اکسجن سره یو ځای توصیه کېږي.

درد او نارامی : د تبوخې او درد د پاره کوډین کارول کېږي.

انیمیا : د دې د درملنې او مخنیوي په خاطر د اوسپنې مستحضرات په کار وړل کېږي.

www.ketabton.com

۵ . د نقاهت دوره : تر څو چې د ناروغي فزيکي او لابراتواري شواهد د منځه تللي نه وي هېڅکله ناروغ ته د فزيکي فعاليت اجازه نه ورکول کېږي چې د اسپرېنو د قطع کولو څخه وروسته نژدې دوه اونۍ وخت نېسي. خو! کله چې د فعاليت اجازه ورکړ شوه ، درانده کارونه هم کولای شي. خو! که منځنمی کچه فعاليت وکړي غوره عمل بلل کېږي او په تدريجي ډول ځان درانده کارونو ته آماده کړي.(۳،۲ ، ۹ ،۱۰).

۱۳-۱-۷. وقايوي درملنه : د ناروغي د مخنيوي د پاره بايد لاندې کړنې تر سره شيءُ!

۱ . سملاسې هر مشکوک کس چې د ستونې درد ولري يا ستريپتو کوکل ته مشکوک وي د پنسيلين په واسطه بايد تداوي شي او که ناروغ د پنسيلين سره حساس وي نو ارترومايسين په واسطه د لسو ورځو د پاره تداوي شي .

۲ . د چاپېريال بدلون او د غذا اصلاح کول غوره کار بلل کېږي.

۳ . د خولې د لارې د مايکروب ضد درملو په واسطه د ناروغي مخنيوي : د ورځې دوه ځله د ۲۰۰۰۰۰ يونټه پنسيلين يا بينزاتين پنسيلين ۱۲ لکه يونټه د عضلي د لارې هره دريمه اونۍ. که ناروغ د پنسيلين سره حساسيت ولري نو ناروغ ته بايد اريترومايسين ۴۰۰ ملي ګرامه د ورځې په وېشلی ډول د عمر تر ۲۵ کلنۍ پورې ورکول کېږي يا د ناروغي د وروستنی يرغل څخه وروسته تر پنځو کلنو پورې درمل توصيه کېږي.که د ناروغ عمر يې ډېر زيات وي او کارډايټيس ولري نو غوره دا ده چې د ټول عمرد پاره وقايوي درمل وکاروي(۳ ، ۷).

روماتيک کورې (Sydenham’s chorea) چې د St.vitus’ dance په نوم هم يادېږی. چې په لاندې ډول کلينيکې بڼه لري.

عمر : زياتره پېښې يې په لس کلنۍ کې عموميت لري. مګر په ګوښی ډول هم را منځ ته کېدای شی.

.جنس : د هلکانو په پرتله په نجونو کې دوه برابره زيات پېښېږي. همدارنګه درې لينګه يې عبارت دي له : بې بنسټه احساسات، د عضلاتو د مقويت کموالی او نيمګړي قصدي حرکات. د را منځ ته کېدلو څرنګوالی يې تدريجي بڼه لري چې د انتان د حاد يرغل څخه ۲ مياشتې يا يو کال وروسته منځ ته راځی. ځنې وخت کېدای شي چې

www.ketabton.com

کورې د ناروغي لومړنی نښه وي. په دې ناروغي کې ماشوم عصبي وي او هر شی د لاسه غور ځوی. د خبرو ترتیب يې خراب وي او د لاسونو او پښو غیر ارادي حرکات لري. دا ناروغي خپله قابو کېدونی ناروغي ده چې دوام يې نژدې درې میاشتي وي او درې میاشتې وروسته خپله ښه کېږي او بیا بیا رامنځ ته کېدونی خاصیت لري چې په تکراري حملو سره چې کلینیکې ښه يې وخیمه مګر دوام يې تر لومړنی ښې لنډ مهاله وي.

همدارنګه روماتیک کورې مختلف ډولونه لري چې په لاندې ډول ورڅخه یادونه کوو.

۱ . هیمي کورې : په دې حالت کې غیر ارادي حرکات د بدن یو اړخ پورې تړلی پاتې کېږي.

۲ . ګوزڼ وهلی کورې : د Limp یا د Mollis کورې په نوم هم یادېږی. چې په دې حالت کې د عضلاتو بشپړ سستوالی او د مقویت نه شتون لیدل کېږي چې دکورې د نورو اعراضو او نښو په تعقیب را منځ ته کېږي او یا په نادرو حالتونو کې د ناروغي لومړنی ستونزه وي.

۳ . د حمل (Gravidarm) کورې : دا ډول کورې نادر مګر وخیمه پېښه ده چې د حمل په اولو میاشتو کې منځ ته راځي چې په راتلونکو بلاربښتونو کې وخامت يې کمېږی.

درملنه : ناروغ په لاندې ډول تداوي کېږي.

۱ . عمومي اهتمامات : په ډېرو ناروغانو کې استراحت استطباب لري.که چېرې وخیمه ښه ولري ناروغ باید تغییر مکان هم وکړئ! او د اړتیا په صورت کې دې باید په روغتون کې بستر شئ! کله چې ناروغان د خوراک قدرت ونه لري نو د هغوي د مایعاتو اعاده او خوړو ته باید خاصه پاملرنه و شي .

۲ . خوب راوړونکې درمل : د دې موخې د ترلاسه کولو د پاره د فینوباربیټون د ورځې ۵ ملي ګرامه پر وزن د بدن توصیه کېږي. ځای ناستی درمل يې کلوروپرومازین د ورځې ۲-۳ ملي ګرامه یا هالوپریډول ۲ ، ۰ ملي ګرامه پر وزن د بدن توصیه کېږي.

۳. د انتان درملنه : انتان د پنسیلین په واسطه د لسو ورځو د پاره تداوي کېږي چې وروسته په وقایوي درمل بدلیږي.

۴.د التهاب ضد (تحدیدونکې) درمل : د دې موخې د پاره سالیسیلیټ او یا سټروئیډ تاکل کېږي.

۵ . د روماتیک د وقایې له پاره پنسیلین ناروغ ته توصیه کېږي.

www.ketabton.com

۲-۷.د متېرال دسام تنګوالی

۱-۲-۷. لاملونه : د دې ناروغي لاملونه په لاندې ډول دي. ۱ . د روماتيزم تبه : دا ناروغي په روماتيزم کې د انډوکارډايټيس، د کوړدا د فيوز کېدو او د Leafletد ضخيم کېدو يا د کميزرونو د فيوز کېدو له امله منځ ته راځي چې دسام قيف ته ورته سؤې شکل غوره کوي او د متېرال د دسام د تنګوالی لامل ګرځي. چې ددې ناروغانو په تاريخچه کې هر دريم کس د روماتيزم تاريخچه بيانوي او په خالص ډول سره نژدې ۴۰ سلنه د ټولو هغو پېښو جوړوي چې د روماتيزم فعال کلينيک ولري او يا تاريخچه ولري.

۲ . ولادي لاملونه چې د پاراشوټ دسام (Fused Commissure) دسام په نوم هم يادېږي. همدارنګه په دې حالت کې د کور ډا فيوز کېدل او Papillary malpositin هم ليدل کېږي.(۱۱).

۳ . دASD سره يوځای د تنګ متېرال شتونوالی چې د Lutembacher سندروم په نوم يادېږي.

۴ . د Hurler سندروم چې د ګارګوليزم په نوم هم يادېږي.

۵ . انډو مايوکارډيل فبروزيس او انتانې انډوکارډايټيس چې د غټې زخي سره يو ځای وي.

۷ .ددسام دقسمی بندښت له کبله وظيفوي تنګوالی، چې په لاندې ناروغيو کې ليدل کېږي.

- د کيڼ اټريوم د تومور له سببه لکه : مايکسوما .

- د کيڼ اټريوم Ball valve ترومبس .(۳، ۹، ۱۰)

- په روماتوييد ارترايټيس او سيستميک لوپس اريتماتوسيس کې د دسامونو د تکُلس له کبله MS را منځ ته کېږي.

۲-۲-۷. پتالوژی : د پتالوژی له پلوه لاندې بدلونونه ليدل کېږي.

www.ketabton.com

۱.د دسام د لیف لیتهونو ، کورداګانو د فبروتیک انساجو او دکلسیم د ترسباتو له کبله سختیدل ، ضخیم کېدل او خپلو منځوکې سره نښتل وي.

۳.کینې اتریوم پراخه او غټېږی.د انډیوکارډیوم مخېزه سطحه پنډېږي خصوصاً د شاتنی لیف لیټ د پاسه او هم کېدای شي چې مورال ترومبوزونه شتون ولري چې د سیستمیک ترومبوزیس او امبولي د پاره سرچینه جوړه کړي.د ځنډنی احتقان له سببه سږی سختېږې او هم وزن یې زیاتېږي. په دوامدار حالت کې د ښی اتریوم او بُطین غټېدنه او پراخېدنه هم لیدل کیږي.

۳-۲-۷.کلینیکې بڼه :د ناروغي کلینیکی بڼه په لاندې ډول دی.

ګیلې.

۱ . د ناروغي په ا ولو وختونو کې ناروغ کومه خاصه ګیله نه لري ځکه چې دا ناروغي تر هغه وخت پورې کومه ستونزه نه رامنځ ته کوي تر څو چې د دسام قطر ۱،۵ سانتي متره مربع ته ونه رسېږي چې دغه د اخفا دوره په تودو سیمو کې اوږده او وروسته پاتې هېوادونو کې د اخفا دوره لنډه او نژدې دوه کاله وخت نېسي او پوره کلینیک او معیوبیت یې د ژوند په څلورمه لسېزه کې منځته راځي. همدارنګه ځېرنې جوتې کړي چې د والووتومې د عملیې او رواجولو څخه مخکې د دې ناروغانو د ژوند توقع د کلینیک د ښکاره کېدلو او معلولیت څخه وروسته ۲ – ۵ کاله وه. هغه اخته ناروغان چې د متړال دسام پراخوالی یې زیاته مګر فقط د کینې دهلېز فشار یې لږه لوړه وي نو په دې ناروغانو کې نفس تنګي او ټوخی لیدل کېږي چې د زړه د فعالیت په زیاتوالی سره لکه : شاقه کار کول، د وینې د حجم زیاتوالی، د کاربن مونواکساید تسمم، هیجانات، تبه، اتریل فبریلیشن، تکې کارډیا ، جنسی مقاربت، بلاربښت او تایروتاکسیکوسیس. همدارنګه نفس تنګي په ډېره لږه اندازه د سټرس په واسطه تشدیدېږي. د وخت په تېرېدلو سره اورتوپنیا او دوامداره اتریل فبریلیشن منځته راځی. همدارنګه د سر بارې انتانې انډوکارډایټیي د را منځ ته کېدو په وخت کې ، د حمل اخیستلو

www.ketabton.com

په وخت کې او یا د ورځنیزو فزیکي کتنو په مهال په تصادفي ډول تشخیصېږی. ځکه چې په دې وخت کې تشدیدیږی، چې پوره څرنګوالی یې په لاندې ډول منځته راځی. (۱).

۲ . تنفسي ګیلې

- نفس تنګي : دا ستونزه د سږو د فشار د زیاتوالی له کبله منځ ته راځی.ځکه چې په دې حالت کې د سږو شریانی فشار زیاتېږي او هم د تمرین زغم کمېږي. چې د نفس تنګي په بڼه څرګندېږی.

چې په لاندې څلورو درجو سره را منځ ته کېږي.

۱ . لومړی درجه : په دې حالت کې نفس تنګي شتون نه لري.

۲ . دوهمه درجه : په شدیدو تمریناتونو کې نفس تنګي رامنځ ته کېږي.

۳ . دریمه درجه : په کمو او خفیفو تمرینونوکې نفس تنګي پیدا کېږي.

۴ . څلورمه درجه : په دې حالت کې د استراحت سره هم نفس تنګي شتون لري.

د سږو د فشار زیاتوالی په لاندې میخانیکیتونو سره را ولاړېږي.

۱ . د کینې بُطین د فشار د زیاتوالی له سببه Backward متوسع کېږي.

۲ . د کپیلرونو عکسوي کانسټرکشن منځ ته راځي.

۳ . د امبولي په واسطه د سږو وعايي بندښت را منځ ته کېږي.

۴ . د احتقانې عدم کفایې له سببه هایپوکسیک وازوکانسټرکشن شتون لري.

– پلمونرې اذیما : چې د لاندې حالتونو په واسطه را منځ ته کېږي او یا یې په وخامت کې زیاتوالی منځ ته راځی لکه: شدید تمرین، امیدواري، اُذینې فبریلیشن، تنفسي انتانات او کله کله د بېهوښې کارونه .

www.ketabton.com

- هیمپتیسیس : کېدای شي لومړنی ګیله وي او یا د ناروغي په آخرو وختونو کې را منځ ته شي .چې پلمونرې وریدې هایپرتینشن په خپل نوبت سره د پلمونرې برانکیل وریدې اتصال د شلېدلو لامل ګرځی، چې دغه شلېدل د هیمپتیسیس لامل ګرځی.دا پېښه زیاتره وخت په هغه خلکو کې لیدل کېږي چې د ښی دهلېز هایپرتینشن ولري او د هغه سره یو ځاې وعایې مقاومت یې کم وي، چې په ډېرو نادرو پېښو کې د وژني لامل هم جوړېږي.

- د زړه ټکان :کېدای شی منظم او یا غیرمنظم ریتم ولري.

- د آنجینا دردونه : د مټرال د دسام ثابت او غیرمتحرک تنګوالی چې د پلمونرې شریان د پراخوالی، د سږو وعایي بندېزونه چې د ښی بُطین اسکمیا ورسره یو ځای وي، سبب کېږي.همدارنګه دکیڼ بُطین اسکیمیا د زړه د دهانې د کموالی او د اکلیلې شریانونو د امبولي څخه منځ ته راځی.

- Fatigue : دا پېښه د قلبي دهانې د کموالی له سببه منځ ته راځی.

- امبولیزم : دا پېښه کېدای شی سیستمیک یا پلمونرې وي، چې په اټریل فبریلیشن کې نژدې ۱۰- ۲۰ سلنه پیښه جوړوي. عموما د قلبي دهانې د کمښت له کبله منځ ته راځی او که د مرکزي علت له کبله منځ ته راغلی وي نو علت به یې د سږو احتقان وي، چې په دې ناروغي کې د معلولیت او معیوبیت غوره لامل بلل کېږي.

۵ .د پراخه شوې کیڼ اُذین فشارې ګیلې:

الف . د اواز خف کېدل : پرمختیایي وصف لری چې د اواز په بندېدو باندې تمامېږی. علت یې د چپ طرف د ریکرنټ لارېنجیل عصب تر فشار لاندې راتلل دي چې د Ortner'syndrom په نوم یادېږي.

ب . ډیسفاژیا : په مری باندې د فشار د راتلو له سببه را منځ ته کېږي.

ج . د سږو کولپس : ډېره نادره پېښه ده چې د کیڼ اُذین د غټوالی د فشار له کبله د کیڼو قصبو د غوره څانګو د بندېدو له سببه منځ ته راځي.

www.ketabton.com

- بکتریایي انډوکارډایټس: دا پېښه نادره پېښه ده خو! د خالص مټرال تنګوالی سره یو ځای وي.

– په کیڼ اُذین کې د کتلوي ترمبس شتون والی : زیاتره وخت د اُذینی فبریلیشن سره یو ځای وي چې د نابېره مړینې سبب کېږي. (۳).

د ناروغ فزیکي معاینه

-. تفتیش

۱. مټرال مخ : د ناروغ په اننګو باندې د سیانوتیک رنګونو را پرېوتل چې د زړه د دهانې دکمښت له سببه منځ ته راځي او د دسام په وخیمې تنګوالی دلالت کوی.

۲. د پلمونرې هایپرتنشن د را منځ ته کېدو په صورت کې د غاړې په څپو کې د a د غټې څپې شتون مثبت وی.د وینې سیستیمیک فشار دودیز یا د دودیز څخه په ډېره کمه اندازه، کم وي.

–.جس : په جس سره لاندې موندنې تر لاسه کېږي.

۱ . اپیکس امپلس نارمل یا لنډ Tapping وی چې د مټرال د لومړنی اواز سره یو ځای وي. چې د Closing snap سره په یو لنډ واټن د جس وړ وي .

۲ . د ښی بُطین د غټوالی له سببه د پاراسټرنال په چپ طرف کې د Heaving شتون مثبت وي.

۳ . په دوهمه بین الضلعي مسافه کې p2 د جس وړ وي.

۴.په اپیکس کې پرې سیستولیک او مېډ ډیاستولیک Thrilجس کېږي.

-آصغاء : د زړه په اصغاء کې لاندې شیان اورېدل کېږي.

www.ketabton.com

۱ . د زړه لومړی اواز لوړ اوربدل کېږي .چې د دې په منځ ته راتګ کې دوه فکتورونه مسؤل ګڼل کېږي.

الف.دچپ اُذین دفشارزیاتوالی باعث کېږي چې دسام دډیاستول ترآخره پورې خلاص پاتې شي

ب . د مترال دسام د لیف لیټ د فبروتیک بدلون له سببه، کله چې بُطین تقبض کوی په نابېره ډول د اواز د لوړوالی لامل ګرځی.که چېرې دسام په زیاته کچه کلسیفائېډ شوې وي بیا لومړی اواز بدلون نه کوي.

۱ . د ګونګ او بي مفهومه (Muffled) کېدلو لاملونه

الف . د دسام کتلوي تکلُس .

ب . کله چې د مترال عدم کفایه (MR) یا د ابهر شدیده عدم کفایه (AR) شتون ولري.

ج . د پې آر PR تر منځ د واټن په زیاتوالی (په فعال روماتیک کارډایټیس یاد ډیجیټال دکارونې د کچې په زیاتوالی) کې لیدل کېږي.

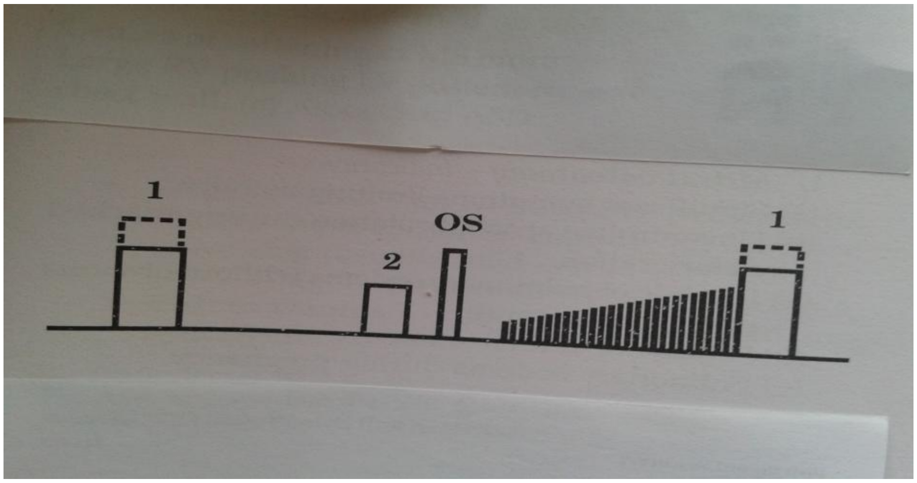
د . د ښی بُطین کتلوي غټوالی چې اپیکس یې احاطه کړې وي.

هـ . حاده قلبي حمله

و . د چپ اُذین عدم کفایه.

۲. پرې سیستولیک مرمر : کله کله په نسبي ډول د ناروغي د لومړنیو نښو څخه شمېرل کېږي. چې د لاندې پېښو په رامنځ ته کېدلو سره د منځه ځي.د اُذینې فبریلیشن رامنځ ته کېدل، یا د چپ بُطین عدم کفایه، یا په چپ اُذین کې د غټ ترومبس شتون. د دې مرمر څرنګوالی په لاندې ډول دی.موقیعت یې موضعې وي چې په اپیکس کې وي، د تمرین څخه وروسته د اکسپایریشن په صفحه کې چې ناروغ په کیڼ اړخ پروت وي ښه اورېدل کېږي.(۳).

www.ketabton.com



۵-۲ د مټرال په تنګوالی کې میډ او ناوخته ډیاستولیک(پرې سیستولیک) مرمر.(۱۱).

د مټرال د دسام د مرمر د نرموالی لاملونه

الف . کله چې مټرال تنګوالی خفیفه بڼه ولري.

ب . کله چې د ښی بُطین د غټوالی له امله چپ بُطین د قدام څخه د سیني شاتنۍ دیوال خوا ته ټېله شوې وي.

ج . کله چې Atrial Septal Defect سره یو ځای وي.

۳ . مټرل او پنینګ سنپ : د کینڼ اُذین د فشار د زیاتوالی له کبله کله چې ناروغ دسام په شدت سره خلاصېږی نو په دې وخت کې ناڅا په لوړ او مات اواز اورېدل کېږي چې د سنپ په نوم یادېږی چې د دوهم اواز څخه سملاسي وروسته په اپیکس کې اورېدل کېږي. د دوهم اواز او د سنپ تر منځ د واټن لنډوالی د تنګوالی په کلکوالی دلالت کوی.

د سنپ د نه شتون لاملونه : کله چې تنګوالی خفیف وي یا نوی شروع شوې وي. د مخکنې ډیاستول اوږدېدنه چې د چپ اُذین د فشار د زیاتوالی سبب ګرځی، د AR سره یو ځای والی، د دسام پرمختللی تکلُس یا فبروزیس ، د منځنی کچې MR سره یو ځای والی، د Flow ډېر کموالی چې د لاندې ناروغیو په سیر کې را منځ ته کېږي لکه : د دسام وخیم تنګوالی، ثانوې پلمونرې هایپرتینشن، ور سره یو ځای د ابهر یا د پلمونرې دسام ناروغي یا

www.ketabton.com

مایوکارډیل انفرکشن، د چپ بُطین دکورډاتیندانې او پپیلري یو ځای فیوز کېدل او د ښی بُطین غټوالی چې د چپ بُطین شاء طرف ته د بې ځایه کېدو لامل وګرځي.

۴ . اپیکل میډ ډیاستولیک مرمر : د اوپنینګ سنپ څخه وروسته را منځ ته کېږي چې د تنګوالی وخامت د مرمر د اوږدوالی سبب ګرځي. که چېرې د ډیاستول په ټوله صفحه کې په دسام کې ټربولینټ تېرېدنه شتون ولري او د چپ بُطین د وخیمې ډکېدنې باعث شی نو په دې وخت کې اپیکل میډ ډیاستولیک مرمر د پرې سیستولیک مرمر سره یو ځای کېږي او دواړه ګډ اورېدل کېږي.

۵ . یرلې (وختي) ډیاستولیک مرمر : دا مرمر د پلمونرې په ساحه کې اورېدل کېږي چې علت یې Pulmonary Reguargitation دی، کوم چې د پلمونرې شریان د ګرېدلو څخه را منځ ته کېږي، چې د سږو د هایپرتینشن له کبله را منځ ته شوې وي.د ټرال د دسام د تنګوالی د وخامت درجې: د وخامت درجې د اعراضو، علایمو او د ډوپلر اندازه ګیرې په واسطه تعینېږي.

۱ . ګیلې : په نارمل ډول د دسام مساحت ۴- ۲ سانتي متره مربع دي.هغه وخت د ناروغي ګیلې شروع کېږي چې دغه مساحت ۱،۵ سانتي متره مربع ته ورسېږی او هغه وخت وخامت یې زیاتېږي چې مساحت یې د ۱،۵ سانتي متره مربع څخه کم شي .

۲ . نښې او علامې : د ناروغي کلینیکي نښې عبارت دي له : د A2OS بین البینې واټن لنډ وي، ښکاره او ځلېدلي د RV ، Heaving شتون لري، په اپیکل کې د اول اواز اورېدل په دې شرط چې د دسام تکلُس یا انګلوسېډ ور سره شتون ونه لري، د لوړP2 شتون، د اوږد مها له ډیاستولیک مرمر شتون، د پلمونرې ریګوارجیتیشن له سببه د ګراهام ستیل مرمر شتون، او د نبض د حجم کموالی.کله چې د MS سره د ښی بطین عدم کفایه شتون ولري نو په ناروغ کې به لاندې کلینیکی بڼه شتون ولري هیپاتومیګالی، د ښنګری پړسوب ، په بطن کې اسایتیس، پلورل افیوژن په ځانګړې ډول په ښی پلورا کې.

www.ketabton.com

۳ . ډوپلر اندازه ګېرئ :کله چې د دسام څخه فلو تېرېږي هغه وخت وخیم حالت ته فکرکېږي چې د دسام د سورې مساحت د یوه سانتي متره مربع څخه کم شوې وي.

۴-۲-۷.د زړه بریښنایي ګراف : په دې حالت کې لاندې بدلونونه د لېدلو وړ وي.

الف . اول او دوهم لیډ کې د ښکاره ، پراخه او جغنډ (Notch) لرونکی p موجي شتون M- shaped چې په V1 کې د منفي پی P – mitral سره یو ځای وي، چې د کیڼ اټریوم په لویوالی دلالت کوی. په دې حالت کې QRS دودیز وي.

ب . د ښی بُطین متبارزوالی یا برجسته والی، چې د Right – axis deviation لامل ګرځی.

۵-۲-۷.د سیني رادیوګرافي : د سیني په رادیوګرافي کې لاندې بدلونونه لیدل کېږي.

الف . د زړه خیال : معمولاً په دې ناروغي کې زړه نه غټېږی.د چپ اُذین غټوالی د لاندې بدلونونو سبب ګرځی (د ښی زړه څنډه ډبله معلومېږی، د چپو قصباتو په منځنی غوره برخو کې لوړوالی معلومېږي، د کرانیل زاویه را وتلې معلومېږی ، د باریوم په کتنه کې مری شاته تېله شوې معلومېږی، د سږو د فشار د زیاتوالی په صورت کې د پلمونرې شریانونو د منځنی او غوره برخو اوږدېدل او غټېدل څرګندېږي، په دسام کې تکلُس یا په چپ ډیوال کې ترومبوس ښکاري او د چپ اُذین د اپندیج غټوالی چې د موضعې راوتلو په واسطه د زړه د چپ اړخی څنډې د سېدۀ والې سبب ګرځي .

ب . د سږو خیال : د چپ اُذین د فشار د زیاتوالی له سببه په سږو کې لاندې بدلونونه لیدل کېږي.د سږو په پورتنی لوبونو کې د وریدونو توسع منځ ته راځي.

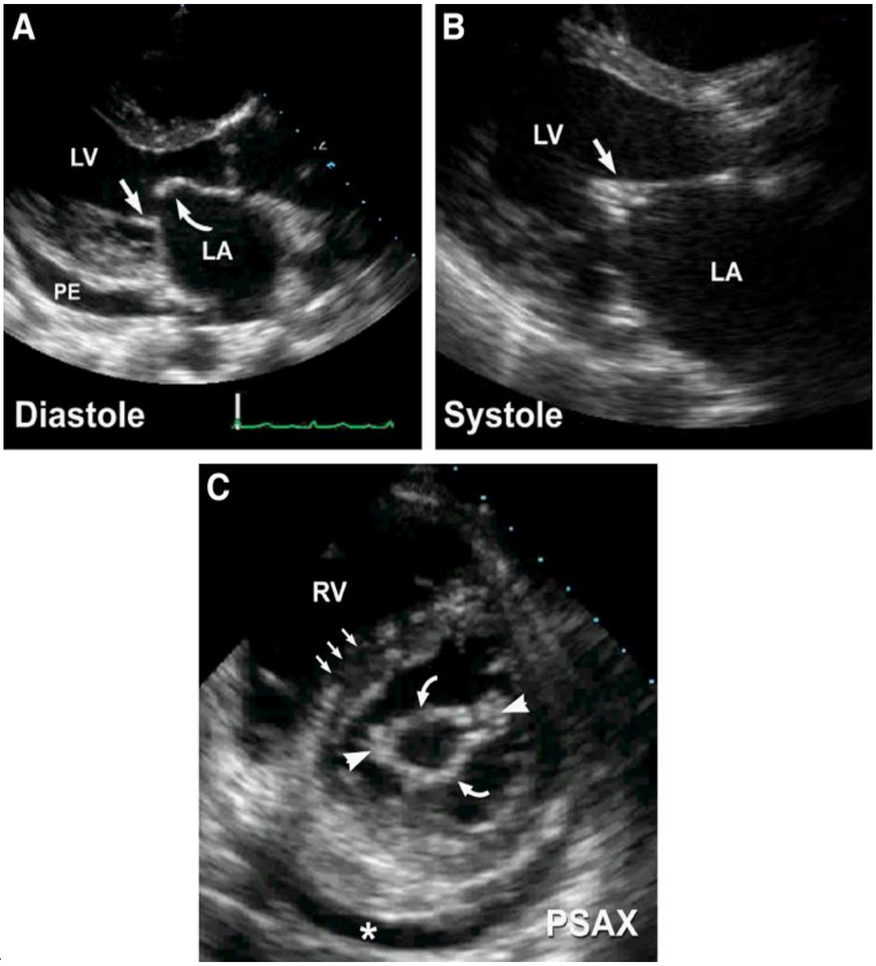
- د جدارې پلورل افیوژن او انټرستیشیل اذیما سره یو ځای د انټر لوبولر سیپټوم اذیما Kerley B Line هم د لیدلو وړ وي.

– د اسناخو اذیما ،ژروې هوایي پوکانی او مایع.

www.ketabton.com

- د پورتنی لوب د وریدونو د برجسته والی له امله د زړه د قاعدې له پلوه څانګېزه کثافت لیدل کېږي چې علت یې د چپ اُذین د ډیاستول د آخري برخې زیاتوالی وي چې د Moustache or Antler sign په نوم یادېږي. د سږو د فشار زیاتوالی د سږو د احتقان سبب ګرځي چې دا حالت دومره د ارزښت وړ نه بلل کېږي. مګر د سږو د شریانو په غټوالی منتج کېږي چې دوام یې په سږو کې د هیموسمیدروزیس له کبله ګدن ته ورته ټکو (کثافت) په بڼه څرګندېږي.

۶-۲-۷.ایکوکاردیوګرافي : د زړه په دې کتنه کې لاندې بدلونونه تر سترګو کېږي. د دسام د قدامې کسپ د تړل کېدلو کموالی (Reduced EF Slope)،د فیوز شوې قدامې لیف لیټ:



۷ – ۳ شکل

په پورتنی شکل کې د سیستول او ډیاستول په صفحه کې د دسام تنګوالی لیدل کېږي.(۹).

www.ketabton.com

او کوړډا خواته د شاتنی لیف لیټ کشېدل او تکلُسي او فبروتیک دسام ګڼ شمېره غبرګونونه تولیدوي چې د بې ارزښته ډیاستهولیک حرکاتو سره یو ځای وي.

۷-۲-۷.توپیري پېژندنه: دا ناروغي باید دلاندې ناروغیو څخه جلا شي .

۱.د ابهر عدم کفایه : په دغه حالت کې د Austin Flint مرمراورېدل کېږي چې یو ډیاستهولیک مرمر دی چې د مټرال دسام وظیفوي تنګوالی را منځ ته کوی.مګر د ابهر د عدم کفایي د نورو علایمو او اعراضو شتون او د اوپنینګ سنپ نه شتون دواړه ناروغي یو د بل څخه جلا کوي.

۲ ځنډنی برانکایټیس او امفسیما : ځنې وخت دا ناروغي د مټرال تنګوالی سره غلطیږي.که پاملرنه وشيءُ نو د مټرال د تنګوالی نورې نښې به شتون ونه لري او هم د مټرال ډیاستهولیک مرمر اورېدل ناشونی وي.

۳ .برانکیکتازیس او د سږو توبرکلوزیس : په دې حالتونوکې هیمپتیسیس شتون لري.مګر د مټرال د دسام نورې اضغایي نښې شتون نه لري.

۴ . د ټراي کسپېډ تنګوالی : د ښی زړه مرمرونه د شهیق سره تشدیدېږي. خو! تشخیص یې د ایکو په واسطه صورت نېسي.

۵ . د سږو پرایمرې هایپرتینشن : په ځوانو ښځوکې لیدل کېږي چې په دې ناروغي کې هېڅکله اوپنینګ سنپ، ډیاستهولیک مرمراو د چپ اُذین غټوالی نه لیدل کېږي.

۶ . ASD : په دې کې د چپ اُذین غټوالی نه لیدل کېږي همدارنګه Kereley B Line هم موجود نه وي.

۷ . د چپ اُذین میکسوما : په دې ناروغي کې سیستیمیک اعراض لکه: وزن بایلل، تبه، کم خونې، سیستېمیک امبولیزم، د ESR او IgG لوړوالی شتون لري.همدارنګه اضغایي علامې یې د وضعیت په تغیر سره بدلون کوي او هېڅکله اوپنینګ سنپ نه اورېدل کېږي.

۷-۲-۸.**اختلاطات** : څرنګه چې په دې ناروغي کې چپ اُذین د ترومبس د پاره د ګودام حیثیت لري نو د سیستېمیک امبولي د پاره ښه سرچېنه جوړوي چې دغه اختلاط د ناروغي

www.ketabton.com

د بل اختلاط (اُذيني فبريليشن) له سببه زيات پېښېږي چې په خپل نوبت سره د CVA پېښې را منځ ته کوي.همدارنګه د زړه د بې نظمي له امله د زړه عدم کفايه د اختلاط په بڼه هم را منځ ته کېږي.ددې ناروغي بل اختلاط انتاني انډوکارډايټيس دی.

۹-۲-۷.**طبي درملنه** : دغه ناروغي د لاندې طبي اهتماماتو په واسطه تداوي کېږي.

۱ .د روماتيک تبې د مکررو يرغلونو مخنيوي: دا درملنه په وقايوي ډول ډېره ګټوره او په ځانګړې ډول په ځوانانو کې حتمي بايد سر ته و رسېږي چې د دې موخې د لاسته راوړلو د پاره ناروغ ته پنسيلين وي ۲۵۰ ملي ګرامه د خولې د لارې سهار او بېګاء توصيه کېږي. که چېرې ناروغ د خولې د لارې دلچسپي ونه لري نو بايد بينزاتين پنسيلين ۱۲ لکه د عضلي له لارې مياشت کې يو ځل ناروغ ته کارول کېږي او که ناروغ د پنسيلين سره حساس وي نو بيا ناروغ ته ارترومايسن د ورځې ۲۵۰ ملي ګرامه ورکول کېږي.

۲ . د انتاني انډوکارډايټيس وقايوي کړنې : چې په اولو نډوکارډايټيس کې ورڅخه په مشرح ډول يادونه کېږي .

۳ . د بُطيني چټکو تقلصاتو څخه مخنيوي: د دې موخې د پاره ډيجيټال کارول کېږي.چې استطبابات يې په لاندې ډول دي.

الف . اُذينې فبريليشن.

ب . په زړو خلکوکې چې تراوسه پورې سينس ريتم لري مګر د فبريليشن د مخنيوي په خاطر چې په راتلونکی کې د فبريليشن د رامنځ ته کېدلو اميدواري شتون ولري.

۴. د انتاني انډوکارډايټيس مخنيوي :د دې پېښې د مخنيوي په خاطر ناروغ ته وقايوي انټي بيوټيک ورکول کېږي.همدارنګه ناروغ ته پوره پروټين لرونکی غذايي رژيم چې ويټامينونه او د اوسپينې مستحضرات ولري توصيه کېږي او هم د اړتيا په وخت کې ناروغ ته لږه وينه هم ورکول کېږي.

۵ .د سږی د وريدې احتقان او اذيما مخنيوي: د دې موخې د پاره ډيوريټيک کارول کېږي او په پرمختللی حالت کې جراحي عمليه توصيه کېږي.

www.ketabton.com

۲. د امبولي مخنيوي : د دې موخې د ترلاسه کولو د پاره په دوامداره توګه انټي کواګولانټ کارول کېږي چې استطبابات يې په لاندې ډول دي .د منځنی يا وخيمې کچې تنګوالی، د چپ اُذين غټوالی، اُذينې فبريليشن، سينس ريتم چې په مکرر ډول د زړه د ټکان سره يو ځای وي او د هرې ګيلې شتون چې په اولو ذينې امبولې دلالت وکړي.

جراحي درملنه : هغه وخت جراحي عمليه ټاکل کېږي چې د مټرال تنګوالی ګوښی وي او د جراحي عمليې د پاره کومه بله مانعه شتون ونه لري او د دسام مساحت د ۱،**۵** سانتي مترو مربعو څخه کمه وي. چې معمولاً د دې موخې د پاره د Valvotomy او Valve replacement څخه کار اخيستل کېږي.

الف . Valvotomy : چې په لاندې حالتونو کې استطباب لري.

– پلمونرې اذيما چې د کنترول څخه بهر وي.

- سابندي يا بل کوم عرض چې د ناروغ ورځنې فعاليت يې محدود کړي وي او يا په متناوب ډول پلمونرې اذيما را منځ ته کړي او يا اذيما د حمل سره يو ځای وي.

- د سږو د فشار د زياتوالی د نښې (د ښی بُطين غټوالی يا هيمپټيسيس) شتون .

- که د طبي درملنې او د بُطين د تقلصاتو د منظم کولو سره سره بيا هم د ناروغ ورځنې فعاليت محدود وي.

- که د انټي کواګولانټ سره سره بيا هم تکراري سيستميک امبولې را منځ ته شوې وي.

- کله چې اُذينې فبريليشن د کنترول څخه بهر وي.

- که مټرال تنګوالی په خالص ډول شتون ولري.

والووتومې په لاندې طريقو سره سر ته رسېږي.

۱ . Trans septal ballon valvotomy .

۲ . Closed valvotomy .

۳ . Open valvotomy .

www.ketabton.com

ب . د دسام بدلول : هغه وخت استطباب لري چې د دې ناروغي سره د متړال عدم کفایه هم شتون ولري او یا دسام کلک او متکلس شوې وي . همدارنګه په حامله ښځو کې د ضرورت په وخت کې والووټومي بې خطره عملیه بلل کېږي.(۱، ۳).

۳-۷.د متړال دسام عدم کفایه

د متړال (باي کسپېد) دسام د ښه نه تړل کېدو له کبله د چپ بُطین څخه چپ اُذین ته د وینې شاتګ د متړال د عدم کفایي یا ریګوارجیتیشن په نوم یادېږي چې د ځینو غیر دودیزو عملیو او ناروغیو په سیر کې د دې دسام د پنځو اجزاو لکه لیفلیټ، انولس، کورډاټینډا، پپیلري عضله او Subjacent myocardium .که چېرې د یو یا د زیاتو برخو دندي یې خرابې شي نو د MR سبب کېږي. چې دا پېښنه په خپل نوبت سره د زړه د حجم د بار د زیاتېدو لامل ګرځي (پرې لوډ زیاتوي او افټر لوډ کموي). همدارنګه دا ناروغي په دوه ډوله لیدل کېږي چې عبارت دي له : د متړال دسام حاده عدم کفایه او ځنډنی عدم کفایه. (۹ ، ۱۰ ، ۱۱).

۱-۳-۷. **لاملونه** : د لاملونو د ښه پېژندنې د پاره د متړال عدم کفایه په دوه ډلو وېشل کېږي . چې د عضوي او غیر عضوي څخه عبارت دي.

۱ . عضوي متړال عدم کفایه

الف . عام (دودیز) لاملونه

۱ . روماتیزم : دا ناروغي د متړال د دسام ځنډنی عدم کفایه را منځ ته کوي.

۲ . انتاني انډوکارډایټیس : انتاني انډوکارډایټیس د روماتیزم په خلاف د متړال د دسام د حادې عدمې کفایې لامل ګرځي. دا پېښنه د شاتنی پپیلرې عضلي د څېرې کېدلو او ویجاړېدلو لامل ګرځي. ځکه چې د دې عضلی اروا د یو رګ په واسطه صورت نېسي، چې د رګ ویجاړېدنه په حاد ډول سره د متړال د دسام عدم کفایه را منځ ته کوي.

www.ketabton.com

۳ . په حاد ډول د ځلیموې عضلاتو پاتې والی یا څېرې کېدل چې په دودیز ډول د زړه د حادې حملې په سیرکې منځ ته راځي.

ب . غیر دودیز لاملونه

۱ . هایپرتروفیک ابسترکتیف کارډیومایوپتې او پراخه شوې کارډیومایوپتي په ځنډنی ډول د متړال د دسام د عدم کفایي سبب کېږي.

۲ . ولادې چې د اوستیوم پریموم ډیفیکټ سره یو ځای وي.

۳ . په سیستمیک لوپوس اریتیماتوزیس کې د لیب مانساک سندروم.

۴ . انډومایوکارډیل فبروزیس.

۵ . په تنګ شوې متړال باندې د جراحي عملي سرته رسول.

ج . نادر لاملونه لکه : ډیجینراتیف (استحالوې) ناروغي.

۱ . د متړال د دسام پرولپس په ځنډنی ډول د متړال د دسام د پاتې والی لامل جوړېږي.

۲ . Flopy دسام چې ځلیموې شلېدنه ورسره یو ځای وي یا نه.

۳ .کولاجیني سؤي اشکال لکه مارفان،الرس ډانلوس سندرومونه اوانکېلوزینګ سپنډیلایټیس.

۲ . د متړال وظیفوي (غیرعضوي) عدم کفایه : د متړال د دندې پاتې والی په غیر د دې څخه چې د دسام په جوړښت کې بدلون را منځته شي په لاندې ناروغیو کې لیدل کېږي. حاد روماتیک یا ویرل مایوکارډایټیس، د زړه اسکیمیک ناروغي، د وینې د فشار زیاتوالی او احتقاني کارډیومایوپاتې. (۳).

۲-۳-۷.پتوفزیولوژي : په حاد ډول د دسام پاتې والی په کیڼ اټریوم یا بطین کې،کوم اناتومیک بدلون نه ښی بلکه ځنډنی عدم کفایه په تدریجي ډول د ښی بطین د پراخېدو او په کمه کچه د هغې د فشار د لوړېدو سبب ګرځي چې په پای کې ډېر کم اعراض رامنځ

www.ketabton.com

ته کوي. په دې ناروغۍ کې چپ بُطين، ډېر ورو ورو پراخېږي چې په بُطين کې د حجم د زياتوالی له سببه د بُطين ډياستولیک او اُذينې فشار لوړوالی منځ ته راځي چې دا پېښه په خپل نوبت سره د نفس تنګي او د سږو اذيما سبب ګرځي. مګر حاد متړال ريګوارجيتيشن په چټکۍ سره د اُذينې فشار د لوړوالی سبب ګرځی چې د ناروغ ګيلې د ځنډنی په پرتله زيات وي. (۳، ۱۰).

۳-۳-۷.کلينيکې څرګندونې :د دې ناروغي کلينيکې بڼه په لاندې ډول ده.

تاريخچه

۱. د دې ناروغي په خفيفه، منځنی کچه او د متړال د دسام د عدم کفايي دګوښی والی په بڼه کې ناروغ کومه ځانګړې ګيله نه لري. ځکه چې په دې حالت کې د کيڼ بطين حجم د زغم وړ وي.

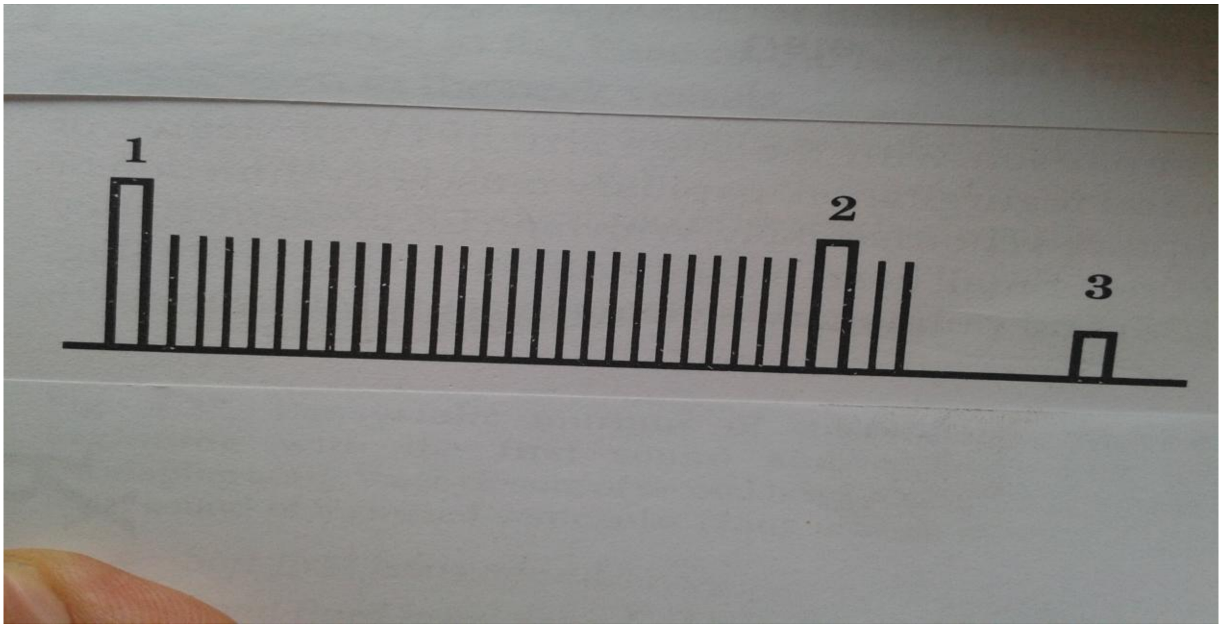
۲. د سږی احتقان له کبله، ناروغ د جهدې نفس تنګي چې Interscapulr area ته خپرېږي، حکايت کوی. همدارنګه ناروغ د Fatigue څخه هم شکايت لری. د متړال د دسام په ځنډنی او وخيم حالت کې ناروغ د Orthopnia څخه ډېره ځورېږي. په دوديز ډول د اټريل فبريليشن د رامنځ ته کېدو څخه ناروغ کې د زړه وخيم ټکان شتون لري. همدارنګه د دسام د عدم کفايي په ځنډنی بڼه د ګيډې د ښی پورتنی برخې درد او دروندوالی د هيپاتوميګالی له امله شتون لري. په ثانوی ډول د ټراې کسپېډ د دسام عدم کفايه او د هغې پورې اړوند ستونزې هم په دې ناروغانو کې وي. په دې ناروغانو کې د اسايټيس اړوند ګيلې د اوريدلو وړ وي. همدارنګه هغه ګيلې چې د پلمونرې د رګونو د فشار د زياتوالی پورې اړه لري د دې ناروغي په ځنډنی حالت کې او پلمونرې اذيما د دې ناروغي په وخيه او حاده بڼه کې را مځته کېږي.

فزيکي کتنې : د متړال د دسام په پرمختللی او وخيم عدم کفايه د وينې شريانی فشار نارمل وي. د زړه په اصغاء کې لاندې شيان اوريدل کېږي. په دوديز ډول د زړه لومړی اواز

www.ketabton.com

شتون نه لري. ځکه چې په هالوسیستېولیک مرمر کې مدعم کېږي او د اورېدلو وړ نه وي. بیا هم که واورېدل شي نو ډېر نرم وصف به ولري.

- که عدم کفایه ډېره پرمختللې وي مرمر لوړ اورېدل کېږي. همدارنګه که ریګوارجیتیشن د شاتنی وریقوو له کبله را منځ ته شوې وي، مرمر به د زړه قاعدې ته انتشارکوي او د غاړې په رګونو کې هم اورېدل کېږي.



۷ – ۴ شکل

دمترال په عدم کفایه کې پان سیستېولیک مرمر. (۱۱).

- په اولو پیکس کې د چپ بُطین د سریع ډکېدو له امله د زړه دریم اواز لوړ اورېدل کېږي. او هم کله کله د ابهر د ترل کېدو د اواز څخه (۰,۱۲ – ۰. ۱۷ ثانې وروسته، ټیټ اورېدل کېږي، چې د رمبلینګ میډ ډیاستېولیک مرمر په واسطه تعقیبېږي. د زړه څلورم اواز هغه وخت اورېدل کېږي چې د عدم کفایې ډېره وخیمه بڼه ولري او د زړه ریتم سینس وي.

www.ketabton.com

- په اپیکس کې د لنډ مهالې مېډ ډیاستولیک مرمر اورېدل چې د مترال څخه د زیات حجم د تېرېدلو له کبله اورېدل کېږي.

- د دوهم اواز د پراخه شهیقي سپلیتینګ اورېدل : د ناروغي په وخیمو حالتونوکې د لنډ مهاله اجېکشن اورېدل چې د ابهر د وختي تړل کېدو له سببه منځ ته راځي. اوپنینګ سنپ : هغه وخت اورېدل کېږي چې ناروغي وخیمه بڼه ولرې او یا د دې ناروغي سره انډومایوکارډیل یو ځای وي.

د وخیمې عدم کفایي نښې: د مترال د دسام د وخیمې عدم کفایي نښې په لاندې ډول دي. په ځنډنی او وخیم حالت د عدم کفایي کې یو لوړ اواز لرونکی پان سیستولیک مرمر چې دریمه درجه یا څلورمه درجه لري د اورېدلو وړ وي، په اپیکس کې د سیستولیک تریل شتونوالی، د چپ بُطین هایپر ډینامیکه څپه ، بُطینې ګالوپ، د مترال ډیاستولیک فلو مرمر، اوپنینګ سنپ او د چپ أُذین د سیستالیک پراخوالی له کبله د ټټر د هډوکی په چپ طرف کې د Heaving شتون.

Subvalvular reguargitation

الف . د حُلیموې عضلي د دندې د پاتې والی یا د کورډا د شلېدلو له سببه منځ ته راځي چې په دې ناروغي کې سیستولیک مرمر اورېدل کېږي چې لند مهاله او یواځې د سیستول په منځ او یا په آخر کې اورېدل کېږي چې Ejection مرمر تمثیلوي.

ب . د شاتنی کورډا د شلېدلو له کبله د مترال شاتنی وریقي د بُطین د سیستول په صفحه کې په چپ أُذین کې د بالون په بڼه داخلېږی چې په دې وخت کې ریګوار جیټانټ جېټ قدام خواته ته رهبرې کېږي چې د دې پېښې مرمر د ابهر په محراق کې ښه اورېدل کېږي چې عیناً د ابهر تنګوالی تمثیلوي.

حاد مترال ریګوارجیتیشن : مرمر به یې لوړ اپیکل او سیستولیک وي چې ورسره نبض به تېز ، لنډ او حُجم به یې کم وي او هم سږی اذیما به شتون ولري.

www.ketabton.com

۴-۳-۷. د زړه برېښنايي ګراف : په دې کتنه کې P- mitral او د چپ بُطين د غټوالی نښې د ليدلو وړ وي. همدارنګه په دې کتنه کې د کيڼ اټريوم د پراخوالی شواهد د ليدلو وړ وي، مګر کله کله ور سره د ښی اټريوم لويوالی هم ليدل کېږي، چې علت يې پلمونرې هايپرتينشن دی. زياتره وخت ځنډنی MR د اټريل فبريليشن سره يو ځای وي. د بطيناتو د غټوالی شواهد په دې الکتروکارډيوګرام د موندنې وړ نه دي.

۵-۳-۷. ايکوکارډيوګرافي : TTE کولای شي چې د MR د ميکانېزم او د دې د هيموډيناميک وخيموالی په هکله پوره معلومات ورکړي. همدارنګه د چپ بطين د دندې په هکله د دې بطين د ډياستوليک او سيستوليک د آخرې برخې د حجم د ارزيابې په هکله هم معلومات ورکوي.

۶-۳-۷.د سيني راديوګرافي : په دې کتنه کې د زړه چپ اُذين او بُطين دواړه غټ شوې ښکاري او کله کله د دسام تکلُس هم د ليدلو وړ وي.

۷-۳-۷.د زړه کتيترايزيشن : د زړه په کتيترايزيشن کې په ښکاره ډول سره د چپ اُذين سيستوليک فشار لوړ وي . که چېرې کثيفه مواد په چپ بُطين کې پېچکاري کړای شي نو و به ليدل شی چې وينه د سيستول په وخت کې د چپ بُطين څخه چپ اُذين ته داخلېږی.(۳).

۸-۳-۷.پېژندنه : د دې ناروغي پېژندنه د دقيقې تاريخچې، فزيکي معاينې او لابراتوارې کتنو په بنسټ کېږي. (۷).

۹-۳-۷.توپيری پېژندنه : د ټولو هغه ناروغيو سره بايد توپيرې تشخيص شي ، چې د سيستوليک مرمر سبب کېږي.

۱۰-۳-۷.اختلاطات : د دې ناروغي اختلاطات عيناً د متټرال تنګوالی اختلاطاتو ته ورته اختلاطات ورکوي خو! دومره توپير لري چې د دې په اختلاطاتو کي اُذينې فبريليشن او امبولي کم او انتانې انډوکارډايټيس زيات پېښېږي.

www.ketabton.com

۱۱-۳-۷.**معالجوي درملنه** : د ځنډني وخيمي ناروغي درملنه د لامل او د ناروغي کچې او درجې پورې اړه لري د دې ناروغي طبي درملنه هم عيناً متړال تنګوالی ته ورته دي چې په لاندې ډول ور څخه يادونه کېږي.

۱ . د روماتيزم د تکراري يرغلونو مخنيوي : د دې موخې د ترلاسه کولو د پاره د پنسيلين وي څخه کار اخيستل کېږي. چې ۲۵۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځله کارول کېږي. يا بينزاتين پنسيلين ۱۲ لکه په مياشت کې يو ځل په زرقي ډول په غوښه کې د ۲۵ کلنۍ پورې کارول کېږي.که چېرې ناروغ د پنسيلين سره حساسيت ولري نو ناروغ ته د ورځې ۲۵۰ ملي ګرامه اريترومايسين توصيه کېږي.

۲ د انتاني انډوکارډايټيس مخنيوي : د دې پېښې د مخنيوي په خاطر وقايوي انتي بيوټيک ورکول کېږي او هم پوره پروتين لرونکی غذا چې ويټامينونونه او د اوسپنې مستحضرات هم ولري ناروغ ته بايد توصيه شي او د ضرورت په وخت کې ناروغ ته په کمه اندازه وينه ورکړ شي .

۳ . د سږی د احتقان او اذيما مخنيوي : د دې موخې د پاره ډيوريتيک کارول کېږي.

۴ . د بُطينې تقلُصاتو دکمولو د پاره ډيجيټال ورکول کېږي.

۵ . که چېرې اټريل فبريليشن را منځ ته شوې وي نو ناروغ ته د INR د قيمت په پام کې نيولو سره (که قيمت يې ۲ -۳ وي) نو ناروغ ته يواځې په دې حالت کې Warfarin شروع کېږي چې د دې سره د امبولي مخنيوي هم کېږي ځکه چې د امبولي د مخنيوي د پاره انتي کواګولانټ ورکول کېږي.(۳، ۹).

همدارنګه د Cardioversion کارونه دکلينيکي او د کيڼ اټريوم د جسامت او حجم پورې تړلی وي.کله چې د ناروغ د وينې سيستميک فشار نارمل وي نو د کيڼ بطين د سيستوليک دندې د نارمل ساتلو له پاره Vasodilators د درملنې له پاره غوره درمل بلل کېږي. همدارنګه په دې ناروغي کې د اسکيماء شتون يا نشتون ، Dilated

www.ketabton.com

cardiomyopathy چې د زړه د عدم کفایي وخیمه کلینیکي بڼه ورسره هم وي ، نو په دې وخت کې لاندې درمل کارول کېږي: ډیوریتیک، بیتابلاکر، Angiotension-converting enzym inhibitor ، ډیجیټال او د اړتیا په وخت کې د دواړو بطینونو د Cardio reynchromization therapy څخه کار اخیستل کېږي. د ناروغي په حادو پېښو کې چې د زړه د حادې حملې په سیر کې منځ ته راغلي وي نو ناروغ جراحي ته اړتیا لري چې ناروغ باید جراحي له پاره تیار شي چې د موخې د سرته رسولو له پاره ناروغ ته ډیوریتیک او د وازو ډایلټر څخه وریدې Sodium nitroprusside توصیه کېږي.که چېرې په حاد ډول MR د پپیلري عضلو د شلېدلو له کبله، کوم چې د زړه په حادو حملو کې د اختلاط په ډول رامنځ ته کېږي، رامنځ ته شوې پېښه د Intra aortic baloon counterpulsation په واسطه درملنه کېږي.

جراحي درملنه : د جراحي درملنې په وخت کې د جراحي له پاره د ناروغ د ټاکلو له پاره د عملیې ضررونه او ګټې باید و سنجول شي . چې د دې ټاکنې له پاره ناروغ باید ځنډني ناروغ او پرته د اسکیمیا څخه وي او هم د جراحي عملیې ګټه د راتلونکی نژدې ضررونو او ځنډنی خطرونو په پرتله وسنجول شي .

د دې ناروغي جراحي درملنه عبارت دي له :

Primary valve repair او Valve replacement څخه. یادونه باید و شي چې په لومړنی عملیه کې راتلونکی خطرونه کم او په دوهمه عملیه کې اختلاطات او خطرونه ډېر زیات پېښېږي. نو کله چې ناروغ جراحي عملیې له پاره ټاکل کېږي نو خطرونو ته يي هم باید پاملرنه و شي . د Valve repair په عملیه کې د لومړی دسام ترمیم د ځینو مرحلو په سرته رسولو لکه : Valvuloplasty او د Annuloplasty کړی ځای په ځای کولو سره سر ته رسېږي. چې استطبابات یې په لاندې ډول دي.کله چې MR په ځنډنی ډول وي او اسکیمیا ورسره شتون ونه لري او ناروغ د ناروغي د ګیلو څخه ستونزمن وي، په نژدې وخت کې ناروغ ته AF او پلمونرې هایپرتینشن پیدا کېدل، چې په استراحت کې پلمونرې شریانی فشار **۵۰**

www.ketabton.com

ملي متره یا لوړ او د فعالیت په وخت کې ۲۰ ملي متره یا لوړ وي. د پورتنی استطباباتو د نشتوالی په صورت کې دا عملیه هغه وخت استطباب لري چې د کیڼ بطین Ejection fraction د ۲۰ سلنې څخه کم وي. اخیستلای شي .

۴-۷.د متړال دسام پرولپس

۱-۴-۷.**تعریف** :د هغه حالت څخه عبارت دی چې د بطینونو د سیستول په صفحه کې د متړال د دسام یو لیف لیټ یا دواړه لیف لیټونه کیڼ بطین ته شاتګ کوي.

۲-۴-۷. **لاملونه** : هره ګډوډی چې د دسام د اوږدېدو او یا د Subvalve apparatus د اوږدېدو لامل شي د MVP لامل هم جوړېږي.

۳-۴-۷.**کلینیکي بڼه**:د جنس له پلوه په ځوانو ښځو کې د نارینو او زړو ښځو په پرتله زیات را منځته کېږي.همدارنګه زیاتې پېښې خفیف چې په نارمل حسابېږي.

۴-۴-۷. **اختلاطات** : د زړه بې نظمي معمولاً. Ventricular ectopics beats، انتانې اینډوکارډایټیس، سیستمیک امبولي، زیاتره وخت د ATIs کلینیکي بڼه شتون لري، د Chordae tendinae شکېدل،د متړال دسام وخیمه عدم کفایه او نابېره مړینه.

۵-۴-۷.**الکتروکارډیوګرافي** : کېدای شي چې نارمل وي او یا په III او AVF لیډونو کې د ST او T بدلونونه د لیدلو وړ وي.

۶-۴-۷. **ایکوکارډیوګرافي**: معمولاًد متړال دسام د شاتنۍ لیف لیټ د پرولپس د معلوملو له پاره توصیه کېږي. همدارنګه د دې کتنو په واسطه کولای شو چې د دې دسام سره یو ځای د ابهر ، ترایکسپېډ د دسامونو پرولپس او کورډا تینډا شلېدل هم پېژندل کېږي.

www.ketabton.com

۷-۴-۷. درملنه

طبي درملنه

۱.د طبعې حالت اعاده کول.

۲.د مرمر د شتون په صورت کې د انډيو کارډايټيس مخنيوي.

۳.د زړه د بې نظمې د شتون په صورت کې بې نظمې ضد درملوکارونه.

۴. د امبولی د شتون په صورت کې د اسپرين يا وارپارين کارونه.

جراحي درملنه:د ناروغي په وخيمو حالتونو (کله چې د متړال د دسام وخيمه عدم کفايه شتون ولري او يا د کيڼ بطين پرمختيايي عدم کفايه شتون ولري) کې د دسام بيا رغونه ياعوض کول سرته رسېږي.

۵-۷.د ابهر دسام عدم کفايه

د ابهر او چپ بُطين د يو ځای کېدو په برخه کې د ابهر د نيم دايروي (Semilunar) دسام په پوره ډول نه تړل کېدل ، د ابهر د دسام د عدم کفايي په نوم يادېږی. (۹).

۱-۵-۷. لاملونه : تر هر څه د مخه دا بايد وويل شي چې د دې ناروغي لاملونه په دوه لويو ډلو وېشل کېږي.کېدای شي لاملونه يې په پرايمرې ډول د دسام د ناروغيو پورې اړه ولري او يا د ابهر د دسام د ريښو پورې اړه ولري.چې په لاندې ډول د هر يوه څخه يادونه کېږي.
الف . د دسام وريقوي ناروغي : د روماتيزم ناروغي د دسام د ضخيم کېدو، د نارملې بڼې بدلون او د ابهر د دسام د Cusps د لنډيدو لامل ګرځي. چې دغه بدلونونه په خپل نوبت سره د دسام د ځانګړني د بدلون لامل ګرځي چې په دې حالت کې دسام خپله اصلي دنده سرته نه شي رسولي، چې په پای کې دسام د سيستول په صفحه کې پوره نه خلاصېږي او همدارنګه د ډياستول په وخت کې پوره نه تړل کېږي. د ابهر عدم کفايه، کوم چې روماتيک

www.ketabton.com

سرچېینه ولري،ګوښېتوب یې نادره   پېښه ده. زیاتره وخت دAR هغه پېښې چې ولادي سرچېینه ولري او بای کاسپېډ بڼه ولري، نژدې ۲۰ سلنه ګوښې پېښې یې د ۱۰ کلنۍ او ۴۰ کلنۍ تر منځ جراحي عملیو ته اړتیا پیدا کوي. کله کله د ابهر د دسام ولادي Fenestration د AR د خفیفي بڼې لامل جوړېږي. همدارنګه Membranous subaortic stenosis د ابهر د وریقاتو د ضخیم کېدو او هم د سکار د انساجو د جوړېدو سبب کېږي چې دا پېښه په خپل نوبت سره په ثانوي ډول د AR لامل جوړېږي. د ابهر د دسام Prolapse هم په ثانوي ډول دAR سبب کېږي چې نژدې ۱۵ سلنه پېښو کې VSD ور سره یو ځای وي.کله کله ګوښی او کله کله د ماکسوماتوز له کبله MS ګوښی یا تراې کسپېډ سره یو ځای وي. انتانې انډوکاډایټیس هم د ابهر هغه کاسپیډونه چې مخکې له مخکې د روماتیک آفت په واسطه اغېزمن شوې وي. همدارنګه سفلیس او انکولوسینګ سپنډیلایټیس کولای شي چې د ولادي غیر دودیز دسام یا دودیز دسام وریقات په افت اخته کړي او سوري کېدل یا ګریدنه یې رامنځ ته کړي او په پای کې د AR لامل ګرځي. همدارنګه تروما د حاد AR لامل ګرځي.

ب . د دسام د رېښې ناروغي : روماتؤیید ارترایتیس، SLE ، ریټرز سندروم ، Takayasu ناروغي، ډیجینراتیف (استحالوي) ناروغي لکه : مارفان سندروم، د ابهر د رېښې (روټ) ډایسیکشن او ارتروپتي.

۲-۵-۷.پتالوژي : د ابهر د دسام عدم کفایه معمولا د ابهر د دسام د اولنۍ برخې د Dissection د ناروغي په تګلاره کې د اختلاط په بڼه را منځته کېږي په دې حالت کې لاندې پتالوژي لیدل کېږي.د Dissection له کبله حلقوي څېرې کېدل یا د انولس بې ځایه کېدل منځته راځي چې په پای کې د دې دسام د قطر د زیاتوالی لامل ګرځي.

۳-۵-۷.پتوفزیولوژي : کله چې د چپ بُطین د تشېدو په مقابل کې یوه مانعه رامنځ ته شي نو د چپ بطین د فشار لوړوالی او د بُطین غټوالی منځ ته راوړي چې په پایله کې د چپ بُطین د اسکېمیا سبب کېږي او بیا د اسکېمیا له کبله د سیني درد ، اریتمیا او د زړه عدم کفایه را منځ ته کېږي. د چپ بُطین د تشېدو په وړاندې بندښت د مشق په وخت کې زیاتېږي نو ځکه

www.ketabton.com

د ابهر د ستېنوزيس اعراض زياتره وخت د مشق په وخت کې منځ ته راځي. په نارمل حالت کې د مشق په وخت کې کېدای شی د زړه دهانه څو ځلي د نارمل څخه زياته شي . څرنګه چې په دغه حالت کې د ابهر دسام تنګ وي نو د زړه د دهانې زياتوالی نوموړی دسام ستونزمن کوي چې په پايله کې د وينې فشارغورځېږي، د زړه اسکېميا نوره هم زياتېږي چې آخري پايله يې مايوکارډو پتي منځ ته راوړي او د زړه د اريتميا د منځ ته راتلو سبب ګرځي.(۳).

۴-۵-۷.کلينيکي بڼه

تاريخچه : په خالص AR اخته ناروغانو د څلورو څخه درې برخې ناروغان نارينه جنس جوړ وي. په ښځينه پرګنو کې زياتره وخت د دې لامل روماتيک سرچينه لري چې پرايمرې بلل کېږي. همدارنګه ناروغ به د انتاني انډوکارډايټيس تاريخچه بيانوي. چې په حاد ډول د AR لامل ګرځېدلي وي چې په پای کې ناروغ ته د چپ بطين د ډياستولیک فشار د زياتوالی له کبله د پلمونرې د شريان د فشار زياتوالی په خپل نوبت سره د پلمونرې اذيما، کارديوجينيک شاک لامل کېږي. همدارنګه ناروغ په ځنډنی AR کې نژدې ۱۵ کاله د ناروغي د ستونزو پرته ژوند کولای شي . نو په دې ناروغ کې د ناروغي ګيلې ورو ورو را منځ ته کېږي. چې ناروغ به د لاندې ستونزو څخه ګيله کوي. په خفيفو حالتونو کې ناروغ کومه ستونزه نه لري. نفس تنګي : د فعاليت په وخت کې نفس تنګي زياتېږي او شدت مومي، په شديد فعاليت او تمريناتو کې نوره هم زياتېږي.

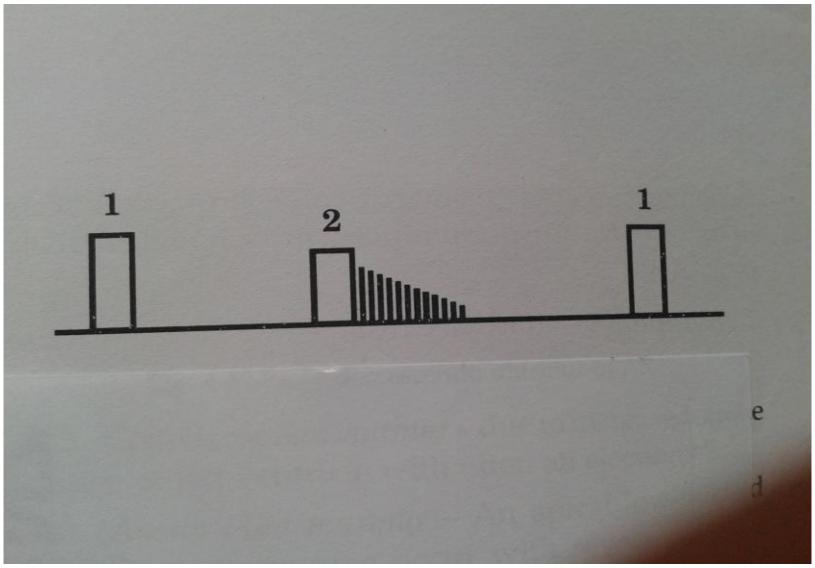
جس : اپيکل امپلس به لاندې چپ خوا ته بې ځايه شوې وي.که چېرې د ابهر عدم کفايه د لاندې ناروغيو لکه : سفليس يا د ابهر د ډيسيکشن او يا د والسلوا د سينس د شلېدلو له امله را منځ ته شوې وي نو په دې حالت کې به ډياستوليک تريل جس کېږي.

اصغاء :د ناروغ په اصغاء کې لاندې شيان اورېدل کېږي. ۱. ډياستوليک مرمر: لوړ پېچ مرمر چې نزولې (Decrscendo) وصف لری چې د ډياستول په اول وخت کې د خپل اعظمي ټکی څخه شروع کوی چې وروسته بيا د دوهم اواز په وخت کې او يا وروسته د هغې څخه نرم او پوکې ته ورته وصف ځانته غوره کوي چې په عينې وخت کې دوهم اواز په مکمل ډول د دې مرمر په واسطه پوښل کېږي، چې د ټټرد هډوکی د منځنۍ ساحې د پاسه او يا چپ طرف کې لوړ

www.ketabton.com

او ښه اوربدل کېږي چې اپیکس ته خپرېږي چې د واضیح اوربدلو د پاره ناروغ باید تنفس بند او مخامخ خوا ته ټیټ شي.

۱. ډیاستولیک مرمر: لوړ پېچې مرمر چې نزولي (Decrscendo) وصف لری چې د ډیاستول په اول وخت کې د خپل اعظمي ټکی څخه شروع کوی چې وروسته بیا د دوهم اواز په وخت کې او یا وروسته د هغې څخه نرم او پوکې ته ورته وصف ځانته غوره کوي چې په عینې وخت کې دوهم اواز په مکمل ډول د دې مرمر په واسطه پوښل کېږي، چې د ټټر هډوکی د منځنۍ ساحې د پاسه او یا چپ طرف کې لوړ او ښه اوربدل کېږي چې اپیکس ته خپرېږي چې د واضیح اوربدلو د پاره ناروغ باید تنفس بند او مخامخ خوا ته ټیټ شي.



۷ – ۵ شکل

د ابهر په عدم کفایه کې وختي را منځ ته کېدونی ډکرسینډو مرمر. (۱۱).

مګر په یو څو ناروغانو کې دا مرمر ځېګ یا موسیقي او سیګل مرغی اواز ته ورته وصف ځانته غوره کوي.که چېرې مرمر د ټټر هډوکی ښی طرف کې ښه واوربدل شي نو د ابهر د صعودي برخې پراخوالی ته باید فکر وشئ! چې په لاندې ناروغیوکې لیدل کېږي لکه: مارفان سندروم، د ابهر د صعودي برخې ډایسیکشن یا سفلیس.کېدای شي چې مرمر د ټټر د هډوکی د ښڼې په پرتله د سیني د چپ اړخ په نیمایي پورتنی برخه یا اپیکس او یا د تخرګ د منځنۍ خط د پاسه ښه واوربدل شي چې د Cole – Cecil مرمر په نوم یادېږي.

www.ketabton.com

کله کله کېدای شي چې د ابهر د عدم کفایي یو موزیکل مرمر د ډیاستهول څخه تجاوز وکړي او تېر شي چې لاملونه به يې لاندې شیان وي.

الف . د انتانې انډوکارډایتیس له سببه د وریقو سوري کېدل.

ب . د سفلیس له کبله د وریقې شاء تګ.

ج . د والسلوا د ابهري سینس څېرې کېدل.

د ابهر په حاده عدم کفایه کې د ډیاستهولیک مرمر دوام کم وي ځکه چې په دې حالت کې وخت دومره دوام نه کوي چې د چپ بُطین د پراخېدلو او یا غټېدلو سبب شي .مګر په دې حالت کې د چپ بُطین داخلي فشار په ډېره چټکۍ سره لوړېږي. ډیاستهولیک مرمر د لاس ګاډې په ځغلولو، زنګون کښې کیناستلو او یا د وازوپرېسین درملو په کارولو سره تشدیدېږي.

۲ .سیستهولیک ایجیکشن مرمر: د چپ بُطین د سټروک والیوم د زیاتوالی له کبله منځ ته راځی چې ایجیکشن کلیک ورسره یو ځای وي.

۳ .استهین پلینټ مرمر : ټیټ پېچې ډیاستهولیک مرمر دی چې په اپیکس کې ښه اورېدل کېږي چې شتون یې د ابهر د عدم کفایي په وخامت دلالت کوي. چې د مټرال د قدامې وریقې له کبله په ریګوارجیتیشن کې د الوتونکی اهتزاز په سبب قدامې ورېقه شاء ته بې ځایه کوی او د مټرال د خولې کانال ته داخلېږي چې باید د مټرال ستهینوزیس څخه توپیر شي .

۴ . په اپیکس کې لومړی اواز : نرم او د مټرال د وخت څخه مخکې د تړل کېدو له کبله وختي رامنځ ته کېدونکی وصف لري.

۵ . په قاعده کې دوهم اواز : دا اواز د ابهر د عدم کفایي په وخیم حالت کې چې ځانته (ګوښی) وي اورېدل کېږي ځکه چې په دې حالت کې اوورتیک برخه نه وي.

www.ketabton.com

۲. درېم اواز :د زړه درېم اواز او په اپیکس کې د چپ بُطین د ارتېدلو په شان د متړال د عدم کفایي له کبله پان سیستولیک مرمر سره یو ځای اورېدل کېږي.

محیطي نښې : د پراخه پلس فشار له امله لاندې نښې د جس وړ وي.

۱ .کولپس نبض: په دې ناروغي کې کُلپس نبض موندل کېږي. مګر د لاندې ناروغیو له کبله کېدای شي ځنې وخت شتون ونه لري لکه : کله چې د ابهرعدم کفایه د متړال یا ابهر د تنګوالی سره یځای وي، د وینې د فشار زیاتوالی او د مایوکارډیوم متبارز ډیجینیریشن.

۲ .په شریانوکې د لیدلو وړ پلسیشن : معمولاً په غاړه کې لیدل کېږي چې د Dancing carotid یا Corrigan's sign په نوم یادېږي.

۳. Head bobbing چې د هر نبض سره سر خوځېږي (ټکان کوي) چې د de Musset sign په نوم یادېږی.

۵ . Hill's sign :کله چې د براکیل او د فیمورل شریانی فشارونو ترمنځ توپیر د ۲۰ ملي مترو سیمابو څخه لوړه شي هیلز ساین مثبت بلل کېږي چې زیات لوړوالی یې د ناروغي په وخامت دلالت کوي.(۹).

۲ . په شعریه عروقو کې د لیدلو وړ پلسیشن : په ګوتو کې د نبضان شته والی. Quincke's sign په نوم یادېږی.

۷ . تمانچې ډز ته ورته اواز (Pistol shot sound): د ستاتسکوب په واسطه د فیمورل شریان د پاسه ډز ته ورته اواز اورېدل د Traube's sign په نوم یادېږی.

۸ . Duroziez's sign : دهغه ډیاستولیک مرمر څخه عبارت دی چې د فیمورل شریان آخري برخه یې تر فشار لاندې وي تعقیبوي.

۹ . Uvular pulsation : چې د Muller's sign په نوم یادېږی.(۹).

د ناروغي وخیمي کلینیکي څرګندونې په لاندې ډول دي.

www.ketabton.com

د متبارزو اعراضو شتون ، کله چې محیطي نبنې متبارزي وي ، کله چې د علوی او سفلی اطرافو په سیستهولیک فشارکې توپیر د ۲۰ ملي مترو سیمابو څخه زیات وي، د ډیاستهولیک مرمر د دوام زیاتوالی. خو! که چېرې دسام ویجاړ شوې وي نو بیا دا نښه ارزښت نه لري، د ډیاستهولیک فشار زیات کموالی، د چپ بُطین دوه مثبت غټوالی،کله چې د ابهر دوهم اواز د اورېدلو وړ نه وي او د شبکې د شریانونو پلسیشن.

۵-۵-۷. ایکوکارډیوګرام : د ابهرد دسام دکتنو د پاره ایکو یو حیاتي کتنه ده ځکه چې د دې کتنې په واسطه د ابهرد ریښې اندازه ، د چپ بُطین د دندي معلومول ، د لامل جوتول او هم د ډوپلر په وسیله د ریګوارجیتیش شدت معلومېدلای شي .

۶-۵-۷.د سیني راډیوګرافي : د سیني په رادیوګرافي کې د چپ بُطین غټوالی په ګوته کېږي چې چپ اړخی ځنډېږ ته د Back -Duck بڼه ورکوي او د صعودي ابهر بڼه هم غټوالی ښی.(۳).

۷-۵-۷.کتیترایزیشن : نن سبا دا کتنه په اولو یکو باندې بد له شوې ده.او د دسام د جراحي عملیې څخه مخکې انجیوګرافي سر ته رسېږي.

۸-۵-۷.تشخیص : د ناروغي پېژندنه د تاریخچې، فزیکي معاینې او لابراتوارې کتنو په واسطه کېږي. (۷).

۹-۵-۷.توپیري تشخیص: دا ناروغي د ټولو هغه ناروغیو څخه باید جلا شي چې ډیاستهولیک مرمر ولري لکه : Myxoma of lt ،Carey cooms murmur،TS، MS، PR Atrium او هم د لاندې ناروغیو څخه داسې جلا کېږي.

۱. د ابهر عدم کفایه چې لاملونه یې روماتیزم یا سفلیس وي په لاندې پرتلېز ډول ی و د بل څخه جلا کېږي.

www.ketabton.com

تاریخچه

- عمر .د ابهرعدم کفایه په روماتیزم کې معمولاً د ۳۰ کلنی څخه مخکې منځ ته راځي. مګر په سفلیس کې د ۳۰ کلنۍ څخه وروسته رامنځ ته کېږي.

- د ابهر په عدم کفایه کې به د روماتیزم پخوانی تاریخچه مثبته وي.او سفلیس کې به ، ناروغ پخوانی تاریخچه کې د سفلیس تاریخچه مثبت بیانوي.

- په روماتیک کې د تاریخچې دوام به زیات وي او په سفلیس کې به لنډه تاریخچه شتون ولري.

- په روماتیک کې آنجینایي دردونه به نادر وي.مګر سفلیتیک عدم کفایه کې آنجینایي دردونه زیات او ژر رامنځ ته کېدونی وي.

فزیکي معاینه : په فزیکي کتنه کې روماتیک المنشاء او سفلیس المنشاء اوورتیک عدم کفایه په لاندې ډول یو د بل څخه جلا کېږي.

- په روماتیک المنشاء عدم کفایه کې پرېکارډیوم به راوتلي وي او په سفلیس کې پرېکارډیوم را وتلي نه وي.

- په روماتیک المنشاء عدم کفایه کې مرمر په چپه دریمه بین الضلعي مسافه کې ښه اورېدل کېږي چې معمولاً نرمه ، تېټ پېچې وصف لري او انتشارېې لاندې چپ طرف ته وي او په سفلیس کې مرمر په ښی دویمه بین الضلعې ساحه کې ښه اورېدل کېږي چې لوړ، خشن وصف لري او لاندې ښی خوا ته انتشارکوي.

- په روماتیک المنشاء کې کېدای شی چې د ابهر د عدم کفایي سره د ابهر تنګوالی هم شتون ولري.مګر په سفلیس کې د ابهرعدم کفایه خالص شتون لری.

- په روماتیک عدم کفایه کې ډیایستولیک تریل ډېر نادر وي او سفلیس کې ډیاستولیک تریل معمول وي.

www.ketabton.com

- په روماتیزم کې د ابهرعدم کفایه ډېره وخیمه نه وي نو ځکه محیطي نښې متبارزي نه وي کاروتېډ او براکیل شریانونو په نبضان کې ډېرکم او یا هېڅ فرق شتون نه لري.مګر په سفلیس کې دابهرعدم کفایه معمولاً پرمختللی وي چې د پرمختللی محیطي نښو سره یو ځای وي. همدارنګه دکاروتېډ یا براکیل شریانونود پاسه فوق العاده د نبضان توپیرلیدل کېږي.

- په روماتیک کې د ابهر د عدم کفایي سره مترال هم اغېزمن کېږي. مګر په سفلیس کې هېڅکله د مترال دسام نه اخته کېږي.

څېړنه

- په روماتیک حالت کې د وینې په سیرالوژیک کتنوکې د سفلیس د پاره کتنې منفي وي.او هغه حالت کې چې د ابهر عدم کفایه د سفلیس په سیرکې منځ ته راغلی وي د وینې په سیرالوژیکي کتنوکې سفلیس د پاره کتنې مثبت وي.

- د روماتیزم له سببه منځ ته راغلی عدم کفایه کې په راډیو ګرافي کې هېڅکله تکلُس او د دسام بې نظمې شتون نه لري.مګر په سفلیس کې تکلُس د صاعده ابهر پورې منحصر وي. د دسام بې نظمې لیدل کېږي او خپله دسام هېڅکله تکلُس نه کوي.

- د روماتیک المنشاء عدم کفایه، په اولو لکتروکاردیوګرام کې د زړه بندېزونه نادر وي .مګر د سفلیس د کبله منځ ته راغلي عدم کفایه کې د زړه بندېزونه معمول وي.

۳ .اتیروسکلروتیک عدم کفایه :معمولاً په زړو خلکوکې د آنجینا سره یو ځای وي، لیدل کېږي. همدارنګه د دسام او د Kukle د برخې تکلُس چې د ابهر دکمې کچې تنګوالی سره یوځای وي.

۴ . انتاني انډوکارډایتیس : په دې ناروغي کې لاندې شیان شتون لري : بدلېدونکي مرمرونه ، تبه ، کم خونې، د تورې غټېدل، امبولیک پېښې، هیمچېوریا او پتیشیا ، کلبینګ او د وینې د کلچر مثبتوالی.

www.ketabton.com

۵ . ولادي : ناروغ به ځوان وي. ریګوارجیتیشن به پرمختللی وي او ورسره نور ولادي پېښې به هم شتون ولري.

۶ د ابهر د کسب ترروماتیک شلېدل :د ناروغ د لوېدلو او د سرک د غاړې د اکسېډنټ (ټکر یا موټر وهلو تاریخچه) څخه سملاسي وروسته د نفس تنګي پیدا کېدل چې د ابهر د تریل لرونکی ډیاستولیک مرمر (لوړ او خشن وصف لري) سره یو ځای وي .

۷ . د سږیز دسام عدم کفایه : په لاندې ډول د ابهرد دسام د عدم کفایي څخه جلا کېدای شي .

- د ابهر په عدم کفایه کې په محیطي نبضوکې واټرهمرپلس به شتون ولري.مګر درېوې دسام په عدم کفایه کې هېڅ محیطي نبضه نه موندل کېږي او هم واټرهمر نبض شتون نه لري.

- د ابهر په عدم کفایه کې د چپ بُطین غټوالی شتون لري.مګر په خلاف یې په سږیز دسام کې د چپ بُطین غټوالی نه لیدل کېږي.

- د ابهر په عدم کفایه کې مرمر د تنفسي عملیې سره هېڅکله بدلون نه مومي.مګر په عدم کفایه کې مرمر د شهیق سره شدت مومي.

– د ابهرپه عدم کفایه کې دوالسلوادسټراین څخه۴- ۵ ضربي وروسته نارمل حالت ته را ګرځي. لاکن په سږیزعدم کفایه کې د والسلوا څخه سملاسي وروسته خپل لومړنی لوړوالی بېرته نېسي.

۸ .د سږیز دسام په عدم کفایه کې د قدامي ناز له اکلیلي شریان تنګوالی : په دې ناروغي کې کریسینډو ، ډیکریسینډو لوړ پېچې ډیاستولیک مرمر اورېدل کېږي چې د ابهر د دسام د باې پاس او یا د زړه د حملې په رامنځ ته کېدلو سره د منځه ځي.

۱۰-۵-۷. **اختلاطات** : که چېرې دغه ناروغان په وړ وخت او زمان ونه پېژندل شي او درملنه یې صورت ونه نېسي نو ناروغانو کې خفه کوونکی د زړه ټکان ، د زړه اسکېمیا او په پای کې د زړه عدم کفایه تاسس کوي او هم انډوکارډایټیسس یې بل اختلاط دی .

www.ketabton.com

۱۱-۵-۷.درملنه : د ابهر د عدم کفایي اصلي سبب ځانګړې درملنې ته اړتیا لري (د بېلګې په ډول د سفلیس له کبله منځ ته راغلي Aortitis او یا انتانې انډوکارډایټیس). د عدم کفایي په ډېرو حالتونو کې د دسام بدلون ته اړتیا لیدل کېږي.خو د جراحي عملیې د وخت پېژندل ډېر ارزښت لري. ځکه چې د ابهر د عدم کفایي اعراض تر هغه وخته پورې دوام کوي ترڅو چې د مایوکارډیوم پاتې والی منځ ته راغلي نه وي. نو کله چې مایوکارډیوم پاتې راغي نو بیا د جراحي عملیې په ذریعه په بشپړ ډول ښه والی منځ ته نه راځی نو په کار دی چې عملیات په داسې وخت کې وشی تر څو د ناروغي بشپړ اعراض منځ ته راغلي نه وي. د جراحي عملیې د سم او وړ وخت پېژندلو د پاره د هیموډینامیک ، ایکوکارډیوګرافیک، او انجیوګرافیک کریټریاو څخه باید کار واخیستل شئ! د چپ بُطین د عدم کفایي په پیل کې د دمې کولو او په غذا کې د مالګې د بندېز، د ډیورتیک او د ناروغ په پوهولو سره ښه ځواب وایي، او د انتانې انډوکارډایټیس د مخنیوي د پاره انتي بیوټیک په وقایوي ډول ورکول کېږي.(۳).

۶-۷.د ابهر دسام تنګوالی

۱-۶-۷. لاملونه :د دې ناروغي لاملونه په لاندې ډول دي.

الف . دسامي ناروغي .

ولادې سؤې اشکال : چې معمولاً په دې آفاتوکې د ابهر د دسام تنګوالی په ګوښی ډول لیدل کېږي. د نارمل دسام تکلُس کېدل یا ور سره التهابي یو ځای والی : چې په روماتیزم کې لیدل کېږي او زیاتره وخت تنګوالی او عدم کفایه یو ځای وي او شلېدلې باې کسپېډ دسام ور سره هم یو ځای وي.

ب . د دسام د لاندنې برخې تنګوالی.

Fixed type چې حلقوي فبروزیس د منځنۍ کچې عضلي بندوالی ور سره یو ځای وي او په نادرو حالتونوکې د متېرال د دسام د انومالې د ارتکاز سره یو ځای وي او د HOCM له سببه منځ ته راځی.

www.ketabton.com

ج . د دسام د پورتنی برخې تنګوالی : د فبروتیک انساجو په واسطه د والسلوا د سینس د پورتنی څنډې تنګوالی .(۳).

۲-۶-۷.پتوفزیولوژي : کله چې د چپ بُطین د تشېدو په وړاندې یوه مانعه شتون ولري نو د چپ بُطین د فشار لوړوالی او غټوالی منځ ته راځي چې د چپ بُطین د اسکېمیا سبب کېږي او بیا د اسکېمیا له کبله د سیني درد، اریتمیا، او د زړه عدم کفایه رامنځ ته کېږي.د چپ بُطین د تشېدو په وړاندې بندښت د مشق په وخت کې زیاتېږی نو ځکه د ابهر د تنګوالی اعراض ډېر وخت په مشق کې را منځ ته کېږي. په نارمل حالت کې د مشق په وخت کې د زړه دهانه څو ځلي زیاتېږي چې دسام دا زیاتوالی زغملی شي .څرنګه چې په دې حالت کې د ابهر دسام تنګ وي نو د زړه د دهانې د زیاتوالی زغم ستونزمن وي چې په پای کې د وینې فشار غورځېږی. د زړه اسکېمیا نوره هم زیاتېږی، کارډیو مایو پتي منځ ته راځی او د زړه د اریتمیا د رامنځ ته کېدو سبب کېږي.(۳).

۳-۶-۷.کلینیکي بڼه: د ناروغي کلینیکي بڼه په لاندې ډول ده.

د ناروغ تاریخچه : ناروغ به د لاندې ستونزو څخه ګیله کوي.

۱ . د ناروغي په خفیفه بڼه کې ناروغ ستونزې نه لري او د کومې خاصې ګیلې څخه ګیله نه کوي. مګر ګیلې هغه وخت را ولاړېږي چې د دسام د سوری مساحت ۱ سانتي متر مربع یا د هغې څخه کمه شي . همدارنګه د ابهر او چپ بُطین د فشارونو. Restting peak systolic pressure توپیر لېِ تر لږه ۵۰ ملی مترو سیمابو ته و رسېږي.

-. د سیني دردونه :د لاندې پتالوژیکی بدلونونو له امله منځ ته راځي.

- د غټ شوې مایوکارډیوم له کبله د اکسجن اړتیاء زیاتېږي.

– د بُطین د ایجیکشن د وخت د زیاتوالی له سببه د ډیاستهول وخت لنډېږی چې دغه د وخت لنډوالی د اکلیلي شریانونو د ارواء (خړوبولو) د پاره کفایت نه کوي.

www.ketabton.com

– په اکلیلي شریانونو باندې د چپ بُطین فشارې اغېزي .

- د اکلیلي شریانونو د فوحو ګډون په ستېنوزیس کې.

۳ . سنکوپ : د سنکوب حملي د چپ بُطین د عدم کفایي د را منځ ته کېدو څخه وروسته منځ ته راځي چې د هر یوکار سره یې وخامت زیاتېږي.

۴ . Exertional dyspnia: کېدای شي چې د ناروغي په شروع کې را منځ ته شي مګر متناوبه نفس تنګي او اورتوپنیا د چپ بُطین د عدم کفایي د رامنځ ته کېدلو څخه وروسته منځ ته راځي.

۵ . د چپ بُطین پاتې والی : د دې پېښې په را منځ ته کېدو کې ناروغ ته نفس تنګي، اورتوپنیا او د سږو اذیما پیدا کېږي.(۳).

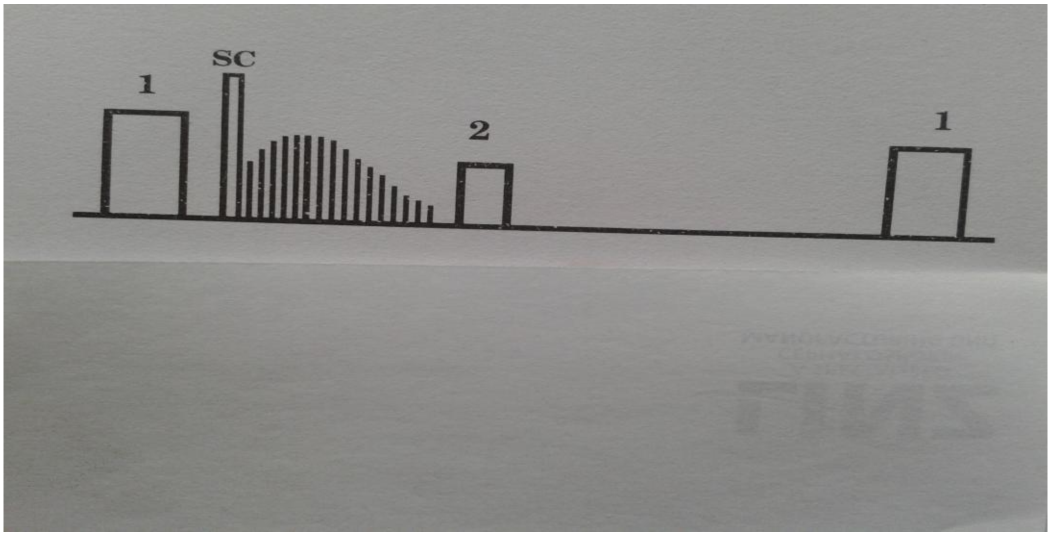
د ناروغ فزیکي کتنه : په ناروغ کې به لاندې نښې شتون ولري.

۱ . د زړه دوامداره او Heaving لرونکي امپلس.

۲ . سیستولیک تریل : سیستولیک تریل د ښی طرف په دوهمه بین الضلعي مسافه کې جس کېږي چې کله کله د غاړې ښی خوا رګونو ته هم خپرېږي .

۳ .ایجکشن سیستولیک مرمر:د ابهر په ساحه کې اورېدل کېږي چې ځیګ یا خشن وصف لري. او د زړه د لومړی اواز څخه وروسته ډېر ژر شروع کېږي او د سیستول په نیمایي کې خپل اعظمي لوړوالی ته رسېږی چې بېرته په ټیټېدو شروع کوی او د دوهم اواز د شروع څخه مخکې د منځه ځی.

www.ketabton.com



۷ – ۲ شکل

د ابهر د دسام په تنګوالی کې ایجکشن سیستولیک مرمر او کلیک (۱۱).

.مګر ځنې وخت د Gallavardin په پېښنه کې چې د یو ټاکلی لوړ پېچې فریکونسي په سبب دا مرمر په اپیکس کې ډېر لوړاوربدل کېږي. په ځینو نادرو حالتونو کې مرمر د متېرال په ناحیه کې لومړی نرم اوربدل کیږی او بیا بېرته په شدت کې یې لوړوالی منځ ته راځی چې د Conduction hour glass په نوم یادېږی. په زړو خلکوکې دا مرمر په اپیکس کې موزیکل یا قُمری اواز ته ورته اوربدل کېږي چې د تنګوالی په زیاتېدو سره په کاروتېد کې هم د اوربدلو وړګرځي. د ناروغي په دوام سره د چپ بُطین تقلُصیت کمزوره کېږي او په وړاندې یې د مرمر دوام او شدت هم زیاتېږي.

۴ . ایجکشن سیستولیک کلیک : په زیاتو پېښوکې د مرمر څخه وړاندې والې کوی چې د منځ ته راتګ لامل یې همدغه فشار دی چې په ناڅاپي ډول ګنبد ته ورته د تنګ شوې دسام د خلاصېدو څخه منځ ته راځی چې دا مرمر د دسام د تکلُس د را منځه کېدو له امله له منځه ځی.

۵ . د لومړی اواز ټیټوالی.

۶ .د زړه دوهم اواز: په وخیم حالت کې د شاء تګ سپلیټینګ له کبله د اواز ځنډوالی رامنځ ته کېږي.

www.ketabton.com

۷ . اُذيني ګالوپ (Atrial gallop): کېداى شي چې د چپ بُطين د پاسه واورېدل شي چې د ۴۰ کلنى څخه مخکې د دې اورېدل د وخيم تنګوالى د پاره غوره دليل بلل کېږي.

۸ . ورو، ورو لوړېدونکې دومداره نبض (Pulsus parvus et tardus) : په دوامداره ډول د ټيټې موجي جس کول دي چې د Anacrotic نبض په نوم هم يادېږي.

۹ .د وينې فشار :د تنګ اولنډ پلس پرېشر (Pulse pressure) سره د ټيټ سيستولیک فشار يو ځايوالى په وخيم تنګوالى دلالت کوي.

د Sub valvar stenosis کلينيکې بڼه : د دې ناروغي کلينيکې بڼه په لاندې ډول دی.

۱ . په غير د ابهر د تکلُس (Calcification) څخه د اوورتيک ايجيکشن کليک نشتوالى.

۲ . د ابهر د عدم کفايي له کبله معمولا ډياستولیک مرمر شتون لري.

۳ . په اپيکس کې د ميډ ډياستولیک مرمر شتونوالى .

۴ .د زړه جسامت، غټوالى ته ميلان لري.

۵ . معمولاً د صاعده ابهر پراخوالى موجوده نه وي.

د Supra valvular stenosis کلينيکې بڼه : د دې ناروغي دکلينيکې بڼې څخه په لاندې ډول يادونه کېږي.

۱ . ځانګړی مخ چې د ذهنې او جسماني پاتې والى سره يو ځاى وي.

۲ . د اوورتيک ارچ د يوې يا څو څانګو د تنګوالى له کبله په ښى بازوکې سيستولیک فشار د چپ بازو په پرتله لوړه وي.

۳ . د اوورتيک ايجيکشن کليک نه شتون.

۴ . د تنګې برخې څخه وروسته توسع او پراخوالى موجوده نه وي.(۳).

۴-۶-۷. د سيني راديوګرافي : په راډيوګرافي کې لاندې نښې د ليدلو وړ وي.

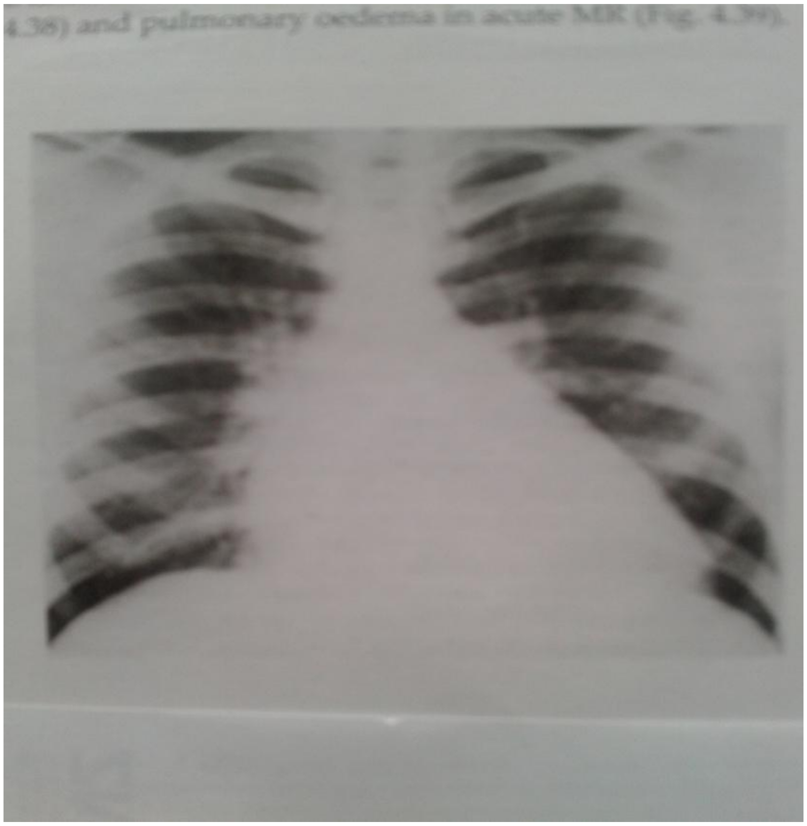
www.ketabton.com

– په واضیح ډول د چپ بُطین ګردوالی.

- د تنګوالی څخه متصل وروسته پراخوالی چې خاصتاً په هغه تنګوالی کې لیدل کېږي چې

لامل یې ولادې وي.

- د ابهر دسام متکلس کېدل.



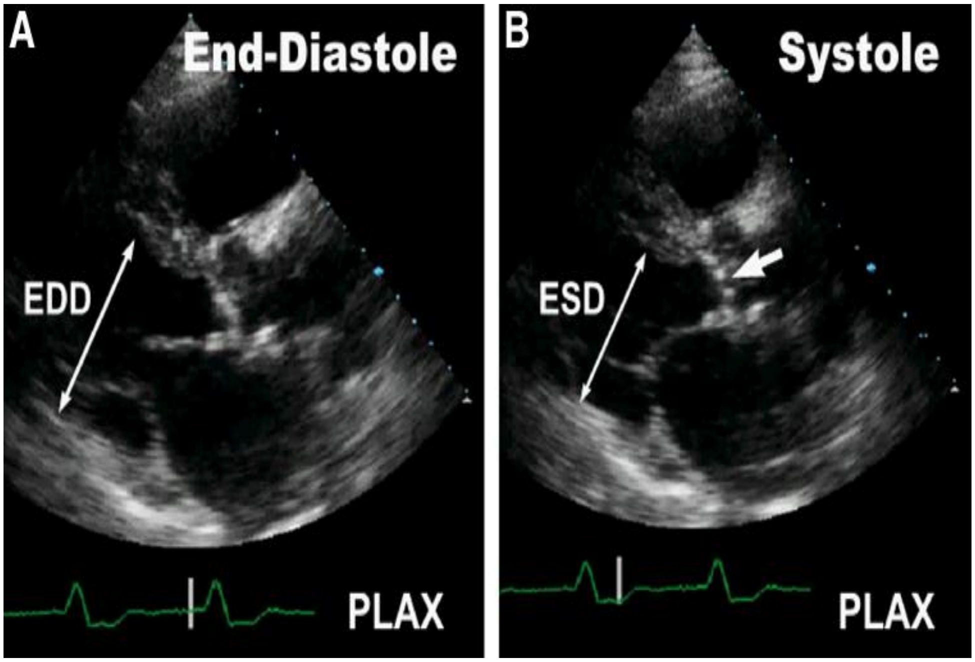
۷ – ۷ شکل

دابهر په تنګوالی کې د زړه په ښی اړخ کې د تنګ شوی موقیعت څخه وروسته د نزولې ابهر پراخوالی لېدل کېږي او په چپ اړخ کې د چپ بُطین حارجی څنډه یې محدبه بڼه ځانته نیولی اوداپیکس ښکتنی برخه یې د ډیافرام څخه ښکته شوې ده. (۵).

www.ketabton.com

۵-۶-۷.**الکتروکاردیوګرام** : د تنګوالی د کچې سره مستقیماً په متناسب ډول د چپ بُطین غټوالی هم لیدل کېږي. همدارنګه د انتقالي سیستم ځنې نیمګړتیاوې د لیدلو وړ وي.

۶-۶-۷.**ایکوکاردیوګرافي** : د ایکوکارډیوګرام M- mode او CSE طریقو کارونه د دسام تنګوالی د پاره ښه ازموینې بلل کېږي.



۷–۸ شکل

په دو ډایمنشنل ایکو کې دا خیال د ابهرد دسام د شدید وخامت ښودنه کوي(۹).

۷-۶-۷.**د زړه کتیترایزیشن** : د چپ زړه کتیترایزیشن هغه وخت استطباب لري چې په ناروغ کې د کلینیک له نظره د چپ بُطین ګیلې شتون ولري او په الکتروکارډیوګرام کې د چپ بُطین د غټوالی نښې لکه: ST او T بدلونونه د لیدلو وړ وي. همدارنګه دا کتنه د تنګوالی د کچې د معلومولو د پاره د تېرېدونکی کچې په معلومولو کې ډېر ارزښت لري ځکه چې ۵۰ ملي متره سیماب په منځنۍ کچه او د ۷۰ ملي مترو سیمابو شتون په وخیم حالت دلالت کوي. دا کتنه د زړه د د هانې د معلومولو، د چپ بُطین د دندې د معلومولو او د اسکېمیک ناروغیو د ردولو د پاره هم کارول کېږي.

www.ketabton.com

۸-۶-۷.**کارډیوانجیوګرافي** : دا ازموینه هغه وخت ناروغ ته توصیه کېږي چې ناروغ د ابهر دسام تنګوالی وخیمه بڼه ولري او ورسره د اکلیلي شریانونو د ناروغي د شتون شک هم شتون ولري نو ددې ناروغي د شتون او نشتوالی په خاطر توصیه کېږي.

۹-۶-۷.**تشخیص** : د ناروغي پېژندنه او تشخیص د تاریخچې، فزیکي او لابراتوارې کتنو په بنسټ صورت نېسي.

۱۰-۶-۷.**اختلاطات** : په دې ناروغانو کې د لاندې اختلاطاتو را منځ ته کېدل شونی بریښي .د ماغي امبولي چې د سټروک یا T I A لامل ګرځي، د سترګو شبکې ته امبولي ورکوي او د ړندېدلو سبب کېږي، یو اختلاط یې ناڅاپي مړینه هم ده، د هضمي جهاز وینه بهېدنه او انتاني انډوکارډایټیس.

۱۱-۶-۷.**درملنه**

۱.استراحت : ناروغ باید د درندو او وزن لرونکی فزیکي کارونو څخه ډډه وکړي او که د زړه د پاتې والی اعراض ورسره یو ځای وي په بستره کې باید دمه وکړي! د مالګې بندېز او د ډایجوکسینو ورکړه ګټور بریښي.

۲ . د انتاني انډوکارډایټیس د مخنیوي په خاطر باید وقایوي انټي بیوټیک ورکړل شي .

۳ . د سیني د درد د پاره بنه درمل بیتا بلاکرګڼل کېږي.که د ابهر تنګوالی شدید وي بې له دې څخه چې د ناروغي اعراض په پام کې ونیول شي د دسام بدلون استطباب لري.په ماشومانو او تنکي ځوانانوکې که چېرې په دسام کې پرمختللی سؤی شکل او تکلُس شتون ونه لري کېدای شي چې د دسام تنګوالی د Valvotomy په واسطه هم تداوي کړای شي . خو! دغه درملنه ډېر پایښت نه لرې او څوکا له وروسته بیا د دسام بدلېدلو ته اړتیا پېښېږي. په زړو خلکو کې د جراحي عملیې په غوض د بالون په واسطه پراختیا ورکول

www.ketabton.com

بله لاره ده خو! د دغې درملنې پایله بریالی نه برېښي. او یوازې په هغه ناروغانو کې د اجرا وړ دي چې جراحي عملیه پکې شونی نه وي. (۳).

۷-۷.ترای کسپېډ تنګوالی

د دسامونو نادر او غیر دودیزه ناروغي ده چې د نارینه‌و په پرتله په ښځېنه پرګنه کې زیات لیدل کېږي،چې په دغه حالت کې د دسام د تنګېدو له کبله د ډیاستول په مهال د ښی دهلېز څخه ښی بُطین ته وینه په اساني سره نه شی تېرېدلی.(۷، ۹).

۱-۷-۷.پتوفزیولوژي : د ښی دهلېز او ښی بطین د ډیاستهلیک فشارونو توپیر په TS دلالت کوي. کله چې Trans valvular blood flow د انسپایریشن په صفحه کې صورت نېسي نو توپیر وخیم وي او کله چې د اکسپایریشن په وخت کې وي نو وخامت یې کم وي.کله چې د ښی دهلیز د فشار Mean gradient د سیمابو ۴ ملي ملي مترو ته ورسېږي نو کولای شي چې سیستمیک وریدي احتقان را منځته کړي، سره د دې چې په مالګې بندېز لګېدلی وي او ناروغ ته ډیوریتیک هم شروع وي. زیاتره وخت دغه وریدی ډنډېدنه د هیپاتومیګالی ، Ascites او اذیما سره یو ځای وي چې کله کله ډېره وخیمه وي. په دې ناروغانو کې ریتم سینس وي او a موجه لوړه وي او د y موجه ډېره ښکته وي. د استراحت په وخت کې هم د زړه دهانه آغیزمنه شوې وي او هم د کار کولو په وخت کې د زړه دهانه نه پورته کېږي. د زړه دهانه د MS د شتون سره سره بیا هم د LA,PA او RA سیستولیک فشارونه نارمل او یا په کمه اندازه لوړه ساتي . دغه پېښه په‌خپل نوبت سره د MS هیموډینامي بدلونونه او کلینیکي بڼه په ډګر کې پټ ساتي.

۲-۷-۷.کلینیکي بڼه : په ناروغ کې به لاندې کلینیک شتون ولري.

الف .تاریخچه : زیاتره وخت د ترایکسپېډ عدم کفایه د متړال د تنګوالی په سیر کې منځ ته راځي. نو لومړنی ستونزه چې را منځ ته کېږي هغه ستونزه به د سږو د کانجیسشن له کبله را منځ ته کېږي نو ناروغ به د لاندې ستونزو څخه ګیله کوي.

www.ketabton.com

۱. د کار کولو په وخت کې ناروغ د بطن د ښی طرف د پورتنی برخې د درد او دروندوالی څخه ګیله من وي.

۲. ناروغ به د محیطي پړسوب او اذیما څخه ګیله کوي.

۳. د سخت کار او فعالیت په وخت کې د نفس تنګي پیدا کېدل او هم د چپ طرف کوم دسام چې د روماتیزم له سببه اخته شوي وي د هغې اړوند ستونزې هم شتون وي.

۴. ناروغ په غاړه کې د ټکان د احساس څخه ګیله کوی.(۳، ۷).

ب. د ناروغ فزیکي کتنه

۱. د سینس رېتم سره یو ځای د غټې a څپې شتون والی.

۲ JVP به یې لوړه وي.

۳. کېدای شي چې د زړه لومړی اواز لوړ واورېدل شي.

۴. د ټټر د هډوکې په چپ اړخ کې د میډ ډیاستولیک مرمر اورېدل. چې د شهیق په وخت کې لوړ او رمبلینګ Rumbling وصف لري چې کله کله ډیاستولیک تریل ور سره هم یو ځای وي.

۵. هیپاتومیګالی.

۶. د ځیګر د پاسه پرې سیستولیک نبضان جس کېږي.

۷. کله کله د ترای کسپېډ د اُپننګ سنپ اورېدل.(۱۰).

۳-۷-۷. الکتروکاردیوګرام: په الکتروکار ډیوګرام کې په غیر د اُذیني الوتنې او د ښی بُطین د غټوالی پرته د ښی دهلېز غټوالی موندل کېږي. یعنی په دوهم لیډ کې د p څپه لوړه وي چې لوړوالی یې ۳ ملي متره یا د دې څخه هم لوړه وي.(۳).

www.ketabton.com

۴-۷-۷.**راډيوګرافي** : په راډيوګرافي کې د ښي دهلېز د غټوالی له کبله د زړه خیال غټ ښکاري په ځانګړې توګه د ښی دهلېز Bulging شتون وي او سږي معمولاً روښانه ښکاري.

۵-۷-۷. **درملنه** : د تراې کسپېډ دسام تنګوالی(TS) په پرمختیایي ډول پر مخ درومي چې په پای کې د ښی زړه د پاتې والی لامل جوړېږي. د طبي درملنې په لړ کې لومړنی درملنه د مایعاتو د ډنډيدو د مخنیوي او کمې په خاطر د مالګې بندېز او ناروغ ته ډیوریتیک ورکول ډېر ارزښت لري چې د درملنې بنسټیزه ډبره جوړوي. خو! کله چې د کُولمو اذیما شتون ولري نو په دې وخت کې د لوپ ډیوروتیک په پرتله فروسامایډ کارونه غوره بلل کېږي. چې غوره ښوالی یې دا دی چې په دې وخت کې دا درمل د نورو درملو په پرتله ښه جذبېږي.که چېري Ascites او د ځیګر کانجیسشن شتون ولري نو دې ناروغ ته د Aldostrone inhibitor کارونه غوره والی لري. (۱۰).

د تراې کسپېډ دسام کله کله کېدای شي . خو! د دسام بدلولو ته په ډېرو حالتونو کې اړتیا نه پېښېږي او د نومړی دسام د بدلولو تر څنګ د نورو دسامونو بدلېدلو ته هم اړتیا لیدل کېږي. ځکه چې د تراې کسپېډ تنګوالی یوازې او ګوښی نه وي خو! که اړتیا پېښېږي هغه اړتیا به د مټرال دسام تنګوالی وي.(۳).

۸-۷.د تراې کسپېډ د دسام عدم کفایه

د سیسټول په مهال د دسام د پوره نه تړل کېدو له کبله د ښی بُطین څخه ښی اُذین ته د وینې د شاء تګ څخه عبارت دی.

۱-۸-۷. **لاملونه** : لاملونه یې په دوه لاتدنې ډلو وېشل کېږي.

الف . وظیفوي لاملونه: چې پېښې یې د عضوي لاملونو په پرتله زیاتې دي.

www.ketabton.com

۱ . د هر سببه (کورپلمونال او مایوکارډیل انفرکشن) چې د ښی بُطین پراخوالی یا عدم کفایه را منځ ته شوې وي، چې په خپل وار سره د دې دسام د پاتې والی او د وخیم کېدو لامل ګرځي.

۲ . د متړال دسام روماتیک ناروغي .

۳ . د سږی دسام ناروغي.

۴ . د نا معلوم لامل له کبله د سږی د فشار زیاتوالی یا په ثانوي ډول د سږو د ناروغي له کبله یا ترومبو امبولیزم له کبله یا د ولادې شنټ له کبله د ترای کسپېډ عدم کفایه منځته راځی.

ب . هغه عضوي آفتونه چې په نادر ډول د ناروغي لامل جوړېږي په لاندې ډول دي.

۱ . ولادې آفتونه چې معمولا د Ebstein's انومالی سره یو ځای وي.

۲ . تروماتیک چې د ښی بُطین د حُلیموې عضلی د شلېدنې سره یو ځای وي.

۳ . د کارسینئویډ د پلکونو د جوړېدلو ناروغي.

۴ . روماتیزم .

۵ . د درملو په روږدي خلکو کې انډوکارډایټیس .

۶ . لوپیس اریتیماتوزیس.

۷ . د ښی دهلېز مایکسوما .

۸ .انډومایوکارډیل فبروزیس .

۹. A-V cushion defect . (۳).

۲-۸-۷.کلینیکې بڼه : کلینیکې بڼه یې په لاندې ډول تشریح کېږي.

www.ketabton.com

الف .تاریخچه : په دې ناروغي کې ناروغ به د ښی زړه د عدم کفایي د ګیلو څخه حاکي وي.

۱ . ناروغ د کارکولو په وخت کې د ژر ستړې کېدلو څخه بیان کوي.

۲ . ناروغ د کارکولو په وخت کې د ځیګر د پاسه د درد د احساس کولو ګیله کوي.

۳ . ناروغ د محیطي اذیما څخه ګیله کوي.

۴ . ناروغ به په غاړه کې د ځورونکی نبصان څخه شاکي وي

ب . د ناروغ په فزیکي کتنو کې لاندې نښې د لیدلو وړ وي.

۱ . هیپاتومیګالی .

۲ . اسآیتس او د پښو پړسوب .(۹).

۳ . د غاړې په وریدونو کې د سیستولیک نبضان شتون.

۴. د تراکسپیډ د محراق د پاسه د پان سیستولیک مرم اورېدل چې د شهیق او یا مشق سره شدت مومي او کله کله د هغې سره یو میډ ډیاستولیک مرمر هم اورېدل کېږي.

۵ . معمولاً اُذینې فبریلیشن شتون لري.

۶ .د ټټر د هډوکې په چپ طرف کې د ښی بطین څپه د جس وړ وي. (۳، ۴، ۷).

۳-۸-۷. ایکوکارډیوګرافي: د ایکو په کتنه کې دغه دسام به ضخیم او پنډ وي او د سیستول په صفحه کې به Dome مانند‌ه وي. د Transvalvular gradient د معلومولو له پاره باید یې دوامداره موجې ډوپلر ایکو سرته ورسېږي.

۴-۸-۷.الکتروکارډیوګرام : د ښی بُطین د غټوالی نښې چې کله کله اُذینې فبرېلشن هم ورسره یو ځای وي، کتل کېږي.

www.ketabton.com

۷-۸-۵. د سینې رادیوګرافي: په دې کتنه کې لیدل کېږي چې ښی دهلېز او بُطین لوی شوې وي.

۷-۸-۶.درملنه : کله چې د ترایکسپېډ عدم کفایه په ګوښی ډول سره وي چې زیاتره وخت د تروما او یا د انتاني انډوکارډایټیس په سیر کې منځ ته راځي او د زغم وړ وي او د دې حالت سره د پلمونرې شریان هایپرتینشن شتون ونه لري نو په دې حالت کې د دسام وظیفوي عدم کفایه معمولاً د طبي درملو په واسطه د منځه ځي چې د څو کالونو له پاره ناروغ دا حالت زغمولای شي او جراحي عملیې ته اړتیا نه لري. په داسې حال کې چې د دسام پرمختللی عضوي عدم کفایه کېدای شي . چې جراحي عملیې ته اړتیا پیدا کړي یعنی د جراحي کړنې په واسطه دسام اصلاح شي او په ناروغ باندی د Annuloplasty یا Plication عملیه سر ته و رسېږي. مګر په ډېرو نادرو حالتونو کې ترای کسپېډ دسام د بدلولو غوښتنه کوی.(۳).

۷-۹.سږیز دسامي ناروغی

۷-۹-۱. لاملونه : د نورو ناروغیو په پرتله سږیز دسام ډېر کم د روماتیزم ناروغیو په واسطه اغیزمن کېږي.کله کله دا ناروغي د انتاني انډوکارډایټیس محراق ګرځي.د کسبي سږیز ناروغیو معمولاً د دې دسام د پاتې والی غوره لامل چې په ثانوې ډول د دې دسام حلقې د ارتېدو له کبله چې د پرایمری سږیز هایپرتینسن په سیر کې رامنځته کېږي. دغه ارتوالی د Garham steel murmur لامل ګرځي چې لوړ اوریدل کېږي او ډیکریسینډ او فلو وصف لري او د ټټر د هډوکی په چپ طرف کې د ډیاسټول په صفحه کې اورېدل کېږي. چې د ابهر د وروسته پاتې والی له کبله کوم مرمر چې رامنځته کېږي، بېلول یې ډېر ستونزمن وي.د سږیز دسام پاتې والی د هیموډیامیک د نا چیزې بدلون لامل ګرځي. د سږیز هایپرتینشن د شتون سره سره د انتاني انډوکارډایټیس په صورت کې چې د دې دسام

www.ketabton.com

ویجاړیدنه او یا د جراحي عملیې له کبله د دې دسام لرې کول بیا هم د زړه د پاتې والی لامل نه کېږي .

Carcinoid syndrome هم د دې دسام د تنګوالی او هم د پاتې والی لامل ګرځي.همدارنګه سږیز پاتې والی په هغه ناروغانو کې ډېر پېښېږي چې په کوچنیوالی کې د فلوټ د تترالوجې له سببه جراحي عملیه پرې سرته رسېدلې وي. علت یې د دسام د خروجی لارې دوهم ځلې ترمیم بلل کېږي. ولادي سږیز تنګوالی به په ولادي ناروغیو کې تشریح شي .

۲-۹-۷. **درملنه** : په هغه ناروغانو کې چې د ماشومتوب د دورې د ترمیم له کبله د دسام پاتې والی رامنځته شوې وي نو دې ناروغانو ته Percutaneous pulmonic valve replacement سرته رسېږي. همدارنګه دا درملنه په هغه ناروغانو کې هم سرته رسېږي کوم چې د دې دسام تنګوالی ولري او یا د دې دسام اتریژیا شتون ولري. معمولاً دا عملیه د Percutaneous aortic valve replacement عملیې څخه مخکې سرته رسېږي.(۹)

۱۰-۷.د ګڼ شمېره دسامونو ناروغي

۱-۱۰-۷.د متړال دسام تنګوالی او د ابهر دسام عدم کفایه (MS + AR)

د دسامو دا ګډه ناروغي د ناروغي په پېژندنه کې ډېره ستونزمنه پېښه را منځته کوی هغه دا چې د متړال تنګوالی د ابهر دسام کلینیکي بڼه تر خپل سیوری لاندې راولي او د دې ناروغي کلینیکي بڼه په اولو صلي بڼه د زړه د دهانې د کمښت له کبله نه څرګندېږي.ځکه چې په دې پېښه کې چپ بطین د زړه د دهانې د کموالی له امله په متوقع ډول نه لوېږي. نو د متړال د تنګوالې د وخامت د پېژندلو له پاره د Pressur half-time using Dopplar Echocardiography. څخه کار اخیستل کېږي. همدارنګه د دې ازموینې په عوض د درملنې په واسطه د متړال دسام وخامت هم معلومېږي. ځکه چې د متړال دسام درملنه د ابهر دسام کلینیکي بڼې وخامت ښکاره کوي.

www.ketabton.com

درملنه : که چیرې جوته شوه چې د ابهر دسام وخیمه عدم کفایه شتون درلود، نو د درملنې له پاره یې د ابهر دسام تعویض او متړال دسام ترمیم سرته رسیږي .

۲-۱۰-۷.د متړال دسام او ابهر دسام یو ځای تنګوالی (MS +AS)

لاملونه : د دې ناروغي ډېره غوره لامل روماتیزم دې خو!د تکلس له امله په ډجینراتیف ناروغیو کې هم لیدل کیږي .

کلینیک : ډاکتر ته یوه ځانګړې ستونزه په پېژندلو کې او هم په درملنه کې را منځته کوي. په دې حالت کې د ابهر دسام تنګوالی له کبله د متړال دسام مرمر پټ پاتې کیږي او په واضیح ډول نه پېژندل کیږي. ځکه چې د ابهر دسام لوړ پیچې لرونکی مرمر په اولو پیکس کې اوریدل کیږي چې د متړال دسام د ډیاستولیک رمبلینګ د خاموشې لامل جوړیږي. همدارنګه د متړال وخیم تنګوالې د زړه د دهانې د کمښت لامل کیږي چې په خپل نوبت سره د چپ بطېن د لویوالی مخنیوي کوي چې دغه مخنیوي د ابهر دسام د وخامت پټوونکی جوړیږي او د وخامت کلینیکې بڼه پټ پاتې کیږي.د دواړو د پتالوژی د پېژندنې له پاره ایکوکارډیوګرافي غوره معاینه بلل کیږي.

درملنه : که چیرې د درملنې په وخت کې د ابهر د تنګوالی د ناخبرې له کبله متړال سام ته Percutaneous ballon valvotomy سرته و رسیږي نو دا عملیه د چپ بطین د حاد عدم کفایې لامل کیږي ځکه چې د متړال په اولو صلاح سره د زړه دهانه چپ بطین ته زیاتیږي او پخ خپل نوبت سره د بطین د عدم کفایې سبب کیږي.نو په کار دا دی چې ابهر د دسام تعویض او متړال ته تعویض یا ترمیم سرته و رسیږي.

۳-۱۰-۷.د متړال دسام عدم کفایه او ابهر دسام تنګوالی (MR + AS)

دغه مشراکت غیره معمو له پیښنه ده . په دې پیښنه کې د دواړو افتونو سیستولیک مرمرونه جلا اوریدل کیږي خو! د دواړو مرمرنو تر منځ توپیر نه شي کیدلای. ځکه چې د ابهر د

www.ketabton.com

تنګوالی اپیکلی منتشر شوې مرمر ډېر لوړ اوریدل کېږي چې د Gallavardin sign په نوم یادېږي. همدارنګه د شاتنۍ لیف لیټ پرولپس له کبله سیستولیک مرمر اوریدل کېږي چې د زړه قاعدې ته خپرېږي. نو د اصلي پتالوژی د معلومولو له پاره د ایکو کارډیو ګرافي ګټه اخیستل کېږي چې دا عملیه د ابهر دسام د تنګوالی ترڅنګ د متړال دسام د عدم کفایې، کوم چې د داخل البطېنی سیستولیک فشار د زیاتوالی له کبله چې د ابهر د وخیمې تنګوالی څخه منځته راغلی دی پوره ځرګندونه ورکوی او هم د هغی د دسام د تنګوالی د وخامت په هکله ډېر صحیح او غوره معلومات ورکوي.

درملنه : د ابهر دسام تنګوالی تر څنګ د متړال دسام جراحي درملنه: کله چې د ابهر دسام تعویض ستونزمن وي نو په دې وخت کې د متړال دسام جراحي درملنې په هکله په لاندې ډول پریکړه کېږي. که چیرې د متړال دسام د عدم کفایي لامل یې داخلي پتالوژی وي. د بېلګې په ډول پرولپس . نو په دې وخت کې د متړال دسام جراحي عملیه د ابهر دسام د تعویض کولو په پرتله وړاندې والی لري چې باید سرته و رسېږي.که چیرې د متړال دسام د عدم کفایي کچه خفیف او یا منځنۍ وي او داخل المنشه پتالوژی ونه لري نو په دې وخت کې د چپ بطین د داخلي فشارکموالی د متړال د عدم کفاي د ښوالی لامل کېږي. چې د ابهر په بدلولو سره ترلاسه کېږي. په دې وخت کې په دواړو دسامونو باندې د عملیو سرته رسول د معلولیت او مړینی کچه ډېره لوړ وي. که چیرې ډاکټر د داسې یوې پیښې سره مخ شو چې متړال عدم کفایه د ابهر دسام د تعویض څخه وروسته وخیمه او هم ټیګار کوونکی پاتې کېدلو نو په دې وخت کې غوره پریکړه دا ده چې لومړی به په متړال دسام کې مداخله وشي بیا وروسته په ابهر د سام کې تعویض کول تر سره شي .

که چیرې متړال عدم کفایه دوامداره او ټینګار کوونکی وه نو په دې وخت کې مداخله لاژمی خبره ده. .

www.ketabton.com

۴-۱۰-۷.د ابهر او متېرال ګډه عدم کفایه

لاملونه: د دې ناروغي غوره لاملونه د زړه روماتیزم او کولاجن ناروغي دي.

پتالوژی: د پتالوژی له نظره د دواړو دسامونو په قُطرونو کې پراخه شوې بدلونونه لیدل کېږي چې کېدای شي دواړه یو ځای د روماتیک ناروغیو په سیر کې منځ ته راغلي وي او یا د کولاجن ناروغیو د اختلاط په ډول رامنځ ته شوې وي او یا د متېرال عدم کفایه د ابهر د دسام د عدم کفایي له کبله د اختلاط په ډول رامنځ ته شوې وي.

کلینیکې بڼه: کله چې د ابهر او متېرال د دسامونو تنګوالی په یوه ناروغ کې را منځ ته شي نو د چپ بُطین Overload او غیر معاوضوې صفحه ډېر ژر تاسس کوي. چې د جراحي عملیې استطباب د چپ بُطین د جسامت او دندې پورې تړلی وي.

هیموډینامیک بدلونونه: په دې پېښه کې د سیستول په صفحه کې د متېرال دسام پوره نه تړل کېږي چې څه مایع د چپ بُطین څخه چپ دهلېز ته شاء تګ کوي او د دې د داخلي حجم د زیاتوالی سبب ګرځی. دا پېښه په خپل نوبت سره د دهلېز د داخلي فشار د زیاتوالی او د هغې د هایپرتروفې او د پراخوالی لامل ګرځي او ورسره جوخت د ابهر د دسام عدم کفایه چې کله کله د متېرال د عدم کفایي سبب هم کېږي چې د سیستول په صفحه کې د بندېزسره یې مخه ده او ور سره د ډیاستول په صفحه کې د چپ دهلېز څخه د زیات حجم مایع له کبله د چپ بُطین کار زیاتېږی چې دا زیاتیدنه د بُطین د هایپرتروفې او پراخېدلو سبب کېږي چې ددې دواړو پېښو یو ځای رامنځ ته کېدنه د چپ زړه د غټېدو او پراخېدلو سبب کېږي چې د وخت په تېرېدلو سره مایع د سږی وریدونو ته شاء تګ کوي او په سږو کې د سږی فشار د زیاتېدو لامل ګرځی. (۹).

درملنه: په میخانیکی لحاظ سره د متېرال دسام درملنه باید د ابهر د دسام څخه مخکې صورت ونېسي.

www.ketabton.com

۵-۱۰-۷.د دسام تعویض او ترمیم

د دې جراحي عملی ښه پایله په لاندې شي انو باندې ولاړه ده.

۱.د عملیات په وخت کې د ناروغ د مایوکارډیل دندې او عمومي طبي حالتونو پورې تړلی ده.

۲.د عملیاتي ډلي د مهارت او د عملیات څخه وروسته د روغتیایي ډلي د ښه ساتنې او څارنی پورې اړه لري.

۳.د مصنوعې دسام استهلاکې دوام ، څرنګوالی او د ترمبولایتکې پېښو پورې اړه لري. د عملیاتونو تر مخه دمړینی کچه په لاندې خلکو کې ډېره وي : کله چې عمر زیات وي یا نور معلولي ناروغي ولري لکه : د سږو ناروغي، د ښوډې ناروغي، د دسامې ناروغیو پرته د نورو قلبي ناروغیو له پاره د جراحي عملیو اړتیا ، ډیابیټ او سږیز شریانې هایپرتینشن. ددې عملیې څنډنی اختلاطات عبارت دي له : ترومبوامبولې، د پرن کېدو ضد درملو د کارونې له امله وینه بهېدنه، د میخانیکې دسام ترمبوسیس،دپانوس نه شنه کېدل (Pannus ingrowth) د دسام سره په موازې ډول د لیکاژ را منځته کېدل، هیمالسیس، دسامې جوړښت خرابوالی، انتانې اینډوکارډایټیس او Prosthesis – patient mismatch دسامې تعویض او اقسام د ناروغ د عمر او څنې نور حالتونو پورې اړه لري چې په لاندې ډول ور څخه یادونه کوو.هغه ناروغان چې عمر یې د ۶۵ کلونو څخه کم وي او د تحثر ضد درملو په کارونه کې کومه ستونزه ونلري نو هغي ناروغانو ته Mechanical prosthesis (د مصنوعی دسام عدم کفایه، کوم چې په هغه مصنوعي دسامونو کې منځته راځي چې د ناروغ د اناتومې په پرتله کوچېنې وي) کارول کېږي.د مصنوغي دسامونو ټاکنه (Tissue and mechanial prosthesis) د ناروغ د اړتیا ، د دسام د راتلونکی دوام (کوم چې د عمر په زیاتوالی ، د پښتورګو د آخري مرحلی ناروغي او د حمل په اخیستلو سره کمېږي) او د تحثر ضد درملوکارونې پورې اړه لري. چې دا عملیه د ژوند تر یوې اوږدې مودی پورې د تحثر ضد درملوکارونې ته اړتیا لري. ځکه چې په Tissue prosthesis د دې ناروغانو ۳۰ سلنه

www.ketabton.com

د ۱۰ کالونو په تېرېدو سره د دوهم ځل دسامې بدلون ته اړتیا پیداکوي او ۵۰ سلنه تر ۱۵ کلونو پورې دوام کوي. هغه خلک چې د ۲۵ کلونو څخه ډېر عمر لري او نه شي کولای چې انتي کواګولانټ وکاروي او یا هغه ناروغان چې د دې درمل د کارولو له پاره بل مضاد استطباب (حمل اخیستل یا د بېوډو د آخرې مرحلې ناروغي) ولري نو هغوی ته هم د دسام تعویض له پاره Bioprosthesis سر ته رسېدلای نه شي بلکه د دې پر ځای Mechanical prothesis کارول کېږي. همدارنګه هغه ښځې چې ماشومان غواړي هغوې ته هم Bioprosthesis توصیه کېږي. په بیو پروستېز کې مټرال دسام د ابهر دسام په پرتله ژر خرابېږي چې غوره علت یې د دې دسام زیات بندېدل چې زیات فشار ته اړتیا لري رامنځته کېږي.د سیني امریکایي ټولنه نن سبا ټولو خلکو ته خو! زړو خلکو ته زیاتره وخت د بیوپروتیز توصیه کوي چې دا په خپل نوبت په دوه ډو له ده چې د Xenografts او Homograft په نومونو یادېږي. د تراکسپېد دسام تعویض له پاره Tissue valve کارول کېږي.په اوسنې وخت تجربه لرونکې جراح ډاکټران د لومړي ځل له پاره د دسام ترمیم ته غوره والی ورکوي. هغه کسان چې عمر یې د ۲۵ کلونو څخه ټیټ عمر لري او په خلاص مټ سره کولای شي چې د تحثر ضد درمل په دوامداره ډول کارولای شي نو هغه کسانو ته ښه ټاکنه میخانیکی پروستېسیس ده. Bioprosthesis هغه ناروغانو ته ټاکل کېږي چې عمر یې د ۷۵ کالونو څخه کومو ناروغانو باندې چې پورتنی علمیې سرته رسېدلي وي نو دا ناروغان باید د انتاناتو څخه وساتل شي .کله چې دوی غاښ وباسي او د خولی مداخلي ته اړتیا پیدا کېږي باید د مداخلي څخه مخکښې وقایوي انتي بیوټیک وکارول شي .

۱۱-۷.لنډیز : څرنګه چې پرمختلی هېوادونه د انتاناتو د پاره مخنیونکې تدبیرونه لري مګر زمونږ هېواد وروسته پاتې هېواد چې اوس هم د انتاناتو سره تل لاس په ګریوان یو.زمونږ اقتصادي حالت د دې جوګه نه ده چې د نړې سره برابر د انتاناتو مقابله وکړو او ځانونه د هغو په شان د انتاناتو څخه وساتو نو ځکه زمونږ په هېواد کې روماتیزم غټ پرابلم او د

www.ketabton.com

هغې څخه را ولاړ شوې دسامې ناروغي غټه ستونزه ده چې زمونږه زیاته شتمني په دې لاره مصرفیږي.

۱۲-۷. پوښتنې

۱ : په روماتیک ناروغي کې کورې د () د جملې څخه شمېرل کیږي.

۲ : د روماتیزم په مونو سکلیک بڼه کې تبه او د بندونو دردونه څه وصف لري؟

۳ : په روماتیزم کې د Jaoud's arthitis کلینیکې وصف ولیکئ!

۴ : د مټرال تنگوالی په ناروغ کې په تفتیش سره څه کتل کیږي؟

۵ : د مټرال تنگوالی په برېښنایي ګراف کې الف : P - mitral ب : P - pulmonale ج : P -mitral او P -pulmonale دواړه.

د : پورتنی درې واړه صحیح دي.

۶ : مټرال عدم کفایه د کومو ناروغیو څخه باید جلا شي ؟

۷ : د ابهر په عدم کفایه کې ناروغ د کومو شیانو څخه ګیله کوی؟

۸ : د ابهر په تنگوالی کې ناروغ څه حکایه کوی؟

۹ : د ابهر دسام تنگوالی د کومو ناروغیو څخه باید جلا شی؟ او هم وواياست چې مرمر یې څه وصف لري؟

۱۰ : د تراې کسپېډ د عدم کفایي وظیفوي لاملونه ولیکې؟

www.ketabton.com

۱۳-۷.اخځلیکونه (References)

۱.دل، دل اقا. (۱۳۹۰ل ل).د زړه او رګونو ناروغي. ننګرهار پوهنتون ، سهر مطبعه، کابل، افغانستان. مخ: ۲۵ .

۲.دل، دل اقا او هادی، سیف الله .(۱۳۹۳ل ل).د ابهر دسام په ناروغیو کې د زړه د عدم کفایي پېښې.داخله څانګه، طب پوهنځی، ننګرهارپوهنتون. پوهه مجله، مخونه: 45 – ۴۲.

۳. نشاط، محمد طیب. (۱۳۸۸ل ل).تنفسي او د زړه د دساموںو روماتیزمل ناروغي.داخله څانګه، طب پوهنځې ، ننګرهار پوهنتون. مخونه :۲۵۷-۳۱۲.

۴. نصر، محمدکریم .(۱۳۷۰ل ل).امراض قلبی وعائی.دیپارتمنت داخله ، پوهنتون طبی کابل.

صفحه:۱۸۳.

5.Au-Yong, lain. Au-Yong, Amy & Broderick, Nigel. (2010). X- Rays Made Easy ,International Edition. Churchill Livingstone Elsevier , Englind.Pp: 314.

6.Colledge,Nicki. Walker,Brian R & Ralstom,Stuart H.(2010).Davidson's Principles & Practice of Medicine,21st. churchal Livingstone Elsevier India Private Limited.Pp: 612 – 624.

7.Kumar, Parveen & Clark, Michael. (2005).Clinical Medicine, 6th Edition. Elsevier Saunders, London. Pp: 818 – 827.

8.Kumar, Vinay. Cotran, Ramazi and Robbins, Stanley L.(2003). Robbins Basic Pathology, 7th Edition. Saunders, London. Pp. 374 – 380.

9. Longo, DanL. Fauci, Anthony & Kasper, Dennis L.(2008). Harrison's Principles Internal Medicine ,18th Edition. Mc Graw Hill Medical Lisbon London.

Pp :1934 – 1949 , 2752 - 2756.

10.Papadakis, Maxine A. Mcphee, Stephen J and Rabow, Michael W.(2014). Currrent Medical Diagnosis & Treatment, 53rd Edition. Mc Graw Hill Lange New Yark.

Pp : 324- 341 , 405 - 406.

11. Taber's Cyclopedic Medical Dictionary 20th Edition ,F, A, Davis Company ,WWW,FADavis.

www.ketabton.com

اتم څپرکی

انډوکارډايټيس

پيليزه : زړه د بدن د مهمو او حياتي غړو څخه شمېرل کېږي چې ديوال يې ددرېو برخو څخه جوړه شوې ده چې د داخل له خوا د اينډوکارډيوم (Endocardium).، سب اينډوکارډيوم (Subendocardium). او بهرنی برخه يې د ايپې کارډيوم (Epicardium). په نوم يادېږي. د سب انډوکارډيوم التهابي وتيره د سب اينډوکارډايټيس (Subendocarditis).په نوم يادېږي چې انتاني(Infective). او غير انتاني (Non enfective).سرچينه لري.

۱-۸.انتاني انډوکارډايټيس

۱-۱-۸. **تعريف** : د زړه د دسامونو او د انډيوکارډيوم د خارجي يا اندوتيليوم د سطحي منتن کېدلو ته انتاني انډوکارډايټيس وايي.

۲-۱-۸.ګروپ بندي: انتاني انډوکارډايټيس په دوه ډلو وېشل کېږي .(۲).

۱.حاد بکترياييي انډوکارډايټيس : هغه انتاني انډوکارډايټيس دی چې د قوي مرض توليدونکی انتاناتو په واسطه د ورځو يا اونيو په موده کې منځ ته راځی.

۲ . تحت الحاد بکتريايي انډوکارډايټيس: هغه انتاني انډوکارډايټيس دی چې د کمزوري ناروغي منځ ته راوړونکی انتاناتو په واسطه د اونيو يا مياشتو په موده کې منځ ته راځي. دا ناروغي د خپل ډېر ورو او خفي سير له کبله تر زيات وخته پورې د تشخيص څخه پټ پاتې کېږي، هغه وخت پېژندل کېږي چې د زړه په جوړښت کې بدلونونه را منځ ته کړي او دغه بدلونونه په خپل نوبت سره د يو غټ امبوليکې پېښې او يا د څېرې شوې فنګسی انورېزم سبب جوړ شي .دې ناروغي کې ځنې وخت د انډوکارډايټيس په شتون کې تنبُتات غير مايکروبې وي، چې د غيربکتريايي انډوکارډايټيس په نوم يادېږي. په پرمختللی هېوادونو کې د دې ناروغي کلنۍ پېښې په هر ۱۰۰۰۰۰ کسانو کې ۲,۲ _ ۷

www.ketabton.com

دي. په دې هېوادونو کې د مساعد کوونکو فکتورونو د ډلې څخه د زړه ولادې ناروغي د زړه د ځنډني روماتيک ناروغيو ځای ناستي جوړ شوې دي.همدارنګه په ياد شوې هېوادونو کې د دې ناروغي نور مساعد کوونکی فکتورونه عبارت دي له : په غير قانوني ډول د وريد له لارې د درملوکارونه، د دسامونو استحالوي ناروغي او په داخل د زړه کې د ځيني نقشو کارول.همدارنګه په پورتنی ملکونوکې په زړو خلکو کې د انتانې انډوکارډايټيس پېښې زيات ليدل کېږي.د دې ناروغي ۳۰ – ۳۵ سلنه پېښې چې په اصلي او طبيعي دسامونو کې د روغتيايي بې پروايي له کبله را منځ ته کېږي.په ټوليز ډول د انډوکارډايټيس ۱۲ _ ۳۰ سلنه پېښې په هغو خلکو کې را منځ ته کېږي چې مصنوعي دسامونه لري. دا پېښې د دسامونو د ځای په ځای کولو څخه وروسته په لومړنی ۲ - ۱۲ مياشتو کې ډېر ليدل کېږي، چې د دې څخه وروسته پېښې يې کمېږي او ناروغ ثابته بڼه ځانته غوره کوي.

۳-۱-۸. لاملونه : زياتره بکتريا او فنګسونه په Sporadic ډول د انډوکارډايټيس لامل ګرځي.د دې د ځينيو بکترياو لکه: Viridans streptococi,Staphylococci and HACEK د داخلېدلو لارې يې عبارت دي له : خولی ، پوستکی او د پورتنی تنفسي سيستم څخه د Streptococus gallolytic بکتريا د داخلېدلو لاره د معدی معايي څخه عبارت دی. همدارنګه Entrococi د وينې بهير ته د بولې لارې څخه ځان رسوي. نو په ټوليز ډول لاملونه يې په لاندې دوه لويو ډلو وېشل کېږي.

الف . بکتريايي لاملونه

۱ . هغه بکترياوې چې په دوديز ډول د دې ناروغي سبب کېږي عبارت دي له: ستريپټوکوکس ويريډانس، ستريپټوکوکس فيکاليس اوستافيلوکوکس اپيډرمېډ يس . په درملو روږدي خلکو کې او د عمليات څخه وروسته په لومړ نيو شپږو کې معمول لامل يې د ستافيلوکوکاې څخه عبارت دي.

www.ketabton.com

۲ . غیر معمول بکتریاوې چې د انډوکارډایټیس سبب کېږي عبارت دي له : نیمو، ګونو یا مینینګوکوکس، پې پروتیز، بې پایوسیانیز ، د کولمو ګرام منفي

Haemophilus spp Eikekelia spp ، Actinobacillus spp – Corynebacterium spp، او kingelia spp .

ب . غیربکتریایي لاملونه : ریکیټسیایي لکه Coxiella burnetti.او فنګسي انتانات لکه : coddida، monilia، aspergillus، histoplasma او torulosis . Chlamydia type B agent of psittacosis.

۸-۱-۴.پتوجنیسیس او پتالوژی

پتوجینیسیس: د دسام د انډوکارډیوم د داخلي سطحې تخریش یا زخمي کېدل د مایکرو اورګامیزم د ننبتلو له پاره په لاندې ډول لاره هواروي.

۱.کله چې وینه د سب انډوکارډیل اجزاو سره په تماس کې را شي نو ورکوټي Clot جوړېږي.د دې ناروغي پتوجن چې د وینې په بهیر کې شتون لري د دې پرڼ سره په تماس کې راځي او ځان د دې سره ننبلوي او د مانوسیټ د فعالېدو لامل ګرځي.مانوسیټ په خپل نوبت د سایتوکین د جوړېدو لامل کېږي او په پایله کې یو غټ انتاني تیغه رامنځته کوي.

۲. هغه مایکرو اورګانیزمونه چې Fibronectin درلودونکې دي د Transmembrane proteins سره چې د Microulceration له امله را منځته شوي، د یو ځای کېدو په واسطه انتایي انډوکارډایټیس را منځته کوي چې دا پېښه په ستافیلوکوکس اووریس کې لېدل کېږي چې په روغو دسامونو کی را منځته کېدای شي .

www.ketabton.com

پتالوژی : د پتالوژی له نظره لاندې بدلونونه د کتلو وړ وي.

۱ . د ناروغي غوره پتالوژيکی ښه په دسام کې د تېغو را منځ ته کېدل دي، چې په جوړښت کې يې بکتريا او يا کوم بل اورګانيزم شامل وي.چې په ابهر او مترال کې زيات پېښېږي او د درملو په رووړدي خلکو کې د ښی زړه په دسامونو کې ليدل کېږي.

۲. تېغې کېدای شي چې يو يا ګڼ وي.کېدای شي چې يو دسام اخته کړي او يا په عينې وخت کې ګڼ شمېر دسامونه اخته کړي.د تېغې ښه او جسامت د لامل او د انتي بيوتيکو د کارونې پورې تړلی وي.ځکه فنګسونه د بکترياو په پرتله د غټو تېغو لامل ګرځي او د انتي بيوتيکو کارونه د تحت الحاد ناروغيو لامل ګرځي چې تېغې يې دومره ښکاره نه وي.

۳ . ځنې وخت د تېغو د پرمختګ له کبله د دسام د سوريو بندېدل او تنګېدل منځ ته راځي. همدارنګه ځنې وخت تېغې کولای شي چې د دسام د تخريب له کبله د وريقو ، حُليموې عضلو او کوړدا تيندان د شلېدلو سبب جوړ شي .همدارنګه د دسامونو چا پېره ځنې غير دوديز بدلونونه د Ring abscesses په نوم منځ ته راځي.چې په تحت الحاد حالت کې غير معمول وي او په تحت الحاد کې د دسامونو نسجې تخريبات د حاد په پرتله کم وي او هم تېغې يې په خپلو منځو کې سره توپير لري. داسې چې په تحت الحاد کې د تېغو په قاعدو کې د ګرانوليشن انساج موجود وي.

۴ . په دې ناروغانو کې د تېغو څخه د اختلاط په ډول شرياني امبولي جلا کېږي چې ۲۰ – ۵۰ سلنه پېښې جوړوي او د بدن په نورو برخو کې د آفتونو لامل ګرځي مثلا : په دماغ، سترګه ، پښتورګو او نورو کې .

۵-۱-۸.کلينيکې ښه : د دې ناروغي کلينيکی ښه پراخه او د ناروغانو تر منځ مختلف وي. نو د دې ناروغي کلينيکې ښه د انتان، زړه ، امبولي ، معافيتې سيستم او تنفسي سستم پورې اړه لري.

www.ketabton.com

الف . د انتان اړوند کلینیکي بڼه

تبه : په۸۰ – ۹۰ سلنه ناروغانو کې شتون لري چې په ډول، ډول څرنګوالی سره لیدل کېږي. کله کله شدت یې کم وي چې په حاده ناروغي کې هیکتیک وصف لري چې په۴۰ -۷۵ سلنه ناروغانو کې لړزه او خو له ورسره یو ځای وي او کله کله وخیم حالت لري. همدارنګه د تبې او انتان له کبله د دې ناروغانو په ۲۵ – ۵۰ سلنه کې بې اشتهایي، ستړتیا او د بدن د وزن بایلل شتون لري. مګر په لاندې حالتونو کې تبه شتون نه لري لکه : د زړه احتقاني عدم کفایه ، د پښتورګو ځنډنی عدم کفایه ، فنګسي انډوکارډایټیس، د انټي بیوټیکونو کارونه، زاړه خلک او د سپسیس په وخیمه بڼه کې.

کم خوني : په۷۰ – ۹۰ سلنه پېښو کې کم خونې شتون لري . په دې کې د پوستکی د رنګ بدلېدنه په خاکي ژېړ رنګ باندې، چې په کم خونې باندې دلالت کوي.

کلبینګ : چې د ګوتو په کلبینګ کې د غټو ګوتو کلبینګ ژر را منځ ته کېږي. دا پېښه د دې ناروغانو په۱۰ – ۲۰ سلنه کې د لیدلو وړ وي.

د تورې غټېدل : په ۱۵ – ۵۰ سلنه ناروغانو کې دلیدلوو وړ وي .چې د ناروغي په اومه اونۍ کې لیدل کېږي. چې د تتوریت سره یو ځای وي او که چېرې احتشاء را منځ ته شوې وي نو Rub هم د موندنې وړ وي. همدارنګه په ځینو نادرو حالتونو کې کتلوي سپلینومیګالی هم جس کېږي.

د بندونو درد : د انډوکارډایټیس په ۱۵ – ۳۰ سلنه ناروغانو کې رامنځته کېږي چې د مایع د ټولېدو پرته د بندونو لنډ مهاله دردونه پیدا کوي.

ب . د زړه اړوند کلینیکي بڼه: همدارنګه د زړه مرمرونه د انډوکارډایټیس په پرتله زیاتره وخت د زړه د نورو ناروغیو پتالوژی جوړوی.د دې ناروغي په شروع کې مرمرونه کم مګر د وخت په تېرېدلو سره کې په۸۰ – ۸۵ سلنه ناروغانو کې رامنځ ته کېږي. چې د لاندی څرنګوالی درلودونکی دي.

www.ketabton.com

۱.عضوي مرمر: چې د دسامونو د نيمګړتيا او يا په ولادي ډول د زړه او رګونو په آفتونوکې منځ ته راځي.

۲ . د مرمر په شدت کې بدلون رامنځ ته کېدل : په ۲۰ – ۵۰ سلنه پېښو کې د Regurgitant په شدت او وخامت کې زياتوالی را منځ ته کېږي.

۳ .د نوې مرمرونو پيدا کېدل : د دې ناروغي په ۲۰ – ۵۰ سلنه پېښو کې نوې مرمرونه د لاندې حالتونو له کبله رامنځ ته کېږي.د بُطيناتو تر منځ د سيپټوم سوري کېدل. د والسلوا د سينس څېرې کېدل، په حاد ډول د مټرال يا ابهر د دسام د عدم کفايي را منځ ته کېدل.

۴ . د مرمر نشتوالی : په هغه حالتونو کې چې مرمر شتون نه لري عبارت دي له. د زړه د روغ شوې احتشاء څخه وروسته د اختلاط په ډول انډوکارډايټيس چې مورل ترمبس ورسره يو ځای وي، را منځ ته کېږي. وختي را منځ ته شوې انډوکارډايټيس چې پخوانی صحت مند دسام يې اخته کړې وي. د تراې کسپېډ د دسام انډوکارډايټيس چې د مرمر څخه بې برخې وي.

د زړه د عدم کفايي پورې اړوند : په ۳۰ – ۴۰ سلنه ناروغانو کې احتقانی عدم کفايه را منځ ته کېږي. کېدای شي چې د تاکسيک مايوکارډايټيس له کبله را منځ ته شي . په نادرو حالتونو کې پرېکارډايټس يا د اکليلې شريانونو بندېدل د دې ناروغي لامل جوړيدلای شي. همدارنګه په حاد ډول پلمونرې اذيما يو ځای د دسامونو د عدم کفايي سره رامنځ ته کېږي چې په کمه اندازه د زړه غټوالی ور سره وي چې په ډېره چټکۍ سره د زړه د دهانې د کمښت لامل ګرځي.

سيستميک امبوليزم

الف . شرياني .

دماغ پورې تړلی هيموپليجياء يا مايکوتيک انورېزم چې په شلېدلو منتج کېږي. پښتورګی اړوند : چې د کوليکې دردونو او هيمچېوريا لامل ګرځي.

www.ketabton.com

ریټینا: چې د سترګو د دید ګډوډۍ رامنځ ته کوي.

میزینټریک شریانونه: چې د حاد بطني دردونو، د تورې د انفرکشن او احتشاء سبب کېږي.

محیطي اوعیي: په اطرافو کې د ګانګرین رامنځ ته کېدل د مصنوعي دسام اړوند د مقدم انډوکارډایټیس له سببه چې د غټو اوعیو د بندېدلو له کبله منځ ته راځي چې زیاتره وخت په په فنګسې انډوکارډایټیس باندې دلالت کوي.

سږی: د چپ او ښی شنټ له کبله یا د ریوی دسام د اخته کېدو له سببه په دې ناروغي کې د نمونیا پېښې زیات لیدل کېږي.

د معافیتي سیستم اړوند کلینیکې بڼه.

د پوستکی څرګندونې

راوتلې تینار او هایپو تینار

۱ . اوسلر (Osler's) نوډ : د میمپلې په اندازه ، حساسیت لرونکی نوډولونه دي چې د ګوتو او د پښې د غټو ګوتو په قاعدو کې لیدل کېږي چې په ډ له ییز ډول رامنځ ته کېږي او کېدای شي چې مرکز یې خاسف او غاړې یې سور رنګ ځانته غوره کړي او څو ورځې وروسته د چاودېدلو او یا دکومې نښې د پرېښودلو پرته ښه کېږي. همدارنګه Janeway lesion د لاس په ورغوی او یا د پښو په تلو کې د یو غټ او بې درده پپول په بڼه کتل کېږي.

پورتنی دواړه نښې نژدې په ۲- ۱۵ سلنه ناروغانو کې د کتلو وړ دي. (۲) .

پوستکی او مخاطی غشاء: د فارنجیل او د خولې په مخاطی غشاء کې پیتیکیای خونرېزي لیدل کېږي.د نوکانو لاندې د سپلینټر هیمورژ (Subungual) ښکاره کېدل.د ګوتو او د پښې د غټې ګوتي په سرونو کې د اُوسلر د نوډولونو شتون. پیتېشیا د دې ناروغانو په ۱۰ – ۴۰ سلنه برخو کې د کتلو وړ وي.

www.ketabton.com

ریتینا : د رات سپاټ (کشتې ته ورته هیموراژیک خالونه دي چې مرکز یې سپین او غاړې یې سري دي.) چې په ۲ -۱۵ سلنه پېښو کې مثبت وي.(۲).

پښتورګی : ګلومیرولونفرایتیس چې دوام یې په کلیوې عدم کفایه منتج کېږي.(۳).

۶-۱-۸.لابراتواري کتنې

۱ . دوینې کلچر: په دې ناروغي کې د وینې په کلچر کې د ایتالوژیکې مایکرواورګانیزم تر لاسه کېدل د ناروغي د پېژندلو، د مایکرواورګانیزم د حساسیت معلومولو او د درملنې د ورپلان جوړولو له پاره ډېر ارزښت لري. د دې موخې د پاره هغه وخت د وینې د کرنې له پاره نمونې اخیستل کېږي، چې ناروغ د انتي بیوتیک تر درملنې لاندې نه وي او هم په نژدې وخت کې یې انتي بیوتیک یې اخیستې نه وي. نو د ناروغ څخه په ۸ ساعته ولړه کې درې نمونې چې هره نمونه باید د جلا رګ څخه او د وخت په مختلفو واټنونو کې چې د هري نمونې تر منځ واټن ۱- ۴ ساعته وي باید واخیستل شئ! او بیا دې کلچر شئ! چې د مثبت والی په صورت کې بکتریایي انډوکارډایتیس ثابتېږي. که چېرې د درې واړه نمونو پایله بیا هم منفي وي نو لابراتواري ازموینې باید بیا تکرار شي .همدارنګه په دې ناروغي کې د وینې د سیرالوژیک کتنو څخه هم کار اخیستل کېږي.ځکه چې لاندې مایکرو اورګانیزمونه لکه : Brucella د کلچر او هم د فلوروسینس په واسطه انتي بادې یې د مستقیمې کتنې لاندې او یا د PCR په وسي له د مایکرواورګانیزمونو مشخص DNA یا 16 s rRNA تر لاسه کول دي. همدارنګه د دې ناروغانو د وینې په کتنو کې لیکوسایتوسیس چې ۲۰ – ۳۰ سلنه جوړوي، لیدل کېږي.

۲ . الیکتروکارډیوګرافي : په بربښنایي ګراف کې د زړه احتشاء په ګوته کېږي چې علت یې د اکلیلې شریانونو امبولي وي.او د زړه د انتقالي سیستم نقیصه چې د ابهر دسام د بیخ د برخې د ابسیس له کبله منځ ته راځی. (۱، ۲).

www.ketabton.com

۷-۱-۸.پېژندنه : د دې ناروغي د پيژندنې د پاره د ناروغ سره د مختلفو کتنو (تاريخچه، فزيکي معاينه او د لابراتوارې ازموينو مثبتوالی) په واسطه صورت نېسي. او هم د ډوک کريتريا څخه کار اخيستل کېږي چې په لاندې ډول بيانېږي.

۸-۱-۸.د ډوک کريتريا

۱ . پتالوژيکي کريتريا : کله چې د ناروغي له پاره د نسجې يا مايکربيولوژيکې توکو پتالوژيکي کتنې مثبت وي. د دې موخې له پاره نسجې توکي، په اوتوپسي يا د زړه په جراحي عمليه کې اخيستل کېږي چې عبارت دي له :دسامي انساجو، تېغو، امبوليک اجزاء او د زړه د داخلي ابسې د محتوياتو څخه.

۲ ميجر کريتريا : دغه کريتريا عبارت دي له: په انډوکارډايټېس کې د کلچر دوه مثبتې کتنې چې يو مشخص انتان را وښې لکه : ستريپټوکوکس ويريډانسا او يا د HACEK ګروپ انتانات په ګوته کړي. يا په دوه کلچرونو کې چې هره نمونه يې د ۱۲ ساعتونو څخه وروسته سرته رسېدلي وي د مقاوم او دوامداره بکتريميا تر لاسه کول او يا د درېو يا زياتو مثبتو کلچرونو را منځ ته کېدل چې کم ارزښته انتانات لکه : ستافيلوکوکس اووريس يا ستافيلوکوکس اپيدرميس راوښې. يا د کوکزيلا بورنيتې ، بورنيتيلا يا کلاميډيا سېټاسې د پاره سيرالوژيک کتنې مثبت وي.يا د ښه شوې معلوم جين د پاره د ماليکولر اسې (Assay) کتنې مثبتوالی.په ايکوکارډيوګرام کې د متغيرو جوړښتونو، د ابسو جوړېدنه، د نوې رامنځ ته شوې دسامې ريګوارجيتيشن پيدا کېدل.

۳.کوچېني کريتريا عبارت دي له : د زړه ناروغي مساعد کوونکی.

- د سانتي ګريد د ۳۸ درجو څخه لوړه تبه.

- ايمونولوژيکې پېښې لکه: ګلوميرولونفرايټيس، اُوسلرنوډ، رات سپاټ يا د روماتؤييد د فکتور مثبتوالی.

- مايکروبيولوژيکې شواهد چې د ميجر کريتريا سره برابره نه وي.

www.ketabton.com

- د C – reactive او ESR لوړوالی.

- د وعايي آفتونو شته والی لکه : غټې امبولي، سپلينوميګالي، کلبينګ، سپلينټر هيموراژيک پتي شي ا او پرپورا .نوهغه وخت د انتاني اندوکارډايټيس تشخيص ايښودل کېږي چې لاندې شيان په ناروغ کې موجود وي.

- کله چې پتالوژيکي کريتريا مثبت وي.يا

-دوه ميجرکريتريا مثبت وي يا

- يوه ميجراو دوه کوچېني کريتريا مثبت وي يا

- پنځه کوچېني کريتريا مثبت وي. (۲).

۹-۱-۸.**توپيري تشخيص**: دا ناروغي بايد د ټولوهغه ناروغيو څخه جلا شي چې دوامداره تبه ولري.

۱۰-۱-۸.**اختلاطات** : د دې ناروغي اختلاطات په لاندې ډول دي:

۱: په حاد ډول د دسام سورې کېدل.

۲.امبوليزم او د مايکوتيک انوريزم شلېدل.

۳. د بډوډ پاتې والی.

۱۱-۱-۸.**وقايوي درملنه** : هغه ناروغان چې د زړه دسامي او ولادې ناروغي ولري د انتاني اندو کارډايټيس د منځ ته راتلو د پاره مساعد ګڼل کېږي نو ځکه دغه ناروغان بايد د اندو کارډايټيس د منځ ته راتلو د خطر څخه خبر کړای شي او هم بايد د غاښونو پاک ساتني ته ځانګړی پاملرنه وکړي او د بکترېميا د را منځ ته کېدو څخه د مخنيوي په اولو ړتيا ناروغ بايد وپوهول شي انتاني هډه په مناسبو انتي بيوتيکونو او په مناسبو دوزونو سره له منځه يوړل شي .(۲).

www.ketabton.com

د وقایي په صورت کې د بکټریمیا د منځ ته راتګ څخه لږ مخکې انټي بیوټیک توصیه کېږي.څرنګه چې د انډوکارډایټیس ځنې پېښې د غاښونو د وېستلو یا ډکولو، ځنې د یورالوژیک کتنو د سرته رسولو او یا هم ځنې معایناتو یا جراحي عملیو څخه وروسته چې د هضمي او تنفسي جهازونو کې سرته رسېږي را منځ ته کېږي، نو ځکه په پورته یاد شوې حالتونوکې هغه ناروغانو ته چې د زړه ولادي یا دسامې ناروغي ولري، د ناروغي د منځ ته راتګ د مخنیوي د پاره وقایوي تدبیرونه په پام کې باید ونیول شي .د انډوکارډایټیس د منځ ته راتګ د پاره لاندې ناروغان د لوړ خطر سره مخامخ ناروغان دي.

۱. هغه ناروغان چې مصنوعي دسامونه لري.

۲. هغه ناروغان چې مخکې هم په بکټریل انډوکارډایټیس اخته شوې وي که څه هم د زړه ناروغي ونه لري.

۴ . چې د زړه سیانوتیک ناروغي ولري.

لاندې ناروغان په منځنۍ کچه د خطر سره مخامخ دي.

۱ . د زړه ډېرې ولادي ناروغي.

۲ . د زړه د دسامونو روماتیزمل او یا نور کسبي ناروغي.

۳ .هایپرتروفیک کارډیومایوپتي.

۴. د متیرال د دسام پرولپس چې د دسام عدم کفایه هم ور سره یو ځای وي.

پورتنی ناروغانو ته د جراحي عملیاتو او معایناتو څخه مخکې په لاندې ډول انټي بیوټیک د وقایي په خاطر ورکول کېږي.

الف . په هغه حالتونو کې چې د غاښونو، تنفسي جهاز او مرۍ جراحي عملیې سر ته رسېږي لاندې تدبیرونه باید په پام کې ونیول شي .

www.ketabton.com

۱ . ۲ ګرامه امکسیسلین یا ۲ ګرامه سیفالیکسین یا ۵۰۰ ملي ګرامه کلریترومایسین د عملیې څخه یو ساعت مخکې د خولې د لارې وکارول شي یا ۲ . ۲ ګرامه امپیسلین د رګ یا د غوښې د لارې نیم ساعت د عملیې څخه مخکې وکارول شي .که چیرې ناروغ د پنسیلین سره حساس وي نو بیا ناروغ ته ۶۰۰ ملي ګرامه کلینډومایسن د رګ د لارې او یا ۱ ګرام سیفازولین د غوښی د لارې نیم ساعت د عملیې څخه مخکې کارول کیږي.

ب .هغه حالتونه چې د هضمي جهاز (پرته د مرۍ څخه) او بولې تناسلې جهازونو عملیې سر ته رسیږي.

۱ . لوړ رسک لرونکی ناروغانو ته امپیسیلین د جنټامایسین سره یو ځای ۲ ګر امه امپیسیلین د غوښې یا د رګ د لارې او په هر کیلوګرام وزن د بدن یونیم ملي ګرامه جینټامایسین چې (د ۱۲۰ ملي ګرامو څخه باید زیات نه شي) نیم ساعت د عملیې څخه مخکې او بیا ۶ ساعته وروسته یو ګرام امپیسیلین د غوښې یا د رګ د لارې یا یو ګرام اموکسیسلن د خولې د لارې.که ناروغ د پنسیلین سره حساس وي بیا وانکومایسین د جینټامایسین سره یو ځای ورکول کیږي.یعنی وانکومایسین یو ګرام د رګ د لارې د ۱- ۲ ساعتونو په موده کې او په کیلو وزن د بدن یونیم ملي ګرامه جینټامایسین د غوښې یا رګ د لارې نیم ساعت د عملیې څخه مخکې توصیه کیږي.

۲ . منځنی رسک ناروغانو ته امکسیسلین یا امپیسیلین ۲ ګرامه د خولې د لارې یو ساعت د عملیې څخه مخکې یا ۲ ګرامه امپیسیلین د غوښې یا د ورید د لارې نیم ساعت د عملیې څخه مخکې ورکول کیږي.که چیرې ناروغ د پنسیلین سره حساسیت ولري نو ناروغ ته بیا یو ګرام وانکومایسین د ورید د لارې د ۱- ۲ ساعتونو په موده کې نیم ساعت د عملیې څخه مخکې توصیه کیږي.(۱).

۱۲-۱-۸.**معالجوي درملنه** : د دې ناروغي په درملنه کې لاندې ټکی باید په پام کې ونیول شي او د هغې سره برابر تداوي شي .

www.ketabton.com

الف . عمومي اهتمامات

عمومي اهتمامات باید د لاندې ټکو سره سم په لاندې ډول سر ته ورسېږي.

- په بشپړ ډول ناروغ ته باید د بستر استراحت توصیه شي .

- د پروتینو غني خواړه چې ویټامینونه او اوسپنه هم باید ولري ناروغ ته ورکړ شي .که ناروغ کم خونه وي او د وینې تراسفیوژن ته اړتیا ولرې نو ترانسفیوژن ور ته په کمه اندازه او په متکرر ډول وکارول شي .

ب . د مایکروب ضد درمل

۱. مخکې د دې څخه چې ناوړه اختلاطات ورکړي ناروغ ته باید انټي بوټیک ورکړ شي .

۲ . د درملو په مقابل کې د مایکروب د حساسیت سره سم په پوره مقدار سره ناروغ ته انټي بیوټیک باید شروع شي .

۳ .ناروغ ته باید بکټروسایډل انټي بیوټیک لکه : پنسیلین (یا یې مشتقات) ، سیفالوسپورین او امینوګلایکوسیډ په ګوښی ډول یا په اشتراکې ډول توصیه شي .

۴ . درملنې ته تر هغه وخت پورې دوام ورکول کېږي چې تبغې او امبولي د مایکروب څخه پاک شي .چې د دې موخې د تر لاسه کولو د پاره ناروغ ته د ۲ – ۸ اونیو پورې درمل ورکول کېږي.

د درملود کارونې بنسټونه : د درملو ټاکنه د سببې لامل او ټاکل شوې انټي بیوټیکونو څخه صورت نیسي.

د درملوشروع :د درملو په شروع کې باید د ډېر سوچې او فکر څخه کار واخیستل شي .
 تر څو په درملنه کې د ټینګار او د درملنې د پاتې والی ستونزه رامنځ ته نه شي .
نو د دې موخې د تر لاسه کولو د پاره باید مېکروب پوره جوته شي او د هغې په وړاندې د بنه اغېزه من درمل وټاکل شي او هم مستعمله مقدار یې په علمې قضاوت تعین شي .

www.ketabton.com

همدارنگه کوښښ او هاند دې و شي چې درملنه د لابراتواري شواهدو په بنسټ برابر او سم عيار شي او د درملو په شروع کې دې بايد دوه درمله داسې وټاکل شي چې يو د بل د پاره سينرجيتيک ځانګړتياوې ولري تر څو په راتلونکې کې په مطئين ډول د انتاناتو د ټينګار څخه مخنيوي و شي . نو د دې موخې د پاره ناروغان په لاندې ډول تداوي کېږي.

۱ . که چېرې يو ناروغ د سټافيلوکوکس اووريس د پاره مشکوک وي نو ناروغ ته بايد په لاندې ډول د درملنې پلان جوړ شي (۳).

- فلوکساسلين ۱۲ – ۱۲ ګرامه په۲۴ ساعتونو کې + جينټامايسين يو ملي ګرام په کېلو وزن د بدن هر ۸ ساعته وروسته يا نيتليمايسين ۲ ملي ګرامه په کېلو وزن د بدن هر ۸ ساعته وروسته ناروغ ته توصيه کېږي. چې د کارونې لاره يې داده چې په بولس ډول د مرکزي وريد د لارې يا د غاړې د وريدونو د لارې ورکول کېږي .

۲ .که چېرې د ناروغي سببی عامل سټرېپټوکوکس ويريډانس وي د درملنې پلان يې په لاندې ډول دي. پنسيلين ۴ ميلونه يونټه هر ۲ ساعته وروسته + جينټامايسين يو ملي ګرام په کېلو وزن د بدن هر ۱۲ ساعته يا سيفترياکسون ۲ ګرامه د ورځې يو ځل ورکول کېږي.

۳ . که چېري ناروغ په انټروکوکاې مشکوک وي بيا ناروغ ته لاندې پلان توصيهٔ کېږي. پنسيلين يا امپيسېلين ۲ ګرامه هر ۲ ساعته وروسته + جينټامايسين يو ملي ګرام په کېلو وزن د بدن هر ۸ ساعته وروسته يا ټوبرمايسين ۳-۴ ملي ګرامه په کېلو وزن د بدن ۲ ساعته وروسته ناروغ ته توصيهٔ کېږي.

۴ . که چېرې ناروغ په سټرېپټوکوکس باويس، سټرېپټوکوکس فيکاليس او نور د پنسيلين په مقابل کې مقاوم سټرېپټوکوکونو باندې مشکوک وي چې د لاندې انټي بيوټيکونو په واسطه تداوي کېږي. وانکوماسين ۱۰ ملي ګرامه په کېلو ګرام وزن د بدن هر ۱۲ ساعته وروسته ، امپيسېلين د وريد د لارې ۸ ګرامه په۲۴ ساعتونو کې + جينټمايسين يو ملي ګرامه په کېلو ګرام وزن د بدن هر ۸ ساعته وروسته او مقاوم د پنسيلينو ته وانکومايسين ۱۵ ملي ګرامه په کېلو ګرام وزن د بدن هر ۱۲ ساعته وروسته ورکول کېږي.

www.ketabton.com

۵ .که چېرې سببي لامل د ستافیلوکوکس اپیدرمیس څخه عبارت وي نو د درملنې پلان يې په لاندې ډول دې.فوزیډیک اسید ۵۰۰ ملي ګرامه هر ۸ ساعته وروسته + د ورید د لارې وانکومایسین ۱ ګرام هر ۱۲ ساعته وروسته یا سیفازولین د ورید د لارې ۲ ګرامه هر ۸ ساعته وروسته ورکول کېږي.

۶ .که چېرې د ناروغي لاملونه HACEK ګروپ بکتریاوي وي نو درملنه يې په لاندې ډول کېږي. امپیسېلین دوه ګرامه د ورید د لارې هر ۴ ساعته وروسته + جینتما یسین یو ملي ګرام په کېلو ګرام وزن د بدن هر ۱۲ ساعته یا سیفتریاکسون ۱-۲ ګرامه د ورید د لارې ناروغ ته ورکول کېږي.(۳).

۷ .که چېرې په مصنوعي دسام کې کلچر منفي انډوکارډایټیس رامنځ ته شوې وي نو درملنه يې په لاندې ترتیب سره کېږي.وانکومایسین + جینتمایسین +امپیسېلین یا سیفوپیرازون ۱-۲ ګرام د ورید د لارې ورکول کېږي.

د درملنې دوا م : د غیراختلاطي انډوکارډایټیس درملنه ۲ اونۍ دوام کوي.مګر دا دوام ثابت نه وي. ځکه چې د انتان د نوعې، د ناروغي د پېژندنې څخه مخکې د کلینیکې بڼې وخیموالې او د مصنوعي دسام شته والی پورې اړه لري. همدارنګه ځنې ستونزې د درملنې په وخت کې را منځ ته کېږي چې په لاندې ډول ور څخه یادونه کېږي.

د وینې د کلچر منفي والی.

۱ . ناروغ به په نږدې وخت کې انټي بیوټیک کارولی وي.

۲ . حجرې اړوند انتان او یا مخاطی انتانات لکه: لیجیونیلا ، کوکسیلا، HACEK ګروپ او فنګسونه لکه: کانډیډا ، هیستوپلاسماء او اسپرجیلوسیسیس او د کوکسیلا بورنیټې او بارټونیلا د پیژندنې د پاره سیرالوژیک کتنې باید سر ته و رسېږي.

۳ .د ستریپټوکوکس د پیژندنې د پاره ځانګړې شنه (ګروت) ته اړتیا لیدل کېږي.

www.ketabton.com

د پنسیلین سره د ناروغ حساسیت :که چېرې ناروغ د پنسیلین سره د حساسیت پخوانی تاریخچه ولري یا د درملنې په جریان کې حساسیت وښی نو دې ناروغ ته د ورید د لارې اریترو‌ماسین لکټوبیونیټ ۴ ګرامه د ۲۴ ساعتونو په موده کې + ریفامفسین ۱۰ ملي ګرامه په کېلوګرام د بدن د خولې د لارې ورکول کېږي.(۴).

د تبې دوام او ټینګار :که چېرې د مناسبې درملنې سره سره د څه وخت په تېرېدلو سره بیا هم تبه لوړه پاتې شي نو د علت د پاره یې لاندې حالتونه باید ولټول شي .د درملو په مقابل کې د حساسیت پیداکېدل (د پوستکی اندفاعات یا نورې نښې) .

- د پیچکاری په ساحه کې موضعې عکس العمل.

- د انتاني محراق مقاومت لکه: د تورې آبسې یا د کومې بلې برخې انتاني محراق.

- د معمولي انتي بیوټیکونو په مقابل د ال – فارم بکتریاوې ټینګارکول.

- په شروع کې د غیرمناسبو درملوشروع کول.

- د طمعې څخه بهرد ګڼ شمېره انتاناتو شتون.

- د درملنې په وخت کې د بل انتان مداخله خصوصاً د وریدې لینونو له کبله. د حجرې پورې تړلی انتانات : کلامیډیا چې د ډوکسې سیکلین ۴ ګرامه اول ځل بیا هره ورځ ۲ ګرامه ناروغ ته توصیهٔ کېږي او د څه وخت د پاره دوامداره ورکول کېږي.

د منتن دسام تغویضول: د اړتیا په وخت کې او که چېرې دسام صحت، روغ او صحت مند وي بیا د دسام تغویض ته اړتیا نه لیدل کېږي.

- فنګسې انډوکارډایټیس: په ایکو کې د غټو ماتېدونکو تېغو کتل په فنګسې انډوکارډایټیس دلالت کوي چې زیاتره وخت د کانډیډا له کبله منځ ته راځي.درملنه یې د وریدې امفوتراسین په واسطه کېږي چې لومړی ۵ ملي ګرامه د ۲ ساعتونو پهموده کې ورکول کېږي بیا په تعقیب یې په تدریجي ډول د درمل زیاتېدل تر ۷ ورځو پورې په ورځ کې یو ملي

www.ketabton.com

ګرام په کېلو ګرام وزن د بدن ته رسېږي چې اعظمي مقدار يې ۲ ګرامه جوړوي. فلوسايتوسين د ورځې ۱۰۰ – ۲۰۰ ملي ګرامه په څلورو وېشلي دوزونو د خولې د لارې ناروغ ته ورکول کېږي او مصنوعي دسام بايد د جراحي عمليې په واسطه ووېستل شيئ(۲).

ج . جراحي درملنه : د انډوکارډايټيس لاندې ناروغان د جراحي عمليې د پاره کانديد او جراحي ته بايد وسپارل شي .

۱ . کله چې انتان په طبي اهتماماتو سره قابو او کنترول نه شي .

۲ . د دسام د ويجاړېدلو په ځانګړې ډول د ابهر د دسام تخريب ، د سيپټوم نشتوالى، انورېزم او غټه امبولي چې په حاد يا په ځنډنى ډول د زړه د عدم کفايي لامل جوړ شوې وي.

۳ . په مقدم ډول د مصنوعي دسام انډوکارډايټيس.

۴ . د کانديد يا د انتان په شته والى کې د مصنوعي شي انو لرې کول.

۵ . د درملو په روږدي کسانو کې د مغاوضې پرته د تراې کسپېډ لرې کول.

۲ . د CSE په واسطه د آبسې پېژندل او د وړاندې تګ څخه يې مخنيوي کوى. (۱) .

د انذارو له پلوه د ناروغي وقايوي درملنه غوره ارزښت لري خو! که ناروغي رامنځ ته شوې وي. نو درملنه يې ستونزمن او که اختلاط يې ورکړى وي لکه :

۱ . په حاد ډول د دسام سورې کېدل.

۲ . د مايکوتيک انورېزم شلېدل او امبوليزم.

۳ . د بډوډو پاتې والى.

پورتنى درې واړه اختلاطات وژونکى دي.

۲-۸.لنډيز: سب اينډوکارډايټيس د ايتالوژي له مخې په دوه ډلوو وېشل کېږي چې د انتاني او غير انتاني سب اينډکارډايټيس په نوم يادېږي.همدارنګه دا ناروغي په حاد او تحت الحاد ناروغيو وېشل کېږي چې هر يو يې د ځانګړې کلينيکې لوحې درلودونکى دي او که

www.ketabton.com

په وخت او زمان سره یې درملنه صورت ونېسي نو ډېره ښه پایله به ولري او که په وخت او زمان سره تداوي نه شې نو ډېرې بدې پایلې به ولري په ځانګړې توګه ځندنی دسامې ناروغي.

۳-۸.پوښتنې:تشریحې سوالونه

۱.د سب اینډوکارډایټیس لاملونه په څو لویو دستو وېشل کېږي؟

۲ Osler's nodes څه وصف لری؟

۳.سب اینډوکارډایټیس د کومو ناروغیو سره باید DDX شئ!

۴.- د درملوټاکنه په بنسټونو سره سرته رسېږي؟

۵.د سب انډوکارډایټیس انذار څه ډول ارزوي؟

۶.د سب انډوکارډایټیس کوم ناروغان جراحي ته سپاري؟

سم ځوابونه په نښه کړئ!

۷. د فنګسې انډو کارډایټیس شواهد په اولو یکو کې په لاندې ډول دي:

الف: په ایکو کې د غټو ماتېدونکو تېغو کتل په فنګسې انډوکارډایټیس دلالت کوي چې زیاتره وخت د کانډیډا د کبله منځ ته راځي. ب:د ګڼو ورکوټو تیغو شتون. ج:واحده تیغه وي خو! ورکوټې وي. د: پورتنی درې واړه غلط دي.

صحیح په ص او غلط په غ سره په نښنه کړئ!

۸.( ) په سب انډوکارډایټیس کې هېڅکله د دسامونو سورې کېدل منځته نه راځي.

۹.( ) په سب انډوکارډایټیس کې د ډوډۍ پاتې والی د اختلاط په بڼه را منځ ته کېږي.

۱۰.( ) د سب انډوکارډایټیس ناروغي پېژندنه په کومو شي انو باندې ولاړه ده؟ صرف نومونه یې ولیکئ!

www.ketabton.com

۴-۸.اخځلیکونه (References):

۱. نشاط، محمد طیب .(۱۳۸۸ل ل).تنفسي او د زړه د دساموتو روماتیزمل ناروغي. داخله څانګه، طب پوهنځی ، ننګرهار پوهنتون. مخونه: ۳۱۷ – ۳۳۸ .

2.Longo, DanL. Fauci, Anthony & Kasper, Dennis L.(2008). Harrison's Principles Internal Medicine, 18th Edition. Mc Graw Hill Medical Lisbon London.

Pp : 152 – 153.

3.Papadakis, Maxine A. Mcphee, Stephen J and Rabow, Michael W. (2014). Currrent Medical Diagnosis & Treatment, 53rd Edition. Mc Graw Hill Lange New Yark.

Pp : 233-240.

4.Taber's Cyclopedic Medical Dictionary .20th Edition,F,A,Davis Company ,WWW,Fadavis A,Com.

www.ketabton.com

Message from the Ministry of Higher Education

In history, books have played a very important role in gaining, keeping and spreading knowledge and science, and they are the fundamental units 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 today's requirements and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be provided and published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers and authors, and I am very thankful to those who have worked for many years and have written or translated textbooks in their fields. They have offered their national duty, and they have motivated the motor of improvement.

I also warmly welcome more lecturers to prepare and publish textbooks in their respective fields so that, after publication, they should be distributed among the students to take full advantage of them. This will be a good step in the improvement of the quality of higher education and educational process.

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

Finally I am very grateful to German Aid for Afghan Children and our colleague Dr. Yahya Wardak that have provided opportunities for publishing textbooks of our lecturers and authors.

I am hopeful that this project should be continued and increased in order to have at least one standard textbook for each subject, in the near future.

Sincerely,

Prof. Dr. Farida Momand

Acting Minister of Higher Education

Kabul, 2017

www.ketabton.com

Book Name The Respiratory & Rheumatic Heart Diseases

Author Assist Prof Dr Salam Jan Shams

Publisher Nangarhar University, Medical Faculty

Website www.nu.edu.af

Published 2017

Copies 1000

Download www.ecampus-afghanistan.org

Printed at Afghanistan Times Printing Press, Kabul

If you want to publish your textbooks please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office 0756014640

Email textbooks@afghanic.de

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2017

ISBN 9780 987 317 209

www.ketabton.com