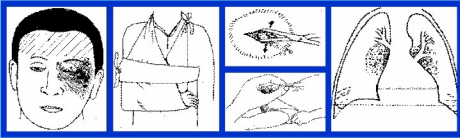


رهنمای عملی مشکلات عام طبی

داکتر مالتی ال وان بلومرودر

Afghanic



پوهنځی فارمسی
Pharmacy Faculty

Dari PDF
2016

Sponsored by



Consulate General
of the Federal Republic of Germany
Mazar-e Sharif

Practical Guide to Common Medical Problems

Dr Malte L von Blumroeder

Download: www.ecampus-afghanistan.org



پوهنځی فارمسی

رهنمای عملی مشکلات عام طبی

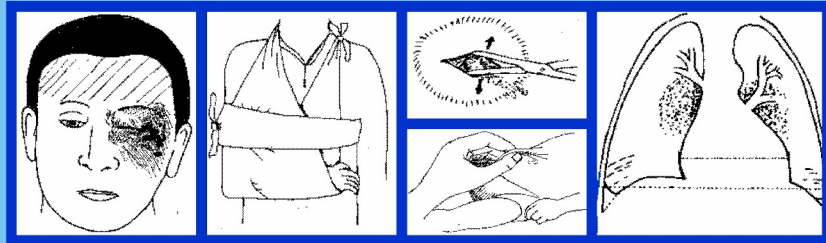


Pharmacy Faculty

Afghanic

Dr Malte L von Blumroeder

رهنمای عملی مشکلات عام طبی



Practical Guide to Common
Medical Problems

Practical Guide to Common Medical Problems

تمویل شده توسط



داکتر مالتی ال وان بلومرودر
۱۳۹۵

Sponsored by



Consulate General
of the Federal Republic of Germany
Mazar-e Sharif

ISBN 978-2-203-00121-3



داکتر مالتی ال وان بلومرودر

۱۳۹۵

فروش ممنوع است

همراهی سی دی

With CD

Not for Sale

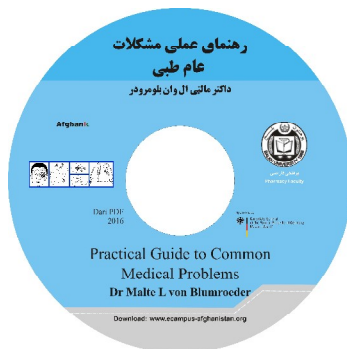
2016



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

رهنمای عملی مشکلات عام طبی

داکتر مالتی ال وان بلومرودر
چاپ دوم



نام کتاب رهنمای عملی مشکلات عام طبّی

مؤلف داکتر مالتی ال وان بلومرودر

ایمیل iam.med.books@gmx.net

ناشر پوهنتون بلخ، پوهنځی فارمسی

وب سایت www.ba.edu.af

تیراژ ۱۰۰۰

چاپ دوم ۱۳۹۵

داونلود www.ecampus-afghanistan.org

چاپ مطبعه افغانستان تایمز، کابل



این کتاب توسط جنرال کنسولگری جمهوری فدرال آلمان در مزار شریف تمویل شده است.

امور اداری و تخنیکي این کتاب توسط مؤسسه افغانیک انجام یافته است.

مسئولیت محتوا و نوشتن کتاب مربوط نویسنده و پوهنځی مربوطه می باشد.

ارگانهای کمک کننده و تطبیق کننده مسؤؤل نمی باشند.

اگر میخواهید کتابهای درسی شما چاپ گردد، با ما به تماس شوید:

داکتر یحیی وردک، وزارت تحصیلات عالی، کابل

دفتر ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل textbooks@afghanic.org

تمام حقوق نشر و چاپ همراي نویسنده محفوظ است.

ای اس بی ان ۳ - ۰۰۱۲۱ - ۲۰۳ - ۲ - ۹۷۸

پیام وزارت تحصیلات عالی



در جریان تاریخ بشریت کتاب و اثر علمی برای کسب، حفظ، پخش و نشر علم و دانش نقش عمده را بازی کرده و جز اساسی پروسه درسی پنداشته میشود که در ارتقای کیفیت تحصیلات دارای ارزش خاص میباشد. از اینرو باید با در نظر داشت نیازهای روز، معیارهای شناخته شده جهانی و ضروریات جوامع بشری، کتب و مواد درسی جدید برای محصلین آماده و چاپ گردد.

از اساتید و مؤلفین محترم کشور قلباً اظهار سپاس و قدردانی مینماییم که با سعی و تلاش دوامدار در جریان سالهای متمادی با تألیف و ترجمه کتب درسی دین ملی خود را اداء و موتور علم و دانش را به حرکت در آورده اند.

از سایر اساتید و دانشمندان گرانقدر نیز صمیمانه تقاضا مینماییم که در رشته های مربوطه خود کتب و سایر مواد درسی را تهیه و به چاپ برسانند، بعد از چاپ به دسترس محصلین گرامی قرار داده تا در ارتقای کیفیت تحصیلات و در پیشرفت پروسه علمی، قدم نیکی را برداشته باشند.

وزارت تحصیلات عالی وظیفه خود میداند تا جهت ارتقای سطح دانش محصلین عزیز کتب و مواد درسی جدید و معیاری را به رشته های مختلف علوم آماده و چاپ نماید.

در اخیر از جنرال کنسولگری جمهوری فدرال آلمان در مزار شریف و همکار ما داکتر یحیی وردک صمیمانه تشکر و قدر دانی مینماییم، که زمینه چاپ و تکثیر کتب درسی اساتید و سایر دانشمندان گرانقدر را مهیا و مساعد ساخته اند.

امیدوارم این کار سودمند ادامه و توسعه یابد، تا در آینده نزدیک در هر مضمون درسی حد اقل یک کتاب درسی معیاری داشته باشیم.

با احترام

پوهنوال دوکتور فریده مومند

وزیر تحصیلات عالی

کابل، ۱۳۹۵

چاپ کتب درسی

استادان گرامی و محصلان عزیز!

کامبود و نبود کتب درسی در پوهنتون های افغانستان یکی از مشکلات عمده به شمار میرود که محصلان و استادان را با مشکلات زیاد روبرو ساخته است. آنها اکثراً به معلومات جدید دسترسی نداشته و از چپترها و لکچرنوت های استفاده مینمایند که کهنه بوده و در بازار به کیفیت پایین فوتوکاپی و عرضه میگردد.

برای رفع این مشکلات ما تا به حال به تعداد ۲۲۳ عنوان کتب مختلف درسی پوهنخی های طب، ساینس، انجینیری، اقتصاد، تعلیم و تربیه و زراعت (۹۶ عنوان کتب طبی توسط کمک مالی انجمن همکاریهای عملی آلمان DAAD، ۱۰۰ عنوان کتب طبی جمع ۲۰ عنوان کتب غیر طبی توسط کمیتهٔ جرمنی برای اطفال افغانستان kinderhilfe-Afghanistan و ۴ عنوان کتاب غیر طبی توسط جمعیت پوهنتونهای آلمانی و افغانی (DAUG) پوهنتون های ننگرهار، خوست، کندهار، بلخ، هرات، کاپیسا، کابل و پوهنتون طبی کابل را چاپ نمودیم. قابل یاد آوری است که تمام کتب چاپ شدهٔ مذکور بصورت مجانی برای تمام پوهنتون های کشور توزیع گردیده اند.

تمام کتاب های چاپ شدهٔ طبی و غیرطبی را از پورتال www.ecampus-afghanistan.org داونلود نموده میتوانید.

در حالیکه پلان ستراتیژیک وزارت تحصیلات عالی (۲۰۱۰ - ۲۰۱۴) کشور بیان می دارد:

« برای ارتقای سطح تدریس، آموزش و آماده سازی معلومات جدید، دقیق و علمی برای محصلان، باید برای نوشتن و نشر کتب علمی به زبان های دری و پشتو زمینه مساعد گردد. برای ریفورم در نصاب تعلیمی، ترجمه از کتب و مجلات انگلیسی به دری و پشتو حتمی و لازمی میباشد. بدون امکانات فوق ناممکن است تا محصلان و استادان در تمامی بخش ها به پیشرفت های مدرن و معلومات جدید زود تر دسترسی بیابند.»

ما میخواهیم که این روند را ادامه داده، تا بتوانیم در زمینهٔ تهیه کتب درسی با پوهنتون های کشور همکاری نماییم و دوران چپتر و لکچرنوت را خاتمه دهیم. نیاز است برای مؤسسات تحصیلات عالی کشور سالانه حداقل به تعداد ۱۰۰ عنوان کتاب درسی چاپ گردد.

از تمام استادان محترم خواهشمندیم که در بخش های مسلکی خویش کتب جدید تحریر، ترجمه و یا هم لکچرنوت ها و چپتر های خود را ایدیت و آماده چاپ نمایند و در اختیار ما قرار دهند، تا با کیفیت عالی چاپ و به طور مجانی به دسترس پوهنځی های مربوطه، استادان و محصلین قرار داده شود.

همچنان در مورد نکات ذکر شده پیشنهادات و نظریات خود را به آدرس ما شریک ساخته، تا بتوانیم مشترکاً در این راستا قدم های مؤثرتری را برداریم.

از محصلین عزیز نیز خواهشمندیم، که در امور ذکر شده با ما و استادان محترم همکاری نمایند.

قابل تذکر است که از طرف مؤلف و ناشر نهایت کوشش گردیده تا محتویات کتب به اساس معیار های بین المللی آماده گردد. در صورت موجودیت مشکلات در متن کتاب، از خوانندگان محترم خواهشمندیم تا نظریات و پیشنهادات شانرا بصورت کتبی به آدرس ما و یا مؤلف بفرستند، تا در چاپ های آینده اصلاح گردد.

از جنرال کنسولگری جمهوری فدرال آلمان در مزار شریف تشکر می نمایم که چاپ این کتاب را برای پوهنتون بلخ به عهده گرفته است.

بطور خاص از دفتر جی آی زیب (GIZ) و CIM (Center for International Migration & Development) یا مرکز برای پناهندگی بین المللی و انکشاف، که برای امکانات کاری را طی پنج سال گذشته در افغانستان مهیا ساخته است، اظهار سپاس و امتنان مینمایم.

از محترمه پوهندوی دوکتور فریده مومند وزیر تحصیلات عالی، محترم پوهنوال محمد عثمان بابری معین علمی، محترم پوهنوال دوکتور گل حسن ولیزی معین اداری و مالی، محترم پوهنمل مکمل الکوزی رییس پوهنتون بلخ، محترم دوکتور محمد صابر مومند مشاور پوهنتون بلخ، رؤسای محترم پوهنتون ها و استادان گرامی تشکر مینمایم که پروسه چاپ کتب درسی را تشویق و حمایت نموده اند.

همچنان از همکاران محترم دفتر هرکدام حکمت الله عزیز، احمد فهیم حبیبی و فضل الرحیم نیز تشکر مینمایم که در قسمت چاپ نمودن کتب همکاری نموده اند.

داکتر یحیی وردک، مشاور وزارت تحصیلات عالی
کابل، می ۲۰۱۶

نمبر تیلیفون دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل آدرس: textbooks@afghanic.org

فهرست مندرجات

الف	فهرست مندرجات	.....
ب	اظهار سیاسی	.....
د	مقدمه و تقریظ	.....
۱	مراقبت خوب صحتی با امکانات محدود	.....
۲	اخذ تاریخچه و اجرای معاینه خوب	.....
۳	معالجه خوب مریض	.....
۴	تب	.....
۵	التهاب سحائاتی توبرکلوزیک	.....
۶	تغذی و سو تغذی	.....
۷	پرابلم های گوش، گلو و بینی و تورم های گردن	.....
۸	پرابلم های تنفسی	.....
۹	اسهالات	.....
۱۰	پرابلم های بطنی و کبدی	.....
۱۱	پرابلم های طرق بولی و تناسلی	.....
۱۲	پرابلم های خون و طحال	.....
۱۳	پرابلم های قلبی	.....
۱۴	پرابلم های عظام و مفاصل	.....
۱۵	پرابلم های سیستم عصبی	.....
۱۶	پرابلم های صحت روان	.....
۱۷	صحت خانم ها و مراقبت از نوزادان	.....
۱۸	پرابلم های اندوکراین (غدوات افراز داخلی)	.....
۱۹	پرابلم های چشم	.....
۲۰	پرابلم های جلدی	.....
۲۱	واقعات عاجل و جروحات	.....
۲۲	مراقبت های آرامبخش و سرطان ها	.....
	ضمیمه ها	
۳۲۶	الف. پروسیجر های عملی	.....
۳۳۴	ب. اکسری صدی	.....
۳۴۱	ج. ارقام لابراتواری نورمال	.....
۳۴۳	د. فورم ها و چارت های مفید	.....
۳۵۱	ح. لست ادویه اساسی	.....
۳۶۹	واژه نامه	.....

فصل دوازدهم کمک نموده اند)، پروفیسور نادر احمد اکسیر متخصص امراض داخله در شفاخانه علی آباد، کابل (در قسمت فصل سیزدهم کمک نموده اند)، داکتر همایون درمانگر متخصص اورتوپیدی در مزار شریف (در قسمت فصل چهاردهم کمک نموده اند)، داکتر محمد نادر عالمی متخصص امراض روانی در مزار شریف و داکتر Marjory Foyle کانسلتانت امراض روانی در لندن، بریتانیا (در قسمت فصل شانزدهم کمک نموده اند)، داکتر Toni Grosshauser از ORA در قسمت اعتیاد دوائی، داکتر Olive Frost از بریتانیا، و داکتر Carolyn Watts از موسسه IAM در کابل که هر دوی شان متخصصین نسائی ولادی اند (در قسمت فصل ۱۷ کمک نموده اند)، داکتر Richard Lewis چشم موسسه IAM در شفاخانه نور، کابل (در قسمت فصل ۱۹ همکاری نموده اند)، داکتر Lawrence Ness کانسلتانت رادیولوژی در Lancaster بریتانیا (در قسمت ضمیمه اکسری صدی همکاری نموده اند).

به صورت اخص از وزارت صحت عامه افغانستان تشکری مینمایم که دسترسی مرا به مراکز شان فراهم ساختند و اطمینان داده میتوانم که پالیسی ها و رهنمود های موجوده شان درین کتاب گنجائیده شده اند.

من از حمایت و همکاری انجمن صحتی بریتانیا، لندن، بریتانیا، داکتر Etzel و Gysling Verena از Infomed Publishers در Switzerland و DIFAEM در Tübingen جرمنی در قسمت اکمال منظم و بلاعوض کاپی های ژورنال صحتی بریتانیا (British Medical Journal، Infomed Screen، Pharma-Kritik و Tropical Doctor) که مرا در جهت حصول اطمینان از جدید بودن و مطابق روز بودن معلومات ارائه شده در این کتاب کمک نموده اند؛ سپاسگذاری مینمایم.

مایه خوشی خاص برای من؛ آن است که کالج شاهی داکتران عمومی، لندن ازین کتاب حمایت بعمل آورده اند. درینجا میخوام خاصاً از داکتر John Howard و داکتر Garth Manning تشکری بعمل آورم.

از داکتر Adrian Howe از Leeds بریتانیا و از Linda Bell از موسسه هئیت معاونت بین المللی در کابل که در خوانش و اصلاح چاپ انگلیسی همکاری جدی نموده اند، ابراز تشکری مینمایم.

چاپ انگلیسی این کتاب بدون ترجمه خوب آن به زبان دری، از ارزش کم برای اشخاص مسلکی صحتی که من این کتاب را برای شان تحریر نموده ام، برخوردار خواهد بود. درینجا میخوام از داکتر نقیب الله جامی که در قسمت ترجمه و تایپ این کتاب کارمشکل و قابل اطمینان را انجام داده اند تشکری بعمل آورم. هم چنان داکتر احمد

بعد از تکمیل نمودن کتاب "رهنمای عملی امراض اطفال" تصمیم نداشتم تا کار بالای کتاب دیگری را شروع نمایم؛ مگر تقاضا و تشویق یک تعداد زیاد محصلین طب و دکتوران افغانستان؛ تصمیم مرا تغیر داد. آقای Tim Mindling سرپرست مؤسسه هئیت معاونت بین المللی (IAM) در سال ۲۰۰۱، که آینده افغانستان در آن زمان نا معلوم بود، مرا تشویق نمودند تا با داشتن امید به آینده بهتر افغانستان کار این کتاب را شروع نمایم. داکتر CR Schull با در اختیار قرار دادن کتاب درسی خوب خود بنام Common Medical Problems in the Tropics and Subtropics and برای من کمک عظیمی نموده و کتاب ایشان مفکوره های خوبی را در جریان تهیه مسوده اولی این کتاب برای من داده است. هم چنان من از پروفیسور David Morley از TALC که مرا در قسمت ایجاد مفکوره برای تهیه این کتاب تشویق نمودند، سپاسگذاری مینمایم.

زمانی که به کارشروع نمودم از منابع متعدد به من کمک صورت گرفت. میخوام از متخصصین و مؤسسات ذیل که نظریات با ارزشی برای من ارائه داشتند، تشکری بعمل آورم:

داکتر Andrew Furber متخصص صحت عامه در Leeds، بریتانیا (در قسمت فصل اول و سوم کمک نموده اند)، داکتر Justin Burdon داکتر طب عمومی از Newcastle، بریتانیا (در قسمت فصل دوم کمک نموده اند)، داکتر Barbara Crosse متخصص امراض انتانی و Oncology از Huddersfield، بریتانیا و داکتر محمدقاسم افضل متخصص امراض انتانی در شفاخانه امراض انتانی کابل (در قسمت فصل چهارم کمک نموده اند)، از مؤسسه HealthNet International (بخش ملاریا)، Kathy Fiekert مشاور پروگرام صحتی در کابل (در قسمت فصل پنجم کمک نموده اند)، Susan Obenschain از پروگرام صحت طفل و مادر مؤسسه IAM در کابل (در قسمت فصل ششم کمک نموده اند)، داکتر David Hanson متخصص امراض گوش گلو و بینی در Leeds بریتانیا (در قسمت فصل هفتم کمک نموده اند)، داکتر Ludger Blecher متخصص امراض تنفسی در Würzburg Germany (در قسمت فصل هشتم کمک نموده اند)، داکتر Jörg-Hartmut Gutknecht در Gunzenhausen جرمنی و داکتر Kyung N Park و Kyung A Park جراحان عمومی IAM در مزار شریف (در قسمت فصل دهم کمک نموده اند)، داکتر Tony Wing کانسلتانت یورولوژی در لندن، بریتانیا (در قسمت فصل یازدهم کمک نموده اند)، داکتر فرید بزرگ از ORA در کابل (ایدس و امراض مقاربتی)، داکتر Nicholas Jackson کانسلتانت هیماتولوژی در شفاخانه Walsgrave، بریتانیا (در قسمت

۱۰-۱، ۱۱-۱، ۱۳-۱، ۱۳-۵، ۱۸-۱، ۱۹-۱، ۲۰-۱،
۲۱-۳، و الف-۹ از Schull CR,

Common Medical Problems in the Tropics and Subtropics, 2nd edition, London: Macmillan 1999.

● SANDEC (دبپارتمنت آب و صحت محیطی در ممالک روبه انکشاف) / EAWAG, Dübendorf, Switzerland برای استفاده از اشکال ۵-۹ که از *How to use SODIS in pictures* از صفحه اینترنتی آنها www.sodis.ch گرفته شده است.

● Sian Hawkins برای اشکال ۵-۶، ۱۶-۱ و ۱۶-۲ که از *Practical Guide to Mental Health Problems*, Kabul: IAM 2004 گرفته شده است.

● سازمان صحتی جهان (WHO) برای اشکال ۲-۲۵، ۳-۶، ۲-۹ و چوکات کرم ها، اشکال ۲-۱۵، ۱۹-۱۵ و الف-۲ که از King M, *Primary Child Care*, Oxford: 1985 گرفته شده است و اشکال ۲-۳ که از چپتر های نمونه نئی برای کتاب های درسی IMCI *Integrated Management of Childhood Illness*, Geneva 2001 گرفته شده، اشکال ۶-۶، ۶-۵، ۳-۹، ۲-۱۲، ۱-۲۱، الف-۱، الف-۵، الف-۱۰، اهتمامات اطفال مصاب انتانات شدید ویا سؤتغذی شدید، رهنما برای مراقبت در قدمه اول رجعت دهی در کشور های روبه انکشاف، جینوا که از نشریات WHO 2002 گرفته شده. اشکال ۱۰-۱۷ که از *Kangaroo Mother Care, A Practical Guide*, Geneva 2003 گرفته شده، اشکال ۷-۱۷، ۸-۱۷ که از کتاب رهنما برای نرس قابله ها و داکتران بنام *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth* و Geneva: WHO 2003، و *Mother Care for Afghanistan* 2004، گرفته شده است.

اگر از واقعات زیادی که در آن صحبت با همکاران افغان شده و مرآتشیق نموده در قسمت طرز تهیه این کتاب رهنمائی نموده اند بیان نمایم، یقیناً جای کافی برای آن درین کتاب وجود ندارد. بهر حال زنده گی در افغانستان و کار با مردم آن برای من خیلی با ارزش بوده و ازینکه نتوانستم نام تمام هم کاران و دوستان خود را ذکر نمایم؛ معذرت میخوام.

در اخیر میخوام مراتب عمیق سپاس خود را از آنجمله دوستانم و کلیسا ها در جرمنی (خصوصاً در Windhagen و Northeim) ابراز نمایم که مرا با سخاوت مندی در قسمت تهیه این کتاب به قیمت قابل پرداخت و با تخفیف بلند کمک نموده اند.

داکتر مالتی ال ون بلومرودر جنوری سال ۲۰۰۵

ضیا (آمون)، داکتر چشم، در مزارشریف در ترجمه کتاب همکاری نموده اند.

باز هم؛ تهیه این کتاب بدون کمک دوست عزیز من، داکتر نادر عالمی؛ ناممکن بود. ایشان با وجود مصروفیت های زیاد در شفاخانه اش؛ وقت خود را در قسمت خواتش و اصلاح ترجمه دری وقف نموده و مثل همیشه؛ مشوره های با ارزش داده اند و با من بوده اند.

من از Anne و Reinhard Munsonius از Göttingen، جرمنی به سبب حمایت شان در موضوعات تخنیککی و از داکتر Peter Armon از لندن، بریتانیا که با من همکاری نموده اند تشکری مینمایم.

این کتاب از حمایت کامل خانواده ام برخوردار بوده و شکرگذارم که ما به حیث یک خانواده توانستیم وقوع آنچه را که میخواستیم، ببینیم. گرچه گاهی کارهای به معنی قربانی شدن بوده با آنها. به همین ترتیب از IAM که مرا منحیث عضو یک خانواده وسیع با آنچه که میتوانستند تشویق و کمک نموده اند؛ ابراز تشکری مینمایم.

از موسسات و ناشران ذیل که به من اجازه دادند تا از تصاویر و مواد شان استفاده نمایم، سپاسگذاری مینمایم.

● AHRTAG برای شکل ۴-۷ که از *ARI news* 25: 1993 و شکل ۶-۸ که از *ARI news* 29: 1994 گرفته شده.

● Crofton J, Horne N, Miller F برای شکل ۲-۵ و ۳-۵ که از تصاویر Crofton J, Horne N, Miller F, *Clinical Tuberculosis*, 2nd edition, London: Macmillan 1999 گرفته شده.

● بنیاد Hesperian را برای اشکال ۲۴-۲، تصاویر متن مربوط به معاینات عصبی، اشکال ۳-۱۴، ۴-۱۴، ۱۱-۱۴، ۱۲-۱۴، ۱۴-۱۴، ۱۴-۱۵، ۱۴-۱۶، ۱۴-۱۷، ۱۴-۱۴، ۱۵-۶، ۱۵-۱۰، ۱۵-۱۱، ۱۲-۱۱، ۱۵-۱۵، ۱۳-۱۵، ۱۴-۱۴، ۱۵-۱۵، ۱۵-۱۶، ۱۵-۱۷، ۱۱-۱۷، ۱۴-۱۴، ۲۰، و ۱۵-۲۰ از Werner,

Disabled Village Children, 2nd edition 1996 اشکال ۱-۳، ۱۰-۱۰، ۴-۱۰، ۲-۲۰، ۳-۲۰، چوکات در رابطه به مراقبت از دندان، ۶-۸، ۵-۱۰، ۶-۱۰، ۱۴-۱۰، ۷-۱۵، ۹-۱۵، ۲-۱۸ و ۱۰-۲۱ که از Werner, *Where there is no doctor*, 1993 Burns, و اشکال ۷-۱۰، ۳-۴، ۳-۱۷ و ۱۲-۱۷ که از *Where Women Have No Doctor*, Berkeley 1997 گرفته شده اند.

● Macmillan Education Ltd و داکتر CR Schull برای اشکال ۲-۵، ۱۰-۱۰، ۶-۱۰، ۳-۳، ۳-۶ و ۴-۹ از Lancaster T, *Setting up Community Health Programmes*, 2nd revised edition, London: Macmillan 2000 و اشکال ۱-۸، ۸-۸، ۱-۱۱، ۱۰-۱۱

مقدمه

برای من تعجب آور نیست که کتاب قبلی مؤلف "رهنمای عملی امراض اطفال" به دلایل متنوع؛ خیلی ها موفق بوده است باور دارم که این کتاب که طرح و ترتیب مشابه آنرا داراست نیز موفق می‌باشد.

در قدم اول کتاب یک کتاب درسی اساسات طبی مناسب برای مراقبت صحتی در افغانستان بوده که امراض معمول، اثرات فرهنگی و منابع قابل دسترس را تحت پوشش قرار میدهد. تجارب مؤلف با مشوره های دوستان ساحوی وی اعتبار محتویات این کتاب را تضمین مینماید.

مؤلف کتاب بالای پرابلم های معمول که بزرگترین اثر را بالای صحت مردم افغانستان دارد، تاکید می‌ورزد. طرز بیان و طرح کتاب مشابه به Primary Care Generalist Professionals بوده که حل موثر پرابلم ها را بوسیله تصاویر، هم در دیاگرام ها و هم در سناریو های تحریری فراهم میسازد.

یقیناً ایجاب مینماید تا کتاب خوانده شود و یک مأخذ عملی برای تمام دکتوران، پرستاران، فارمسست ها و محصلین ایشان (اشخاص مسلکی مراقبت های صحتی ابتدائی) هم در حال حاضر و هم در آینده میباشند.

تقریظ

کتاب دست داشته که بنام "رهنمای عملی مشکلات عام طبی" در اختیار شما قرار دارد؛ دست آورد با ارزشی است که دیدگاه دانشمندان و زحمات مؤلف در آن تبلور یافته است.

مؤلف با شناخت کافی ایکه از پتالوژی موجود در افغانستان و از پرابلم های دست اندرکاران طبابت در سطح خدمات صحتی اساسی داشته، توانسته است به تدوین اثری بپردازد که جوابگوی بسی از سوالات درین قدمه خواهد بود. علاوه بر ویژه گی های فراوان و ارزشمند موجود در بخش ضمائم کتاب، لست ادویه اساسی به غنمندی این اثر افزوده است.

در افغانستان، همانند سایر کشورها، این اشخاص مسلکی در حال حاضر و در آینده در آموزش و تعلیم کارکنان صحتی اجتماعی نقش تعلیمی و آموزشی خواهند داشت. کتاب مطالب اساسی را بر بنیاد اصل رسیده گی به پروبلم ها جهت آموزش و یاد دهی ارائه میدارد، که بخوبی قابل درک می باشد.

بناءً از هر دیدگاه که شما به مراقبت صحتی در افغانستان مینگرید؛ این کتاب وسیله میشود تا بخاطر بیاورد که شما در نزدیکی بیشتر با همکاران تان در راستای مفاد و صحت مریضان تان کار نمائید.

کالج شاهی دوکتوران عمومی در بریتانیا افتخار زیاد دارد که یکی از اعضایش در راستای حمایه و مراقبت صحتی از مردم افغانستان؛ هم به صورت مستقیم و هم از طریق اثر تعلیمی این کتاب کار مینماید.

داکتر جان وی هووارد
رئیس کمیته بین المللی RCGP
رئیس بورد MRCGP (INT)
کالج شاهی دوکتوران عمومی
(Royal College of General Practitioners)
لندن، سال ۲۰۰۵

با مرور هر چند مختصریکه برین کتاب داشته ام، استفاده از آن را برای همه دکتوران بخصوص آنهاییکه در نقاط دور دست کشور به عرضه خدمات صحتی اساسی می پردازند مفید و موثر دانسته برای مؤلف این پیروزی بزرگ را تبریک میگویم.

با احترام

پروفیسور داکتر نادر احمد اکسیر
شف دیپارتمنت داخله شفاخانه تدریسی علی آباد،
کابل، افغانستان
کابل ۲۰۰۵

۱. مراقبت خوب صحتی با امکانات محدود

قطره قطره دریا میشود!

مراقبت های صحتی متمرکز میباشد ولی لازمست تا شما در مورد فکتورهای دیگر نیز آگاهی داشته باشید.

سیستم استندرد (معیاری) صحتی: شفاخانه ها، داکتر ها و کلینیک ها

افراد مریض به تداوی و علاج نیاز میداشته باشند. شفاخانه ها، داکتر ها و کلینیک ها در قسمت عرضه خدمات و تداوی بیماران نقش عمده دارند. کارمندان مراقبت های صحتی از احترام زیاد مردم برخوردار اند. چون مردم به سخنان داکتران، دواسازان و پرستاران خوب گوش میدهند، بناً فرصت خوبی برای ازدیاد دانش طبی مردم در قسمت صحت و سلامتی و ناجوریهها به میان میآید. هر چند این فرصت ها غالباً از دست میرود و مردم مانند تصویر یا شکل ۱-۱ تداوی میگردند. گفته شده "هر گاه شما تنها بیمار را تداوی کنید مثل آنست که بخواهید بحر را با قاشق چایخوری تخلیه نمائید!" هر گاه تنها شخص مریض معالجه گردد امکان دارد حالات زیرین بوقوع بپیوندد: مریض با عین مریضی به همان کلینیک برای گرفتن عین دوا دوباره بر میگردد و دوباره به خانه و همان محیط میرود و به همان مریضی مصاب میشود زیرا شرایط زنده گی که باعث مریضی در جای اولیه شده تغیر ننموده است. بناً تداوی بدون ارایه تعلیمات صحتی باعث بهبودی دوامدار حالت صحت و سلامت نمیگردد.



شکل ۱-۱: سیستم صحتی ستندرد

دهه های اخیر انکشافات سریع را در تکنالوژی جدید طبی و دواها بار آورده است. با آنهم در بسیاری نقاط جهان موجودیت این منابع محدود میباشد که باعث مشکلات هم برای پرسونل طبی و هم بیماران میگردد. البته در چنین شرایط کسانیکه زیاده تر رنج میبرند افراد نادار اند. زیرا افراد فقیر و نادار اند که زیادترین نیازمندی های صحتی را داشته اما دسترسی شان حتی به امکانات محدود هم مشکل میباشد. این حالت؛ عکس قانون مراقبت ها میباشد یعنی محتاج ترین مردم کمترین دسترسی به مراقبت های صحتی پیدا میکنند.

کارمند صحتی که تحت چنین شرایط دشوار کار میکند به مشکلات و پرابلم های زیاد مواجه است. از یک سو او تلاش میکند تا برای خود و خانواده خویش پول کافی بدست آورد و از سوی دیگر او که علاقمند کمک به مردمان زیادی میباشد خود را نسبت محدود بودن امکانات تشخیصیه و تداوی ناتوان احساس میکند. برخی کارمندان صحتی ازینکه تحصیلات نظری شان و تکنالوژی طبی مورد نیاز با حالت کاری فعلی شان مطابقت ندارد احساس نا امیدی میکنند.

این مسأله در مورد شما چگونه است؟ آیا فکر میکنید برای کار در شرایط دشوار با امکانات محدود تربیه شده و خوب مجهز اید؟ آیا احساس بیجرتتی در مقابل بار گران ناجوری ها، رنج ها و مرگ ها میکنید؟

این کتاب شما را جرأت میبخشد. شما میتوانید خدمات مؤثر طبی را در هر جائیکه کار میکنید به مردم عرضه کنید. این بخش کتاب برای شما راهی را که بتوانید خوینتر کار کنید خلاصه میسازد. حتی با منابع و امکانات محدود شما میتوانید مردم، خانواده ها و جامعه را در کشور تان توانائی بخشید تا زنده گی بهتر صحتی داشته باشند. هر گاه هر کس به قدر توان خود کار کند این حالت بهبود مییابد زیرا به یاد داریم که مردم گفته اند: "قطره قطره دریا میشود".

امکانات و محدودیت های سیستم های مراقبت صحتی

صرف داشتن خدمات بهتر صحتی در جامعه راه حل فقر و حالت خراب صحتی نمیباشد. فکتور های زیادی بر حالت صحتی مردم تاثیر دارد، مثلاً بیکاری، بی زمینی، کمی آب پاک، کمی تعلیم و تربیه. این بخش به



صحتی در آن خیلی ها بینظم بوده و در هم ریخته است. مگر به یاد داشته باشید که "قطره قطره دریا میشود!" چهار نظریه ذیل مانند قطراتی اند که میتوان آنها را به دریای رشد و بهبود حالت صحتی مردم خویش و در وطن خویش به کار برید و نتیجه آن مراقبت صحتی خوب خواهد بود که در شکل ۱-۴ نشان داده شده است.



مشکل و پرابلم دیگر سیستم استاندارد آنست که صرف برای افراد محدودی میسر میگردد. مردمان فقیر و آنهائیکه به فواصل دورتر زنده گی میکنند هر گز توانائی استفاده از آن را نمیداشته باشند (شکل ۱-۲ دیده شود).

مراقبت های صحتی در سطح جامعه

مراقبت صحتی در جامعه (community health care) مخالف سیستم عنعنوی نمیباشد و به معنی داشتن یک کلینیک به هر قریه نیست. مراقبت های صحتی جامعه نقش داکتران و شفاخانه ها را در مراقبت های صحتی حیاتی میداند و تفاوت کار آن ها با شفاخانه و داکتران و کلینیک ها آنست که در مراقبت های صحتی جامعه بیشترین توجه به مراقبت های خوب صحتی جهت تقویه صحت مردم شده کمتر توجه به علاج امراض میگردد.

تقویت صحت (health promotion) مردم توسط کارکنان صحتی (community health worker) بار میآید و کارکن صحتی کسی است که در جامعه خود زنده گی میکند و رسم و رواج های آن را میداند و به مقابل نیازمندی های بخصوص مردم عمل میکند. کارکن صحتی با سایر مردم یکجا با این هدف کار میکند تا حالاتی را که باعث ناجوریهها میگردد در جامعه خویش بهبودی بخشد (شکل ۱-۳ دیده شود).

چگونه میتوان مراقبت های خوب صحتی را به مردم عرضه کرد؟

افغانستان خرابی های زیادی را دیده و مردم آن رنج های بیشماری کشیده اند. کار بهبود بخشیدن حالت

ما در اجتماع خود آموزش دیده ایم در آنجا زنده گی مینمائیم و مردم خود را درک مینمائیم. ما به ۸۵% مردم رسیده میتوانیم. مگر ما به داکتران و کلینیک ها ضرورت داریم تا در موقع مریض شدن مردم، آنها را بدانجا رجعت دهیم.



ما در شفاخانه آموزش دیده ایم و در نزدیک کلینیک های خود زنده گی مینمائیم. ما به ۱۰-۱۵% نفوس رسیده میتوانیم. ما در محلات بودباش مردم به کارکنان صحتی ضرورت داریم تا صحت مردم در دراز مدت بهبود یابد.



شکل ۵-۱: مراقبت صحتی جامعه و خدمات معالجوی لازم و ملزوم یکدیگر اند.

در هر جاییکه امکان آن موجود باشد با آنها تیکه در قسمت مراقبت صحتی در جامعه کار میکنند؛ همکاری کنید. اگر شما با ایشان همکاری نمایند آنها مریضان را در موقع ضرورت به شما معرفی مینمایند. شما جهت بهبود صحت به آنها ضرورت دارید (شرح واقعه مریضی را در چوکات مطالعه کنید).

۲. ساحات طبی ایرا که واقعاً بالای حادثات مرگ و میر تغییر وارد مینمایند، به خوبی شناسائی نمایند

پیشرفت ها نه تنها در بوجود آوردن دوا های جدید و تکنالوژی جدید به میان آمده بلکه تحقیقات منابع در حالات فقر راهای ساده و مؤثری را جهت کاهش مرگ و میر نشان میدهد. روش های وقایوی و معالجوی بخصوص در شرایط دشوار و امکانات محدود انکشاف یافته است و افراد مسلکی صحتی را قادر میسازد تا در ممالکی که در آن منابع محدود میباشد از پرکتس های صحتی که بر مبنای شواهد واضح، موثریت شان استوار اند (evidence-based medicine - EBM)، کار گیرند و ثابت شده که این انکشافات تاثیر بارزی بالای وقوع مرگ و میر، ناجوریه ها و مصیبت ها داشته است.

تمامی انکشافات عمده را که درین کتاب خواهی یافت آنها را خوب آموخته و در عمل پیاده نمائید:

- بهبودی حالت تغذی (صفحه ۵۷-۵۸ دیده شود)
- بهبودی پروسه معافیت دهی (صفحه ۴۴ دیده شود)
- رسیده گی به امراض کشنده دوره طفولیت (انتانات حاد طرق تنفسی - ARI، اسهالات و سرخکان؛ فصل ۸ و ۹ و صفحه ۴۲-۴۴ دیده شود)
- اساسات مراقبت (ادغام شده - مثلاً اهتمامات ادغام شده امراض دوره طفولیت IMCI (Integrated Management of Childhood Illness) (صفحه ۸-۹ دیده شود).

۱. با دیگران همکاری نمائید

برای بهبودی صحت در جامعه لازمست هر کسیکه در بخش مراقبت های صحتی دخیل است یکجا با هم کار کنند. شفاخانه ها، داکتران و کلینیک ها صرف برای ۱۰% نفوس کشور میسرند و ضرورت به کارکنان صحتی جامعه است که به همه مردم برسند! از سوی دیگر افرادی که در جامعه مریض میشوند ایجاب رجعت به مراکز معالجوی جهت تدقیق و تداوی را مینمایند. پروسه تداوی و تقویت صحت مردم بایست دست به دست هم به پیش برده شوند (شکل ۵-۱ دیده شود).

مراقبت صحتی به سطح جامعه؛ چگونه بالای زنده ماندن؛ اثر میکند؟

مطالعه دو واقعه

مصطفی طفل ۱۴ ماهه؛ مصاب سؤتغذی شدید بود. دو برادر دیگر او قبلاً فوت نموده بودند. زمانی که مادر مصطفی به شفاخانه رسید؛ مصطفی از باعث اسهالات مزمن و دیهیدریشن به شاک رفته بود. تداوی عاجل؛ وی را از مرگ؛ در روز اول؛ نجات داد و مصاب توپرکلوز تشخیص شد. بعد از دو ماه تداوی؛ او کاملاً تغییر نمود. دوباره خنده میکرد و بازی مینمود. او از شفاخانه رخصت شده ولی هنوز هم تداوی توپرکلوز را ادامه میداد. ۲ ماه بعد اطلاع یافتیم که او فوت نموده. شفاخانه با جامعه کدام رابطه نداشت و امکان تعقیب مریض در خانه اش وجود نداشت.

حسین طفل ۱۲ ماهه بود. وی نیز مصاب سؤتغذی شدید بود. او را به مرکز احیای مجدد تغذی آوردند. و از نظر سپس تداوی نمودند بر علاوه به مادرش آموختند که چگونه او را تغذی نماید. او را به خانه بردند و همان روز کارکن صحتی جامعه از او بازدید نموده در تغذی وی با مادرش کمک نمود. این ویزت در ابتدا روزانه و بعداً هفته وار صورت میگرفت. یکروز حسین شدیداً مریض شد و مادرش وی را نزد کارکن صحتی که میشناخت آورد و کارکن صحتی وی را به کلینیک فرستاد وی در آنجا تداوی شد.

خلاصه

مصطفی به دلیل عدم موجودیت رابطه بین شفاخانه و جامعه فوت نمود. همکاری میان جامعه و کلینیک تغذیه؛ حیات حسین را؛ نجات داد. حسین خوب شد و این موضوع در قسمت درک اینکه مادران چگونه میتوانند غذای خوب و ارزان را برای اطفال شان تهیه نمایند، کمک نمود.



که از نظرش دور میافتد. هر گاه چنین شد شما یک بار دیگر به حالت خراب شکل ۱-۱ قرار میگیرید.

گاهی داکتران در اتاق های انتظار بیماران، پوستر هائرا نصب میکنند که پیام های صحتی درج شده آنها را بیماران نمیدانند. کوشش شود تا پوستر های دریافت و نصب گردد که مطالب صحتی و پیام های آن توسط هریکی از مریضان حتی بیسوادان درک شود.

شما در بخش های مناسب این کتاب پیام های صحتی کلیدپرا خواهید یافت. در ضمن چارت های تصویری را از موسسات غیر دولتی مختلفه بدست آورده میتوانید. برای دواسازان و پرستاران داشتن پوستر ها مفید بوده زیرا از آنها به شکل ماخذ کار گرفته و پیام های صحتی مؤثر را عرضه نموده میتوانند. عرضه پیام های صحتی برای مریضانیکه در جاهای انتظار شفاخانه ها و کلینیک ها منتظر نشسته باشند بسیار مفید میباشد.

زنده ماندن وابسته به دانش میباشد - راپور یک واقعه حقیقی

در یک شهر بزرگ جنگی واقع شد و صد ها فامیل به کوه ها رفتند. فصل تابستان بود. وضعیت اکمال آب خوب نبود. یک تعداد زیاد اطفال مصاب اسهالات شده و یک تعداد شان فوت نمودند. خانم ها متوجه مادری شدند که اطفال وی نیز مصاب اسهال بودند ولی وضعیت شان بسیار خراب نشده و در معرض خطر مرگ قرار نداشتند. دلیل آن چه بود؟ خانم ها از این مادر سوال نمودند. مادر مذکور جواب داد " من طرز تهیه محلول نوشیدنی مخصوص را برای اطفال مصاب اسهال آموخته ام". این مادر طرز تهیه محلول فمی مخصوص جلوگیری از دیهایدریشن را از مواد غذایی به دیگران نیز آموختاند.

- صحت بهتر مادر و نوزاد (مراقبت قبل الولادت، مراقبت زمان ولادت و مراقبت بعد الولادت، پلان گذاری فامیلی و مراقبت طفل نوزاد، (فصل ۱۸ دیده شود)
- توبرکلوز و ملاریا (فصل ۵ و صفحه ۳۶-۳۹ دیده شود).
- کمک های اولیه و جلوگیری از تصادمات (فصل ۲۱ دیده شود)
- بهبود صحت عامه (صفحه ۱-۲، ۱۱۸-۱۱۹ دیده شود)

مساله صحت فراتر از مساله معالجه بیماری و وقایه از مرگ میباشد. در سیستم معیاری طبی تمرکز زیاد بالای اهماتات بیماری های حاد گردیده است. برای بهبود کیفیت زنده گی مریض همیشه تاثیر مریضی را بر زنده گی او و هم چنین حالات زیر مد نظر داشته باشید:

- جلوگیری از ناتوانی ها (صفحه ۱۸۶، ۲۰۵ دیده شود)
- بهبود صحت روانی (فصل ۱۶ دیده شود)
- حمایه مریض مصاب امراض مزمن (صفحه ۲۸-۲۹ دیده شود)

در بخش تداوی مسایل اساسی که بایست عملی گردند عبارت اند از:

- کار برد رهنمود های تداوی و اهماتات استتدر و تجویز معقول نسخه (صفحه ۲۴-۲۶ دیده شود)

۳. استفاده از هر فرصت مساعد جهت دادن آگاهی های صحتی

هر گاه آرزوی کمک را به بیماران دارید بایست در مورد بیماریشان طوریکه آنها بفهمند معلومات و توضیحات دهید. هدف از تعلیمات صحتی عبارت از از دیاد بخشیدن معلومات و بلند بردن سطح آگاهی بیماران میباشد و این کار باید سبب تغیر شیوه های صحتی گردد.

گاهی کارمند صحتی مسلکی به چشم حقارت به بیمار که گویا فرد بیسواد و دهاتی بوده مینگرد که این طرز دید ضعیف و نامناسب میباشد. داکتر خوب میتواند هدایات را به شکلیکه حتی بیمار دهاتی بی سواد آنرا بفهمد ارائه کند (برای دریافت نمونه منفی شکل ۱-۶ دیده شود).

توضیحات شما سبب بقای حیات مریض میگردد. تعلیمات صحتی عین ارزش تداوی بیماری واقعی را دارد زیرا باعث حفظ صحت تمام اعضای خانواده و جامعه میگردد (شرح واقعه در چوکات دیده شود). با تأسف باید گفت وقتیکه داکتر زیاد مصروف میشود تعلیمات صحتی اولین بخشی است

میخورد همه آنچه را آموخته به خاطر می‌آورد. با این شکل تدریس محصل فهم و درک عمیق تری جهت حل پرابلم را نظر به حفظ معلومات در باره مریضی بدست می‌آورد.

ماخذها:

1. Bhutta Z. Practicing just medicine in an unjust world (ed.). *British Medical Journal* 2003; 327: 1000-1001.
2. Brugha R. Working with private health providers to improve quality. *id21 Health News* 2003; 37.
3. Dans A, Dans L. *Introduction to EBM in developing countries*. Centre for Evidence-Based Medicine. University Health Network. www.cebm.utoronto.ca/syllabi/devl/intro.htm (as on 5.4.2004).
4. Lankaster T. *Setting up Community Health Programmes*. 2nd revised edition. London: Macmillan 2000.
5. Ministry of Health. *A Basic Package of Health Services for Afghanistan*. Kabul: 2003.
6. Ministry of Health. *Policy on Community Based Health Worker (CHW)*. Kabul: 2003.
7. Ministry of Health. *Hospital Policy for Afghanistan's Health System*. Kabul: 2004.
8. Ministry of Health. *National Child Health Policy*. Kabul: 2004.
9. *Report of the Fifth Conference on Health Promotion: Bridging the Equity Gap*. 5-9th June 2000, Mexico City.
10. Swartz L, Dick J. Managing chronic diseases in less developed countries. *British Medical Journal* 2002; 325: 914-915.
11. Werner D. *Where there is no doctor*. Revised edition. London: Macmillan 1993.
12. Zwi AB, Brugha R, Smith E. Private health care in developing countries. *British Medical Journal* 2001; 323: 463-464.

۴. اگر شما ره‌نما یا استاد هستید

در پروسه آموزش در بسیاری کشورها تمرکز به یاددهی حقایق اساسی علمی و تداوی در موجودیت شفاخانه‌های مجهز، صورت می‌گیرد که این عملیه غالباً متناسب به حالاتیکه بعداً محصل در آن کار میکند نمیباشد.

◀ هر گاه شما ره‌نما یا استاد هستید، مطمئن گردید که تمامی ساحات ذکر شده بخش دوم این فصل را در کار گرفته اید. زیرا موضوعات خیلی‌ها مهم را که در حالات محدود بودن امکانات به آن مواجه میباشید؛ در بر می‌گیرد.

◀ کوشش کنید تا مؤثرترین روش تدریس را که به پرابلم‌ها متوجه (problem-orientated teaching) باشد، بکار برید. هر کسی که وظیفه طبابت را عملی میکند مریض را با مریضیکه داشته نسبت به موضوعات نظری در باره مرض بهتر بخاطر می‌آورد.

تدریس جهت داده شده به مشکلات با طرح یک پرابلم آغاز میگردد و محصلان در مورد اینکجه چگونه خود را به اصل پرابلم برسانند؛ فکر میکنند. آنها با هم بحث کرده؛ تاریخچه مریض را دانسته، تشخیص تفریقی را در نظر گرفته و راه حل پرابلم را حتی با محدود بودن امکانات جستجو میکنند. با این طرز تدریس محصل وقتی به مریض واقعی بر

۲. اخذ تاریخچه و اجرای معاینه خوب

در صورتیکه اخذ تاریخچه و انجام معاینه را منحیث گردآوری اوبجکتیف معلومات مدنظر داشته باشید، جلوگیری نمائید. در ابتدا شما تمام معلومات را جمع آوری مینمائید و بعداً آنرا تفسیر و تعبیر مینمائید. این تفسیر باید منجر به تشخیص کاری و یک لست مشکلات شود (جدول دیده شود). این ها اساس اهتمامات منطقی را میسازد.

دریک تعداد زیاد شفاخانه ها نتایج تاریخچه و معاینات را در ورق های مخصوص ثبت مینمایند. این ورق ها حاوی خانه برای تمام بخش های مربوط تاریخچه و معاینه میباشد (شکل ۱-۲ دیده شود). داکتر دریافت های خود را در خانه های لازمه ثبت مینماید. این ورق کمک مینماید تا بخشی از ارزیابی از نظر باز نماند. برای کشورهاییکه منابع کمتر تهیه؛ دارند این چنین ورق های چاپ شده ممکن فوق العاده قیمت تمام شوند. مگر برای افراد مسلکی صحی در حالاتی که منابع کم میباشد مهمتر آن است تا چگونه گی ارزیابی کامل و سیستماتیک مریض را بدانند، زیرا ایشان غالباً مجبور اند بر تظاهرات کلینیکی اتکا نمایند. اگر معلومات آنها در مورد تاریخچه، معاینات و علایم کلینیکی ضعیف باشد، مهارت های تشخیصی آنها نیز ضعیف خواهد بود و در نتیجه اهتمامات مریض نیز از کیفیت ضعیف برخوردار خواهد شد.

ضرب المثل جرمنی است میگوید که " شخص صرف با انجام تمرین زیاد میتواند استاد مسلک خود شود". از هرفرصت جهت انجام یک ارزیابی مکمل استفاده نمائید. از معلومات این بخش استفاده نمائید و تمام قدمه های ارزیابی را انجام دهید. دریافت های خود را بر روی یک ورق یادداشت نمائید و تمام ساحات را طوریکه در شکل ۱-۲ نشان داده شده است تحت پوشش قرار دهید.

زمانیکه شما مریض را ارزیابی مینمائید صرف ابنورمالتی هائیرا که در زمان معاینه موجود اند دریافته میتوانید. اخذ تاریخچه است که میتواند آشکار سازد که مریضی چگونه در طی یک دوره زمانی بوجود آمده است. بناً اخذ تاریخچه از اهمیت مشابه به معاینه فزیکری برخوردار میباشد. تاریخچه و معاینه با همدیگر ارتباط داشته و مکمل یکدیگر اند. به طور مثال مریضی که از حملات شدید استما در هنگام صبح رنج میبرد اگر شما او را در هنگام بعد از ظهر معاینه نمائید ممکن است معاینه صدر او کاملاً نورمال باشد. درین واقعه تشخیص استما از نظر شما باز خواهد ماند مگر آنکه شما یک تاریخچه خوب اخذ نمائید.

صرف زمانی اهتمامات درست را اتخاذ نموده می توانید که مریض یا پرابلم مریض را به صورت درست تشخیص نمائید. طریق رسیدن به تشخیص درست عبارت از اخذ تاریخچه و معاینه خوب میباشد. اعراض (چیز های را که مریض احساس نموده و به شما میگوید) و علایم (چیز هائیرا که در جریان معاینه مشاهده مینمائید) را جستجو نمائید. اعراض و علایم چگونه گی مریضی شخص را؛ به شما بیان نموده میگوید که مریض چگونه مریض یا پرابلم دارد. بیشتر از ۹۰٪ تمام تشخیص ها به تنهائی میتواند توسط اخذ تاریخچه و معاینه صورت گیرد.

Pickering داکتر معروف جهان؛ میگوید: "ما باید به شاگردان بیاموزانیم تا حقایق را جمع آوری کنند". این جمع آوری معلومات باید به صورت سیستماتیک صورت گیرد. در غیر آن معلومات مهم از نظر باز میمانند. شاگردان بی تجربه و داکتران جوان اکثراً به زودی بعد از دریافت یک عرض یا علامه که فکر میکنند با یک مریض مشخص صدق مینماید، تصمیم خود را اتخاذ مینمایند. بعداً معاینه مریض به صورت سطحی ادامه یافته و صرف جهت تائید تشخیص متوقعه بکار میرود. تمام دریافت هائیکه به حادثه صدق نمی نمایند مورد چشم پوشی قرار گرفته یا به صورت غلط تعبیر میشوند. شما میتوانید ازین اشتباه

محتویات و نتایج یک ارزیابی کامل

هدف ارزیابی کامل را؛ قادر بودن به گذاشتن تشخیص کاری یا تهیه لست تمام امراض که سبب اعراض و علایم عمده مریض بوده میتوانند تشکیل میدهد.

محتویات ارزیابی

تاریخچه بگیری

۱. شکایت اساسی فعلی
۲. تاریخچه شکایت فعلی
۳. دوا ها، حساسیت ها و واکسین ها
۴. تاریخچه صحی قبلی
۵. معاینه سیستم ها
۶. تاریخچه فامیلی و اجتماعی

مریض را معاینه نمائید

۱. مشاهدات عمومی
۲. معاینه سیستماتیک تمام سیستم های بدن، با شروع نمودن از سیستمی که با شکایت فعلی ارتباط داشته باشد.

نتایج ارزیابی

۱. شما میتوانید یک تشخیص کاری را گذاشته و لست پرابلم ها را تهیه نمائید.
۲. شما میتوانید تصمیم بگیری که آیا به معاینات بیشتر ضرورت است؟
۳. شما میتوانید تدای منطقی را انتخاب نمائید.

ورقه ثبت خصوصیات مریضان داخل بستر

نام: _____ تاریخ: _____ سن: _____ جنس: _____ سکونت اصلی: _____

تاریخچه
 شکایت اصلی فعلی: _____
 تاریخچه شکایت فعلی: _____

دواها (نام دواها، مقدار، مدت زمان): _____

حساسیت ها:
 درود نمودن سگرت: _____
 واکنش ها (اطفال): _____

خانم ها، سن بین ۱۵-۴۵ سال:

TT2	Tetanus toxoid 1	TT4	TT3
TT5			

Measles OPV4 DPT 3 OPV3 DPT 2 OPV2 DPT 1 OPV1 BCG OPV0

ویتامین A ویتامین B Mebendazole

تاریخچه صحنه قلبی: _____

معاینه سیستم ها:

وضعیت عمومی:	میمنه معدی معالی
سیستم قلبی و عروقی	سیستم عصبی
سیستم تنفسی و تنفسی	سیستم حرکتی-سکلتی
سیستم بولی-تاسلی	جلد
صحت روان	
گوش ها و چشمان	

تاریخچه قاعده ای و اجتماعی: _____

معاینه فیزیکی
 ظاهر یا نمای عمومی: مریض یا خوب: _____
 وزن: _____ قد: _____

سوزنهای برقان	تندید	متوسط	ندارد
مشکلات تنفسی	تب		
افسردگی یا سلوک عجیب و غریب	سیانوز		

دست و گردن: _____
 گوش ها، بینی، گلو (ENT): _____
 چشمان: _____
 عادات لغاوی: _____

سیستم قلبی و عروقی: نبض: _____ فشار خون: mmHg / _____
 سیستم تنفسی: دفعات تنفس: _____ فی دقیقه
 موقعیت شرن: _____
 حرکات صدري: _____
 فرج: _____
 اصغا: _____
 پطن: _____
 تقشش: _____
 حساسیت: _____
 کبد: _____
 طحال: _____
 کليه ها: _____
 کلات: _____
 ناحیه تاسلی: _____
 معاینه مقعدی: _____
 سیستم عصبی سکلتی: _____

جلد: _____
 سیستم عصبی: _____
 سويه شعوری: _____
 شخی گردن: _____
 هماهنگی: _____

پلان تداوی: _____

تعلیمات صحنه مربوطه (مهمترین موضوعی را که مریض باید بداند چیست؟): _____
 نام و امضای داکتر: _____

نست پرابلم و پلان تداوی
 تشخیص کاری: _____
 تشخیص تقریبی: _____
 پرابلم های دیگر: _____

معاینات:
 پلان تداوی: _____

شکل ۱-۲: ورقه ثبت خصوصیات مریضان داخل بستر. تمام خانه های خالی باید پر شوند. (صفحات ۳۴۳-۳۴۴ را که حاوی کاپی بزرگ اند جهت فوتوکاپی و استفاده ببینید.)

مگر در دو گروه ذیل مریضان همیشه مریض را از نظر موجودیت سایر امراض ارزیابی نمائید. چه این کار صرف چند لحظه‌ئی را در بر میگیرد:

۱. اطفال پائینتر از ۵ سال.
 ۲. زنانیکه در سن باروری قرار دارند.
- تعداد زیاد این مریضان از حالات زمینوی که با پرابلم های موجوده شان ارتباط نمیداشته باشند، رنج می کشند. اگر شما این حالات زمینوی را که فعلاً خفیف اند شناسائی نمائید، میتوانید از شدید شدن آنها جلوگیری نموده مانع آن شوید تا مرگ مریض را بار آورد. این مفکوره اهمات کامل مدغم شده امراض دوره طفولیت میباشند (IMCI) (Integrated Management of Childhood Illness). این بدان مفهوم است طفلی که برای یک مریضی تداوی میشود همیشه از نظر سایر امراض کشنده دوران طفولیت نیز ارزیابی و تداوی میشود. به طور مثال حتی اگر طفل صرف از باعث التهاب منضمی (conjunctivitis) مراجعه مینماید، شما نزد او ارزیابی های اساسی را انجام میدهید (شکل ۲-۳ دیده شود).
- به عین شکل زنانی را که در دوره باروری قرار دارند از نظر (۱) کمخونی و (۲) کامل بودن واکسین های تیتانوس شان ارزیابی نمائید.

طرز رسیده گی مشابه به اهمات کامل امراض دوره طفولیت (IMCI) برای امراض نو جوانان، کاهلان و (Integrated Management of Adult Illness - IMAI) انکشاف داده شده که در سال های آینده مرعی الاجرا قرار داده خواهد شد.

چگونه میتوان تاریخچه خوب اخذ نمود؟

در اکثریت واقعات شما میتوانید تاریخچه مکمل را در ظرف چند دقیقه اخذ نمائید. اگر مریض کدام پرابلم روانی یا اختلاج داشته باشد، تاریخچه را از اقارب وی یا سایر شاهدان نیز اخذ نمائید. اگر بعداً میخواهید بدانید که آیا تاریخچه انی را که اخذ نموده اید کامل است یا خیر تاریخچه خود را خلاصه نموده و از مریض بپرسید که آیا شما او را بدرستی درک نموده اید یا خیر؟ مریض میتواند معلومات را روشن کند.

در قسمت بالائی ورق یادداشت تان تاریخ، اسم وتخلص مریض، جنس و سن او را بنویسید. در یادداشت های شفاخانه دلیل بستر شدن مریض و اسم شخص معرفی کننده مریض را یا اینکه (خودش آمده یا کدام شخص مسلکی صحتی دیگر او را معرفی نموده) نیز درج نمائید.

چی وقت یک ارزیابی کامل باید انجام شود؟

همیشه قادر نخواهید بود تا ارزیابی کامل را انجام دهید خصوصاً در کلینیک های سراپا که موضوع در چنین حالات قابل قبول می باشد. مگر در حالات ذیل همیشه معاینه مکمل را انجام دهید:

۱. شخص شدیداً مریض باشد.
۲. مرض بیشتر از یک بخش بدن وی را موقوف ساخته باشد.
۳. در مورد تشخیص مرض متیقن نبوده لازم باشد تا تشخیص های احتمالی را رد نمائید.
۴. تداوی قبلی مریضی شخص را علاج نتوانسته باشد.
۵. وقتی شما مریض را در شفاخانه بستر مینمائید.

چی وقت ارزیابی قسمی کافی بوده میتواند؟

در کلینیک های سراپا، زمانیکه شخص شدیداً مریض نباشد و سیستم موقوفه عضویت واضح باشد، تاریخچه مریض را اخذ نموده معاینه فزیکمی مربوط به شکایت مریض و تشخیص احتمالی را انجام دهید (شکل ۲-۲ دیده شود).

مرکز مراقبت صحتی خوب

تاریخ: _____
 نام خانواده گی: _____ جنس: _____
 سن: _____
 شکایت فعلی: _____
 تاریخچه شکایت فعلی: _____

سایر معلومات مفید: _____

معاینات فزیکمی: _____

تشخیص کاری: _____
 پرابلم ها: _____

معاینات: _____

پلان تداوی: _____

تعلیمات صحتی مهم: _____

شکل ۲-۲: نمونه دوسیه مریضان سراپا. از عقب ورق جهت نوشتن نسخه استفاده نمائید.

۲. تاریخچه شکایت موجوده

- دریابید که مریضی چگونه بوجود آمده است؟ برای هر عرض در مورد معلومات ذیل سوال نمائید:
- **شروع و مدت دوام:** "مریضی چی وقت و چگونه شروع نموده است؟" (شروع به صورت آنی بوده یا تدریجی؟).
- **بوجود آمدن اعراض:** "آیا عرض تغییر نموده است؟" "آیا عرض بهبود یافته یا تشدید گردیده است؟"

اگر مریض از درد شکایت داشته باشد در موارد ذیل نیز سوال نمائید. (۱) محل درد: "کدام قسمت بدن شما درد دارد؟" (۲) انتشار: "آیا درد به نواحی دیگر نیز انتشار دارد؟" (۳) خصوصیت: "آیا درد به صورت دوامدار است یا از بین رفته و دوباره پیدا میشود؟" (۴) شدت و (۵) فکتور های که درد را تسکین یا تشدید مینمایند: "آیا چیزی درد را شروع مینماید، آنرا بهبود میبخشد یا تشدید مینماید؟"

به عوض طرح سوال های مستقیم از مریض، ممکن است از مریض قرار ذیل درخواست نمائید: "در مورد پرابلم تان برایم چیز های بیشتر بگوئید." اکثراً این طرز رسیده گی به مریض؛ با اجازه دادن به مریض تا قبل از پرسیدن سوال های مستقیم اول صحبت نماید؛ برای شما معلومات بیشتر مربوطه را فراهم میسازد. هم چنان گوش دادن به سخنان مریض به شما در قسمت دریافتن اینکه مریض در مورد پرابلم خود چه فکر میکند و چه چیزی موجب نگرانی مریض است؛ کمک مینماید. این آگاهی به شما در قسمت دادن مشوره هائیکه مریض آنرا درک نماید و از آن پیروی نماید؛ کمک مینماید.

- آیا در اطرافیان مریض کسی وجود دارد که پرابلم مشابه داشته باشد؟

۳. تاریخچه دوائی، الرژی و واکسیناسیون

از مریض بپرسید:

- "آیا کدام دوا یا دوائی سنتی اخذ نموده ای؟"
- "آیا مقابل کدام ادویه الرژی یا حساسیت دارید؟" (خصوصاً penicillin).
- "آیا تمام واکسین های خود را اخذ نموده ای؟" (این موضوع نزد اطفال و زنان در دوره باروری مهم میباشد)
- "آیا سگرت دود میکنید؟"

نزد تمام اطفال کمتر از ۵ سال ارزیابی های سریع ذیل را انجام دهید:

۱. مریض را از نظر علایم خطر ارزیابی نمائید

- سوال نمائید:
۱. آیا طفل قادر به نوشیدن است؟
 ۲. آیا طفل اختلاج داشته است؟
 ۳. آیا طفل استفراغ نموده است؟
- مشاهده نمائید:
۴. آیا طفل خوب به نظر میآید و یا مریض؟ (بیحالی و بیهوشی)

۲. اعراض اساسی را ارزیابی نمائید

۱. سوءتغذی؟ (ضیاع شدید وزن، اذیمای پاها)
۲. سرفه و مشکلات تنفسی؟ (دفعات تنفس مریض را حساب نمائید، فرورفته گی صدری را مشاهده نموده و صدر مریض را از نظر stridor اصغا نمائید)
۳. اسهال؟ دیهیدریشن؟
۴. کمخونی؟ (کف دست مریض را از نظر خسافت معاینه نمائید)
۵. تب؟ (علایم التهاب سحابا و سرخکان را جستجو نمائید)
۶. پرابلم های گوش (آمدن افرازات از گوش و تورم خلف صیوان گوش را جستجو نمائید: mastoiditis)
۷. پرابلم های چشم (قیح، و تاریک شدن قرنیه را که علامه فقدان ویتامین است، جستجو نمائید)

۳. حالت معافیت مریض را ارزیابی نمائید:

BCG + OPV 0	DPT1+ 0PV 1	DPT 2 + OPV 2
DPT 3 + OPV3	Measles + OPV 4	

۴. حالت ویتامین A را ارزیابی نمائید.

تمام اطفال بین سنین ۶ ماهه تا ۵ ساله باید در هر ۶ ماه یک دوز ویتامین A اخذ نمایند.

۵. مریض را از نظر اخذ ادویه ضد کرم ارزیابی نمائید:

تمام اطفال بالاتر از یک سال باید یک دوز واحد mebendazole را در هر ۶ ماه اخذ بدارند.



این ارزیابی به شما کمک مینماید تا:

۱. پرابلم ها از نظر باز نمانند و خطرات پنهانی را شناسایی نمائید.
 ۲. در قسمت عاجل بودن تدای طفل تصمیم بگیریید:
 - تدای عاجل و یا رجعت مریض به شفاخانه
 - تدای مریض به شکل واقعه سراپا
 - تدای در خانه همراه با ادویه خانه گی
- همیشه به خاطر داشته باشید تا تعلیمات صحی لازمه را بیان نمائید.

شکل ۳-۲: طرز ارزیابی تمام اطفال کمتر از ۵ سال.

۱. شکایات عمده موجوده

- دریابید که دلیل مراجعه امروز مریض نزد شما چیست؟ ● از مریض بپرسید "پرابلم شما چیست؟"

۴. تاریخچه صحتی قبلی

- خون در ادرار وجود دارد؟
- درد "گرده" وجود دارد؟

○ سیستم عصبی:

- سردردی وجود دارد؟
- اختلاجات وجود دارد؟
- ضعفی بازو ها و پاها؟

○ صحت روان:

- آیا بسیار غمگین و نگران است؟
- آیا مشکلات خواب دارد؟

○ سیستم حرکی - اسکلتی:

- آیا درد، شخی، یا تورم مفاصل وجود دارد؟
- آیا درد کمر وجود دارد؟

○ گوش ها و چشم ها:

- آیا پرابلم های شنوایی و بینائی وجود دارد؟
- آیا افزازات گوش وجود دارد؟

○ جلد:

- آیا بخارات جلدی وجود دارد؟
- آیا کتلات یا تورم وجود دارد؟

○ امراض نسائی:

- آیا عادت ماهوار نورمال است؟ آخرین دوره عادت ماهوار او چه وقت بوده است؟ (دانستن اینکه آیا زن ایکه در دوره باروری قرار دارد حامله است یا خیر؟ مهم است)
- آیا خونریزی یا افزازات غیر نورمال مهلی وجود دارد؟

۶. تاریخچه فامیلی و اجتماعی

○ در مورد خانواده و حالت اجتماعی مریض سوال نمائید چه یک تعداد زیاد امراض مثلاً سوتغذی از مشکلات اجتماعی منشا میگیرند:

- "کی با شما در یک خانه زنده گی مینماید؟"
- "آیا درین اواخر کدام پرابلم صحتی در فامیل شما وجود داشته است؟"
- "از فامیل تان کی کار میکند و چه کار میکند؟"
- "درآمد ماهوار فامیل تان چقدر است؟"
- "در فامیل شما کی خوانده و نوشته میتواند؟"
- "آب نوشیدنی تانرا از کجا بدست میآورید؟"
- "آیا به کدام تشناب دسترسی دارید؟"

چگونه میتوان یک معاینه فزیکلی خوب را انجام داد؟

با اخذ تاریخچه مفکوره خوبی در مورد پرابلم مریض بدست میآورید. اعراض او غالباً نشان دهنده آنست که

از مریض در مورد تاریخچه صحتی قبلی او بپرسید تا بدین طریق در مورد پرابلم های صحتی قبلی مریض که میتواند با شکایت موجوده وی مرتبط باشد یا ایجاب توجه خاص را نماید، معلومات بدست آورید.

○ "آیا قبلاً کدام مریضی شدید داشته اید یا در شفاخانه بستر شده اید؟"

○ "آیا کدام عملیات جراحی یا حادثه ترفایکی را پشت سر گذرانیده اید؟"

○ "آیا برای توبرکلوز تداوی شده اید؟"

۵. معاینه سیستمیک

بعض اوقات یک تعداد مریضان تا زمانیکه شما از ایشان سوال نمائید اعراض مربوطه را نمی گویند. مریض ممکن فکر نماید که آن اعراض مهم نمیباشند. یا اینکه نمی خواهد در باره آنها سخن گوید. هدف معاینه سیستمیک آنست تا شما اطمینان حاصل نمائید که اعراض مربوط از نظر دور نماند. معلوماتی را که شما در جریان معاینه در مورد آن سوال مینمائید شامل تمام اعراض اصل امراض سیستم های بزرگ بدن میباشد. سوالاتی را که انجام داده اید دوباره تکرار ننمائید. اگر کدام عرض جدید را در مییابید در مورد تفصیلات مکمل آن سوال بعمل آورید.

○ وضعیت عمومی:

- آیا اشتهای مریض نورمال است؟
- آیا ضیاع وزن داشته است؟
- آیا تب دارد؟
- آیا درد دارد؟

○ سیستم قلبی و عائی و تنفسی:

- سرفه دارد؟
- بلغم دارد؟
- مشکلات تنفسی دارد؟
- درد صدری دارد؟
- پندیده گی پاها دارد؟

○ سیستم معدی معائی:

- دلبدی و استفراغ دارد؟
- اسهالات و قبضیت دارد؟
- درد بطنی دارد؟
- تورم و کتلات بطنی وجود دارد؟
- عسرت بلع دارد؟
- یرقان وجود دارد؟

○ سیستم بولی و تناسلی:

- درد در وقت ادرار نمودن وجود دارد؟

• مصاب افسرده گی است؟ • درد میکشد؟ • تب؟

• تشنه گی دارد؟

• چشمان فرورفته وجود دارد؟ (تنفیص الاستیکیت جلدی) = دیهایدریشن

• تنفس سریع و مشکلات تنفسی؟

• فرورفته گی صدی؟

• آواز های تنفسی قابل سمع؟ = مشکلات تنفسی

• لاغری شدید؟

• اذیمای قدم؟ = سوتغذی

• مریض است

• یرقان دارد؟

• سیانوز دارد؟

• خسافت کف دستان = کمخونی

شکل ۴-۲: مشاهدات عمومی

سبب پرابلم را در کدام سیستم عضویت او مد نظر داشته باشیم.

طوری که قبلاً گفته شد، ضرور است تا یک طرز معمول معاینه فزیکای ایجاد شود. این طرز معمول در قسمت اینکه کدام چیز مهم را فراموش نکنید، کمک خواهد نمود. صرف زمانی میتوانید اجرای یک معاینه فزیکای خوب را بیاموزید که وقت زیاد را تمرین نمایند. همیشه کامل باشید. توضیح معاینه فزیکای خوب درین کتاب چندین ورق را در بر میگردد. در کار عملی این موضوع صرف چند دقیقه را در بر میگردد.

در صفحات بعدی توضیح شده است که چگونه یک مریض به صورت کامل معاینه شود و کدام علائم جستجو شوند. اگر کدام علامه غیر نورمال را در میابید؛ به صورت خاص علائم بیشتر را جستجو نمایند. بطور مثال: اگر بطن مریض انتفاخی است در یابید که آیا از سبب تجمع مایع بوجود آمده یا کدام کتله یا کدام سبب دیگر؟ اینکه چگونه باید یک علامه غیر نورمال را بیشتر ارزیابی نمود و چگونه به یک تشخیص رسید؟ در بخش های مربوط همان سیستم توضیح شده است. درین فصل شما عمدتاً چگونه گی جمع آوری سیستماتیک معلومات را می آموزید.

به مریض نگاه کنید

مشاهده عمومی (شکل ۴-۲)

زمانیکه با مریض صحبت مینمایید وضعیت عمومی مریض را مشاهده نمایند. ممکن یک ناتوانی را مشاهده نمایند که با پرابلمی که مریض از آن شکایت می کند، ارتباط ندارد مگر هنوز هم مهم بوده تا مدنظر گرفته شود (مثلاً کانترکچر - contracture های که از پولیومیالیت سابقه بوجود آمده است).

○ آیا شخص مریض به نظر میرسد یا خوب است؟ (شکل ۵-۲)

○ آیا مریض مصاب سوء تغذی است؟

○ آیا مریض مصاب دیهایدریشن است؟

○ آیا تنفس مریض سریع است یا مشکلات تنفسی دارد؟

○ آیا مریض کمخون است؟

○ آیا مریض یرقان دارد؟

○ آیا مریض سیانوز دارد؟

○ آیا مریض تب دارد؟

○ آیا مریض درد دارد؟

○ آیا مریض به افسرده گی دچار است؟ آیا مریض از خود روش عجیب نشان میدهد؟

طفل صحتمند:

- به اطرافیان خود علاقه مند است؟
- فعال و متحرک است.
- خنده مینماید.
- غذا میخورد.

طفل مریض:

- طفل سست و بیحال و خاسف است و به اطرافیان خود علاقه مند نیست.
- حرکت نمیکند.
- سست و بیحال است (دستان وی طوری اویزان میباشد که گویا عضله نداشته باشد).
- غذا نمیخورد.
- اطفال خوردسال: مخرش بوده و به صورت غیر نورمال گریه مینمایند.

شکل ۵-۲: طرز تشخیص اطفال مریض و خوب

مریض را معاینه نمایند

معلوماتی که از طریق اخذ تاریخچه و مشاهده مریض بدست میآید نشان دهنده آنست که کدام سیستم عضویت ماوف شده است. همان سیستم بدن را در اول معاینه نمایند. بعد تمام بخش های بدن را به نوبت معاینه



نمانید. هرگاه تمام سیستم های بدن را معاینه مینمائید ترتیب اجرای آن آنقدر مهم نمیباشد.

اگر خوردسالی را معاینه مینمائید او را در حالیکه بالای زانو مادرش نشسته است؛ معاینه نمانید. در ابتدا سرعت تنفس او را حساب نمانید بعداً بطن او را با ملایمت معاینه نمانید سپس سیستم تنفسی و در اخیر سایر سیستم ها را معاینه نمانید. گوش ها و گلوئی طفل خوردسال را در اخیر معاینه نمانید زیرا ممکن است وی را ناراحت و برآشفته سازد.

در جریان هر بخش معاینه کلینیکی از چهار قدمه ذیل پیروی نمانید:

۱. **تفتیش (inspection):** ببینید و مشاهده نمانید
۲. **جس (palpation):** با دست های خود جس نمانید.
۳. **قرع (percussion):** به آهسته گی ضربه وارد نموده و بشنوید.
۴. **اصغا (auscultation):** بشنوید (معمولاً با ستاتسکوپ - stethoscope)

راس و عنق (به شمول چشمان، گوش ها، بینی و گلو)

• آیا پرده های گوش نورمال اند؟ (توسط یک اوتوسکوپ - otoscope - معاینه نمانید)

○ از مریض تقاضا نمانید که دهن خود را باز نماید و به صورت سیستماتیک لب ها، دندان ها، پیره ها و وجه داخلی رخسار ها و بلعوم را معاینه نمانید (شکل ۸-۲).

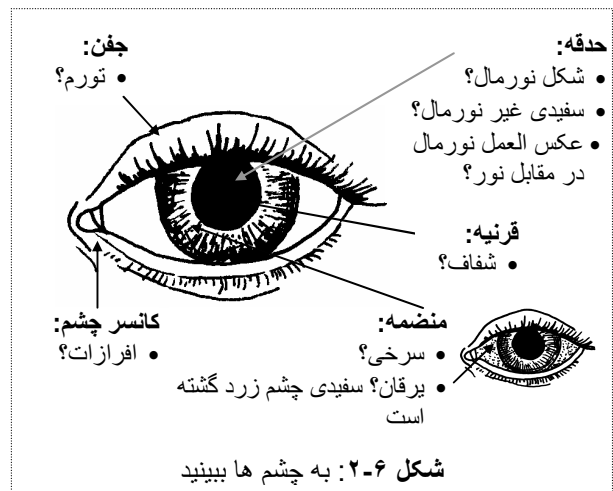
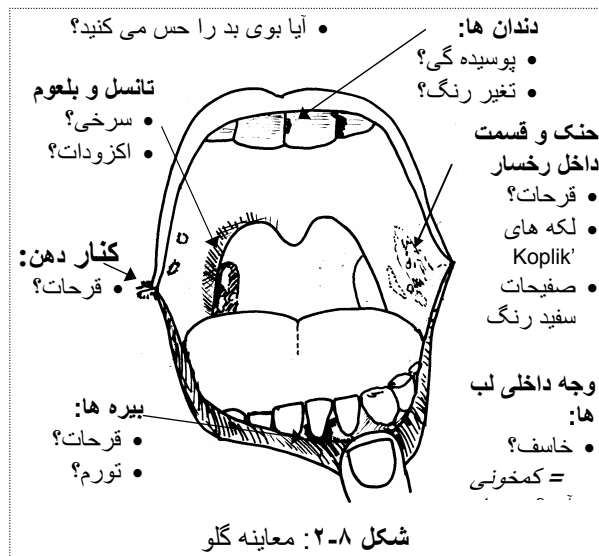
- آیا زخم های کنار دهن وجود دارد؟
- آیا طرف داخل لب ها خاسف است یا آبی؟
- دندان ها: آیا خرابی دارند؟ آیا تغییر رنگ داده اند؟
- پیره ها: آیا تورم و خونریزی وجود دارد؟
- طرف داخل رخسار ها: آیا پلاک ها و لکه ها وجود دارد؟
- بلعوم: آیا سرخی، قرحات یا اکزودات بر بالای تانسل ها وجود دارد؟

○ به چشمان مریض ببینید (شکل ۶-۲ دیده شود)

- آیا برفان وجود دارد؟
- آیا چشمان فرورفته اند؟
- آیا چشمان خشک اند؟
- آیا سرخی، سفیدی غیر نورمال یا افزازات وجود دارد؟
- آیا حدقه ها غیر نورمال اند؟
- آیا قرنیه ها غیر نورمال اند؟

○ به گوش ها و بینی مریض ببینید. (شکل ۷-۲)

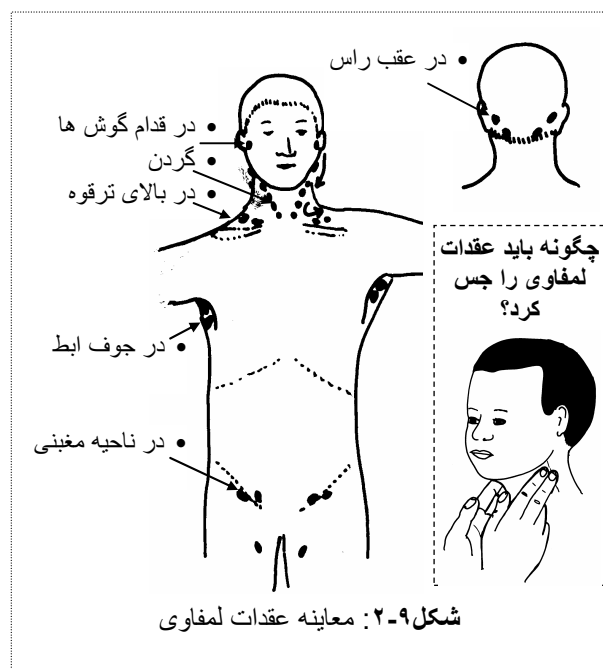
- آیا افزازات وجود دارد؟
- آیا پندیده گی خلف گوش وجود دارد؟
- آیا سوشکل بینی وجود دارد؟



عقدات لمفاوی

○ عنق مریض را تفتیش نموده آنرا از نظر موجودیت **کتلات** و **تورم** جس نمائید. (شکل ۹-۲ دیده شود).
بعداً سایر عقدات لمفاوی (ناحیه ابطی، فوق ترقوی و مغربی) را جس نمائید. در هر تورم در مورد حالات ذیل تصمیم اتخاذ نمائید:

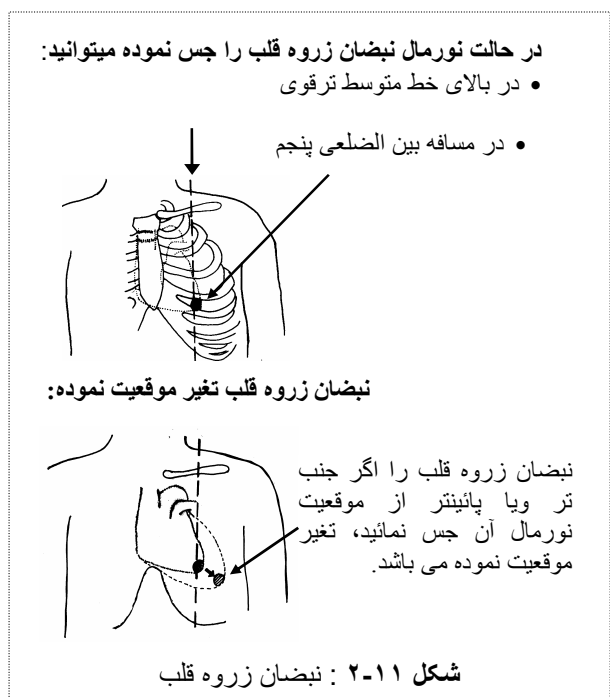
- آیا سرخی و گرمی دارد؟
- آیا حساسیت دارد؟
- آیا سخت است یا نرم؟ آیا مایع در داخل آن وجود دارد؟



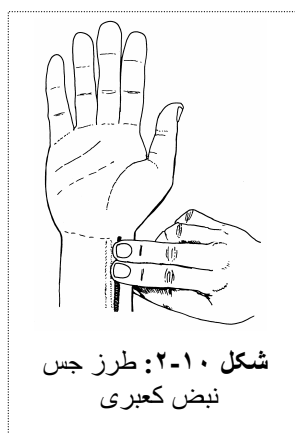
نموده بعداً آنرا ضرب عدد ۴ نمائید. نتیجه حاصله سرعت نبض را در یک دقیقه نشان میدهد. سرعت نورمال نبض در کاهلان ۶۰-۸۰ ضربه فی دقیقه میباشد. اگر کمتر از ۵۰ فی دقیقه باشد بنام برادی کاردی (bradycardia) و اگر بیشتر از ۱۰۰ فی دقیقه باشد بنام تکیکاردی (tachycardia) یاد میشود.

- **ریتم:** آیا منظم است یا غیر منظم؟
- **حجم:** آیا نبض نورمال است یا ضعیف یا غیر قابل جس؟ (در حالت نورمال شما نبض را به صورت قوی جس مینمائید. این بدان معنی است که هر تقلص قلب مقدار نورمال خون را بداخل شریان ها پمپ مینماید)

○ یک دست تان را بالای قلب بگذارید و جس نمائید که آیا **تکان زروه قلب** (apex beat) در محل نورمال خود قرار دارد یا انحراف نموده است (شکل ۱۱-۲ دیده شود)؟



قلب و دوران خون (سیستم قلبی و عائی)



○ **نبض** (کعبری) radial (pulse) را در انسی عظم رادیوس (کعبره) توسط دو انگشت شهادت جس نمائید. از انگشت کلان تان استفاده نمائید (شکل ۱۰-۲ دیده شود). موضوعات ذیل را یادداشت نمائید:

- **آواز های قلبی** (heart sounds) را توسط ستاتسکوپ اصغا نمائید (شکل ۱۲-۲ دیده شود).
- **فشار خون** (blood pressure) مریض را اندازه نمائید (شکل ۱۳-۲ دیده شود): آیا نورمال است یا بلند یا پائین؟
- مریض را از نظر **اذیما** (oedema) در بند پا و ناحیه عجزی معاینه نمائید.

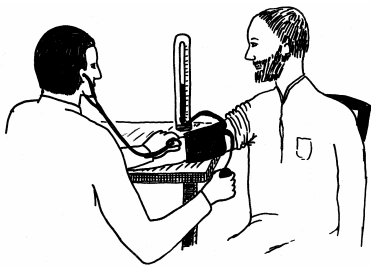
• **سرعت:** آیا سرعت نبض نورمال، بطی یا سریع است؟ (سرعت نبض را حدس نزنید بلکه آنرا حساب نمائید: نبض را برای ۱۵ ثانیه حساب

فشار خون:

زمانی که قلب تقلص مینماید خون را بداخل شریان های بزرگ پمپ مینماید. شریان های مذکور کش شده و قبل از وقوع تقلص بعدی خون را بداخل شریان های کوچک میرانند و قبل از تقلص بعدی قلب یکمقدار خون بداخل شریان باقی مینماید و بدینطریق فشار خون همیشه باقی مینماید. فشار خون در هنگام پمپ آن بداخل شریان ها در بلند ترین سطح خود میباشد (= فشارخون سیستولیک، نزد کاهلان در حالت نورمال 100-135 mmHg) و فشار خون شریانی اندکی قبل از پمپ نمودن خون بداخل شریان پائینترین سطح خود را میداشته باشد (فشار دیاستولیک؛ در حالت نورمال نزد کاهلان 70-85 mmHg میباشد).

چگونه باید فشار خون را اندازه نمود؟

۱. بازوی مریض باید تکیه داده شود. کف آله فشار در اطراف بازوی مریض محکم بسته شود. کف آله باید بالای لباس بسته نشود، بل اولاً آستین مریض بالا قات شود. متوجه باشید اگر کف آله بسیار کوچک باشد فشار را به صورت نادرست بلند نشان میدهد و اگر بسیار کلان باشد فشار را به صورت نادرست پائین نشان میدهد.



۲. نبض عضدی را جس نمائید و بعداً کف آله را سریعاً تا 30 mmHg بالاتر از درجه ئی که نبض عضدی ناپدید شود؛ هوا دهید.

۳. ستاتسکوپ را بالای شریان عضدی گذاشته و هوای کف آله را به اندازه ۲-۳ ملی متر فی ثانیه تخلیه نمائید. آواز (Korotkoff) را اصغا نمائید.

آوازی که اول شنیده میشود عبارت از فشار سیستولیک میباشد. نقطه ایکه تمام آواز ها ناپدید میشوند عبارت از فشار دیاستولیک میباشد.

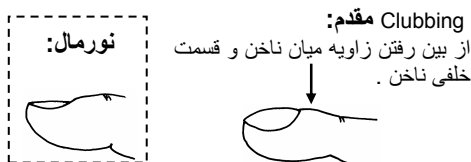
۴. درجه دقیق فشار را یادداشت نمائید.

نوت: نزد اطفال ، بعض اوقات شنیدن آواز ها مشکل میباشد. در چنین حالات در جریانی که هوای آله فشار را تخلیه مینمائید نبضان شریان عضدی را جس نمائید. فشار سیستولیک همان درجه است که در آن نبضان شریانی دوباره پیدا میشود.

شکل ۱۳-۲: اندازه نمودن فشار خون

○ **دستان مریض را مشاهده نمائید:**

- آیا کلینینگ (clubbing) انگشتان وجود دارد؟ (شکل ۱۵-۲ دیده شود)

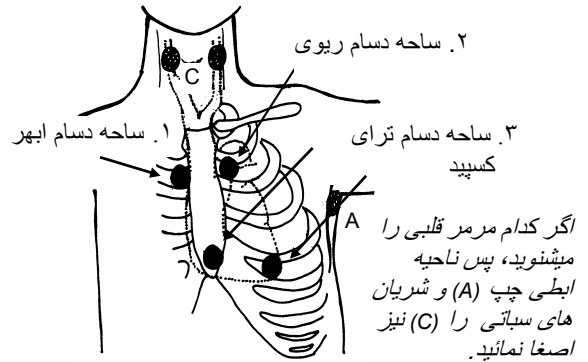


بعد تر ناخن ها منظره چوب دهل را بخود میگیرند.



شکل ۱۵-۲: Clubbing انگشت ها

قلب را در چهار موقعیت ذیل اصغا نمائید:



در حالت نورمال دو آواز قلبی را شنیده میتوانید (آواز اول از باعث بسته شدن دسامات مایترل و ترای کسپید و آواز دوم از باعث بسته شدن دسامات ابهر و ریوی) جریان خون از طریق قلب معمولاً بدون صدا صورت میگیرد. اگر خون از طریق مجرای تنگ یا متوسع غیر نورمال جریان نماید سبب ایجاد تلاطم قابل سمع که آنرا به شکل مرمر میشنویید، میگردد. بعض اوقات در صورت افزایش جریان خون نیز یک مرمر شنیده میشود (مثلاً در تب و کمخونی).

شکل ۱۲-۲: طرز اصغای قلب

صدر (سیستم تنفسی)

○ **مشاهده نمائید:**

- آیا تنفس مریض سریع است؟ (سرعت تنفس مریض را حساب نمائید، آنرا حدس نزنید)

تعریف تنفس سریع (fast breathing):

کمتر از ۲ ماه ۶۰ یا بیشتر از آن در یک دقیقه
 ۲-۱۲ ماهه ۵۰ یا بیشتر از آن در یک دقیقه
 ۱-۵ ساله ۴۰ یا بیشتر از آن در یک دقیقه
 کاهلان و اطفال بالاتر از ۵ سال ۳۰ یا بیشتر از آن در یک دقیقه

- آیا فرورفته گی صدري (chest indrawing) وجود دارد؟ (شکل ۱۴-۲ دیده شود)

- اگر اعراض صدري وجود داشته باشد، بلغم مریض را از نظر موجودیت خون و قیج مشاهده نمائید.

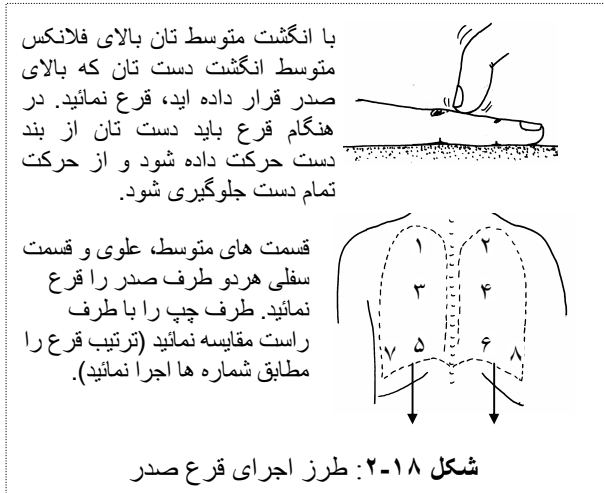
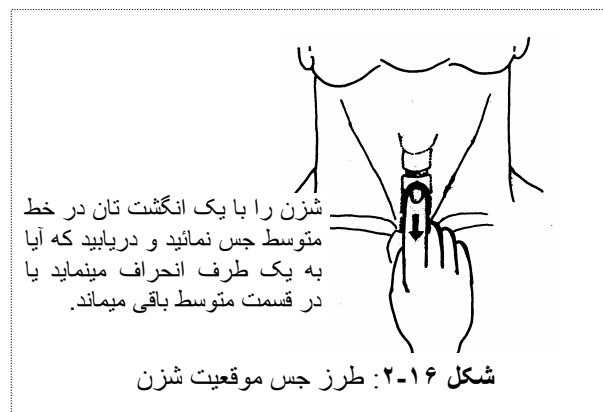


فرورفته گی صدري آنست که در هنگام شهيق قسمت سفلی جدار صدر به طرف داخل حرکت مینماید. در کاهلان و اطفال بزرگتر صرف مسافت بین الصلعي به طرف داخل میروند. وقوع فرورفته گی صدري خفیف در نزد اطفال خوردمال نورمال است زیرا جدار صدر آنها نرم میباشد.

شکل ۱۴-۲: فرورفته گی صدري

○ جس نمائید:

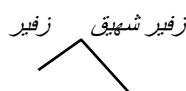
- آیا شزن (trachea) در وسط قرار دارد یا انحراف نموده است؟ (شکل ۱۶-۲ دیده شود)



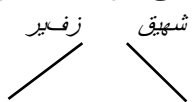
شکل ۱۸-۲: طرز اجرای قرع صدر

- کدام نوع از آواز های تنفسی وجود دارند؟ کیفیت آنها را به شکل وزیکولر (vesicular) یا برانشیل (bronchial) توضیح دارید.

- تنفس وزیکولر نورمال بوده و در تمام ساحات ریوی به استثنای نواحی بالای شزن و برانش های اساسی در خلف عظم قص (sternum) شنیده میشوند. در تنفس وزیکولر شهیق حدود دو مرتبه طویل تر از زفیر میباشد. درین نوع تنفس میان شهیق و زفیر کدام فاصله وجود ندارد.



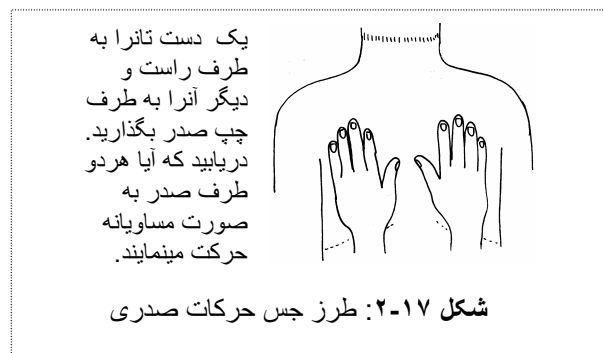
- تنفس برانشیل به استثنای ناحیه بالای شزن و برانش های اساسی در خلف عظم قص غیر نورمال پنداشته میشود. این آواز، آواز تنفسی خشن میباشد. شما این آواز را در هنگام گذاشتن نوک زبان در کام و تنفس نمودن با دهن باز شنیده میتوانید. به صورت وصفی طول شهیق و زفیر با همدیگر مشابه اند. میان شهیق و زفیر یک وقفه کوتاه وجود دارد.



- آیا آواز های غیر نورمال اضافی وجود دارند؟ اینکه چی را و چه وقت میشنوید تشریح نمائید (در هنگام شهیق یا در هنگام زفیر):

- Crepitations (کرپیتی شن ها) (بعض اوقات به نام crackles - کرکل ها - یا رال ها نیز یاد میشود). این ها میتوانند fine crepitations (مانند آوازی که از مالیدن مو ها به همدیگر در جلو گوش ایجاد میشوند)، medium crepitations یا coarse crepitations (مانند آوازی که از دمیدن هوا از طریق یک پایپ کوچک یا نی بداخل یک گیلان آب بوجود میآید) باشند. نوت: نزد اطفال خورده سال که مصاب سرماخوردگی اند ممکن آواز های مشابه به

- آیا حرکات صدر متناظر اند یا خیر؟ (شکل ۱۷-۲ دیده شود).



- تمام ساحات صدی را به صورت سیستماتیک قرع نمائید (شکل ۱۸-۲). ممکن اینورمالتی ها در سرتاسر صدر یافت شوند یا صرف در یک ساحه مشخص اخذ موقعیت نموده باشند.

- آیا resonant (رزونانت) است؟ (نورمال)
- آیا hyperresonant (فرط رزونانت) - فرط وضاحت است؟ (آواز آن مشابه آواز یک طبل میباشد)
- آیا dullness وجود دارد؟ (این صدا را میتوان در هنگام قرع بالای پای شنید)

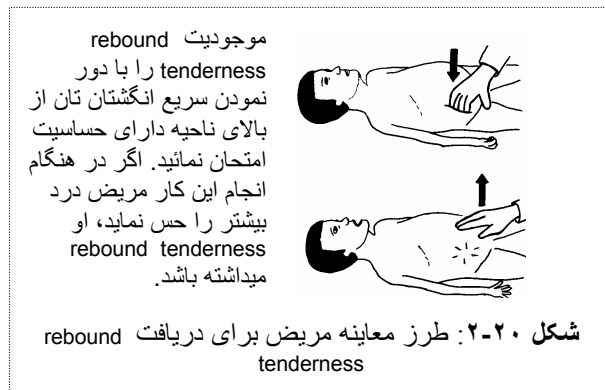
○ از مریض تقاضا نمائید تا با ملایمت از طریق دهن تنفس نماید. قسمت های بالائی، متوسط و سفلی را در هر دو طرف صدر و بعداً نواحی ابطنی را توسط ستاتسکوپ اصفا نمائید. طرف چپ و راست صدر را به همدیگر مقایسه نمائید. ممکن است اینورمالتی در تمام صدر یافت شود یا صرف در یک قسمت وجود داشته باشد.

- آیا آواز های تنفسی در هر دو طرف صدر به صورت مشابه وجود دارند یا آواز های تنفسی در ساحات مشخصی متناقض یا ناپدید میباشند؟

به شکل هموار بر بالای بطن قرار داشته باشد و با قات نمودن انگشتان تان بطن را با بسیار ملایمت جس نمایید. در جریانی که این کار را انجام دهید متوجه تغییر وجه مریض از باعث درد باشید. جس را از نقطه آغاز نمایید که از محل درد دور تر از همه قرار داشته باشد.

- آیا بطن مریض نرم است یا شخی (rigid) دارد؟
- آیا نواحی حساس وجود دارند؟ در کجا اند؟ و شدت حساسیت آن چقدر است؟

اگر حساسیت وجود داشته باشد؛ دریابید که آیا حالاتی چون (۱) گاردنگ (guarding) یا (۲) حساسیت ریبوند (rebound tenderness) وجود دارد یا خیر؟ (شکل ۲۰-۲ دیدن شود) گاردنگ (guarding) عبارت از سبزم غیر ارادی عضله جهت محافظت از درد میباشد. حساسیت ریبوند (rebound tenderness) یک علامه التهاب پریتون میباشند.



۲. اعضای بزرگ شده و کتلات؟ (اشکال ۲۰-۲۱ و ۲۲-۲ دیدن شود)

- اعضای مختلفه بطنی (کبد، کلیه ها، مثانه و رحم) را جس نمایید.
- بعداً بطن را برای دریافت کتلات غیر نورمال عمیقاً جس نمایید. اگر کدام عضو ضخاموی یا کتله را جس مینمایید، سایز و موقعیت دقیق آنرا تعیین نمایید.
- اگر مریض حامله باشد، اندازه رحم (ارتفاع غور رحم - fundal height) و موقعیت جنین را تعیین نمایید (صفحه ۲۴۰، ۲۴۵ دیده شود).

- از مریض تقاضا نمائید تا بیایستند و سرفه نماید شما ناحیه مغنی او را از نظر قفق معاینه نمائید. سایز قفق در هنگام سرفه نمودن مریض افزایش مییابد.

- جهت مشخص نمودن سبب بزرگی بطن؛ قرع را انجام دهید. در قسمت اینکه آیا آواز قرع طبلیت (نورمال) دارد یا فرط طبلیت (tympanic) (هوای زیاد غیر نورمال) یا اصمیت (dull) (کتله یا مایع) تصمیم بگیرید. آواز های معانی را توسط ستاتسکوپ اصغا نمائید (برای تفصیلات صفحه ۱۲۵-۱۲۷ دیده شود).

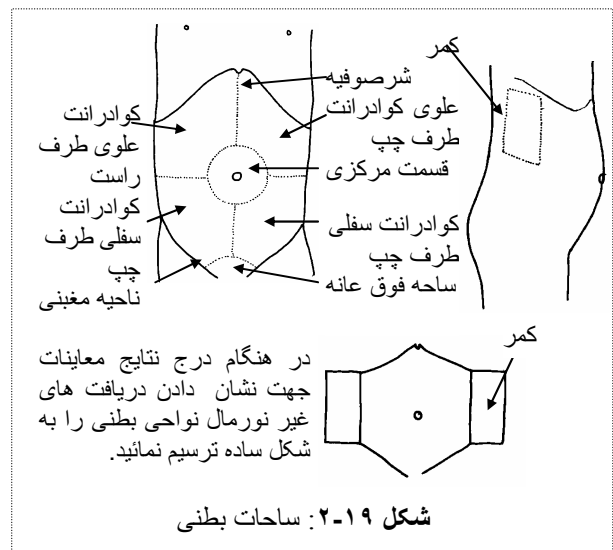
کریپیتیشن ها (crepitations) از بینی طفل به ریه ها انتقال نماید. این آواز ها علامه آفت ریوی نبوده بنام آواز های راجعه یاد میشوند.

- ویز (wheeze) بعض اوقات بنام رونکی - rhonchi نیز یاد میشوند) عبارت از آواز های شپلاقی اند که عمدتاً آنها را در جریان زفیر شنیده میتوانید.
- Pleural rub (انصباب پلورا) مانند آوازی است که در اثر قات کردن پارچه چرم به وجود میآید.

بطن (سیستم معدی معانی و بولی تناسلی)

جهت اجرای معاینه بطنی از مریض تقاضا نمائید تا در حالیکه یک بالشت کوچک زیر سرش قرار داده شده به اصطجاع ظهری دراز بکشد و دست های خود را به دو کنار خود قرار داده، زانو های خود را خفیفاً قات نماید. این وضعیت در استرخای عضلات کمک نموده اجرای معاینه را آسان میسازد. اطفال خورد سال را میتوان در آغوش مادر شان معاینه نمود.

بطن مریض را از بالای لباس او معاینه نمائید بلکه بطن او را از حاشیه صدر الی ناحیه سفلی بطن برهنه نمائید. جهت توضیح دریافت های تان بطن را به ساحات مختلف تقسیم نمائید (شکل ۱۹-۲ دیدن شود).



○ تفتیش نمائید:

- آیا بطن مریض بزرگ و انتفاخی است؟
- آیا کتلات واضح وجود دارند؟
- آیا ندبات وجود دارند؟
- آیا زمانیکه مریض تنفس مینماید بطن مریض حرکت مینماید؟

○ جس نمائید:

۱. آیا حساسیت (tenderness) وجود دارد؟ هریک از کوادرنانت های بطنی را جس نمائید. دست شما باید

○ رکت مریض را، در صورتیکه استتباب داشته باشد، معاینه نمائید. در هر مرحله معاینه به مریض تشریح نمائید که شما چه میکنید. مریض را به پهروی چپ بخوابانید و زانوهای او را تا صدرش قات نمائید.

- مقعد مریض را از نظر موجودیت کتلات و فیسور ها تفتیش نمائید.
- مواد چربی را (مثلاً vaseline) بر دستکش خود استعمال نموده با ملایمت انگشت تانرا داخل رکت مریض نمائید. سایز و قوام غده پروستات را جس نموده آنرا از نظر کتلات و حساسیت جس نمائید. زمانیکه انگشت تانرا خارج مینمائید دستکش تانرا از نظر موجودیت خون بر آن تفتیش نمائید.

○ معاینه مهبلی در حالات نیل استتباب دارد:

- خونریزی و افرازات غیر نورمال مهبلی
- درد مبهم بطنی
- کتلاتی که ممکن منشا حوصلی داشته باشند.
- جهت ارزیابی پیشرفت پروسه ولادت در هنگام زایمان

دست ها، پاها و ستون فقرات (سیستم عضلی اسکلتی)

به صورت نورمال عظام، مفاصل و عضلات (سیستم عضلی اسکلتی) در جریان معاینه سیستم های مجاورشان صرف به صورت خلص معاینه میشوند، مگر آنکه کدام پرابلم خاص عضلی اسکلتی یا کدام تب غیر واضح وجود داشته باشد. همیشه دست و پا را با طرف مقابل آن مقایسه نمائید (شکل ۲۳-۲۲ دیده شود).

○ چگونه گی رفتار مریض را مشاهده نمائید.

دست ها و پاهای مریض را معاینه نمائید:

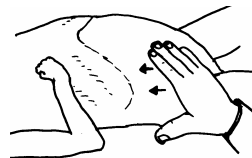
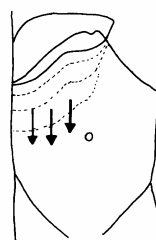
- سواشکال، تورم، سرخی، ضیاع عضلی یا سینوس های در حالت دریناژ را جستجو نمائید.
- طرف را جهت دریافت حساسیت جس نمائید.
- درجه حرکات و وظیفه را تست و ارزیابی نمائید. مفاصل مریض را به صورت منفعله (توسط شما) و فاعله (توسط خود مریض) حرکت دهید. این کار باید جهت دریافت اینکه مریض تا چه اندازه مفاصل خود را حرکت داده میتواند و چه چیزی مانع حرکت مفصل او میشود (مثلاً درد یا شخی)، به ملایمت انجام شود.

ستون فقرات را معاینه نمائید:

- ستون فقرات را تفتیش نموده و آنرا جهت دریافت سواشکال خصوصاً گبوس (gibbus) توسط انگشت تان از بالا به پائین جس نمائید.

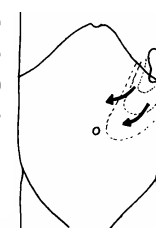
چگونه باید کبد را جس نمود؟

کبد مستقیماً به استقامت پائین بزرگ میشود. بنأ جس کبد را از کوادرات سفلی طرف راست شروع نمائید. با قسمت پهن دست تان با ملایمت بالای بطن فشار وارد نمائید و دست تان را با آهسته گی به بالا حرکت دهید. حافه کبد را با کنار انگشت شهادت تان جس نمائید. قوام و موجودیت و عدم موجودیت حساسیت کبدی را یادداشت نمائید.



چگونه باید طحال را جس نمود؟

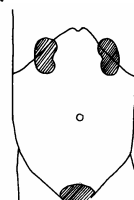
طحال به استقامت طرف راست بطن؛ بزرگ میشود. بنأ جس نمودن را از کوادرات سفلی طرف راست شروع نموده به طرف بالا به طرف کوادرات علوی طرف راست حرکت نمائید. جس را با قسمت پهن دست راست انجام داده با دست چپ تان طحال را با ملایمت به قدام تپله نمائید.



شکل ۲۱-۲: طرز جس کبد و طحال

چگونه باید کلیه ها جس شوند؟

کلیه ها در خلف پریتون قرار دارند (در خلف جوف بطن). آنها را با دو دست یکی از قدام و دیگری در خلف جس نمائید. در حالت نورمال شما کلیه ها را جس نموده نمیتوانید.



شکل ۲۲-۲: طرز جس نمودن کلیه ها

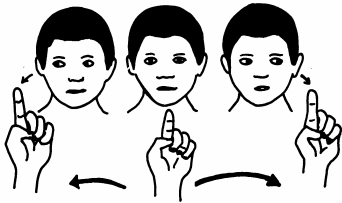
چگونه باید میان طحال بزرگ (ضخاموی) و کلیه های بزرگ (ضخاموی) تشخیص تفریقی نمود؟

- ضخامه طحال معمول بوده و ضخامه کلیه نادر میباشد.
- به خاطر داشته باشید که طحال در داخل جوف بطن و کلیه ها در خارج جوف بطن قرار دارند، بنأ:
 - در ضخامه طحال، شما نمیتوانید انگشت تانرا در مسافه بین کتله و اضلاع پیش ببرید مگر سرحد انسی و سفلی کتله را جس نموده نمیتوانید. در ضخامه کلیه ها شما انگشتان تانرا در فاصله بین کتله و اضلاع داخل نموده نمیتوانید ولی کنار انسی و سفلی آنرا جس نموده نمیتوانید.
 - در ضخامه طحال، آواز های قرع در بالای کتله dull بوده و در ضخامه کلیه نورمال (tympanic) میباشدند.

چگونه میتوان کتله حوصلی را شناسایی نمود؟

اگر کتله منشا حوصلی داشته باشد شما نمیتوانید دستان تانرا در تحت آن پیش ببرید.

از مریض تقاضا نمائید تا بدون دور دادن سر خود انگشت شما را تعقیب نماید. انگشتتانرا از یک طرف به طرف دیگر و از بالا به پائین حرکت داده و حرکات چشم طفل را مشاهده نمائید:



ورمال:

• چشمان بدون مشکلات حرکت میکنند.

غیر نورمال:

- یک چشم به استقامت مخالف میبندد (ممکن است تخریب دماغ و یا پرابلم عضلات چشم وجود داشته باشد).
- چشم ها به صورت تکان ها حرکت میکنند (امکان تخریب دماغ).

شکل ۲۴-۲: طرز معاینه حرکات چشم ها

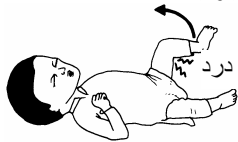
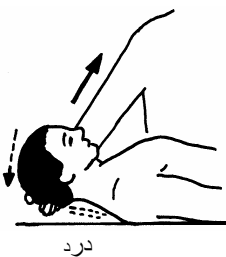
○ اگر تب یا سردردی وجود داشته باشد؛ مریض را از نظر **علائم التهاب سحایانی (meningitis)** معاینه نمائید (شکل ۲۵-۲ دیده شود).

کاهلان و اطفال:

• شخی گردن؟

• علامه Kernig

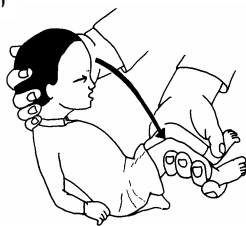
شما میتوانید پای شخص صحتمند را بدون آنکه احساس درد نماید راست نمائید. اگر شخص مصاب التهاب سحایا باشد، شما این کار را انجام داده نمیتوانید.



اطفال:

• علامه سر در بین زانو ها؟

شما به آسانی میتوانید سر طفل صحتمند را در بین زانو هایش قرار دهید. اگر طفل مصاب التهاب سحایا (meningitis) باشد شما این کار را انجام داده نمیتوانید.



اطفال کمتر از یک سال:

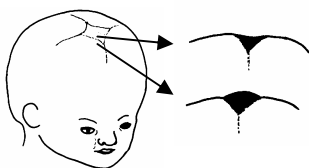
• فانتیل برآمده (در نزد طفلی که گریه نمیکند)

نورمال:

- هموار و نبضانی

التهاب سحایا:

- متورم و غیر نبضانی



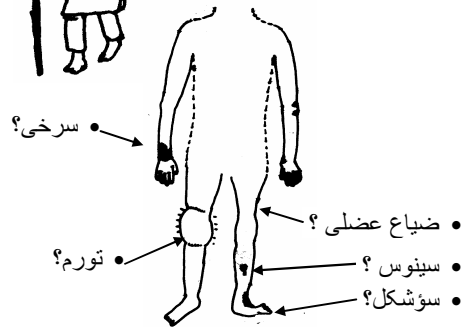
شکل ۲۵-۲: طرز معاینه مریض از نظر التهاب سحایانی

۱. رفتار مریض را مشاهده نمائید.

• آیا لنگش وجود دارد؟



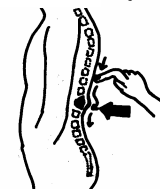
۲. دست ها و پاهای مریض را ببینید:



• تورم؟

۳. مریض را از نظر gibbus جس

نمائید (علامه توبرکلوز).



شکل ۲۳-۲: طرز ارزیابی سیستم عضلی اسکلتی

سیستم عصبی

سیستم عصبی در حالات نورمال معمولاً به صورت خلص معاینه میشود. البته معاینه عملی شامل معاینه رویت و شنوائی نیز میشود.

○ **سطح هوشیاری، جهت یابی، مزاج و سخن گفتن** مریض را ارزیابی نمائید:

- **هوشیاری.** آیا زمانیکه با مریض سخن میگوئید به شما جواب ارائه میدارد؟ اگر از سبب تشوش شعور نتواند، پس درجه یا عمق ضیاع شعور را ارزیابی نمائید (صفحه ۲۱۸-۲۱۹ دیده شود).
- **جهت یابی.** آیا مریض مغشوش است؟ از مریض بپرسید "آیا میدانید در کجا هستید؟" " برای چه درینجا هستید؟"

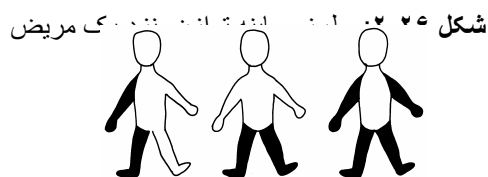
• **مزاج و احساسات مریض چگونه است؟** آیا او مصاب افسرده گی است یا برخورد های عجیب از خود نشان میدهد؟

• **گویائی یا سخن.** آیا قوه گفتار مریض نورمال است؟

○ **وجه مریض** را از نظر تخریبات واضح اعصاب قحفی معاینه نمائید. جهت انجام معاینه اساسی، موضوعات ذیل را جستجو نمائید:

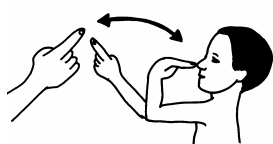
- **عدم تناظر وجه یا حرکات وجهی؟**
- **حذقه های چشمان** را جهت دانستن اینکه آیا دارای سائز یکسان اند، تفتیش نمائید. بعداً توسط یک چراغ دستی روشنائی بیاندازید و عکس العمل حذقه ها (خورد شدن آنها) را مشاهده نمائید. جهت مطالعه حذقه های غیر نورمال صفحه ۲۱۸ دیده شود.
- **حرکات چشم را** معاینه نمائید (شکل ۲۴-۲ دیده شود).

اگر ضعیفی یا حسیت غیر نورمال وجود داشته باشد ناحیه ماوفه را یادداشت نمایید مثلاً:



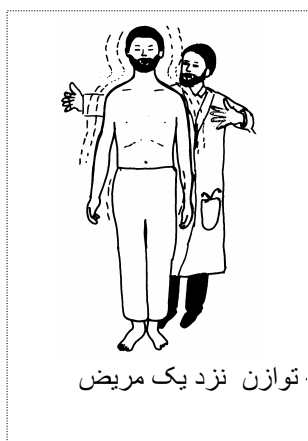
○ **جمجمه و ستون فقرات** را از نظر صدمات و سواشکال تفتیش نمایید. ستون فقرات را توسط انگشت دست تان از بالا به پایین جهت دریافت برآمده گی (گیوس - gibbus - از اثر توبرکلوز) جس نمایید.

○ **چشمان بیمار** را به هماهنگی دست تست نمایید. از بیمار تقاضا نمایید تا انگشت خود را بین انگشت شما و بینی خود بطور سریع حرکت دهد. زمانی غیر



نورمال است که آنرا انجام داده نتواند یا مشکلات داشته باشد (هماهنگی ضعیف، تعادل ضعیف یا احساس ضیاع وضعیتی).

○ **تعادل یا توازن بیمار** را تست نمایید. بیمار را در حالیکه پاهایش پهلو به پهلو قرار دارد هم در حالت باز بودن چشمان و هم در حالت بسته بودن چشمان مشاهده نمایید (شکل ۲۶-۲۷ دیده شود). غیر



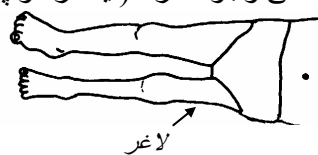
نورمال زمانی است که نوسان یا تاب خوردن بیش از حد یا ضیاع توازن دیده شود. اگر این حالت در چشمان باز وجود داشته باشد پرابلم های مخیخی (cerebellar) وجود داشته و اگر صرف در وقت بسته بودن چشمان موجود باشد ضیاع حس وضعیتی را نشان میدهد.

جلد و مو

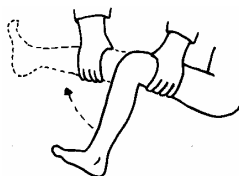
موقعیت و مورفولوژی (نوع اندفاع جلدی) امراض جلدی در تشخیص آنها مهم میباشد. ممکن است مورفولوژی دو مرض جلدی مشابه باشد اما موقعیت آنها از هم متفاوت بوده شما را در قسمت تشخیص کمک مینماید. بناً تمام بدن بیمار را معاینه نموده دریافت های خود را به صورت دقیق توضیح دارید.

○ دست ها و پاهای بیمار را معاینه نمایید:

● ضیاع عضلی وجود دارد؟ (آیا هر دو پا مشابه اند؟)



● تون عضلی را معاینه نمایید (آرنج و زانو را حرکت دهید)



– نورمال؟

– بسیار سست است؟

– مقاومت در مقابل

حرکات (شخی)؟

● قوت عضلی را معاینه نمایید: از بیمار تقاضا نمایید تا خودش پای خود را حرکت دهد و بعداً در مقابل فشار دست شما؛ آنرا حرکت دهد.



آیا قوت دست ها و پاهای بیمار در دو طرف با هم یکسان اند؟ مثلاً از بیمار تقاضا نمایید تا پاهای خود را در مقابل فشار دست تان راست نماید.

○ **ریفلکس وتر زانو** را تست نمایید. در حالیکه زانو در حالت استرخا و قسمات شده قرار داشته باشد؛ بالای وتر دقیقاً پائینتر از عظم رصفه (patella) ضربه وارد نمایید.



– نورمال = زانو کمی تکان میخورد.



– **متناقص ویا معدوم** = متناقص: زانو یا بسیار کم تکان خورده یا هیچ تکان نمیخورد. (floppy paralysis) یا بیمار استرخا نمیکند



– **فرط فعالیت** = ضربه خفیف سبب تکان شدید میشود. که برای تشنج ناشی از سپزیتیک cerebral palsy، صدمات نخاع شوکی یا تخریب دماغ وصفی میباشد.

○ **حسیت را معاینه نمایید:** آیا بیمار تماس خفیف و درد را حس مینماید؟ حسیت هر دو دست و هر دو پا را با همدیگر مقایسه نمایید.



معدوم	متناقص	نورمال	
			دست (راست و چپ)
			پا (راست و چپ)

که حالات دیگر ندارند. این تظاهرات را جهت تشخیص تفریقی حالاتی که شما منحنی تشخیص تفریقی مدنظر دارید، جستجو نمایید. تشخیص کاری (working diagnosis) (تشخیص موقت) خود را بگذارید. البته این مرضی است که به احتمال قوی بیشتر اعراض مریض را بار آورده است. اگر تمام دریافت های نورمال و غیر نورمال شما به تشخیص صدق نینماید، آنها را قبول نکرده تشخیص الترناتیف را مدنظر داشته باشید. یک لست تمامی امراضی را که اعراض و علایم اساسی مریض را سبب شده میتوانند، تهیه نمایید. این تشخیص های احتمالی (differential diagnoses) را بنام تشخیص تفریقی یاد مینمایند.

درین کتاب برای هر عرض و علامه شما یک لست از امراض مهمی را که میتوانند آنها را بار آورند، دریافت می‌توانید. در هر فصل این کتاب اینکه چگونه میتوان بین این حالات بوسیله تظاهرات کلینیکی وصفی یا تست های ساده تشخیص تفریقی وضع نمود، توضیحات داده شده است.

در مورد انداز مرض فکر نمائید

انداز مرض چیزی است که فکر مینمائید از باعث مرض نزد مریض واقع خواهد شد. انداز مرض در قسمت درک عاجل بودن تداوی یا معرفی مریض و در اخذ تصمیم در مورد هدف تداوی تان کمک مینماید:

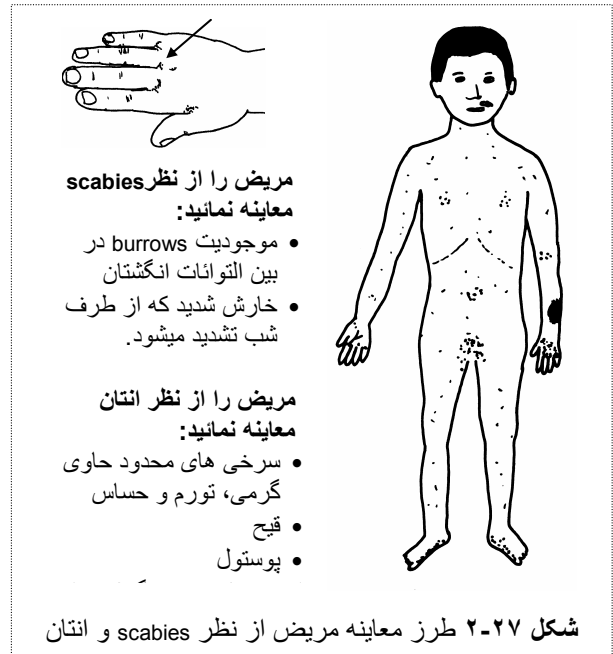
- آیا مریض در معرض خطر مرگ قرار دارد یا مرضی او خفیف است؟
- آیا مریض به سرعت بهبود حاصل مینماید یا به آهسته گی؟
- آیا حالت مرضی مریض حاد است یا مزمن؟

چه وقت باید سر رشته ارزیابی های بیشتر را گرفت؟

- در حالات ذیل سر رشته ارزیابی های بیشتر را اخذ نمائید:
- وقتی بالای تشخیص متیقن نیستید. ارزیابی ها شما را در قسمت تائید تشخیص موقت یا در قسمت تعیین تشخیص تفریقی درست؛ کمک مینماید.
 - شما پرابلم مریض را مشخص نموده اید مگر ضرورت به دریافت سبب آن دارید (مثلاً عدم کفایه قلبی یا کمخونی).
 - شما به یک اساس ارزیابی؛ جهت تعیین چگونگی بهتر شدن یا خرابتر شدن وضعیت مریض ضرورت دارید (مثلاً کریاتینین در عدم کفایه کلیوی).

هر گاه کدام ابنورمالتی دریافت شود معلومات ذیل را یادداشت نمائید:

۱. در کجا موقعیت دارد؟
 ۲. اندفاع چه نوع است؟
 ۳. آیا توزیع مرض متناظر است یا غیر متناظر؟
- نوت: همیشه علایم انتان جلدی و سکیبیس (scabies) را جستجو نمائید (شکل ۲۷-۲۸ دیده شود).



چگونه میتوان به تشخیص کاری و لست پرابلم ها دست یافت؟

بعد از تکمیل اخذ تاریخچه و معاینه:

۱. تشخیص (diagnosis) و تشخیص تفریقی (differential diagnoses) پرابلم موجوده مریض وضع شود.
 ۲. لست پرابلم های اضافی (problem list) مریض را تهیه نمائید.
- بعداً اهتمامات خود را بر اساس این دو موضوع اتخاذ نمائید.

۱. تشخیص و تشخیص تفریقی را وضع نمائید

در مورد تشخیص احتمالی هر یک از اعراض و علایم اساسی فکر نمائید. متوجه باشید که یک تعداد حالات مختلف اعراض و علایم مشابه را بار آورده میتوانند. مگر هر حالت تظاهرات کلینیکی وصفی خود را دارد

۳. نتایج تست ها، چارت تب، چارت اخذ مایعات و ضیاع مایعات (input و output) و چارت علائم حیاتی را جهت قضاوت در باره پیشرفت حالت مریض به صورت اوبجکتیف مشاهده نمائید.

به قسم نتیجه این ارزیابی:

۱. دوباره در باره تست پرابلم مریض فکر نموده از خود بپرسید: آیا من به تمام پرابلم های مریض رسیده گی مینمایم؟ آیا نزد مریض کدام پرابلم جدید بوجود آمده است؟

۲. در مورد پلان اهتمامات آینده یا بعدی خود تصمیم بگیرید: آیا باید تداوی فعلی خود را ادامه دهید یا آنرا تبدیل نمائید؟

چگونه باید دریافت های تان را به افراد مسلکی صحی دیگر انتقال نمائید؟

بعض اوقات شما مریض را به شخص مسلکی دیگر یا به شفاخانه ای معرفی مینمائید. یا در جریان ویزت وارد؛ شما مریض را به داکتران دیگر معرفی مینمائید. این زمانی است که شما تمام دریافت های مربوطه را به صورت معقول و هوشیارانه خلاصه نموده میتوانید. هر داکتر باید قادر به توضیح طرز رسیدن به اهتمامات و توجیه آن بوسیله تاریخچه، دریافت های نورمال و غیر نورمال و نتایج تست، باشد.

معرفی خط

هر زمانیکه مریض را به جای دیگر رجعت میدهید، معرفی خط نوشته نمائید. این خط باید حاوی معلومات ذیل باشد:

۱. اسم، سن و جنس مریض.
۲. شکایات موجوده.
۳. تاریخچه و دریافت های مربوطه در جریان معاینه.
۴. تشخیص کاری (موقت) و تست پرابلم ها.
۵. نتایج ارزیابی ها.
۶. اهتمامات اتخاذ شده توسط شما تا وقت معرفی. مهمتر از همه:
۷. دلیل شما برای رجعت دادن مریض. دلیل این را که چرا مریض را رجعت میدهید و از شخص مسلکی دیگر توقع انجام کدام کار را دارید؟ به صورت واضح بنویسید.

هر زمانیکه یک معاینه را هدایت میدهید همیشه در مورد اینکه چرا نتیجه آنرا ضرورت دارید؟ فکر نمائید. اگر تست بالای اهتمامات شما کدام اثر نداشته باشد؛ معمولاً انجام آن غیر ضروری میباشد.

۲. تست پرابلم های اضافی را تهیه نمائید.

در جریانیکه مریض را برای دریافت حالات زمینی معاینه مینمائید ممکن است پرابلم های دیگر را دریابید. تست این پرابلم ها را نیز تهیه نموده آنها را در پلان اهتمامات تان مد نظر داشته باشید. مثال ها قرار ذیل اند:

- **اختلالات مریضی موجوده** که ایجاب توجه خاص را مینمایند (مثلاً فلج پاها نزد اشخاص مصاب توبرکلوز ستون فقرات).
- **پرابلم های صحی زمینی** که به تداوی ضرورت دارند (مثلاً کمخونی).
- **ناتوانی های که بالای زنده گی مریض اثر وارد مینماید** (مثلاً دید ضعیف).
- **پرابلم های اجتماعی** (مثلاً یک بیوه که حمایت اقتصادی بیرونی کم دارد. دانستن این موضوع خوب است زیرا شما میتوانید تداوی تان را طوری عیار نمائید که او پرداخته بتواند، یا حتی تداوی رایگان را برایش پیشکش نمائید).

چگونه باید پیشرفت حالت صحی مریض را ارزیابی نمود؟

در اهتمامات مریض قضاوت و کنترول اثر تداوی یک بخش مهم را تشکیل میدهد. مریضی را که در شفاخانه بستر میشود حداقل روزانه یکبار ارزیابی نمائید. مگر بعض اوقات شما باید مریضان سراپا را نیز جهت ارزیابی دوباره به شفاخانه بخواهید.

جهت ارزیابی پیشرفت حالت صحی مریض موارد ذیل را انجام دهید:

۱. دریابید که مریض در پیشرفت خود چه احساس دارد. از او بپرسید: "آیا خوبتر شده اید؟"
۲. سیستم های ماوفه توسط مرض را جهت قضاوت در باره پیشرفت حالت صحی مریض به صورت اوبجکتیف معاینه نمائید. اختلالات مرض را جستجو نمائید.

تقدیم یا معرفی مریض در ویزت وارد

ماخذها

1. Beevers GA et al. Blood pressure measurement. *British Medical Journal* 2001; 322: 1043-1047.
2. Longmore M, Wilkinson I, Török E. *Oxford Handbook of Clinical Medicine*. 5th edition. Oxford: University Press 2001.
3. Ministry of Health, WHO, UNICEF. *Integrated Management of Childhood Illness*. Kabul 2003.
4. Schull CR. *Common Medical Problems in the Tropics*. 2nd edition. London: Macmillan 1999.
5. Toghill PJ (ed.). *Examining Patients - An Introduction to Clinical Medicine*. 2nd edition. London: Edward Arnold 1995.
6. Turner R, Blackwood R. *Lecture Notes on History Taking and Examination*. 2nd Edition. London: Blackwell 1991.
7. World Health Organization. *Model chapters for textbooks. IMCI Integrated Management of Childhood Illness*. Geneva: WHO 2001.
8. World Health Organization. *Extending essential care. Integrated Management of Adolescent and Adult Illness*. Geneva: WHO 2003.

تقدیم یا معرفی مریض در ویزت وارد باید شامل موضوعات ذیل باشد:

۱. اسم و سن مریض
۲. شکایات موجوده و تشریح عرض عمده مریض
۳. تاریخچه و دریافت های مربوطه. صرف علایم غیرنورمال را یادآوری نکرده بل دریافت های نورمال مربوطه را نیز یاد آوری نمائید (مثلاً نزد مریضی که تب و سردردی دارد، دانستن اینکه شخی گردن نزدش وجود ندارد مهم میباشد).
۴. با تشخیص کاری (موقت) و لست پرابلم ها باید توانایی آنها داشته باشید تا علت تشخیص گذاری خویشرا به همه بیان دارید.
۵. پلان اهتمامات تان.

۳. معالجه خوب مريض

قدرت يك زنجير به اندازه قدرت ضعيف ترين حلقه آن است و توانايي شما در معالجه بيمار؛ صرف به اندازه ضعيف ترين قسمت معالجه تان است.

تنها به اندازه ضعيف ترين حلقه آن قوت دارد و خوبي معالجه بيمار تنها به اندازه ضعيف ترين قسمت تداوی است.

۱. ارزيابي- مشخص سازي مشكلات بيمار

مهارت خوب در تاريخچه گرفتن و معاينه كردن براي رسيدن به تشخيص درست ضروري است. پرابلم هاي ذيل ميتوانند نشان دهند كه ارزيابي بيمار؛ بخش ضعيف در شيوه معالجه شما است.

- شما بصورت يقيني نميدانيد كه چگونه سيستم هاي مختلف بدن را معاينه كنيد چنانچه بعضي بخش هاي مهم را اجرا نمي كنيد (مثلاً در معاينه اطفال تعداد تنفس طفل را حساب نمي كنيد).

- در ختم ارزيابي شما در مورد تشخيص احتمالي يا حالات احتمالي كه با آن تشخيص تفريقي شود اطمينان نداريد.

- شما بيمار را براي معاينات غير ضروري و غير قابل اعتماد مي فرستيد.

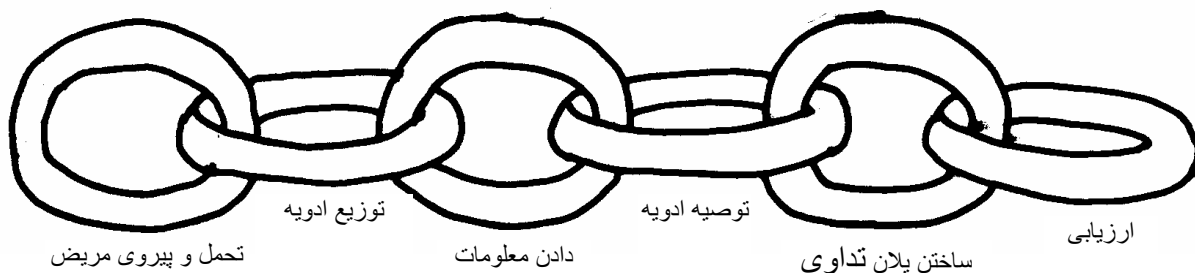
- شما در مورد تشخيص خود اطمينان نداريد ولي مي شرميد كه بيمار را به يك داكتر ديگر روان كنيد.

◀ اگر فكري كنيد كه بخش ضعيف كارتان ارزيابي بيمار است پس دقيقاً بالای فصل قبلي كار كنيد تا شيوه برخورد با بيمار را قراريكه توضيح شده است تجربه كنيد. تا جائيكه ممكن است تعداد بيشتر بيماران را بصورت مكمل ارزيابي نماييد ويافته هياتانرا قراريكه تشریح شده است بنويسيد.

بعد از معاينه بيمار چنانچه در فصل قبلي ياد آوري شد شما به يك تشخيص كاري رسيده ايد مشكلات بيمار را لست کرده ايد و حالا بايد تصميم بگيريد كه مشكلات بيمار را چگونه رفع كنيد. معالجه بيمار شامل جنبه هاي مختلف می گردد. شما می توانید قدم های را كه براي معالجه بيمار برداشته ميشود از لحظات اولی كه شكايات خود را بيان می كند تا زمانيكه تداوی خود را تكميل می كند مانند حلقه هاي يك زنجير مقايسه كنيد (شكل ۱-۳ ديده شود). قدرت يك زنجير به اندازه ضعيف ترين حلقه آن است. به همينگونه گفته می توانيم كه خوبي معالجه شما تنها به اندازه ضعيف ترين قسمت آن است.

مثلاً شما در گرفتن تاريخچه و معاينات بسيار مهارت داريد و به آساني به يك تشخيص كاري می رسيد ولي مهارت نسخه نويسي؛ شما ضعيف است. بناً نسخه نويسي ضعيف ترين قسمت معالجه شما است. كيفيت مجموعی معالجه بيمار از سبب آنكه دوا های مناسب را نمی نويسيد پائين است. يك مثال ديگر: شما هميشه دواهای مناسب را به يك بيماری می نويسيد ولي شخص بيمار نمی داند كه چگونه از ان استفاده كند بناً اين يك حلقه ضعيف در زنجير معالجه شما است. و بلاخره كيفيت معالجه شما پائين ميباشد.

در اين فصل ما به مراحل مختلف معالجه بيمار نظر اندازی خواهيم كرد. ما هر مرحله را بصورت جداگانه ارزيابي می كنيم تا دريابيم كه چه چيزی سبب تقويه و يا ضعف آن می شود. در هر مرحله بايد در نظر بگيريم كه قدرت معالجه ما در اين بخش تا چه اندازه است. بايد بخاطر داشت كه يك زنجير



شكل ۱-۳: از ارزيابي تا پیروی مريض- حلقه ضعيف شما در تداوی مريض کدام است؟

تداوی خوب چیست؟

غالباً افراد مختلف مسلکی طبی، تداوی های جداگانه را برای عین مرض دنبال می کنند. تمام انواع این تداوی ها دارای عین کیفیت نمی باشند حتی بعضی از آنها ممکن نا درست باشد بعضی از آنها ممکن قیمت باشند. بعضی از این تداوی ها به اساس عقاید شخص بنا یافته زمانیکه يك تحقیق علمی بالای آن صورت گیرد ممکن مفید نبودن آن ثابت شود و هم بعضی از این تداوی ها کهنه شده اند.

برای اکثر امراض معمول تداوی **ستندرد** (standard treatments) بوجود آمده است این تداوی ها به اساس تحقیقات دقیق و شواهد امتحان شده قبول شده اند. این گفته بدان معنی است که این تداوی ها شناخته شده و موثریت آنها ثابت شده است. اگر شما تداوی های ستندرد را دنبال کنید امتیازات متعددی خواهید داشت.

● تردید در مورد میتود های مختلف تداوی کم شده؛ میدانید که تداوی شما خوب و مؤثر است.

● تداوی های ستندرد برای کشورهاییکه دارای منابع کم هستند بسیار مناسب است.

● تداوی های ستندرد بالای دوا هاییکه اساسی و ارزان بوده و اکثرأ قابل دسترس می باشند استناد دارد.

● تداوی ستندرد سبب کم شدن بیماری و کم شدن وفيات میگردد.

پرابلم های ذیل نشان دهنده آن بوده میتوانند که انتخاب تداوی مؤثر و مصئون قسمت ضعیف معالجه شما برای مریض میباشد.

● شما بهترین تداوی را که بر مبنای شواهد (evidence-based) استوار باشد برای حالت مرضی؛ نمیدانید.

● شما اعراض را تداوی مینمائید و نه سبب آنرا (مثلاً شما کمخونی را بدون آنکه سبب آنرا دریابید تداوی مینمائید).

● شما تعلیمات صحی مربوطه را برای مریض نمیدهید.

◀ اگر در مورد بهترین تداوی متیقن نیستید؛ آنرا دوباره بررسی نمائید چه تمام تداوی های پیشنهاد شده این کتاب مطابق سفارشات ستندرد بین المللی مربوط به حالاتی که در آن منابع ضعیف اند؛ می باشند.

◀ از بحث در مورد مریض با همقطاران تان و یا از رجعت دادن مریض به مرجع دیگری شرم ننمائید. هیچ کسی تمام چیز ها را نمیداند. اگر شما محدودیت توانائی خود را بدانید خود علامه آنست که یک شخص مسلکی صحی خوب هستید.

۲. تداوی - انتخاب تداوی مؤثر و مصئون

بصورت عموم تداوی دو هدف دارد. هدف تداوی میتواند شفایابی باشد (مثلاً عملیات جراحی برای اپندیسیت - appendicitis) و یا هدف تداوی میتواند تسکین اعراض بیمار و فراهم کردن شرایطی باشد که بیمار احساس بهترو خوبی کند، (مثلاً تسکین درد).

تداوی شامل سه بخش است: (۱) تعلیمات صحی، (۲) تداوی غیر دوائی و (۳) تداوی دوائی (نسخه نوشتن). نسخه نوشتن در بخش "۳. انتخاب دواهای مناسب و نسخه نویسی" در ذیل به تفصیل بحث شده است.

هدف **تعلیمات صحی** بهتر ساختن فهم مریض در باره بیماری یا مشکل اش می باشد. او می آموزد که خودش چطور می تواند صحت خود را بهبود بخشد. پروسه که شامل فهمیدن ضرورت خوردن دوا، آموختن اینکه چگونه از مایعات فمی برای عاده ضایعات استفاده شود و توانائی شناختن نشانه های خطر بوده می تواند؛ مثلاً خانم حامله می آموزد که کدام نشانه ها دلالت به خطر در زمان حمل می کند. البته دانش و معلومات بیمار همیشه زیر نفوذ عقاید شخصی او و بصورت خاص زیر نفوذ اعتقادات محلی خواهد بود (داخل چوکات را ببیند).

تداوی غیر دوائی: دربرگرنده دادن وضعیت بخصوص به مریض، مراقبت نرسنگ، رژیم غذایی، فزیوتراپی و پانسمان بوده می تواند.

عقاید عنعنوی و تعلیمات صحی

یک تعداد زیاد افغان ها باور دارند که اکثر امراض ۴ سبب دارند:

۱. خواست خدا
۲. عدم توازن گرمی و سردی
۳. جنیبات (ارواح)
۴. چشم بد

این باور ها به تجارب عنعنوی میانجامد. شما باید این موضوعات را در هنگام تداوی مریض مد نظر داشته باشید. جهت تصنیف هر یک از تجارب از کتگوری های ذیل استفاده نمائید:

- **تجارب خوب:** این تجارب را تشویق نمائید.
- **تجارب خراب(مضر):** (مثلاً رژیم های غذایی خطر ناک برای مریضان مصاب سرخکان). این تجارب خراب را شدیداً رد نموده و بدیل های را که از نظر فرهنگی قابل قبول باشند برای آنها دریابید (مثلاً رنگ نمودن ناف طفل با gentian violet بجای رنگ نمودن آن با رنگ های عنعنوی خطرناک که سبب سرایت تیتانوس میشوند).
- **تجارب که خوب نیستند و در ضمن خطرناک هم نیستند.** ازین تجارب صرفنظر نمائید و آنها را ادامه داده میتوانند.

مشکلاتیکه در زیر ذکر می شوند میتوانند نشان دهند که نسخه نویسی بخش ضعیف در معالجه بیمار؛ توسط شما است:

● هرگاه شما دواهای متعدد را توصیه می کنید (*polypharmacy*). ویاه شما يك قلم دوا را برای هر عرض توصیه کنید به عوض اینکه مشکل اصلی بیمار را تدای کنید شاید فکر کنید بایست همیشه یکتعداد معین دواها را صرف نظر از اینکه بیمار چه مشکل دارد بنویسید.

خطر: نوشتن دواهای متعدد درک بیمار را در چگونگی استفاده از دواها مشکل می سازد و معالجه کمتر نتیجه میدهد. یا بعضی بیماران تنها توانایی خرید چند تابلیت از هر دوا را میداشته باشند. درآنصورت ممکن بیمار مصاب نومونیا بخاطر اینکه صرف سه تابلیت انتی بیوتیک را به عوض دوره مکمل آن خریده باشد؛ بمیرد.

● هرگاه شما انتی بیوتیک ها را زمانی توصیه می کنید که لازم نیست بکار روند، مثلاً در يك اسهال عادی یا انتانات ویروسی طرق تنفسی غالباً شما چند انتی بیوتیک را در عین زمان می نویسید.

خطر: عدم موثریت انتی بیوتیک در حالات ضروری که باید مصرف نه گردند چوکات ببینید (برای مقاومت بکتریایی چوکات ببینید).

مقاومت بکتریایی (bacterial resistance)

در دهه اخیر ما شاهد ازدیاد دراماتیک و انتشار بکتریای های مقاوم به ادویه بوده ایم. تدای یک تعداد زیاد امراض انتانی عمده (مثلاً توبرکلوز و تب محرقة) به صورت فزاینده ئی مشکل شده که علت آن عدم جواب بکتریی های مقاوم به مقابل انتی بیوتیک استعمال شده میباشد.

سبب عمده مقاومت بکتریایی را استعمال نادرست انتی بیوتیک ها تشکیل میدهد که شامل موارد ذیل میباشد:

- انتی بیوتیک ها در مواقعیکه لازم نمیباشند توصیه میشوند.
- جهت تدای انتانات؛ انتی بیوتیک های غلط انتخاب میشوند.
- انتی بیوتیک ها به دوز غلط و برای مدت نادرست توصیه میشوند.
- مریضان دوره توصیه شده تدای را تکمیل نمیکنند (پیروی خراب)
- از انتی بیوتیک های حاوی کیفیت پائین استفاده میشود.

آوردن تغییرات مشکل است ولی هر کس میتواند در مقابله با تهدید مقاومت بکتریایی کمک نماید:

۱. انتی بیوتیک ها را صرف در موقع ضرورت توصیه نمائید.
۲. از رهنمود های ستندرد جهت حصول اطمینان ازینکه همیشه مناسب ترین انتی بیوتیک را توصیه مینمائید، پیروی نمائید.
۳. اطمینان حاصل نمائید که انتی بیوتیک را به دوز درست توصیه نموده اید و مریض میدانند که ادویه را برای چه مدتی اخذ نمایند.
۴. انتی بیوتیک های جدید را منحیث ذخیره (مثلاً ciprofloxacin ویا ceftriaxone) برای واقعات بسیار شدید و احتمالاً مقاوم ادویه حفظ نمائید.

۵. در قسمت ازدیاد درک افراد مسلکی صحتی و مریضان در مورد اینکه استعمال نادرست انتی بیوتیک ها به عوض بهبود صحت آنرا خراب میسازد، کمک نمائید.

۳. انتخاب دواهای مناسب و نسخه نویسی

تقریباً تمام بیماران محل معاینه را با یک نسخه ترک می کنند. در اکثر کشور هائیکه منابع محدود دارند خانواده ها قسمت اعظم پولی را که هزینه مراقبت از صحت شان است مصرف خرید ادویه می کنند این سبب می شود که خانواده های غریب بعد از خرید ادویه؛ دیگر پولی برای خرید سایر ضروریات خویش؛ نداشته باشند.

اشخاص مسلکی صحتی؛ مسئولیت بزرگی دارند تا نسخه ها را عاقلانه و منطقی بنویسند. طبعاً اگر شما منحبث يك داکتر شخصی کار می کنید مجبور هستید درآمد خود را مد نظر بگیرید این بدان معنی نیست که شما نمی توانید ادویه را بصورت منطقی بنویسید. داکتر های شخصی علاقمند اند تنها دواهای مهم را بنویسند که در عین زمان عوارض جانبی کمتری داشته باشند تا بتوانند برای معالجه بیماران اعتبار خوبتر کسب کنند.

نوشتن منطقی نسخه ها (rational prescribing)، به معنی چیز بیشتر از نسخه نویسی عادی است. این نشاندهنده پروسه معالجه ما است که ما در این فصل آنرا با زنجیر معالجه مقایسه می کنیم. نسخه نویسی منطقی به این معنی است که شما بصورت دقیق مشکل مریض را در می یابید. بهترین شیوه تدای (غیر دوايي و دوايي) را انتخاب می کنید. به بیمار را جع به شیوه درست استفاده از دوا معلومات میدهید و در اخیر نتیجه تدای را ارزیابی می کنید.

باتأسف تعداد زیادی از افراد مسلکی صحتی در سراسر دنیا؛ قوانین نسخه نویسی منطقی را دنبال نمی کنند آنها سبب خطر بسیار بزرگ به صحت و زندگی مردم می شوند (شکل ۲-۳ دیده شود).

به خاطر داشته باشید که ادویه کشنده بوده میتواند!



این سه طفل مصاب انتان ویروسی بوده اند:



طفل ۱: از سبب عوارض جانبی ادویه غیر ضروری فوت نمود.



طفل ۲: از سبب انتان ناشی از سپس حاصله از زرقیات ناپاک فوت نمود.



طفل ۳: این طفل صحت مند شد. زیرا ادویه خطر ناک نگرفته و صرف غذای خوب گرفته و استراحت نموده است.

شکل ۲-۳: دوا میتواند مریض را بکشد!

فکتور های مهمی که بالای توصیه نسخه اثر دارند

باور داکتران در مورد توقع مریضان

ممکن است داکتران باور داشته باشند که مریضان توقع دارند تا برای شان تعداد زیاد ادویه و زرقیات داده شود و اگر مریض ادویه را بدست نیاورد ممکن است به داکتر دیگر برود تا برایش دوی زیاد بدهد.

مگر ، داکتران اکثراً توقع مریضان را به صورت غلط به قضاوت میگیرند. یک مطالعه که صورت گرفته نشان میدهد که داکتران باور دارند که مریضان از ایشان همیشه توقع دارند تا زرقیات برایشان داده شود. این حقیقت داشته که بکتهاد مریضان تقاضا زرقیات را نموده اند. مگر بکتهاد زیاد مریضان به زرقیات علاقه نداشته و صرف به این باور که داکتران بیشتر از دیگران میدانند؛ آنها را قبول مینمایند. این موضوع نشان دهنده آنست که توصیه نسخه های نادرست توسط داکتران باور های غلط را در نزد مریضان بار میاورد.



شکل ۳-۳: سیکل معیوبه که به استعمال ادویه زیاد میانجامد.

نمونه خراب

یک تعداد زیاد افراد مسلکی صحتی نمونه های خراب را میسازند. اگر شما توصیه منطقی نسخه را ندیده باشید ، شما فکر خواهید که هیچگاهی کارائی نخواهد داشته باشد.

اثرات کمپنی های دوائی

کمپنی های دوائی را تولید مینمایند زیرا میخواهند آنها را بفروش رسانند و اگر مرجعی جهت کنترل درست بودن آنچه کمپنی های دوائی میگویند وجود نداشته باشد، کمپنی ها اکثراً ادعاهای غلطی در مورد استنباطات و موثریت تولیدات شان خواهد داشت. مثلاً یک کمپنی دوائی به داکتران گفت که در تمام واقعات اسهالات به جاردیا و آمیب مشکوک شوند و فوراً آنرا با metronidazole تداوی نمایند. این کار غلط است زیرا صرف در یک تعداد کم واقعات به این ضرورت میباشد.

- تا جائیکه ممکن است از تعداد کمتر دواها استفاده کنید! (اگر صادقانه فکر کنیم برای اکثریت مریضان يك تا سه دوا کفایت خواهد کرد).
- مهم ترین دوا را در نسخه تان نشانی کنید!
- تا زمانیکه ضرورت واقعی نباشد انتی بیوتیک ها را توصیه نکنید!
- در حالاتیکه دوی فمی عین موثریت را دارد از زرقیات استفاده نکنید!
- سو تغذی را با دادن مولتی ویتامین و تونیک ها (tonic) تداوی نه کرده در عوض آن برای خانواده ها مشوره های خوب راجع به تغذی بدهید!

- هرگاه شما مولتی ویتامین (multivitamins) و تونیک ها (tonic) را برای اطفال سوتغذی توصیه می کنید.

خطر: اطفال از سبب سوتغذی بخاطر اینکه خانواده ها پول خود را برای خرید دوا های غیر ضروری مصرف می کنند می میرند. خانواده ها این اندیشه نادرست را می آموزند که تداوی سوتغذی با دوا نسبت به غذای مناسب بخوبی صورت می گیرد.

- هر گاه شما از زرقیات در حالاتی استفاده می کنید که لازم نیست.

خطر: خطر انتان موضعی یا سیستمیک یا خطر آسیب رساندن به عصب وجود دارد. یک بر سوم تمام زرقیات بصورت غیر مصئون تطبیق می شوند. زرقیات قیمت بوده مصارف خانواده ها را افزایش میدهد.

- هر گاه شما از ادویه که در لست ادویه اساسی (essential drug list) آمده است استفاده نمیکنید. دوا های قیمت بها را؛ بدون لزوم داشت آن می نویسد (مثلاً در حالاتیکه يك انتی بیوتیک ساده خط اول کافی است از انتی بیوتیک وسیع الساحه نسل سوم استفاده می کنید).

خطر: تحمیل مصارف غیر ضروری بر خانواده ها است چه در امراض مزمن؛ بیمار توانایی خرید دواها را بصورت دوامدار ندارد.

هرگاه فکر می کنید که چنین نقطه ضعف در معالجه بیمار توسط شما موجود است. فکتورهای را که بالای نسخه نویسی شما اثر دارند در نظر بگیرید (به چوکات ببینید).

کوشش کنید تا قوانین ذیل را عملی کنید شاید پیروی کردن این توصیه ها را مشکل یابید. لطفاً بخاطر داشته باشید که هر توصیه کوچکی را که دنبال می کنید يك پیروزی برای صحت و مراقبت بهتر صحتی است (برای مثال يك نسخه خوب شکل ۳-۴ را ببینید):

- تشخیص را در بالای نسخه بنویسید!
- برای هر طفلی که اسهال داشته باشد مایعات فمی ORS؛ نوشته تشریح کنید که چگونه استفاده شود.
- برای شرح دادن و آموختن تعلیمات صحتی در مورد موضوع مربوطه؛ وقت تان را مصرف کنید.
- اسباب بیماری را نسبت به اعراض آن تداوی کنید!
- تنها از دوی اساسی استفاده کنید!

۵. توزیع دوا

تمام کارهای شما بیهوده خواهد بود هرگاه بیمار دوی درست را با دوز صحیح و هدایات درست برای يك زمان معین نگیرد! فارمسیت ها افراد کلیدی هستند باید متیقین شد که آنها ضعیف ترین حلقه در زنجیر معالجه بیمار توسط شما نیستند.

مشکلاتی که در توزیع دوا ممکن رخ دهند قرار نایل اند:

- تفسیر نا درست نسخه (مثلا ازسبب خط بسیار خراب).
- توزیع دوی غلط.
- دوز غلط.
- داشتن وقت ناکافی برای اینکه به بیمار توضیح داده شود که دوا را چگونه استعمال کند؟
- ◀ هرگاه شما در مورد کیفیت دوی که توزیع میشود یقین ندارید از بیمار بخواهید که دوی را که گرفته است برایتان نشان دهد و از مریض بخواهید تا چیزهای را که از توضیحات فارمسیت یاد گرفته است برایتان تکرار کند.
- ◀ با کسیکه دوی تانرا توزیع میکند مشوره کنید تا بتوانید به حالت مطلوب ذیل برسید:
- بیمار باید هدایات مربوط به توزیع کننده دوا را دوبار تکرار کند.
- ضرورت گرفتن مهمترین دوا (مثلاً انتی بیوتیک در نومونیا) تأکید شود.
- هر دوا باید نوشته داشته باشد. هدایات چگونه گی استعمال آن باید نوشته شود یا به شیوه که مریض آنرا فهمیده بتواند نشانی شود.
- پیام کلیدی صحی که مربوط مشکل بیمار است برایش توضیح داده شود.

۶. همکاری یا پیروی مریض

همکاری مریض (compliance) به معنی آنست که مریض تداوی توصیه شده را دنبال کند. تحقیقات نشان داده است که تنها ۵۰٪ بیماران میدانند که چگونه و چه وقت از دوی خود استفاده کنند. دیگران تداوی را دنبال نمی کنند زیرا داکتران مطابق توقع آنها برای شان دوا ننوشته اند. یک تعداد دیگر توانائی خرید دوا ها را ندارند.

دلیل اینکه بیمار تداوی خود را دنبال نمیکند در هنگامیکه ما قدم ها برای معالجه مریض را مطالعه کردیم یاد آوری شده که مساله عدم تداوی توسط بیمار

داکتر عاقل و دقیق

مرکز مراقبت صحی خوب
سرک درستی، شهر بزرگ

تاریخ: ۹/۱/۲۰۰۵

اسم و تخلص مریض: شریف بابر جنس: مذکر سن: ۲۹ ساله

تشخیص: ۱. جیاردیا

۲. صرع (آخرین حمله اختلاجی ۴ ماه قبل)

Rx

1- Tablets Metronidazole 400 mg N = 15
روزانه ۵ تابلت یک بار برای ۳ روز (تداوی جیاردیا)

2- Tablets Phenobarbital 100 mg N = 60
- هر شب ۲ تابلت خورده شود.
- اخذ آنرا توقف ندهید.
- بعد از ۴ هفته جهت ارزیابی دوباره مراجعه نمائید.

امضای داکتر

شکل ۳-۴ نمونه یک نسخه خوب

۴. دادن معلومات مناسب به بیمار

ممکن قضاوت مشکل باشد که دادن معلومات مناسب به بیمار يك بخش قوی یا ضعیف در کار شما است. صادقانه قضاوت کنید که آیا معلومات شما شامل نکات ذیل می شود، اگر نمی شود دادن معلومات يك بخش ضعیف در معالجه شما می باشد.

- آیا شما نگرانی ها، نظریات و توقعات بیمار را فهمیده اید؟
- آیا شما همیشه برای اینکه به بیمار بفهمانید که چگونه و چرا باید دوا های نوشته شده را بگیرد وقت تان را مصرف می کنید؟
- وقتی شما يك پیام مناسب صحی میدهید، در تمام مشوره هایتان بیمار باید بداند که چرا او باید چیزی را که شما می گوئید انجام بدهد؛ مثلاً او باید بداند که چرا ORS برای اطفالیکه اسهال دارند ضروری است؟ تنها فهمیدن شیوه تهیه و استعمال ORS کافی نیست. اگر او فهمید که چرا ORS ضروری است در آنصورت او هدایات شما را پیروی خواهد کرد.

◀ اگر پیام های مهم صحی یا هدایات راجع به تداوی نوشته شوند بسیار کمک کننده خواهند بود، هرچند وقت زیادی را خواهد گرفت ولی سبب بهتر شدن همکاری بیمار برای داوم تداوی می گردد.

● **دلایل مریضان:** بسیاری مریضان مفهوم بیماری مزمن را نمیدانند فکر میکنند که هر مرض قابل علاج است. در حالاتی که اعراض موجود نباشد (مثلاً فشار خون بلند) بیمار فکر میکند که تداوی ضرور نیست. در بعضی حالات تداوی فقط بخاطر توقف پیشرفت بیماری صورت میگیرد و اعراض بیماری را رفع نمیکند. بناً بیمار هیچ فایده‌ئی از تداوی نمی‌بیند و فکر میکند که تداوی مؤفانده نبوده است.

بیماران آموخته اند که برای بیماری خود از دوا استفاده کنند ولی آنها ارزش مراقبت از خود را (مراقبت خودی) را مثلاً با اجرای فزیوتراپی و تمرینات روزانه نیاموخته اند.

● **دلایل افراد مسلکی:** تعداد زیاد داکترها عادت کرده اند که با مشکلات حاد صحتی مقابله کنند. و نمی‌دانند که امراض مزمن را چگونه تداوی کنند. آنها تنها اعراض حاد امراض مزمن را تداوی میکنند ولی پلان‌های طویل‌المدت تداوی را مد نظر نمیگیرند. وقتی درباره بیمار فکر میکنند تنها شفایابی یا مرگ را مد نظر میگیرند. آنها در باره کیفیت زنده گی فکر نمیکنند و راه‌های را که معیوبیت را کمتر سازد و بیماران مصاب امراض مزمن را به یک زنده گی نارمل رهنمائی کند جستجو نمیکنند.

تداوی امراض مزمن در یک جامعه که همه توقع شفایابی کامل را دارند قناعت بخش نمیباشد.

از سبب عدم موجودیت همکاری افراد مسلکی طبی بیماران را بصورت انفرادی تداوی کرده با دیگران مثلاً فزیوتراپیست‌ها همکاری نمیکنند.

● **دلایل فارمسست‌ها:** عرضه دوا‌های اساسی ممکن برای مدت‌های طولانی امکان پذیر نباشد (مثلاً دوا‌ی ضد صرع همیشه در دسترس نمیباشد). داکترها بعضاً دوا‌های بسیار قیمتی را برای امراض مزمن مینویسند که بیماران توانایی خرید آنها بصورت دوامدار ندارند.

چگونه میتوان همکاری بیمار را جهت تداوی بهتر ساخت؟

۱. بیمار را آموزش دهید: صحبت با مریض و فامیل وی؛ کلید اساسی تداوی دوامدار و مؤفانده است. بخش مهم آن اینست تا از بیمار راجع به نگرانی‌های که دارد؛ نظریاتی که در باره بیماری خود دارد و توقعاتی که در مورد تداوی خود دارد پرسیده شود. تنها در صورتی که شما نظریات او را بدانید میتوانید به شیوه که برای او پر مفهوم باشد؛ توضیحات دهید.

تنها یک فکتور نیست که بر قبول تداوی توسط بیمار اثر داشته باشد بل چندین فکتور در آن نقش دارد. هر حلقه که مربوط به همکاری بیمار است مشخص مینماید که آیا مریض تداوی طرح شده را دنبال میکند یا خیر؟ اگر تداوی طرح شده را دنبال نکند این یک نقطه ضعف در شیوه معالجه شما است. این طور فکر نکنید که مهم نیست بیمار تداوی را تعقیب می‌کند یا نمیکند. اگر او تداوی را دنبال نمیکند فکر نکنید که این تصمیم و اشتباه او است. فکتور عمده که فیصله میکند که مریض تداوی را دنبال کند یا نکند شیوه افهام و تفهیم شما با او و توضیحات شما است.

◀ برای اینکه درک و فهم مریض را امتحان کرده باشید از او بخواهید بعد از اینکه نزد فارمسست رفت دوباره نزد شما بیاید. از او بخواهید تا دواهای را که گرفته است نشان دهد و توضیح دهد که آنها چگونه استعمال خواهد کرد.

◀ از مریض بخواهید پیام‌های تعلیمی صحتی را تکرار کند تا در یابید که آیا آنها آموخته است؟ این نشانه فهمیدن بیمار نیست هرگاه شما بپرسید "آیا فهمیدی؟" و او جواب بدهد: "بلی". خود را مطمئن سازید که او پیام و توضیحات را تکرار کرده میتواند. مریض بایست بداند که چرا او هدایات شما را دنبال کند.

◀ هرگاه شما بسیار مصروف هستید و نمیتوانید فهمیدن بیمار را امتحان کنید؛ از کس دیگری بخواهید تا این کار را بکند. فارمسست یا نرس اشخاص مناسبی اند که اینکار را بخوبی کرده میتوانند.

واقعۀ خاص: مریضان مصاب امراض مزمن

مریضانیکه بیماری مزمن دارند به توجه خاصی نیاز دارند. مثال‌های امراض مزمن قرار ذیل اند: استما، صرع، فرط فشار خون، سایکوز مزمن و آرتریت روماتیسم (rheumatoid arthritis). مزمن به معنی "برای درازمدت" است ولی حتمی نیست که شدید باشد.

چرا تنها ۲۰٪ تمامی مریضان مزمن تداوی خود را دنبال می‌کنند؟

تنها حدود ۲۰٪ مریضان مصاب امراض مزمن تداوی خود را به صورت دوامدار دنبال میکنند. نتیجه آن داشتن صحت خراب، مصارف بلند و معیوبیت است. عدم قبول ادامه تداوی و معالجه ناکافی امراض مزمن دلایل متعدد دارند:

ماخذها

1. Doust J, Del Mar C. Why doctors use treatments that do not work? *British Medical Journal* 2004; 328: 474-475.
2. Laing RO, Hogerzeil HV, Ross-Degnan D. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. *Health Policy and Planning* 2000; 16: 13-20.
3. Lankaster T. *Setting up Community Health Programmes*. Revised edition. London: Macmillan 2000.
4. Holloway K. Who contributes to misuse of antibiotics. *Essential Drugs Monitor* 2000; 28+29: 9.
5. Hill Z, Kendall C, Arthur P et al. Recognizing childhood illnesses and their traditional explanations: exploring options for care-seeking interventions in the context of the IMCI strategy in rural Ghana. *Tropical Medicine and International Health* 2003; 8: 668-676.
6. Hutin YJF, Hauri AM, Armstrong GL. Use of injections in healthcare settings worldwide, 2000: literature review and regional estimates. *British Medical Journal* 2003; 327: 1075-1078.
7. Shears P. Antimicrobial resistance in the tropics. *Tropical Doctor* 2000; 30: 114-116.
8. *Standard Treatment Guidelines and Essential Drugs List for South Africa - Primary Health Care 1998 Edition*. Pretoria: The National Department of Health 1998.
9. World Health Organization. *Healthcare for chronic conditions*. (WHO webpage, as on 24 May 2002).
10. World Health Organization. Antimicrobial resistance: the facts. *Essential Drugs Monitor* 2000; 28+29: 7-8.

• برای بیمار تداوی طرح شده را بصورت مشرح بیان کنید. هیچ وعده دروغ ندهید ولی معلومات واقعی را در دسترس او بگذارید. در مورد نقاط مثبت تداوی بیشتر بپیچید.

• در حالاتیکه اعراض وجود ندارد برای بیمار توضیح دهید که این موفقیت تداوی است. ولی این به معنی آن نیست که بیماری کاملاً شفایاب شده است.

• در مورد تعقیب تداوی هدایات واضح دهید.

• نکات اساسی را که بیمار باید بداند؛ بنویسید.

۲. **ادویه مناسب را انتخاب نمائید:** زمانیکه یک دوا را انتخاب میکنید باید متیقن باشید که بیمار میتواند آنرا بصورت دوامدار بخرد. دوايي را انتخاب کنید که همیشه قابل دریافت باشد.

توجه به تمام این نکات وقت بیشتری را نسبت به یک معاینه عادی میگیرد. اما این سرمایه گذاری پاداش چندین مرتبه یی در سالهای بعدی تداوی را؛ در پی خواهد داشت!

۴. تب

اسباب تب

معمولترین

- انتانات (بکتریائی، ویروسی یا پرازیتی)

کمتر معمول

- التهاب (مثلاً آرتریت روماتیزمل)
- دیهایدریشن
- مواجه شدن به حرارت بلند (مثلاً در گرما زده گی)
- تومور ها
- تب ناشی از ادویه
- تسممات

تاریخچه بگیرد

- جزئیات مربوط به تب را دریابید:
 - آیا شروع آن آنی بوده یا تدریجی؟ (تفسیر موضوع در جدول دیده شود)
 - دوام تب؟
 - خصوصیت تب؟ (تفسیر موضوع در جدول دیده شود).
- آیا بر علاوه تب اعراض دیگر وجود دارد؟ (مثلاً سرفه و درد)
- آیا درین اواخر کدام عملیات یا ولادت نموده است؟
- آیا تداوی شده؟ با کدام دوا ها؟
- آیا کسی دیگر در خانواده شان پرابلم مشابه را دارا است؟

مریض را معاینه نمائید

مشاهدات عمومی

- آیا شخص مریض معلوم میشود یا خیر؟ (شکل ۵-۲ در صفحه ۱۱ دیده شود)
 - آیا مریض سوتغذی، یرقان یا دیهایدریشن دارد؟
- #### معاینه سیستم های مختلفه بدن
- گوش ها، گلو و دندان ها: آیا علایم انتان وجود دارد؟ در اطفال: آیا Koplik's spots که علامه مقدم سرخکان است، وجود دارد؟
 - آیا عقدات لمفاوی ضخاموی وجود دارند؟
 - سیستم تنفسی:
 - آیا تنفس سریع است؟
 - آیا فرورفته گی صدری (chest indrawings) وجود دارد؟
 - آیا کرپیتیشن ها (crepitations) وجود دارد؟

تب عبارت از بلند رفتن درجه حرارت بدن از سطح نورمال آن میباشد. درجه حرارت نورمال بین ۳۶,۶-۳۷,۴ درجه سانتی گراد (97.9-99.3° F) است. مگر تب زمانی تشخیص میشود که درجه حرارت ۳۸ درجه سانتی گراد (100.4°F) یا بالاتر از آن شود. اگر امکان داشته باشد عرض تب را با اندازه نمودن درجه حرارت توسط یک ترمومتر تائید نمائید (جدول دیده شود). اگر ترمومتر در دسترس قرار نداشته باشد، بهترین طریقه دریافت اینکه آیا مریض تب دارد یا خیر؟ عبارت از حس نمودن درجه حرارت صدر مریض توسط وجه ظهری (پشت) دست میباشد. اگر صدر مریض داغ باشد مریض احتمالاً تب میداشته باشد.

تب معمولاً توسط انتانات بوجود آمده ولی همیشه علامه انتان بکتریائی نمیشد. تب میتواند توسط انتانات ویروسی یا یک تعداد زیاد اسباب غیر انتانی بوجود آید (جدول دیده شود). تداوی روتین تب توسط انتی بیوتیک یک اشتباه معمول میباشد. طریقه درست آن این است که اولاً سبب تب دریافت شود و بعداً سبب آن تداوی شود.

شواهدی مبنی بر فیده پائین آوردن تبی که از باعث انتانات بوجود آمده باشد توسط paracetamol وجود ندارد. صرف تب اشخاصی را که از باعث تب ناآرام اند یا تب آنها بسیار بلند باشد (بالاتر از ۳۹,۵ درجه سانتی گراد - 103.1°F) توسط paracetamol، ibuprofen یا Aspirin acetylsalicylic acid (نزد اطفال مضاد استتباب است) پائین بیاورید.

طرز اندازه نمودن درجه حرارت

قبل از استعمال ترمومتر اطمینان حاصل نمائید که ترمومتر پاک باشد. سیماب آنرا به پائین تکان دهید. ترمومتر را حد اقل برای ۵ دقیقه در جایش نگهدارید. کاهلان، درجه حرارت دهن و یا جوف ابطرا اندازه نمائید. در نزد اطفال، درجه حرارت را در التوای ناحیه مغبنی یا مقعد طفل اندازه نمائید.

چگونه میتوان مریض مصاب تب را ارزیابی نمود؟

ارزیابی کامل در فصل دوم تشریح شده است. برخی از ارزیابی که نزد مریضان مصاب تب از اهمیت خاص برخوردار اند در ذیل خلاصه شده اند.

اسباب معمول تب نظر به شروع و نوع تب

شروع تب

شروع آنی تب	<ul style="list-style-type: none"> • ملاریا • انتانات بکتریایی • انتانات ویروسی
شروع تدریجی تب	<ul style="list-style-type: none"> • تب محرکه • توبرکلوز • بروسیلوز

نوع تب

تب biphasic مریض به تعقیب تب اولیه برای ۱-۲ روز بدون تب بوده بعداً تب دوباره پیدا میشود.	<ul style="list-style-type: none"> • انتانات ویروسی
تب نکس کننده حملات تب به فواصل زمانی منظم یا غیر منظم واقع میشوند.	<ul style="list-style-type: none"> • ملاریا • بروسیلوز
تب ثابت	<ul style="list-style-type: none"> • سپس (به شمول تب محرکه)
تب نوسانی در جریان عین روز نوسانات وسیع در درجه حرارت دیده میشود. مراحل تب بلند با مراحل تب پائین تعقیب میشوند. غالباً علایم موضعی دیده میشوند.	<ul style="list-style-type: none"> • امراض شدید تب دار (امراض تکیحی مثلاً آبسه)

شمردن تعداد مجموعی و تفریقی کریوات سفید خون (WBC count)

کریوات سفید خون (WBC) حجرات دفاعی اند. تعداد مجموعی و تفریقی کریوات سفید در تشخیص تفریقی سبب تب کمک مینماید. در تعداد تفریقی، فیصدی هر نوع از حجرات سفید تخمین میشود. امراض مشخص تغییرات وصفی را در تعداد مجموعی کریوات سفید و تعداد تفریقی انواع مختلف کریوات سفید وارد مینماید. مطابق به این تغییرات، مشخص نمائید که مریض تان در کدام گروپ قرار میگیرد:

تعداد مجموعی کریوات سفید خون

- افزایش تعداد کریوات سفید خون (لیکوسی توسیز - leucocytosis)
- تعداد نورمال کریوات سفید خون
- تنقیص تعداد کریوات سفید خون (لیکوپینیا - leucopenia)

تعداد تفریقی کریوات سفید خون

- نیتروفیلیا (neutrophilia) (افزایش تعداد نوتروفیل ها)
- لیمفوسی توسیز (lymphocytosis) (ازدیاد تعداد لمفوسیت ها)
- ایوزنوفیلیا (eosinophilia) (ازدیاد تعداد ایوزینوفیل ها)
- کریوات سفید غیر نورمال

اگر نتایج کریوات سفید همراه با مدت دوام تب یکجا مورد بررسی قرار گیرد، کمک بیشتر مینماید (جدول دیده شود).

سرعت ترسب حجرات سرخ خون (ESR)

سرعت ترسب حجرات سرخ خون (ESR) عبارت از درجه رسوب حجرات سرخ در یک ستون خون در جریان یک ساعت میباشد (اندازه دومی بعد از ۲ ساعت معلومات اضافی را تهیه نمیدارد). ESR یک تست تشخیصیه بالخاصه برای یک مرض مشخص نمی باشد. بلند بودن سرعت ترسب حجرات سرخ نشان دهنده آنست که مریض مشکلی دارد (جدول دیده شود). ESR وابسته به فکتور های متعدد میباشد. ESR در کم خونی بلند رفته و درجه حرارت اتاق و تاریخ مواد کیمیای بالای آن اثر دارد. بنا مفیدیت آن غالباً محدود میباشد.

سلاید خون ملاریا

تفصیلات آنرا در بخش ملاریا مطالعه نمائید.

معاینه ادرار

معاینه ادرار نزد مریضانی که تب غیر واضح داشته باشند (خصوصاً در اطفال خوردهسال)؛ مهم میباشد. این معاینه ممکن یک انتان طرق بولی را که بدون این

○ قلب:

- آیا مرم قلبی وجود دارد؟

○ بطن:

- آیا حساسیت جدار بطن وجود دارد؟
- آیا کبد یا طحال ضخاموی اند؟
- آیا کتلات قابل جس وجود دارند؟

○ عظام و مفاصل:

- آیا تورم یا سرخی وجود دارد؟
- آیا حرکات مفصلی محدود یا دردناک اند؟

○ سیستم عصبی:

- آیا سطح شعور مریض غیر نورمال است؟
- آیا شخی گردن وجود دارد؟

○ آیا بخار یا رش جلدی وجود دارد؟

معاینات

اجرای معاینات ذیل ممکن مفید واقع شوند. برای دانستن اینکه این مریضان را چه وقت برای اجرای این تست ها باید فرستاد، بخش "چگونه میتوان به یک تشخیص کاری رسید؟" را مطالعه نمائید. مهم است تا تمام تست ها را در یک لابراتوار قابل اعتبار انجام داد تا بتوان به نتایج آن باور داشت. در غیر آن ممکن به گمراهی کشانیده شوید.

چگونه باید نتایج معاینه ESR را در امراض تب دار تفسیر نمود؟

• انتانات ویروسی • انتانات بکتریایی (در مراحل مقدم و یا غیر شدید) • توبرکلوز	نورمال کمتر از ۱۵ ملی متر
• امراض بکتریایی (به شمول سپس) • کمخونی • تب روماتیزمل • توبرکلوز • آرتریت روماتیزمل • سندروم نفروتیک • لوکیمی	بلند بالتر از ۳۰ ملی متر
• تب روماتیزمل • لوکیمی • توبرکلوز • سندروم نفروتیک • تومور خبیثه	بسیار بلند بالتر از ۸۰ ملی متر

(CSF) معاینه ساده و کمک کننده در تشخیص باکتری های عامل انتان میباشد.

معاینه بلغم

هر گاه توبرکلوز ریوی مشکوک باشد؛ معاینه بلغم از نظر acid fast bacilli (AFB) مهم است (صفحه ۴۹ دیده شود).

کشت و کلچر

انجام کلچر (مثلا از خون، ادرار، مواد غایطه و مایع دماغی شوکی) در موارد ذیل مفید میباشد: (۱) تأیید انتان بکتریایی، (۲) مشخص ساختن باکتری مسئول. (۳) مشخص ساختن حساسیت باکتری به انتی بیوتیک های معمول. مگر در کار عملی؛ کلچر های حاوی کیفیت خوب ندرتاً قابل دسترس میباشند. بهتر است بجای کلچری که نتیجه آن غلط و گمراه کننده باشد؛ هیچ کلچر صورت نگیرد!

مایع دماغی شوکی (cerebro spinal fluid - CSF)

مایع دماغی شوکی (CSF) در واقعاتی که التهاب سحایانی (meningitis) مشکوک باشد، معاینه میشود (صفحه ۲۰۸ دیده شود).

اکسری صدري (chest x-ray)

یک اکسری خوب صدري ممکن در شناسائی عامل ریوی تب؛ کمک نماید (فصل "ب. اکسری صدري" دیده شود). اکسری صدري توبرکلوز نوع جاورسی (miliary tuberculosis) مشکوک را تأیید مینماید.

چگونه باید نتایج معاینه WBC را در امراض تب دار تفسیر نمود؟

جداول ذیل نتایج وصفی معاینه WBC را در حالات معمول نشان میدهند. به خاطر داشته باشید که یکتعداد مریضان استثنا اند. این مریضان با وجودیکه مرض مذکور را میداشته باشند نتایج وصفی را نشان نمیدهند. همیشه نتایج معاینه را یکجا با دریافت های کلینیکی مورد ملاحظه قرار دهید. این جداول صرف امراضی را که با تب تظاهر مینمایند؛ در بر دارند. به طور مثال Eosinophilia ممکن است با حساسیت ها و یا استما همراه باشد مگر چون معمولاً تب را بار نمیآورند؛ ذکر نشده اند.

WBC در واقعات تب حاد

• انتانات بکتریایی • تجمع قیح (آبسه)	WBC بالاتر از 8,000/mm³ لیکوسی توسیز (leukocytosis)
• انتانات ویروسی • تب محرقة • بروسیلوز	بیشتر از ۵۰% لمفوسیت ها لیمفوسی توسیز (lymphocytosis)

WBC در تب مزمن

• انتان بکتریایی • تجمع قیح (آبسه) • آبسه کبدی آمیبیک	WBC بالاتر از 10,000/mm³ عمدتاً لیکوسیت ها (neutrophilic leukocytosis)
• تب محرقة • توبرکلوز منتشر • ملاریا • سپتیمی شدید • بروسیلوز	WBC کمتر از 5,000/mm³ لیکوپینیا (leucopenia)
• توبرکلوز محراقی • بروسیلوز • ملاریا • سپس شدید • اندوکاردیت • کاتسر • امراض التهابی	تعداد مجموعی و تفریقی کریوات سفید خون
• انتان ویروسی • تب محرقة (خصوصاً اگر تعداد مجموعی کریوات سفید پائین باشد) • بروسیلوز	بیشتر از ۵۰% لمفوسیت لیمفوسی توسیز (lymphocytosis)
• انتانات پرازیتیک در هنگام حمله شان بر انساج strongyloides - • کیست هیداتیت (نه همیشه) • ندرتاً: لمفوما	بیشتر از ۵% ایوزنوفیل ها ایوزنوفیلیا (eosinophilia)
• لوکیمیا	WBC غیر نورمال

ارقام داده شده فوق برای کاهلان است ، برای اطفال به یک کتاب امراض پرازیتی مراجعه نمایند.

معاینه ناشناخته باقی میماند؛ نشان میدهد (صفحه ۱۴۸ دیده شود).

تلوین گرام (gram stain)

معاینه مایکروسکوپی سمیر های که تلوین گرام شده اند (مثلاً قیح، مایع افیورژن یا مایع دماغی شوکی -

درد عظمی	اوستیومیالیت (osteomyelitis)
سرردی شدید و شخی گردن	التهاب سحایا (meningitis)
یرقان	ملاریا، تب محرقة، سپس یا کدام انتان شدید دیگر. نوت: در هیپاتیت و ویروسی تب معمولاً قبل از ظهور یرقان بوجود میآید.
طفل: رش های جلدی عمومی، التهاب منضمی، سرفه	سرخکان (measles)
سرخ جلد	سلولیت، سرخ باد (erysipelas)
انفاعات جلدی حاوی ارچق سیاه	انترکس جلدی (cutaneous anthrax)
مادران شیرده همراه با حساسیت در ندیه شان	ماسیتیت (mastitis)
خونریزی بنفسهی (مثلاً از بیره ها و جلد)	سپس، تب هیماراجیک ها (haemorrhagic fever)

نوت: توبرکلوز ریوی توسط اکسری صدی تشخیص نمیشود بل توسط معاینه بلغم تشخیص میشود. به همین شکل نومونیا معمولاً توسط علایم کلینیکی تشخیص شده ندرتاً به اکسری صدی ضرورت میافتد.

التراسوند (ultrasound)

التراسوند بطنی میتواند کمک کننده باشد، مثلاً در تشخیص آبسه کبدی.

چگونه میتوان به یک تشخیص کاری رسید و مطابق آن تدای نمود؟

بعد از آنکه مریض را ارزیابی نمودید، تصمیم بگیرید که مریض مربوط به کدام یک از این سه گروپ میباشد:

۱. مریضان تبار حاد و علایم موضعی.
۲. مریضان تبار حاد و بدون علایم موضعی.
۳. مریضان تبار برای بیشتر از ۲ هفته.

۱. مریضان تبار حاد و علایم موضعی

اگر مریض تظاهرات کلینیکی یا تاریخچه وصفی داشته باشد که علت تب (علایم موضعی) را نشان دهد؛ معمولاً تشخیص آن ساده میباشد:

تاریخچه	رهنمود تشخیصی از	تشخیص احتمالی
خانمی که ۴ هفته قبل ولادت نموده است.	انتان رحمی (puerperal sepsis)، التهاب ندیه (ماسیتیت - mastitis)	
عمل جراحی یا صدمه بطنی یا حوصلی درین اواخر	آبسه کبد، پریتونیت، آبسه های (subphrenic) یا حوصلی	
زنده گی نمودن در یک ساحه حاوی خطر بلند ملاریا	ملاریا (در یک ساحه حاوی خطر بلند؛ بیشتر از ۵% واقعات تب دار نزد اطفال از باعث ملاریا میباشد)	

تظاهرات کلینیکی	رهنمود تشخیصی از	تشخیص احتمالی
گوش دردی	التهاب گوش متوسط	
گلودردی	انتان گلو (مثلاً تانسلیت)	
سرفه همراه با تنفس سریع یا عسرت تنفس	نومونیای باکتریایی	
تورم موضعی و دردناک عقداً لمفاوی	آبسه، انتان موضعی (ندرتاً طاعون)	
درد شدید بطنی	اپنڈیسیت، تب محرقة، پریتونیت از باعث تثقب	
اسهال خوندار	دیزانتری باسیلری	
مشکلات تبول، تکرر ادرار، و درد گرده	انتان طرق بولی، پیالونفریت	
درد و تورم مفصلی	آرتریت سپتیک (septic arthritis)	

اهتمامات امراض بالا در فصل مربوطه شان توضیح شده است.

۲. مریضان تب دار حاد بدون علایم موضعی

در عدم موجودیت علایم موضعی؛ وخامت حالت مریض را ارزیابی نمائید. خصوصاً اطفال ممکن علایم موضعی را نشان ندهند اما میتوانند شدیداً مریض باشند و به تدای عاجل ضرورت داشته باشند. موارد ذیل علایم خطر بوده که هم نزد اطفال و هم نزد کاهلان مرض وخیم را نشان میدهند:

- × ضعیفی شدید
- × خواب آلودگی
- × ناتوانی در نوشیدن
- × تشوش شعور
- × تنفس سریع یا مشکلات تنفسی
- × اسهال خوندار (دیزانتری)
- × اختلاج
- × استفراغات مکرر
- × محدود شدن تولید ادرار
- × رش های پورپوریک (purpuric)

مریضانی که خوب به نظر میرسند

۱. مشوره های عمومی مربوط به مراقبت مریض تب دار را ارائه نمائید:

- مریض را نپوشانید. به طفل اجازه ندهید البسه گرم بپوشد زیرا این کارها تب را بلند میبرند.
- اتاق مریض را خوب تهویه نمائید. هوای تازه به مریض صدمه وارد نمیکند.

صورت مقدم شناسائی شده اند (۳) و علایم جدید که میتوانند تشخیص را واضح نمایند؛ جستجو شده اند.

نوت: آگاه باشید که ۴۸-۷۲ ساعت را در بر خواهد گرفت تا اثر انتی بیوتیک ظاهر شود. یک سبب معمول تغیر نادرست انتی بیوتیک آنست که داکتر (و مریض) به اندازه کافی انتظار نمیکشند تا انتی بیوتیک اولی موثر واقع شود.

اگر مریض بهبودی کسب نمیکند:

- مریض را یک بار دیگر به صورت کامل معاینه نمائید.
- ارزیابی نمائید که مریض انتی بیوتیک توصیه شده را اخذ داشته است؟ ارزیابی نمائید که دوز دوا درست بوده است؟
- اگر تا حال کدام اکسری صدری اخذ نشده است، زمینه آنرا مساعد سازید.

۳. مریضانی که برای بیشتر از ۲ هفته تب داشته اند

تبی که برای بیشتر از ۲ هفته ادامه داشته باشد بنام تب مزمن نامیده میشود. اسباب معمول آن در جدول دیده شود. همیشه اسباب غیر انتانی؛ خصوصاً امراض التهابی یا تومور را مد نظر داشته باشید. مریض را بصورت مکرر معاینه نمائید.

بعض اوقات تظاهرات کلینیکی در قسمت دریافت سبب تب، کمک مینمایند:

- تب و سرفه مزمن برای زیادتر از ۳ هفته؛ احتمالاً به علت توبرکلوز ریوی میباشد.
- در تب محرقه؛ تب الی ۴ هفته دوام مینماید. تبی که بیشتر از ۴ هفته دوام نماید احتمالاً از باعث تب محرقه نمیباشد توبرکلوز مد نظر باشد.
- اگر درد کمر و مفاصل موجود باشد؛ بروسیلوز مدنظر باشد.
- اگر مریض در یک ساحه اندیمیک ملاریا زنده گی مینماید؛ ملاریا مد نظر گرفته شود.

اسباب معمول تب های بیشتر از ۲ هفته

- توبرکلوز (اکثراً خارج ریوی، هم چنان توبرکلوز جاورسی)
- تب محرقه
- بروسیلوز
- ملاریا
- کانسر
- امراض التهابی (مثلاً آرتريت مزمن)
- تب ناشی از ادویه
- آپسه های داخل بطنی
- نادر: اپیس

- به مریض مقادیر زیاد آب پاک وچای بدهید زیرا تب سبب ضیاع بیشتر مایعات میگردد.
- اگر تب؛ مریض را ناآرام ساخته یا اگر بالاتر از ۳۹٫۵ درجه سانتی گراد (103.1°F) میشود به مریض paracetamol بدهید.

۲. علایم اساسی خطر را که امکان وخیم شدن مرض تب دار را نشان میدهند به مریض و فامیل مریض بیاموزانید (بالا دیده شود).

۳. اگر یک طفل خوردسن علایم انتان طرق تنفسی علوی نداشته باشد و کدام سبب تب نزدش وجود نداشته باشد؛ وی را برای ملاریا تداوی نمائید.

۴. اگر تب مریض بعد از ۲ روز نیافتاد یا اگر شدت مرض بیشتر شد؛ مریض را دوباره ارزیابی نمائید.

نوت: به طور روتین انتی بیوتیک ندهید زیرا اکثریت این مریضان مصاب امراض ویروسی؛ که خود بخود شفا میشوند؛ میباشند.

مریضی که بسیار شدید مریض به نظر میرسد

مریض را فوراً بادر نظر داشت علت یا علل قوی که ممکن باعث مریضی و تب شدید باشند تداوی نمایید اگر شخص بسیار مریض باشد تداوی را عاجلاً برای دلیل احتمالی تب حتی قبل از رسیدن نتایج معاینات آغاز نمائید.

۱. معاینات ذیل اکثراً کمک کننده اند:

- شمارتعداد مجموعی و تفریقی کریوات سفید خون (WBC)
- سلاید خون برای ملاریا
- معاینه ادرار
- اکسری صدری (اگر به توبرکلوز جاورسی - miliary tuberculosis - مشکوک میشوید)
- کلچر خون
- بذل قطنی (اگر به التهاب سحایائی - meningitis - مشکوک میشوید).

۲. مریض را برای حالات ذیل تداوی نمائید:

- سپسیس (sepsis - septicaemia)
- ملاریا

۳. هر پرابلم اضافی دیگر را تداوی نمایید (مثلاً سوتعدی، دیهایدریشن، شاک یا انیمی).

۴. به اطفال کوچکتر از سن ۵ سال یک دوز بلند ویتامین A تطبیق نمائید.

۵. مریض را در ۲۴ ساعت حد اقل یک بار دوباره ارزیابی نمائید. مهم است تا اطمینان حاصل نمود که (۱) وضعیت مریض رو به خرابی نمیروود و بهبودی کسب مینماید (۲) اختلالات مرض به

انتانات بالخاصه

سپسیس (SEPTICAEMIA)

در سپسیس باکتری داخل دوران خون میشود. قوه دفاعی عضویت قادر به مقابله با این باکتری ها نمیشود. اطفال مصاب سؤتغذی در معرض خاص خطر قرار دارند. باکتری ها اعراض سیستمیک عمومی شدید را باعث میشوند. در انتانات دیگر؛ باکتری صرف در یک محل موضعی تکثر مینماید؛ مثلاً در نومونیا انتان صرف به ریه ها محدود میباشد. در سپسیس باکتری در داخل دوران خون تکثر نموده سیستم های متعدد بدن ماووف میشوند. در سپسیس باکتری ها اکثراً توکسین را تولید نموده که این توکسین ها مسؤل تولید اعراض شدید؛ آشفته گی مغزی و شاک سپتیک میباشند. در شاک سپتیک توکسین از طریق توسع او عیه دموی؛ باعث عدم کفایه دورانی میشود.

انتشار باکتری بداخل دوران خون تقریباً در تمام انتانات مثلاً نومونیا، انتانات طرق بولی، انتانات جلدی و تب محرقة، صورت می گیرد. بعض اوقات سامان آلات یا سوزن های غیر معقم جراحی میتوانند سبب سپسیس شوند.

صفحه ۶۵ را برای سپسیس نزد اطفال مصاب سؤتغذی مطالعه نمائید. برای سپسیس جدیدالولاده ها صفحه ۲۶۰ و برای سپسیس که در حدود ۴ هفته بعد از ولادت یا سقط واقع میشود؛ صفحه ۲۵۶ مطالعه شود.

تظاهرات کلینیکی

- مریضی شدید و خواب آلوده گی.
- تب بلند متقطع همراه با لرزه یا تب ثابت و دوامدار.
- متوجه باشید که اطفال مصاب سؤتغذی بخصوص جدیدالولاده ممکن تب نداشته باشند یا هیپوترمیک باشند.
- اکثراً استفراغ وجود دارد.
- نبض سریع.
- بعض اوقات اسهال، یرقان، خونریزی جلدی یا کمخونی وجود میداشته باشد.
- طحال ضخاموی.
- در صورت وقوع سپتیک شاک:
 - تنقیص فشار خون، نبض محیطی ضعیف یا غیر قابل جس
 - آشفته گی دماغی
 - تنفس سریع
 - تاخیر زمان پرشدن دوباره شعریه ها (delayed refill time، صفحه ۳۱۱ دیده شود)

معاینات

- تعداد مجموعی کریوات سفید (WBC) بالاتر از $12,000/mm^3$ یا کمتر از $4,000/mm^3$ (که علامه سپسیس بسیار شدید می باشد).
- کلچر خون برای باکتری مثبت میباشد.
- برای تشخیص اختلالات تعین: مقدار گلوکوز خون (جهت تشخیص هایپوگلاسیمی)، تعین مقدار هیموگلوبین (جهت تشخیص انیمی)، تعین مقدار creatinine یا urea (جهت تشخیص عدم کفایه حاد کلیه)

اهتمامات

۱. اگر محراق انتان دانسته شود؛ مریض را توسط انتی بیوتیک مناسب برای آن انتان تداوی نمائید.
۲. اگر محراق دانسته نشود، مریض را توسط انتی بیوتیکیکه تمام باکتری های احتمالی را تحت پوشش قرار دهد؛ تداوی نمائید. با در نظر داشت قیمت و قابل دسترس بودن؛ یکی از انتی بیوتیک های ذیل را توصیه نمائید (دوز ادویه در جدول دیده شود):
 - *ampicillin + gentamicin + metronidazole* از طریق ورید یا عضله برای ۱۰ روز. زمانیکه وضعیت مریض ثابت شد؛ *ampicillin* زرقی را به *amoxicillin* فمی تعویض نمائید.
 - یا *chloramphenicol* که ارزان است. اگر زرقیات ممکن نباشد؛ شما مستحضر فمی آنرا توصیه نمائید زیرا خوب جذب شده میتواند. کلورامفنیکول نفوذ خوب بداخل مایع دماغی شوکی دارد.
 - یا *ceftriaxone*. مزیت این دوا در آن است که به یک زرق واحد روزانه داده میشود.
- نوت: بعض اوقات *cloxacillin* به انتی بیوتیک های دیگر علاوه میگردد تا باکتری ستافیلوکوکوس (*staphylococcus*) را بیشتر تحت پوشش قرار دهد.
۳. همچنان مریض را برای ملاریا تداوی نمائید، مگر آنکه ملاریا را رد نموده بتوانید.
۴. دوران خون را با توصیه *sodium chloride 0.9%* یا *Ringer-Lactate* حفظ نمائید. شاک سپتیک را به صورت مقدم تداوی نمائید. مقدار مایع که باید تطبیق شود؛ مشابه به دیهیدریشن وخیم میباشد. منحیث یک قانون عمومی مایعات وریدی را تازمانی به مریض سریع تطبیق نمائید که نبض کعبری (*radial*) به صورت قوی جس شود.
۵. برای تمام اطفال یک دوز **ویتامین A** بدهید.
۶. **آکسیجن** تطبیق نمائید.

ملاریا (MALARIA)

ملاریا توسط یک پرازیت بنام پلاسمودیم (Plasmodium) بوجود می‌آید، که این پرازیت از طریق وخذه پشه‌های انافلس منتن سرایت مینماید. انتقال ملاریا از ماه حمل‌الی ماه عقرب صورت می‌گیرد. واقعات ملاریا از سبب کمبود خدمات صحتی، کمبود ستراتیژی‌های کنترول‌کننده و مسافرت کتلوی مردم در حال افزایش مینماید. اکثریت واقعات ملاریا (حدود ۸۰-۹۰٪) در افغانستان از باعث انتان پلاسمودیم ویواکس (Plasmodium vivax) بوجود می‌آید. این عامل سبب مرضی غیر کشنده همراه با تب می‌گردد و عود مرض از باعث پرازیتی که بعد از انتان اولیه برای سال‌ها به شکل مخفی در کبد باقی‌مماند بوجود می‌آید. نوع دیگر ملاریا؛ پلازمودیم فلسپاریوم (Plasmodium falciparum)؛ میتواند ملاریای شدید و اختلاطی را بار آورده یک عامل مرگ و میر؛ خصوصاً نزد اطفال و زنان حامله؛ باشد. این نوع مرض خصوصاً از ماه سنبله‌الی عقرب واقع میشود. یک پرابلم دیگر با این شکل مرض، عبارت از ایجاد مقاومت دوابی مینماید. در یک مطالعه که در شرق افغانستان صورت گرفت صرف ۱/۳ واقعات ملاریا پلازمودیم فلسپاریوم در مقابل chloroquine حساس بوده است. مطالعه دیگر که فعلاً جریان دارد تائید بیشتر بر تاسیس مقاومت دوابی در مقابل chloroquine و حتی Fansidar مینماید.

در افغانستان در ولایات ذیل خطر بلند ملاریا وجود دارد: بغلان، فاریاب، کنر، بلخ، کندز، لغمان، ننگرهار و تخار.

ملاریا در زمان حمل؛ خطر قابل ملاحظه را برای مادر و جنین دارا مینماید. یک پیامد دیگر ملاریا؛ خصوصاً در دوران حمل و نزد اطفال؛ عبارت از انیمی (کمخونی) مینماید. اگر مریض از قبل مصاب انیمی باشد؛ مثلاً از سبب تغذی خراب؛ کمخونی او تشدید میشود.

تشخیص موخر ملاریا و کمبود تسهیلات دوابی موثر (به شمول عدم دسترسی به دواهای ردیف دوم) مرگ و میر و معیوبیت مرتبط به ملاریا را قویاً مساعدت مینمایند.

تظاهرات کلینیکی

دوره تقریح ملاریا دو هفته یا طولانیتر مینماید. کدام تظاهر کلینیکی تشخیصیه وجود ندارد. تشخیص بر مبنای احتمال استوار است. هر گاه شخص در یک محل اندیمیک ملاریا زنده گی مینماید یا در آن جا بوده است و اعراض ذیل نزدش وجود داشته باشد؛ به ملاریا مشکوک شوید:

انتی بیوتیک‌ها برای دوابی سپیس با منشأ نامعلوم

AMPICILLIN + GENTAMICIN (+ METRONIDAZOLE)

ترکیب ampicillin + gentamicin اکثریت بکتری‌های احتمالاً مسئول سپیس را تحت پوشش قرار میدهد. اگر منشأ سپیس بطن باشد، metronidazole علاوه نمائید.

- **Ampicillin** وریدی یا عضلی به مقدار 100 mg/kg به ۳-۴ دوز کسری

۱۲-۲ ماهه	250-500 mg	روزانه ۳ مرتبه
۵-۱ ساله	500 mg	روزانه ۳ مرتبه
۱۲-۶ ساله	1 g	روزانه ۳ مرتبه
کاهلان	1-2 g	روزانه ۳ مرتبه
- **Gentamicin** وریدی یا عضلی به مقدار 7.5 mg/kg به یک دوز واحد. مهم است تا دوز gentamicin را دقیقاً محاسبه نمائید زیرا اگر دوز بسیار بلند باشد عوارض جانبی شدید میداشته باشد. تطبیق این دوا به یک دوز؛ موثریت مشابه با تطبیق آن به چند دوز را دارد و عوارض جانبی آن کمتر مینماید.

۱۲-۲ ماهه	20-60 mg	روزانه ۱ مرتبه
۵-۱ ساله	60-100 mg	روزانه ۱ مرتبه
۱۲-۶ ساله	100-200 mg	روزانه ۱ مرتبه
کاهلان	180-360 mg	روزانه ۱ مرتبه
- **Metronidazole** فمی به مقدار 22.5 mg/kg/day به ۳ دوز کسری دوز آنرا در "لست ادویه اساسی" ببینید.

یا CHLORAMPHENICOL وریدی یا عضلی ویا فمی

دوابی را با 75-100 mg/kg/day به ۳-۴ دوز کسری آغاز نمائید و بعد از ۴۸ ساعت در صورتیکه وضعیت مریض ثابت باشد به 50 mg/kg/day تنقیص دهید.

۱۲-۲ ماهه	62.5-125 mg	روزانه ۳ مرتبه
۵-۱ ساله	125-250 mg	روزانه ۳ مرتبه
۱۲-۶ ساله	500 mg	روزانه ۳ مرتبه
کاهلان	750 mg	روزانه ۳ مرتبه

یا CEFTRIAXONE عضلی یا بطی وریدی (در ظرف ۳-۴ دقیقه بدهید)

اگر مقدار بیشتر از 1 g را از طریق عضلی میدهید؛ انرا در بیشتر از یک موقعیت تطبیق نمائید. برای اطفال به مقدار 20-80 mg/day داده شود.

۱۲-۲ ماهه	200-500 mg	روزانه ۱ مرتبه
۵-۱ ساله	500 mg-1 g	روزانه ۱ مرتبه
۱۲-۶ ساله	1-2 g	روزانه ۱ مرتبه
کاهلان	2-4 g	روزانه ۱ مرتبه

۷. سایر اختلاطات معمول سپیس را جستجو نموده دوابی نمائید:

- تب بسیار بلند و آشفته گی مغزی یا هایپوترمی
- هایپوگلاسیمی
- دیهایدریشن
- انیمی (کمخونی)
- عدم کفایه حاد کلیوی
- عدم کفایه قلبی

نوت: دوزهای بلند ستیروئیدها در شاک سپتیک و سپیس مفید نمینماید.

تب بالاتر از ۳۸ درجه سانتی گراد (100.4° F) و نبودن سبب دیگر آشکار تب. بخاطر داشته باشید که طرز تب تا چند هفته در شروع مرض غیر وصفی میباشد و بر آن در تشخیص مرض اتکا ننمائید.

مریضان مصاب ملاریا غالباً ولی نه همیشه اعراض ذیل را دارند:

● سردردی و درد های عضلی

● ضخامه طحال

اعراض ملاریای شدید (اطفال و زنان حامله در معرض خطر شدید ملاریا قرار دارند):

× استفراغ شدید

× دیهیدریشن

× یرقان

× تشوش شعور، کوما (در تمام مریضان تب دار و بیهوش، ملاریای دماغ مدنظر باشد)

× اختلاجات

× تب بلند تر از ۴۰ درجه سانتی گراد (104° F)

نوت: در افغانستان د جریان موسم انتقال، صرف ۲۵ الی ۳۰٪ تب از باعث ملاریا میباشد. در حالیکه شما تمام اینگونه حالات را توسط ادویه ضد ملاریا تداوی مینمائید، سایر امراضی را که اعراض مشابه را به وجود میآورند از نظر نیاندازید.

بصورت ایدیال تشخیص ملاریا بر مبنای معاینه مایکروسکوپی صورت میگیرد.

معاینات

معاینه سلاید خون برای ملاریا، اجرا شود به خاطر داشته باشید که سمیر منفی ملاریا را رد نمیتواند!

اهتمامات ملاریای غیر اختلاطی

۱. مریض را با ادویه ضد ملاریا تداوی نمائید (دوز ادویه را در جدول ببینید):

● در صورتیکه لابراتوار تشخیصیه قابل اعتبار در دسترس نباشد؛ از ادویه فمی + sulfadoxine (Fansidar) pyrimethamine به یک دوز واحد chloroquine فمی برای ۳ روز بدهید.

● در صورتیکه ملاریای فلسپاریوم بوسیله یک لابراتوار قابل اعتماد تثبیت شود؛ از ادویه فمی + sulfadoxine pyrimethamine (Fansidar) به یک دوز واحد + artesunate فمی برای ۳ روز بدهید.

● اگر ملاریای ویواکس بوسیله یک لابراتوار قابل اعتماد تثبیت شود؛ از chloroquine فمی برای ۳ روز بدهید.

۲. به مریض توصیه نمائید که:

● در صورت ادامه تب برای بیشتر از ۳ روز بعد از شروع تداوی؛ یا در صورت ظهور یرقان یا گنسیت پیشرونده؛ دوباره مراجعه نماید.

● به مریض مشوره دهید که چگونه خود را از گزیدن پشه مصئون نگهدارند (بخش "وقایه" دیده شود).

۳. تب بلند را با paracetamol تداوی نمائید.

۴. اگر مریض هنوز هم تب داشته یا نتایج لابراتواری برای شکل غیر زوجی پرازیت برای ۳ روز بعد از تداوی مثبت باشد؛ امکانات ذیل را مد نظر داشته باشید:

● یا مریض ادویه را اخذ ننموده است یا آنرا استفراغ نموده است.

● پرازیت ها مقاوم اند.

Quinine را از طریق فمی برای ۷ روز بدهید.

● تب از باعث ملاریا به وجود نیامده است. تشخیص دیگری را مد نظر داشته باشید.

۵. اگر تب در جریان ۲۸ روز بعد از تداوی ابتدائی دو باره به وجود آید، احتمالات ذیل را مد نظر داشته باشید:

● پرازیت ها مقاوم اند. سلاید دیگر را از نظر ملاریا معاینه نمائید. برای ۷ روز quinine فمی تطبیق نمایید.

● تب جدید از باعث ملاریا بوجود نیامده، یک تشخیص الترناتیف را مد نظر داشته باشید.

اهتمامات ملاریای شدید

هرگاه مریض هریک از اعراض ملاریای شدید را که در فوق ذکر شده داشته باشد؛ او را به حیث شخص مصاب ملاریای شدید تداوی نمائید. اگر در مورد تشخیص شکی داشته باشید؛ مثلاً اگر مریض بیهوش مصاب التهاب سحایائی (meningitis) یا ملاریای دماغی باشد؛ مریض را برای هر دو پرابلم در عین وقت تداوی نمائید.

۱. Artemether را از طریق عضلی به یک دوز واحد برای ۳ روز بدهید. در صورتیکه مریض به هوش نیاید؛ دوا را برای مدت طولانی تر بدهید. به زودی بعد از آنکه مریض قادر به بلع شد؛ یک دوز واحد (Fansidar) sulfadoxine + pyrimethamine را به وی بدهید.

ادویه برای تداوی ملاریا

برای ترکیب درست ادویه؛ مطابق به حالت کلینیکی مریض متن را ببینید.

- **Artesunate** فمی به مقدار 4 mg/kg روزانه یک مرتبه برای ۳ روز

روز ۱، ۲، ۳	سال
50 mg	۳-۱ سال
100 mg	۴-۵ سال
150 mg	۶-۱۲ سال
200 mg	کاهلان

- **Artemether** عضلی به یک دوز واحد برای حد اقل ۳ روز و اگر مریض به هوش نیاید برای مدت بیشتر. به مقدار 3.2 mg/kg در روز اول، بعد 1.6 mg/kg در روز های بعدی.

روز اول	روز ۲+۳
۴۰-۶۰ mg سال	20-30 mg
۶۰-۱۲۰ mg سال	30-60 mg
۱۵۰-۲۰۰ mg کاهلان	75-100 mg

- **Chloroquine** فمی روزانه یک مرتبه برای ۳ روز، در دو روز اول به مقدار 10 mg/kg بدهید و در روز ۳ 5 mg/kg که نصف دوز اولیه است بدهید.

روز ۱+۲	روز ۳
۱۵۰ mg سال	75-100 mg
۳۰۰ mg سال	150 mg
۶۰۰ mg کاهلان	300 mg

اگر مریض در جریان ۳۰ دقیقه بعد از خوردن دوا استفراغ نماید، باید دوز مکمل دوا را تکرار نماید. اگر مریض ۳۰ دقیقه تا ۱ ساعت بعد استفراغ نماید، او باید نصف دوز را تکرار بگیرد.

- **Quinine** فمی یا عضلی به مقدار 30 mg/kg/day به ۳ دوز کسری.

۱۲-۲ ماهه	50 mg	روزانه ۳ مرتبه
۱-۵ ساله	100-150 mg	روزانه ۳ مرتبه
۶-۱۲ ساله	150-300 mg	روزانه ۳ مرتبه
کاهلان	600 mg	روزانه ۳ مرتبه

نوت: quinine عضلی را همیشه به غلظت 60 mg/ml رقیق سازید. شما این کار را با رقیق نمودن امپول های 2 ml حاوی 150 mg/ml همراه با 3 ml آب مقطر یا با رقیق نمودن امپول های 2 ml حاوی 300 mg/ml در 8 ml آب مقطر انجام داده می‌توانید. اگر مریض به عضلی یا وریدی ضرورت داشته باشد، تداوی را برای ۱۰ روز ادامه دهید.

تداوی وریدی: هیچگاهی quinine را مستقیماً از طریق ورید تطبیق ننمائید مگر همیشه آنرا از طریق انفیوژن وریدی در ظرف ۴ ساعت روزانه ۳ مرتبه تطبیق نمائید.

یک دوز اولی به مقدار 20 mg/kg را در ظرف ۴ ساعت تطبیق نموده و بعداً ۸ ساعت بعد از شروع دوز قبلی به مقدار 10 mg/kg تا زمانی که مریض قادر به اخذ quinine فمی شود هر ۸ ساعت بعد بدهید. quinine را در 5% glucose رقیق نموده و انفیوژن گلوکوز را در فاصله دو دوز تطبیق نمائید زیرا خطر هایپوگلیسمیا با تطبیق quinine وریدی وجود دارد. اگر quinine وریدی به سرعت تطبیق شود خطر تنقیص فشار خون وجود می‌داشته باشد.

- **Sulfadoxine + pyrimethamine (Fansidar)** فمی را به یک دوز واحد بدهید. تابلیت های آن به مقدار 25 mg + 500 میباشند. به صورت ایذیال مریض باید دوز واحد دوا را در محضر شما بخورد تا از خوردن آن اطمینان حاصل شود.

کمتر از یک سال	نیم تابلیت
۱-۵ سال	۱ تابلیت
۶-۱۲ سال	۲ تابلیت
کاهلان	۳ تابلیت

یا

Quinine را از طریق انفیوژن وریدی یا زرق عضلی بدهید. به زودی بعد از آنکه مریض قادر به بلع شد؛ Fansidar (sulfadoxine + pyrimethamine) فمی رابه یک دوز واحد + artesunate فمی برای ۳ روز بدهید. به عوض این دودوی تعقیبیه؛ شما می‌توانید از quinine فمی الی پوره شدن ۷ روز تداوی کارگیرید.

- ۲. **اختلالات را تداوی نمائید** (مثلاً اختلالات یا انیمی شدید).

اهتمامات ملاریا در زمان حامله گی

در سه ماه اول (trimester اول) مریض را با quinine فمی روزانه ۳ مرتبه برای ۷ روز تداوی نمائید.

در سه ماه دوم (trimester دوم) و سوم مریض را طبق ذیل تداوی نمائید:

۱. **واقعات تثبیت شده ملاریای فلسیاریوم** را با Fansidar (sulfadoxine + pyrimethamine) فمی به مقدار 25 mg/kg همراه با artesunate فمی روزانه یک مرتبه برای ۳ روز تداوی نمائید.

۲. **واقعات تثبیت شده ملاریای ویواکس** را با chloroquine فمی برای ۳ روز تداوی نمائید.

۳. **واقعات ملاریا را که از نظر کلینیکی تشخیص شده اند** با Fansidar (sulfadoxine + pyrimethamine) فمی به یک دوز واحد + chloroquine فمی برای ۳ روز تداوی نمائید.

وقایه

ملاریا توسط میتود های ذیل وقایه شده می‌تواند:

- **استعمال جالی ها بر روی بستر و کلکین.** این جالی ها در صورتیکه با مواد insecticide، مثلاً permethrin, deltamethrin یا Lambdacyclohalothrin مغسوس شده باشند، موثرترین وسیله اند. در صورتیکه یک فامیل قدرت خریداری یا دسترسی به جالی را ندارند، ایشان باید از چادر های مغسوس شده استفاده نمایند.
- **دوا پاشی دیوار های داخل خانه توسط پستیساید (pesticide) ها.** بهترین زمان اجرای آن ماه سرطان میباشند.

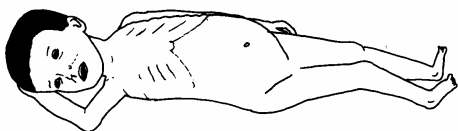
• **از بین بردن محلات نشوونموی پشه ها.** این به معنی پاککاری کثافات و از بین بردن آب های ایستاده میباشند.

• **پوشیدن لباس های دارای آستین های دراز، خصوصاً در هنگام دیگر و شام،** زیرا این زمانی

تظاهرات کلینیکی تب محرقة

شدت مرض از یک شخص تا شخص دیگر فرق میکند. اطفال خوردن اکثراً با اسهالات و استفراغات تظاهر میکنند.

- انتفاخ بطنی
- حساسیت منتشر بطنی
- ضخامه طحال و کبد
- کسالت شدید
- ضیاع شدید اشتها
- اکثراً دیهیدریشن
- سردردی



• سرفه و علایم برانشیت و سینه بغل

اختلالات و اسباب مرگ:

(معمولاً در جریان هفته ۳ و ۴)

- تثقب معانی (انتفاخ بطنی و حساسیت آن تشدید میشود؛ سرعت نبض بلند می‌رود. در التراسوند بطنی؛ مایع آزاد دیده میشود)
- خونریزی معدی معانی (خونریزی مقعدی، شک آبی)
- مایوکار دیت
- توکسیمای شدید
- ندرتاً: میننژیت محرقی (در اطفال کمتر از ۵ سال)

سیر کلینیکی مرض در صورت عدم تداوی:



شکل ۱-۴: تب محرقة

- آشفته گی مغزی
- نزد کاهلان قبضیت و نزد اطفال اسهال و استفراغ
- سرفه

در صورت عدم تداوی، مرض برای ۴ هفته دوام مینماید. پروسه که در آن مریض قوت کامل خود را دوباره حاصل نماید معمولاً بطی میباشد.

معاینات

تشخیص مرض معمولاً بر مبنای تظاهرات کلینیکی صورت میگردد. تعداد کم یا نورمال مجموعی کربوات سفید (WBC) همراه با لیکوپینیا (leucopenia) تشخیص را حمایه مینماید. اطفال خورد سن غالباً لیکوسی توسیز (leucocytosis) را از خود نشان میدهند.

است که پشه ها زیادتر انسان را میگزند. چادر هایکه در مواد permethrin مغطوس شده باشند، بهترین محافظه را در جریان شام و صبح فراهم مینماید.

راپور دهی

به صورت پر یودیک زمانیکه یک تعداد حالات، مساعد باشد، اپیدیمی ملاریا ظهور مینماید. اگر از دیاد قابل ملاحظه در تعداد واقعات ملاریا در یک کلینیک دیده شود، این موضوع باید به مرکز منطوقی ملاریا یا به دفتر ساحوی موسسه Health Net International راپور داده شود که این موسسه موضوع را بررسی و اپیدیمی را کنترول خواهد نمود. بر علاوه ریکارد های دقیق از واقعات ملاریا گرفته شود تا بدینترتیب کنترول ملاریا به طور موثر تنظیم و ترتیب گردد.

تب محرقة (TYPHOID FEVER)

مردم زمانی به تب محرقة مبتلا میشوند که آنها آب یا غذای ملوث با باکتری سلمونیا (salmonella) را اخذ نمایند. غذا و آب از اثر تماس با مواد غایطه اشخاص مریض یا ناقلین باکتری سلمونیا ملوث میشوند. ناقل مرض به شخصی گفته میشود که عامل مرضی را؛ بدون آنکه از خود کدام عرض مرض را نشان دهد؛ اطراح مینماید. یک تعداد ناقلین باکتری را از طریق ادرار خود اطراح مینماید.

تب محرقة یک سبب عمده سپسس و مرگ ومیر میباشد. اگر مرض تداوی نشود حدود ۱۰٪ مریضان میمیرند؛ مگر این رقم از اثر تداوی درست به ۱٪ تقلیل مییابد البته انتان خفیف معمول می باشد.

تظاهرات کلینیکی

دوره تقریخ مرض معمولاً ۱۰-۲۰ روز (بعض اوقات ۳-۵ روز) است. در مریضان تبار بلند که بیشتر از سه روز دوام نموده و یکی از تظاهرات ذیل را نشان دهد، به تب محرقة مشکوک شوید (برای تظاهرات بیشتر به شکل ۱-۴ دیده شود):

- شخص مریض بوده؛ گنسیت داشته و خواب آلود است.
- تب بلند دوامدار که در هفته اول به صورت پته وار بلند می‌رود.
- ضیاع شدید اشتها
- سردردی شدید
- ضخامه طحال و کبد
- حساسیت منتشر بطنی

انتهی بیوتیک ها بری تداوی محرقة

انتهی بیوتیک های خط اول

اگر مریض شدیداً مریض نباشد یکی از دوا های ذیل را بدهید:

- **Chloramphenicol** اگر مریض استقرآخ و اسهال نداشته باشد شکل فمی آن را بدهید در غیر آن از شکل وریدی آن داده شود. از طریق عضلی ندهید. تداوی را با 75-100 mg/kg/day به ۳-۴ دوز کسری بدهید و بعد از ۴۸ ساعت مقدار آن را به 50 mg/kg/day تنقیص دهید. مریض را برای ۱۴ روز تداوی نمائید.

۱۲-۲ ماهه	62.5-125 mg	روزانه ۳ مرتبه
۵-۱ سال	125-250 mg	روزانه ۳ مرتبه
۱۲-۶ ساله	500 mg	روزانه ۳ مرتبه
کاهلان	1 g (بعداً 750 mg)	روزانه ۳ مرتبه

- **Amoxicillin** فمی: مریض را برای ۱۴ روز تداوی نمائید.

۱۲-۲ ماهه	125 mg	روزانه ۴ مرتبه
۵-۱ سال	250 mg	روزانه ۴ مرتبه
۱۲-۶ ساله	500 mg	روزانه ۴ مرتبه
کاهلان	1 g	روزانه ۴ مرتبه

- **Co-trimoxazole** فمی:

۵-۱ سال	240 mg	روزانه ۲ مرتبه
۱۲-۶ ساله	480 mg	روزانه ۲ مرتبه
کاهلان	960 mg	روزانه ۲ مرتبه

نوت: در آینده ممکن است azithromycin فمی دوا ی بدیل را خصوصاً نزد اطفال تشکیل دهد (در ذیل دیده شود).

انتهی بیوتیک های خط دوم

اگر مریض شدیداً مریض باشد یا ۳ روز بعد از شروع تداوی با انتهی بیوتیک خط اول بهبود حاصل نکند؛ از یکی از دواهای ذیل بدهید.

- **Ciprofloxacin** فمی: از دادن آن به اطفال کمتر از ۱۲ سال اجتناب نمائید؛ مگر آنکه شدیداً مریض باشند. مریض را برای ۱۰-۱۴ روز تداوی کنید. تب معمولاً بعد از ۳-۵ روز تنقیص میابد.

کاهلان	500 mg	روزانه ۲ مرتبه
--------	--------	----------------

(به صورت بدیل میتوانید از ofloxacin به مقدار 200 mg روزانه ۲ مرتبه بدهید.)

- **Ceftriaxone** عضلی یا بطنی وریدی (در ظرف ۳-۴ دقیقه). اگر بیشتر از 1 g را از طریق عضلی میدید در بیشتر از یک ساحه زرق شود. مریض را برای ۱۰-۱۴ روز تداوی نمائید.

۱۲-۲ ماهه	200-500 mg	یک دوز واحد در روز
۵-۱ ساله	500 mg-1 g	یک دوز واحد در روز
۱۲-۶ ساله	1-2 g	یک دوز واحد در روز
کاهلان	2 g	یک دوز واحد در روز

- **Cefotaxime** وریدی به آهسته گی در ظرف ۳-۴ دقیقه.

اطفال 200 mg/kg/day به ۳ دوز کسری

کاهلان	1 g	روزانه ۳ مرتبه
--------	-----	----------------

انکشافات جدید

- **Azithromycin** (یک انتهی بیوتیک ماکرولید جدید) یک بدیل موثر؛ خصوصاً برای اطفال مصاب محرقة غیر اختلاطی میباشد.

۲. به تغذیه مریض با دادن غذا های ملایم و آنچه به آسانی قابل هضم باشد ادامه دهید؛ مگر آنکه نزد مریض انتفاخ بطنی یا ایوس (ileus) تاسس نماید.

۳. تب را با تطبیق paracetamol تنقیص دهید.

از تست وایدل (Widal) دیگر نباید استفاده بعمل آید؛ زیرا غالباً نتایج غلط داشته و میتواند گمراه کننده باشد. یک تعداد زیاد حالات غیر تایفونیدی نیز میتواند تست وایدل مثبت را بار آورند. ازسویی این تست میتواند با وجودیکه مریض مصاب محرقة است؛ منفی باشد.

در واقعات مشکوک به تثقب معائی معاینه التراسوند یا اکسری بطنی اجرا شود.

اهتمامات

معمولاً مریضان در خانه تداوی شده میتوانند. مگر باید به صورت دقیق از اینها مراقبت بعمل آید. مریضانی که شدیداً مریض اند و استقرآغات معدن؛ اسهال شدید و انتفاخ بطنی زیاد دارند به شفاخانه معرفی شوند.

۱. انتهی بیوتیک مناسب را انتخاب نمائید (جدول برای

دوز ادویه دیده شود). مقاومت رو به افزایش باکتری محرقة تداوی را مشکل تر میسازد. جهت جلوگیری از مقاومت بیشتر؛ مهم است تا از رهنمود های تداوی توصیه شده پیروی بعمل آید:

- اگر شخص شدیداً مریض نیست برای او **chloramphenicol** فمی (یا amoxicillin یا co-trimoxazole) بدهید.

مریض را بعد از ۳ روز از اخذ تداوی درست، ارزیابی نمائید. صرف به تب مریض نگاه نکنید بلکه وضعیت عمومی مریض را مد نظر داشته باشید (مثلاً نداشتن اشتها و خواب آلودگی). اگر وضعیت مریض بهبود نیافته باشد یک انتهی بیوتیکی را که برای محرقة شدید یا مقاوم در مقابل چندین انتهی بیوتیک توصیه میشود، بدهید.

- اگر شخص شدیداً مریض باشد یا بعد از سه روز

تداوی با chloramphenicol بهبودی کسب نمیکند؛ برای او از **ciprofloxacin** (یا ofloxacin) فمی یا **ceftriaxone** از طریق وریدی یا عضلی (یا cefotaxime) بدهید.

جواب به مقابل تداوی را سه روز بعد ارزیابی نمائید. اگر بعد از سه روز بهبودی وجود نداشته باشد انتهی بیوتیک را تبدیل نمائید، مثلاً از ciprofloxacin به ceftriaxone.

نوت: به این نکته باور نداشته باشید که تطبیق چندین انتهی بیوتیک به صورت همزمان؛ سرعت معالجه را زیاد میسازد! توصیه چنین نسخه های غلط مقاومت دوائی را به زودی افزایش خواهد داد و تب محرقة در منطقه شما غیر قابل تداوی خواهد شد!

تظاهرات کلینیکی

دوره تفریح مرض حدود ۲-۴ هفته میباشد. در صورت عدم تداوی بروسیلوز میتواند برای چندین سال دوام نماید.

مرض به دو شکل مختلف شروع نموده میتواند:

۱. **شروع بطی.** تب با درجات متغیر، عرق شبانه، لرزه و ضعفی در ظرف یک یا چندین هفته نزد مریض به وجود میآید. اعراض دیگر آن ضیاع وزن، سردردی و درد های عضلی میباشند.

۲. **شروع حاد:** اعراض مشابه به سپس همراه با تب بلند، خستگی و عرق شبانه.

بروسیلوز اعراض مشابه به سایر امراض تیدار را نشان میدهد؛ مگر اعراض ذیل برای آن وصفی میباشند:

- تب برای هفته ها یا ماه ها ادامه مییابد یا هر ۲-۴ هفته بعد تب بوجود آمده و از بین میرود.
- درد شدید عظام و مفاصل، خصوصاً در قسمت سفلی کمر و مفاصلی که وزن را متقبل میشوند (زانو و حرقفی فخذی). درد میتواند به اندازه شدید باشد که مریض نتواند قدم بزند.
- ضخامه طحال یا کبد و عقدات لمفاوی ضخاموی
- مریض غالباً احساس افسرده گی مینماید.
- التهاب بریخ (epididymo-orchitis)
- اختلالات شدید و جدي: اندوکاردیت
- اختلالات نادر: امراض عصبی مانند التهاب سحایانی (meningitis) یا انسفالوپتی (encephalopathy)

معاینات کمک کننده

- تعداد مجموعی کربوات سفید پائین یا نورمال بوده و لیمفوسی توسیز (lymphocytosis) دیده میشود.
- هیموگلوبین پائین
- تست brucellosis-agglutination مثبت؛ نشان دهنده بروسیلوز بوده اما تست های مثبت کاذب واقع شده میتواند.

اهتمامات

- در کاهلان توصیه streptomycin به مقدار 1 g زرق عضلی روزانه یک مرتبه برای ۲-۳ هفته همراه با doxycycline فمی به مقدار 200 mg روزانه یک مرتبه برای ۶ هفته

یا
به مریض rifampicin فمی همراه با doxycycline فمی برای ۶ هفته بدهید. دوا ها را در فواصل

۴. یک دوز واحد ویتامین A را به همه اطفال دهید.

۵. اگر مریضی شدید باشد؛ مریض در شاک یا آشفتگی مغزی باشد؛ به مریض dexamethasone تطبیق نمائید. دوز اول (loading dose) آنرا به مقدار 3 mg/kg و بعداً 1 mg/kg هر شش ساعت بعد برای ۲ روز تطبیق نمائید. در صورتیکه انتی بیوتیک مناسب باشد؛ تطبیق ستیروئید خطر اختلالات مرض را بلند نمیبرد.

۶. دیهایدریشن، کمخونی و دیگر اختلالات را تداوی نمائید. خونریزی معدی- معایی با اعاده ضیاع خون تداوی میشود مگر آنکه شواهد تنقب معائی وجود داشته باشد که در آن صورت تداوی جراحی توصیه میشود.

اهتمامات عود یا نکس مرض

نزد ۱۰-۲۰% مریضانی که به انتی بیوتیک درست تداوی شده اند عود مرض بعد از بهبودی اولیه شان واقع میشود. عود مرض به صورت وصفی ۱-۲ هفته بعد از قطع انتی بیوتیک (بعضاً تا ۲ ماه بعد) واقع میشود که به تناسب مریضی اولیه کوتاه تر و خفیف تر میباشند. ندرتاً عود مرض برای بار دوم یا سوم نیز ممکن رخ دهد. عود مرض به معنی مقاومت در مقابل دوا نمیباشد. شما میتوانید مریض را با عین دوا که حمله اولی را تداوی نموده بودید؛ تداوی نمائید. در صورت تداوی مریض با کینولون ها (quinolone) (ofloxacin یا ciprofloxacin) ها؛ درجه عود مرض پائین میباشند.

وقایه

اصلاح شبکه آب رسانی؛ جابجا سازی و از بین بردن مصئون مواد غایطه؛ وقوعات تب محرقه را تنقیص میدهد. نکات ذیل مهم اند (هم چنان صفحه ۱۱۸ دیده شود):

- از آب آشامیدنی پاک استفاده بعمل آورید.
- دست های خود را قبل از تهیه غذا، قبل از خوردن غذا و بعد از رفع حاجت شستشو نمائید.
- میوه و سبزیجات را با آب پاک بشوئید. آنعه ئی که پوست شده نمیتوانند باید قبل از خوردن پخته شوند.
- برای رفع حاجت، از تشناب ها استفاده نمائید.

بروسیلوز (BRUCELLOSIS)

بروسیلوز یک انتان است که معمولاً از طریق محصولات شیرناجوشانده یا گوشت خام انتقال مینماید. یک تعداد اشخاص زمانی منتن میشوند که جروحات یا بریده گی های بدن شان به تماس مستقیم گوسفند، بز، گاو یا شتر منتن میآید.

انفی و چشمان سرخ باشد، به سرخکان مشکوک شوید. قبل از آنکه رش های وصفی تظاهر نمایند، شما میتوانید Koplik's spots را در طرف داخل رخسار مریض دریابید. برای تظاهرات بیشتر به شکل ۲-۴ مراجعه شود.

نزد ۵%-۱۰ تمام اطفال اختلالات واقع میشود. اطفال ذیل در معرض خطر خاص قرار دارند: (۱) اطفال مصاب سوتغذی؛ (۲) طفلی که در عین خانواده توسط طفل دیگر منتن شده باشد، (۳) کسانی که در شرایط مزدحم مثلاً کمپ های مهاجرین زنده گی میکنند (چوکات دیده شود).

اهتمامات

جهت تداوی مناسب، دریابید که طفل در کدام گروپ قرار میگیرد؟

- سرخکان بدون اختلالات

- سرخکان همراه با اختلالات در چشم و دهن (جریان افراشات قیحی از چشم و قرحات دهن)

- سرخکان شدید اختلاطی (× موجودیت هر یکی از علائم عمومی خطر× تاریخ شدن قرنیه × قرحات وسیع و عمیق دهن)

زمانی ۱۲ ساعت از هم دیگر توصیه نمائید (مثلاً rifampicin را از طرف صبح و doxycycline را از طرف شام). این ترکیب معمولاً در زمان نکس مرض استعمال میشود.

● برای اطفال کمتر از ۸ سال: *co-trimoxazole* + *streptomycin* (یا rifampicin) برای ۶ هفته بدهید.

● برای زنان حامله یا شیرده *rifampicin* را برای ۶ هفته بدهید.

نوت: اگر شواهد ماووفیت مفاصل یا اعضای موضعی باشد تداوی را برای مدت ۱۲ هفته ادامه دهید. اگر علائم عصبی وجود داشته باشد، سه دوا را (*streptomycin + doxycycline + rifampicin* یا *co-trimoxazole* در عوض rifampicin) بدهید. اگر اندوکار دیتس (*endocarditis*) وجود داشته باشد، تداوی طویل المدت نمائید.

وقایه

انتان به طریقه های چون (۱) جوش دادن شیر قبل از نوشیدن و تهیه سایر محصولات از آن (۲) شستن دست ها بعد از تماس با حیوانات (۳) اجتناب از خوردن گوشت خام یا قسماً پخته شده (۴) با کنترل و ترنری انتان بروسیلوز در حیوانات، وقایه شده میتواند.

سرخکان (MEASLES)

سرخکان یکی از وخیم ترین انتانات دوره طفولیت میباشد. حدود ۵-۱۰٪ تمام اطفال مصاب سرخکان میمیرند. اطفال تنها در جریان مرض حاد، فوت نمیکند. همچنان مرگ و میر در جریان ماه های بعد از مریضی سرخکان بلند میرود؛ زیرا ویروس سرخکان سیستم معافیت طفل را برای چندین ماه ضعیف میسازد که این حالت طفل را بیشتر به انتان و سوتغذی مساعد میسازد.

ویروس سرخکان به بخش سطحی قرنیه و منظمه حمله ور شده سبب سرخی و آبریزی وصفی در چشم ها میشود. اگر ذخیره ویتامین A بدن طفل پائین باشد، قرحه قرنی و کوری ممکن است به زودی از باعث انتان بکتریائی ثانوی یا ویروس هرپس تاسس نماید.

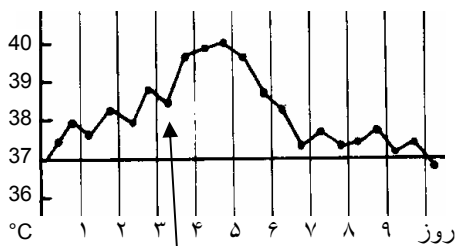
سرخکان بسیار ساری بوده و حدود ۹۰٪ اطفالی که معافیت حاصل نکرده اند هرگاه به تماس مریض بیآیند، سرخکان نزد شان تاسس مینماید. انتان مستقیماً از طریق افراشات تنفسی سرایت مینماید (droplet-infection).

تظاهرات کلینیکی

دوره تفریح مرض ۱۰-۱۴ روز میباشد. نزد هر طفل بین ۹ ماه الی ۵ سال که دارای سرفه، تب، افراشات

سیر کلینیکی سرخکان:

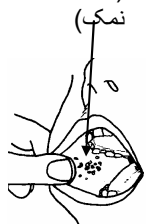
زمانی که رش ها؛ تظاهر نمایند تب فوراً بالا میرود و طفل مریض میشود. تب ۳-۴ روز بعد از شروع رش ها از بین میرود. اگر تب برای بیشتر از ۴ روز بعد از تظاهر رش ادامه یابد و یا اگر دوباره بازگشت نماید به انتان ثانوی مشکوک شوید.



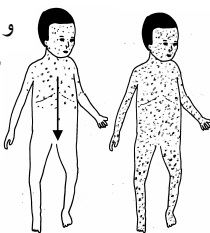
علائم اولیه:

- سرفه، افراشات انفی و سرخی چشمان

- Koplik's spots (مانند دانه های نمک)



رش:



اختلالات:

- قرحات قرنیه (کوری)
- قرحات دهن
- انتانات ثانوی بکتریائی (نومونیا، انتان چشم و گوش)
- اسهالات
- خراسک
- سوتغذی
- فعال شدن دوباره محرقات قبلی
- توبرکلوزیک

شکل ۲-۴: سرخکان

• یک چنک نمک را در آب پاک بیاندازید. دهن مریض را توسط یک تکه مغطوس با این آب روزانه حد اقل ۴ مرتبه پاک نمائید.

۶. **طفل مصاب سرخکان دارای اختلالات چشم و دهن** را؛ بعد از ۲ روز دوباره ارزیابی نمائید. در سرخکان غیراختلاطی؛ از والدین طفل تقاضا نمائید تا طفل خود را بعد از ۲ هفته، یا در صورت پیدا شدن هریک از علائم زیرین خطر، وی را پیش تر از ۲ هفته، نزد شما بیاورند.

× سرفه جدید

× مشکلات تنفسی

× عود تب

× موجودیت خون در مواد غایطه

× ناتوانی در نوشیدن

۷. **طفل را تا چندین ماه؛ جهت کشف و تداوی سوتغذی و اختلالات به صورت مقدم؛ تعقیب** نمائید. به صورت ایدیال نشو نموی طفل را با وزن نمودن منظم و ترسیم قد او بر بالای چارت نشونمو کنترل نمائید.

وقایه

مرض سرخکان و تمام عواقب تباہ کن آن را میتوان از طریق معافیت دهی وقایه نمود. واکسین سرخکان را به تمام اطفال در زمانیکه ۹ ماهه میشوند؛ تطبیق نمائید. طفل کوچکتر از ۹ ماه معمولاً توسط انتی بادی های که از مادر خود میگیرد؛ در مقابل سرخکان به خوبی محافظه شده میتواند.

زمانیکه یک طفل نزد شما، به هر دلیلی که باشد؛ آورده شود در مورد واکسین های قبلی اش پرسید. تمام اطفال ۹ ماهه الی دو ساله را که قبلاً واکسین سرخکان نشده اند، واکسین نمائید. در صورت امکان واکسین را در همان روزی که طفل را میبینید برایش تطبیق نمائید.

در جریان شیوع مرض سرخکان؛ سن تطبیق واکسین سرخکان باید به ۶ ماهگی پائین آورده شود. این اطفال به دوز دوم واکسین در سن ۹ ماهگی ضرورت دارند. اطفالی که در خانه آنها مریض سرخکان وجود داشته باشد باید فوراً واکسین شوند؛ زیرا سرخکان سریعاً انتشار مینماید.

تطبیق واکسین سرخکان در سوتغذی مضاد استتباب نبوده بل تطبیق واکسین قویاً استتباب دارد. اطفال مصاب سوتغذی شدید را در ۶ ماهگی واکسین نموده، بار دوم واکسین را در ۹ ماهگی تکرار نمائید.

۱. اگر امکان داشته باشد، اطفال ذیل را که سرخکان شدید اختلاطی داشته باشند جهت مشاهده بیشتر به شفا خانه رجعت دهید:

• اطفالی که سوتغذی شدید دارند.

• اطفال کمتر از یک سال.

• اطفال مصاب نومونیا ی شدید.

• اطفال مصاب خراسک (croup).

• اطفال مصاب دیهایدریشن شدید.

• اطفال مصاب اسهال که تعداد دفعات بیشتر از ۵ مرتبه در یک روز باشد.

۲. **در مورد تغذی خوب مریض؛ به فامیلش مشورت** دهید:

• تغذی طفل توسط شیر مادر باید ادامه داده شود.

• برای طفل باید غذای خوب اضافی (مثلاً آرد قوت صفحه ۵۸ دیده شود) داده شود. طفل در جریان دو هفته بعد از مریضی؛ به ۲ وقت غذای اضافی ضرورت دارد.

نوت: اعتقادات مضره را تشویق ننموده عاملین را دلسرد سازید. اکثریت افغانان سرخکان را میشناسند. یک تعداد زیاد طرق عنعنوی تداوی طفل مصاب سرخکان وجود دارد. از فامیل مریض پرسید که آنها چگونه طفل خود را تداوی مینمایند و آنها را از انجام تداوی های مضر منع و دلسرد نمائید.

۳. **ویتامین A** بدهید. قرحه قرنی میتواند به سرعت تاسس نماید؛ خصوصاً نزد اطفال مصاب کمبود ویتامین A. این قرحه میتواند به کوری بیانجامد. ویتامین A نه تنها خطر کوری را تنقیص میدهد، همچنان معلوم شده است که دوام مریضی را کوتاه نموده اختلالات و مرگ و میر را نیز کاهش میدهد.

دوز اول را به هنگام دیدن طفل و دوز دوم را روز بعد بدهید. در اطفال کمتر از ۲ سال یک دوز سوم را بعد از یک هفته بدهید (اطفال کمتر از ۶ ماه 50,000 IU؛ از ۷-۱۲ ماهه 100,000 IU؛ بیشتر از ۱ ساله 200,000 IU).

۴. اگر شما قیح را میبینید (اولین قسمتی که در آن قیح ظاهر میشود عبارت از کنارهای داخلی چشم میباشد) یا هرگاه شما قادر به ارزیابی دوباره مریض نیستید، **مرحم tetracycline چشم** را روزانه ۴ مرتبه برای یک هفته توصیه نمائید.

۵. **مراقبت از چشم و دهن را توضیح نمائید:**

• چشمان مریض را روزانه حد اقل ۴ مرتبه با آب گرم پاک یا چای بشوئید. دوا های عنعنوی یا قطرات چشم را که حاوی ستیروئید باشد تطبیق ننمائید.

تب کنگو- کرمین هیما راجیک

CONGO-CRIMEAN HAEMORRHAGIC FEVER

انداز

حدود ۳۰٪ مریضان فوت مینمایند. مریضانی که شفا می یابند؛ از روز دهم مریضی به بعد بهبودی کسب مینمایند.

معافیت دهی (واکسیناسیون)

همه ساله یک تعداد زیاد اطفال از باعث امراضی فوت مینمایند که میتوانند توسط واکسین و قایه شوند. پروگرام واکسیناسیون توسط EPI (Expanded Programme on Immunization) اجرا میگردد. اساساً شش مرض، دیفتیری، سیاه سرفه، تیتانوس (واکسین DPT)، توبرکلوز (واکسین BCG)، سرخکان و پولیو (واکسین فمی پولیو = OPV)، در EPI شامل ساخته شده است. هیپاتیت B ممکن در آینده شامل پروگرام ساخته شود. معافیت تیتانوس در واکسین DPT شامل میباشد مگر هم چنان به شکل جداگانه نیز برای خانم های حامله یا خانم های که در سن باروری اند و برای دختران جوان جهت جلوگیری از تیتانوس نوزادان تطبیق میگردد.

همیشه از تقسیم اوقاتی که وزارت صحت بدان تصمیم گرفته است؛ پیروی نمائید. تقسیم اوقات ذیل در هنگام نشر این کتاب در افغانستان توصیه میشود:

BCG	در هنگام ولادت
OPV 0	در زمان ولادت الی ۷ روز بعد از ولادت
DPT1/OPV 1	۶ هفته گی
DPT2/OPV 2	۱۰ هفته گی
DPT3/OPV 3	۱۴ هفته گی
OPV 4/ سرخکان	۹ ماهگی

برای واکسین های شش گانه فوق در هیچ زمانی کدام دوز بوستر یا تقویوی توصیه نمیشود.

پرا بل م های معافیت دهی

ایجاد آگاهی در مورد فواید معافیت دهی (واکسیناسیون) مهمترین و مشکل ترین بخش پروگرام معافیت دهی میباشد. مردم به شمول اشخاص مسلکی صحتی؛ ممکن نظریات غلط در مورد معافیت دهی داشته باشند. غالباً این ها فکر میکنند که اطفال مریض نباید واکسین شوند. این موضوع غالباً درست نمیشود. پرا بل م های دیگر پروگرام معافیت دهی را تنظیم ضعیف امور (مثلاً واکسیناتور به وقت تعیین شده نمیرسد) یا قطع زنجیر سرد (cold chain) تشکیل میدهد. اگر واکسین ها بدرجه حرارت درست نگهداری نشوند؛ موثریت خود را از دست میدهند.

این مریضی بخاطری بنام تب هیما راجیک (haemorrhagic fever) یاد میشود که خونریزی (haemorrhage) بنفسهی منحیث بخشی از مرض رخ میدهد. انتان به طریقه های (۱) وخذه کنه (۲) از طریق نسجی از گوسفند، بز، یا گاو منتن و (۳) از طریق خون یا سایر مایعات بدن مریض انتقال مینماید. بعض اوقات اپیدیمی مرض با یک تعداد زیاد واقعات در یک محل واقع میشود. در چند سال اخیر چندین واقعه مرض در مناطق سرحدی افغانستان و پاکستان وجود داشته است.

تظاهرات کلینیکی

دوره تفریح مرض ۱-۶ روز میباشد.

- شروع آنی تب همراه با سردردی، درد عضلی، لرزه و استفراغ
- سرخی وجه، رش های پیتیچپال (petechial) و خونریزی بر بالای حنک نرم
- در بیشتر از ۲۵٪ واقعات: خونریزی شدید و کولاپس در روز چهارم یا پنجم مریضی
- بعض اوقات اسهال و درد بطنی شدید همراه با ضخامه طحال

معاینات کمک کننده

اندازه نمودن انتی بادی های خاص که از روز ۶ مریضی قابل دریافت اند.

اهتمامات

۱. اختلاطات مرض را تداوی نمائید.
 ۲. در صورتیکه ادویه ضد ویروسی ribaverin قابل دسترس باشد؛ مفید میباشد.
 ۳. از انتشار بیشتر مرض در بین پرسونل شفاخانه و فامیل مریض جلوگیری نمائید.
- مریض را در یک اتاق جداگانه شفاخانه تجرید نمائید.
 - هر شخصی که نزد مریض میآید باید ماسک، دستکش و چین به تن نماید زیرا انتان میتواند از طریق تماس با خون و مایعات عضویت مریض سرایت نماید.
 - خون و مایعات عضویت مریض را به طور مصئون (کلورونیشن) جابجا نموده و تمام لباس های ملوث و روجایی های مریض را از بین ببرید.

2. Bell DR. *Lecture Notes in Tropical Medicine*. 4th edition. Oxford: Blackwell 1995.
3. Bochud, P-Y, Calandra, T. Clinical review: pathogenesis of sepsis: new concepts and implications for future treatment. *British Medical Journal* 2003; 326: 262-266.
4. Bosman A, Olumese P. Current trends in malaria treatment: artemisin-based combination therapy. *Roll Back Malaria*. WHO: March 2004.
5. Brook I. Unexplained fever in young children: how to manage severe bacterial infection. *British Medical Journal* 2003; 327: 1094-7.
6. Cook GC, Zumla A (ed.). *Manson's Tropical Diseases*. 21st edition. London: WB Saunders 2003.
7. Eddleston M, Pierini S. *Oxford Handbook of Tropical Medicine*. Oxford: Oxford University Press 1999.
8. Hussey G. Preventing measles deaths. *Child Health Dialogue* 1996; 3+4: 14.
9. Institute for Malaria Control. *Guidelines of the treatment of malaria in Afghanistan*. Kabul 2003.
10. Kumar P, Clark M. *Clinical Medicine*. 5th edition. Edinburgh: WB Saunders 2002.
11. Longmore M, Wilkinson I, Török E. *Oxford Handbook of Clinical Medicine*. 5th edition. Oxford: Oxford University Press 2001.
12. Médecins Sans Frontières (MSF). *Clinical Guidelines - Diagnostic and Treatment Manual*. 5th edition. Paris: MSF 2003.
13. Ministry of Health, WHO, UNICEF. *Integrated Management of Childhood Illness*. Kabul 2003.
14. Ministry of Health. *National Child Health Policy*. Kabul: 2004.
15. Olopoenia LA, King AL. Widal agglutination test - 100 years later: still plagued by controversy. *Postgraduate Medical Journal* 2000; 76: 80-84.
16. Rab MA, Rowland MW. Resistance of Plasmodium falciparum malaria to chloroquine is widespread in eastern Afghanistan. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology* 2001; 95: 41-46.
17. Rowland M, Durrani N, Hewitt S, Mohammed N, Bouma M, Carneiro I, Rozendaal J, Schapira A. Permethrin-treated chaddars and top-sheets: Appropriate technology for protection against malaria in Afghanistan and other complex emergencies. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 1999; 93: 465-472.
18. Russell FM, Shann F, Curtis N, Mulholland K. Evidence of the use of paracetamol in children. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81: 367-372.
19. Sauret JM, Vilissova. Human Brucellosis. *Journal of the American Board of Family Practice* 2002; 15: 401-406.
20. Schull CR. *Common Medical Problems in the Tropics*. 2nd edition. London: Macmillan 1999.
21. Southall D, Coulter B, Ronald C, Nicholson S, Parke S (ed). Child Advocacy International. *International Child Health Care: A practical manual for hospitals worldwide*. London: BMJ Books 2002.
22. Stanfield P, Brueton M, Chan M, Parkin M, Waterston T. *Diseases of Children in the Subtropics and Tropics*. 4th edition. Kent: Edward Arnold 1991.
23. Whybrew, K. et al. Diagnosing fever by touch. *British Medical Journal* 1998; 317: 321.
24. World Health Organization. *Crimean-Congo haemorrhagic fever*. Fact Sheet No 208. WHO: November 2001.
25. World Health Organization. *WHO Expert Committee on Malaria - 20th report*. Geneva: WHO 2000.
26. World Health Organization. *Management of severe malaria - a practical handbook*. 2nd edition. Geneva: WHO 2000.
27. World Health Organization. *Management of the child with a serious infection or severe malnutrition - Guidelines for care at the first-referral level in developing countries*. Geneva: WHO 2000.
28. World Health Organization. *Model Prescribing Information. Drugs used in bacterial infections*. Geneva: WHO 2001.

موارد ذیل مضاد استطببات واقعی واکسیناسیون را تشکیل میدهند.

- اطفال مصاب امراض حاد شدید مثلاً نومونیا، التهاب سحایائی (meningitis) و دیزانتری باسیلر.
- اطفالی که عکس العمل های شدید (عوارض جانبی) به تعقیب تطبیق یک دوز واکسین از خود نشان میدهند، باید بار دوم عین واکسین را اخذ ندارند. عکس العمل های شدید شامل کولاپس، شاک، اختلاج بدون تب، انسفالیت، عکس العمل های الرژییک شدید و عکس العمل های موضعی شدید میباشد.
- باید نزد اطفال مصاب امراض تنقیص دهنده معافیت یا اطفالی که در نتیجه تداوی با دوا ها (مثلاً دوزهای بلند ستیروئید یا ایدس - AIDS) معافیت شان پائین میآید؛ واکسین های زنده تطبیق نشود. در جمله تقسیم اوقات بالا واکسین های BCG، سرخکان و پولیوومی (OPV) واکسین های زنده اند. سو تغذی شدید مضاد استطببات نبوده برعکس واقعه استطببات عاجل معافیت دهی میباشد.

شما اطفالی را که حالات ذیل نزد شان موجود باشد؛ به صورت مصون واکسین نموده میتوانید:

- انتانات طرق تنفسی علوی همراه با تب کمتر از ۳۹ درجه سانتی گراد.
- اسهال همراه با تب پائینتر از ۳۹ درجه سانتی گراد.
- سو تغذی، به شمول سو تغذی بسیار شدید.
- الرژی و استما.
- اطفالی که با انتی بیوتیک تداوی میشوند.
- امراض مزمن قلبی، ربوی، کبدی و کلیوی.
- نوزادان قبل المیعاد (premature) یا حاوی وزن پائین در هنگام ولادت.
- اختلاجات.
- اطفال شیرخوار.

ماخذها

1. Annane D, Bellissant E, Bollaert PE et al. Corticosteroids for treating severe sepsis and septic shock (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester: John Wiley & Sons 2004.

۵. توبرکلوز

توبرکلوز چگونه انتشار مییابد؟ (شکل ۲-۵ دیده شود)

مرض توبرکلوز از اثر انتان bacillus Mycobacterium tuberculosis بوجود میآید. اشخاص کاهل که مصاب توبرکلوز ریوی فعال اند منبع اساسی انتان TB را تشکیل میدهند. در ریه های مریض مصاب توبرکلوز ریوی، ممکن کهف (cavities) های که مملو از مکروب توبرکلوز باشند، به وجود آیند. زمانیکه این شخص سرفه نماید یک تعداد زیاد مکروب های TB را با قطرات کوچک هوائی از ریه های خود به هوا منتشر میسازد نزد اشخاصیکه در تماس نزدیک با این مریضان اند؛ خطر انشقاق این قطرات هوائی و در نتیجه خطر منتن شدن با توبرکلوز وجود دارد.

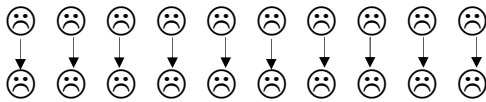
دانستن فرق میان انتان توبرکلوز و مرض توبرکلوز مهم میباشد. افرادی که به مکروب های TB مواجه شده اند، منتن شده و انتان توبرکلوز را با خود دارند (توبرکلوز مخفی). زمانیکه یک شخص به TB منتن

توبرکلوز (tuberculosis - TB) یکی از امراض عمده کشنده؛ در سراسر جهان است. ولی تقریباً تمام مریضانی که جدیداً تشخیص شده اند؛ خصوصاً آنهاستیکه در مراحل مقدم مراجعه نمایند؛ در صورتیکه به صورت درست تداوی شوند؛ معالجه و شفایاب شده میتوانند. تداوی خوب بدان معنی است که مریضان ادویه روزانه خود را مطابق به رژیم تداوی توصیه شده برای مدت زمان دقیق آن اخذ بدارند. هم چنان تداوی خوب طریقه بسیار مهم جلوگیری از انتشار مرض توبرکلوز است زیرا تداوی خوب شخص منتن را غیر منتن میسازد.

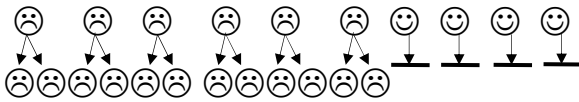
تداوی نادرست توبرکلوز؛ نمیتواند مریض را شفایاب نماید و باعث میشود تا باسیل های توبرکلوز در مقابل ادویه مقاوم شوند در نتیجه تداوی مریض را برای هر شخص مشکل میسازد. تداوی نادرست عمر مریض را خفیفاً طولانی ساخته و نتیجه آن اینست که مریض انتان را برای یک تعداد بیشتر مردم انتشار دهد (شکل ۱-۵ دیده شود).

مثال ها

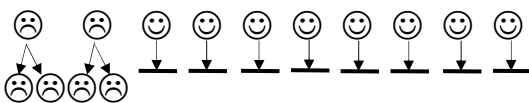
- عدم تداوی؛ تعداد مریضان مصاب توبرکلوز ثابت باقی میماند.



- اگر شما کمتر از ۵۰٪ مریضان مصاب توبرکلوز را معالجه نمائید در یکنسوزت ضرر تداوی تان نسبت به مفاد آن بیشتر میباشد! تعداد اشخاص مصاب توبرکلوز از دیاد میابد! مثلاً: ۶ مریض قسماً تداوی شده ۴ نفر دیگر علاج شده و تعداد مصاب توبرکلوز بعد از ۴ سال در عوض ۱۰ به ۱۲ میرسد.



- اگر شما بیشتر از ۷۰٪ مریضان مصاب توبرکلوز را معالجه نمائید (هدف WHO ۸۵٪ میباشد) فایده تداوی برای جامعه بیشتر از ضرر آن میشود. تعداد اشخاص مصاب توبرکلوز کم میشود. مثال: ۲ مریض تداوی نشده و ۸ شان تداوی شده، پس تعداد مریضان توبرکلوز بعد از ۴ سال در عوض ۱۰ نفر ۴ نفر میباشد.



انتشار توبرکلوز

اگر توبرکلوز ریوی تداوی نشود چه عواقبی را در قبال دارد؟

تحقیقات نشان داده است که اگر مریض مصاب توبرکلوز ریوی (⊗) تداوی نشود بعد از ۲ سال فوت مینماید. درین مدت وی ۲۰ نفر دیگر را با باسیل توبرکلوز منتن بعد از میسازد که از جمله ۲ نفر آن مصاب توبرکلوز میشوند. و ۲ سال معاینه بلغم یکی شان مثبت و از دیگرش منفی میباشد. مریض مثبت به منتن ساختن اشخاص دیگر ادامه میدهد. بناً زمانی که شخص اول منتن فوت مینماید؛ یک شخص دیگر مصاب توبرکلوز موجود خواهد بود.



اگر توبرکلوز درست تداوی نشود چه عواقبی دارد؟

اگر مریض مصاب توبرکلوز درست تداوی نشود؛ ممکن است عمرش طولتر شود ولی باز هم میمیرد. وی ممکن است ۴ سال بعد فوت نماید نه ۲ سال بعد. این بدان معنی ۴ سال است که وی درین مدت ۴ سال ۴۰ نفر را منتن میسازد که از جمله آنها ۲ نفر شان مصاب توبرکلوز بلغم مثبت میشوند؛ بناً زمانی که این مریض فوت میشود. دیگر اشخاص مصاب دو چند میشده باشند. این موضوع نشان دهنده آنست که تداوی نادرست توبرکلوز باعث از دیاد واقعات توبرکلوز در جامعه میشود.



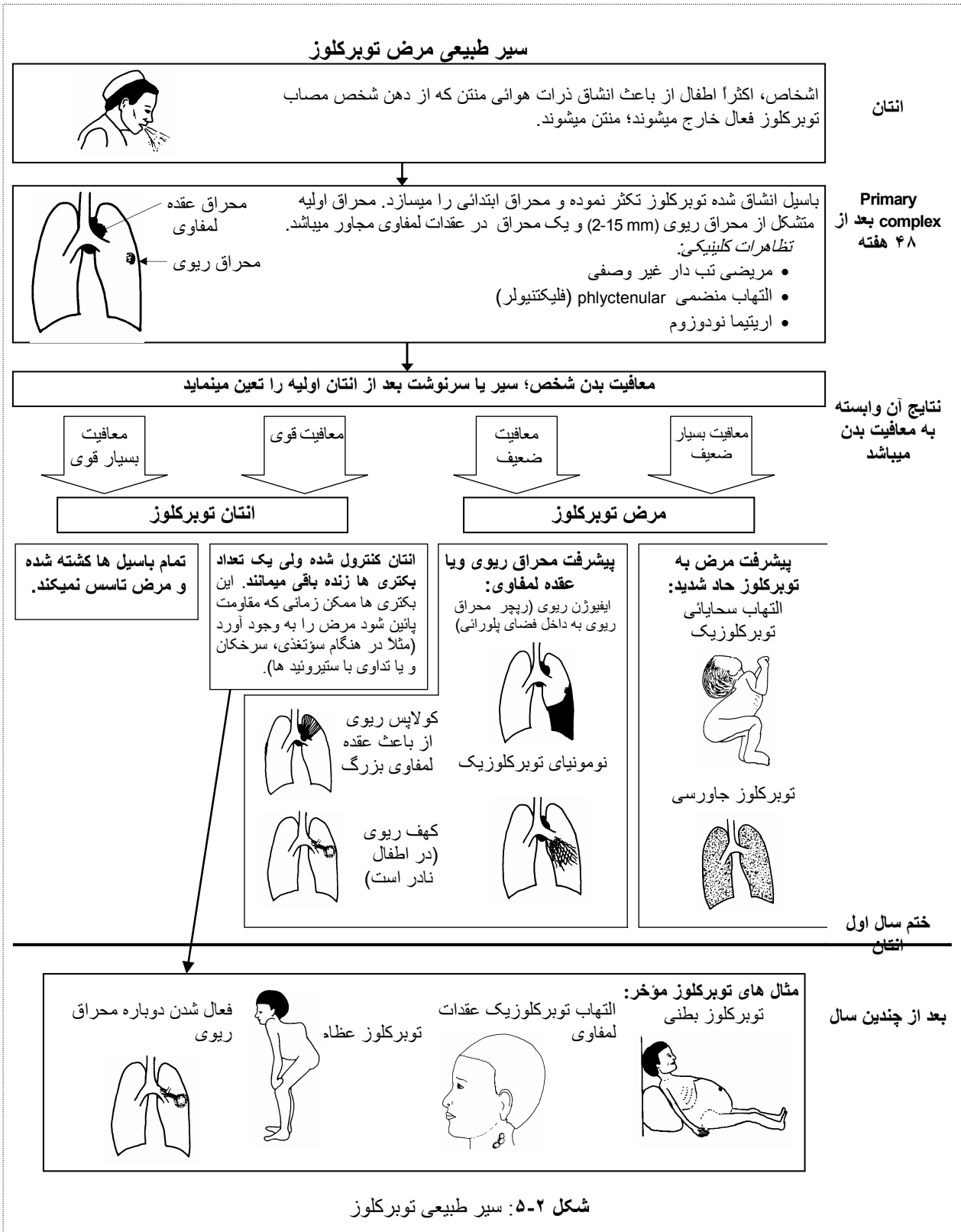
اگر توبرکلوز درست تداوی شود چه واقع میشود؟

اگر شما توبرکلوز را خوب تداوی نمائید؛ مریض زنده مانده و سرایت توبرکلوز را در جامعه متوقف میسازید.



خلاصه: برای صحت اجتماع؛ عدم تداوی توبرکلوز بهتر از تداوی ناقص آن است.

شکل ۱-۵: عواقب تداوی خوب و خراب مرض توبرکلوز بالای جامعه



است که قوه دفاعی عضویت فرد ضعیف باشد یا فرد با تعداد بلند باسیل TB منتن شود (مثلاً زمانی که شخص در یک خانه با شخص مصاب توبرکلوز یکجا زنده گی نماید).

انتان TB معمولاً در سن طفولیت واقع میشود. زمانی که شخص با TB منتن میشود، ۴-۸ هفته بعد

شد برای بقیه عمرش منتن باقی میماند. مگر نزد یکتعداد زیاد افراد مرض TB انکشاف نکرده زیرا قوه دفاعی عضویت آنها به اندازه کافی قوی بوده و باسیل TB را از بین برده یا کنترل مینماید.

بعض اوقات انتان توبرکلوز به مرض توبرکلوز پیشرفت مینماید. احتمال وقوع این حالت زمانی زیاد

- کامپلکس ابتدائی (primary complex) ساخته میشود که از یک محراق ریوی و محراقی که در نزدیکترین عقده لمفاوی که بعد از قصبه قرار دارد ساخته شده است. یک تعداد از باسیل ها به ساحات دیگر عضویت انتقال داده میشود. انتان ابتدائی غالباً غیر عرضی میباشد. یک تعداد از اطفال مریض، تب غیروصفی را از خود تبارز میدهند. نزد اطفالیکه مدافعه عضویت آنها ضعیف است انتان TB ممکن به زودی به مرض توبرکلوز انکشاف نماید. خطرناک ترین انواع توبرکلوز را نوع التهاب سحایائی توبرکلوزیک (TB meningitis) و نوع جاورسی یا منتشر آن (miliary TB)، که در عین زمان بخش های متعدد عضویت را مافوف میسازد، تشکیل میدهد. در افراد دیگر باسیل های توبرکلوز به شکل غیر فعال و مخفی در ریه ها و سایر قسمت های عضویت باقی میماند. اگر بعداً قوه دفاعیه عضویت ضعیف گردد ممکن باسیل های خوابیده به تکرر شروع نموده مرض را بوجود آورند. که این حادثه میتواند سالها بعد از انتان ابتدائی TB واقع شده و میتواند به شکل امراض ریوی یا خارج ریوی تظاهر نماید (مثلاً مرض توبرکلوز عقداات لمفاوی، عظام یا بطن). توبرکلوز ریوی در افراد کاهل، نسبت به اطفال، معمولتر میباشد. اگر مرض توبرکلوز نزد اطفال بوجود آید اکثریت آن الی دوره جوانی به توبرکلوز ریوی انکشاف نمی کنند.
- موجودیت خون در بلغم
- ضعیفی پیشرونده و ضیاع وزن
- درد صدري برای بیشتر از یک ماه
- در اطفال: اعراض ریوی کمتر معمول اند. اطفالی که به تماس اشخاص دارای سمیر مثبت بلغم اند در معرض خطر توبرکلوز قرار دارند. زمانیکه این اطفال مریض شوند و یکی از اعراض ذیل را نشان دهند به توبرکلوز مشکوک شوید:
- تب معند
- درد صدري یا ایفیوژن پلورائی (pleural effusion) (توبرکلوز ریوی)
- تورم تدریجی یک مفصل (آرتريت توبرکلوزیک)
- شخی قسمت ظهري و کمر بعضاً همراه با کپی فقرات (کوهان ستون فقرات)، و ظهور تدریجی ضعیفی در بازو و پا (توبرکلوز ستون فقرات).
- عقداات لمفاوی متورم بدون درد (توبرکلوز عقداات لمفاوی)
- توسع بطنی همراه با حبن (ascites) (توبرکلوز بطنی)

حالت بسیار خطرناک:

× تب، سردردی، استفراغات، شخی گردن و گنسیت زیاد شونده التهاب سحایائی توبرکلوزیک.

× تب، مریضی شدید، ضعیفی، ضیاع وزن و بعضاً کبد یا طحال ضخاموی (miliary TB)

یادداشت: البته کاهلان نیز میتوانند تمام این تظاهرات کلنیکي را نشان دهند مگر این نوع توبرکلوز زیادتر در اطفال و جوانان معمول میباشد. همیشه تشخیص تفریقی را مد نظر داشته باشید. مثلاً تمام افرادی که نزد آنها تورم تدریجی یک مفصل بوجود میآید مصاب توبرکلوز، نخواهند بود.

چه وقت به توبرکلوز مشکوک شویم؟

در کاهلان: هر گاه نزد شخص هر یکی از اعراض ذیل وجود داشته باشد به توبرکلوز ریوی مشکوک شوید (شکل ۳-۵ دیده شود):

- سرفه برای بیشتر از ۳ هفته

اعراض توبرکلوز ریوی نزد کاهلان

- سرفه برای بیشتر از ۳ هفته
- تب برای بیشتر از ۳ هفته
- آمدن خون با سرفه
- درد صدري
- ضیاع وزن



◀ بلغم مریض را در یک لایراتوار قابل اعتبار ۳ مرتبه از نظر باسیل توبرکلوز معاینه نمایید!



شکل ۳-۵: توبرکلوز ریوی نزد کاهلان

توبرکلوز ریوی (pulmonary TB) چگونه تشخیص میشود؟

مریض را ارزیابی نمائید

تاریخچه بگیریید

- در مورد جزئیات اعراض سوال نمائید.
- آیا مریض قبلاً تداوی ضد توبرکلوز اخذ نموده است؟ اگر بلی:

مشابه به TB ریوی را تولید مینمایند. اگر معاینه بلغم مریضی که TB ریوی نزدش مشکوک است منفی است تشخیص تقریقی را مد نظر داشته باشید (چوکات دیده شود).

معاینات غیر قابل اعتماد:

● **Chest x-ray (اکسری صدری)** معاینه قیمت و غیر قابل اعتماد است. شما نمیتوانید صرف با انجام اکسری، توبرکلوز فعال را به صورت یقینی تشخیص نمائید. نمونیا و سایر امراض صدری میتوانند به صورت مشابه تظاهر نمایند. یک تعداد زیاد مریضان ممکن تغییرات سابقه غیر فعال در x-ray داشته باشند. شما باید بلغم مریض را معاینه نمائید. مگر زمانی که توبرکلوز جاورسی (miliary TB) مشکوک باشد، اکسری صدری کمک کننده میباشد. اکسری نورمال صدر در پرکتیک توبرکلوز را رد مینماید.

● **تست توبرکولین:** معاینه قابل اعتماد برای تشخیص توبرکلوز نمیشود. این معاینه اندازه عکس العمل عضویت را در مقابل توبرکلوز با نشان دادن اینکه آنتی بادی ضد TB وجود دارد یا خیر؟ نشان میدهد.

اگر بلغم مریض از نظر باسیل توبرکلوز منفی باشد، تشخیص های تفریقی ذیل را مد نظر داشته باشید

- **نومونیا (pneumonia):** اعراض مرض به صورت آنی شروع مینمایند. نومونیا در مقابل تداوی با آنتی بیوتیک ها فوراً جواب میدهد. ممکن است اکسری مریض مشابه توبرکلوز باشد.
- **توسع قصبات (bronchiectasis):** در نزد مریض مقادیر زیاد بلغم قیحی وجود دارد. مریض برای سالیان زیاد سرفه بلغم دار میداشته باشد.
- **استما (asthma):** نزد مریض حملات سرفه و ویز در هنگام شب دیده میشود. ویز در مرض توبرکلوز معمول نمیشود.

- **امراض انسدادی مزمن ریوی (chronic obstructive airways disease):** مریض غالباً یک شخص پیر بوده و برای سالهای زیاد سگرت دود نموده می باشد. مریض در هنگام جهد عسرت تنفس داشته ؛ سرفه مینماید و بلغم میداشته باشد. در معاینه مریض؛ اکترأ ویز و یک مقدار کرپیتیشن ها شنیده میشود. مریض مصاب انتانات مکرر ریوی میشود.

- **توبرکلوز ریوی با سمیر منفی (sputum negative pulmonary TB):** در بلغم تمام مریضان مصاب توبرکلوز ریوی باسیل TB دیده نمیشود. این بدان معنی است که ایشان مرض را انتشار نمیدهند. اگر به مریض توبرکلوز با بلغم منفی مشکوک میشوید ؛ مریض را برای ۲ هفته با co-trimoxazole یا amoxicillin تداوی نمائید. اگر مریض بهبودی حاصل ننماید، معاینه بلغم مریض را بعد از ۴ هفته تکرار نمائید.

- **کیست های هیداتید (hydatid lung disease):** در اکسری صدری مریض؛ شما کیست های مشابه به کبف ها را دیده میتوانید. بعض اوقات در معاینه تقریقی کریوات سفید خون مریض ایوزنوفیلیا (eosinophilia) را نشان میدهد.

- **کانسر ریوی (lung cancer):** معمولاً مریض سالهای زیاد سگرت دود نموده است. در اکسری صدری ممکن است تومور به کبف تبدیل شده به شکل توبرکلوز معلوم شود.

- **آبسه ریوی (lung abscess):** معمولاً مریض مقادیر زیاد بلغم را دفع مینماید. مریض تب داشته و شدیداً بیمار معلوم میشود.

- توبرکلوز چگونه تشخیص شده؟
- کی آنرا تشخیص نمود؟
- مریض کدام ادویه را اخذ نموده است؟
- ادویه را به کدام دوز اخذ نموده است؟
- ادویه را برای چه مدت اخذ نموده است؟

○ آیا در فامیل آنها کسی وجود دارد که سرفه نماید یا طفلی وجود دارد که مریض باشد؟

مریض را معاینه نمائید

هر چند نزد مریضی که از نظر توبرکلوز ریوی مشکوک است علایم فزیک غالباً بسیار کمک کننده نمیشود؛ با آنهم تمام مریضان باید به صورت دقیق معاینه شوند.

○ **وضعیت عمومی:** یک تعداد مریضان با وجود داشتن امراض پیشرفته ریوی؛ خوب به نظر میآیند. مگر یک تعداد دیگر آنها بسیار مریض بوده و ضیاع وزن میداشته باشند.

○ **ریه های مریض را معاینه نمائید.** غالباً کدام علامه غیرنورمال وجود نمیداشته باشد. در صورتی که علایم غیر نورمال وجود داشته باشد (مثلاً کرپیتیشن ها - crepitations، آواز های تنفسی برانشیل - bronchial breathing، ویز موضعی) این علایم غالباً در قسمت علوی یک یا هر دو ریه دریافت میشود.

معاینات

معاینات قابل اعتماد:

- **معاینه مایکروسکوپییک بلغم قابل اعتماد ترین (و ارزانتترین) میتود معاینه میباشد.** ۳ نمونه بلغم را؛ که یکی آن بلغم صبحانه مریض باشد؛ معاینه نمائید. بلغم مریض جهت دریافت باسیل توبرکلوز (acid AFB = fast bacilli) معاینه میشود. اگر صرف یک نمونه بلغم مثبت باشد و دیگر آن منفی باشند؛ بهتر است تا تست های تکراری بلغم جهت تأیید توبرکلوز و دریافت نتایج بیشتر (مثبت) صورت گیرد. زیرا امکان وقوع اشتباه وجود دارد. یک تعداد زیاد لابراتوار ها معاینه بلغم را انجام میدهند؛ مگر صرف از لابراتوار های استفاده نمائید که برای تشخیص TB اختصاص داده شده اند؛ زیرا نتایج درست به تعلیم و تربیه خوب کارگران علاقمند و تجهیزاتیکه خوب حفظ و مراقبت شده اند وابسته میباشد.

یادداشت ها: معاینه بلغم نزد یک تعداد زیاد اشخاص که TB نزد شان مشکوک است منفی خواهد بود. زیرا یک تعداد زیاد امراض اعراض



نشود تقریباً تمام مریضان مصاب توبرکلوز جاورسی خواهند مرد.

تظاهرات کلینیکی

- تب که غالباً به صورت تدریجی واقع میشود، ضعیفی و ضیاع وزن.
- شخص بسیار مریض معلوم میشود.
- غالباً تنفس و نبض مریض سریع میباشد.
- بعضاً کبد و طحال مریض ضخامی میباشد.

معاینات کمک کننده

- اکسری صدی وصفی میباشد. خیالات کوچک منتشر که به صورت مساویانه توزیع شده اند دیده میشود (شکل ۵-۵). قطر خیالات از ۱-۱۰ ملی متر فرق مینماید. منظره یا تظاهر این خیالات به شکل طوفان برف (برف باریدن) میباشد. اکسری صدی ممکن در مراحل مقدم مرض نورمال باشد.
- معاینه بلغم جهت دریافت توبرکلوز منفی میباشد.

چگونه باید مریضان مصاب توبرکلوز را تداوی نمود؟

بدر نظر داشت قدمه های که در ذیل بیشتر توضیح شده اند مریض مصاب توبرکلوز را تداوی نمایند.

۱. این نکته را در یابید که آیا شما بهترین شخص در تداوی مریض هستید؟
۲. شخصی را دریابید که او از مصرف همه روزه دوا توسط مریض الی تکمیل شدن تداوی اطمینان داده بتواند.
۳. کتگوری تداوی مریض را معین نمائید.
۴. به اساس کتگوری مریض رژیم درست تداوی را انتخاب نمائید.
۵. دوز دقیق هر دوا را انتخاب نمائید.

این بدان معنی است که معاینه منتن شدن شخص با TB را نشان داده اما این را که آیا مرض توبرکلوز دارد یا خیر نشان داده نمیتواند. نزد مریضان مصاب سؤتغذی تست توبرکولین ممکن حتی با وجود مصاب بودن شخص به مرض توبرکلوز، منفی باشد.

- **معاینات خون در تشخیص توبرکلوز ریوی کمک نمیکند.**

چگونه میتوان توبرکلوز خارج ریوی (extra-pulmonary TB) را تشخیص نمود؟

شکل ۴-۵ تظاهرات کلینیکی اشکال عمده توبرکلوز خارج ریوی را خلاصه نموده است.

- **Lymph node TB:** ضخامه تدریجی عقدات لمفاوی. بعد ها افزازات (صفحه ۸۳ دیده شود).
- توبرکلوز بطنی (abdominal TB): تب، ضیاع وزن، درد بطنی، حین، ضخامه عقدات لمفاوی (صفحه ۱۳۳ دیده شود)
- توبرکلوز طرق بولی (urinary tract TB): انتانات طرق بولی که با انتی بیوتیک ها جواب نمیدهند. هیماتوری بدون درد، کولیک کلیوی، کتله نامنظم در بربخ (صفحه ۱۵۲ دیده شود).
- توبرکلوز عظام و مفاصل (bone or joint TB): شروع تدریجی درد و تورم در مفصل یا عظم، ضیاع شدید عضلی. بعد ها، افزازات (صفحه ۱۹۲ دیده شود). توبرکلوز ستون فقرات: درد ناحیه ظهری، شخی. بعد ها gibbus، فلج (صفحه ۲۰۰-۲۰۱ دیده شود).
- **TB meningitis:** شروع تدریجی سردردی، استفراغ، گنسیبت زیاد شونده با تاسس شخی گردن. بعد ها: اختلاجات، کوما (صفحه ۲۰۷ دیده شود).
- **Skin TB (جلدی):** قرحات جلدی که به بطانت التیام می کنند، عقدات لمفاوی ضخامی (صفحه ۲۹۸ دیده شود).
- توبرکلوز جاورسی (miliary TB): تب، مریضی شدید، ضعیفی (در ذیل دیده شود).

شکل ۴-۵: تظاهرات اساسی توبرکلوز ریوی

توبرکلوز جاورسی (MILIARY TB)

توبرکلوز جاورسی از باعث انتشار یک تعداد زیاد باسیل های توبرکلوز از طریق دوران خون بوجود میآید. درین حالات قوای دفاعی مریض فوق العاده ضعیف بوده نمیتواند باسیل های توبرکلوز را از بین ببرد. اطفال مصاب سؤتغذی و زنان حامله بیشتر در معرض خطر قرار دارند. در صورتیکه مرض تداوی

(شماره "۶". مریض و فامیل مریض را در مورد مرض توبرکلوز و تداوی آن آموزش دهید" را در ذیل ببینید). و بعداً از آنها تقاضا نمائید تا معلومات حاصله را به زبان خود تکرار نمایند تا از دانستن درست معلومات اطمینان حاصل شود.

پرابلم دوم: مریض بسیار غریب است و نمیتواند ادویه لازمه را برای تمام مدت تداوی خریداری نماید.

← **حل پرابلم:** مریض را به پروگرام های که مریض میتواند از آنجا ادویه رایگان را بدست آورد؛ معرفی نمائید. درینصورت یک معرفی خط با مریض ارسال نمائید.

پرابلم سوم: ادویه ضد توبرکلوز را که مریض اخذ مینماید دفعتاً کمیاب شده قابل دسترس نمیباشد. یک پرابلم معمول و تاسف آور است که در پروگرام های که اداره ضعیف دارند؛ دیده میشود (شکل ۶-۵ دیده شود).

← **حل پرابلم:** زمانی که یک مریض تداوی را آغاز مینماید، تعداد تابلیت های را که جهت تکمیل تداوی اش ضرورت دارد جدا نموده این تابلیت ها را برای مریض دیگر ندهید!



پرابلم چهارم: مریض به محل دیگر میرود.

← **حل پرابلم:** به مریض بگوئید هرگاه او پلان دارد تا از خانه خود به جای دیگر برود حتماً به شما اطلاع دهد زیرا بعداً شما راه حل ادامه تداوی وی را دریافت خواهید کرد.

۶. در مورد مرض توبرکلوز و تداوی آن به شخص مریض و فامیلش آموزش دهید.

۷. مریض را تعقیب نمائید.

نوت: قبل از گذاشتن تشخیص و تداوی؛ مریضان مصاب خود را از رهنمودهای ملی جاری در مورد کنترل مرض توبرکلوز مطلع سازید. رهنمود های رسمی منظمآ تجدید نظر گردیده مطابق شرایط روز عیار می گردند و با یست تعقیب و عملی گردند.

۱. باخود فیصله کنید که آیا شما بهترین شخص در تداوی مریض هستید؟

هر گاه ممکن باشد، مریض توبرکلوز باید؛ توسط پروگرام ملی کنترل توبرکلوز تداوی شود. اگر در ساحه شما کدام پروگرام که بدرستی وظیفه خود را انجام داده و از تداوی نظارت می نماید وجود داشته باشد؛ مریضان مشکوک و واقعات تثبیت شده توبرکلوز را به آنجا رجعت دهید. اگر کدام پروگرام قابل اعتماد توبرکلوز وجود نداشته باشد مریض را صرف مطابق به رهنمود های پیشنهاد شده تداوی نمائید. وقتی ازین رهنمود ها پیروی نمائید تقریباً تمام مریضان صحت یاب خواهند شد.

۲. شخصی را دریابید که از گرفتن دوا توسط مریض اطمینان دهد.

یک فکتور مهم در معالجه مریض گرفتن همه روزه تابلیت ها الی ختم زمان تداوی (معمولاً ۸ ماه) میباشد. تداوی قطع شده یا نا مکمل دلیل عمده ناکامی در تداوی مریض؛ ایجاد مقاومت دوائی، و نتایج ضعیف معالجه یک تعداد پروگرام های توبرکلوز به شمار می رود. قطع تداوی توبرکلوز حتی برای چند روز محدود، میتواند مقاومت دوائی را بار آورد!

پرابلم های قابل جلوگیری ذیل میتواند به قطع تداوی یا تداوی نامکمل منجرشود برای یک لحظه در مورداینکه آیا شما میتوانید این پرابلم ها را در تداوی مریض مصاب توبرکلوز شناسائی کنید یا خیر؟ فکر نمائید. اگر این پرابلم ها را دریافته میتوانید؛ پس طرز تداوی تان را تغیر دهید و شما قادر به تداوی تعداد زیادتر مریضان خواهید شد.

پرابلم اول: مریض اهمیت تکمیل نمودن تداوی را نمیداند و زمانی که احساس بهبودی نمود تداوی را قطع مینماید.

← **حل پرابلم:** در مورد مرض توبرکلوز و تداوی آن به شخص مریض و فامیلش آموزش دهید

توبرکلوز جاورسی - miliary TB، پریاکاردیتی
توبرکلوز - TB pericarditis، پریتونیت توبرکلوز -
TB peritonitis و التهاب سحایائی توبرکلوزیک -
TB meningitis، ایفیوژن پلورائی شدید یا دو طرفه،
توبرکلوز ستون فقرات همراه با اختلالات عصبی،
توبرکلوز ریوی که سمیر آن منفی بوده و با
مصابیت وسیع ریه همراه باشد)

کتگوری دوم:

● عود مرض، تداوی بعد از قطع آن و ناکامی های
تداوی

کتگوری سوم:

● مریضان مصاب توبرکلوز ریوی با سمیر منفی یا
توبرکلوز خارج ریوی که خیلی مریض نیستند.
● اطفال پایانتتر از سن ۱۵ ساله گی با توبرکلوز
ریوی که سمیر بلغم شان منفی باشد.

۴. رژیم تداوی را مطابق کتگوری مریض انتخاب نمایند.

صرف از اشتراک دواهای معرفی شده جهت تداوی
توبرکلوز استفاده نمایند. هیچگاهی یک دوی واحد را
استعمال نکنید و نیز یک دوی واحد را به رژیم های
ناکام علاوه نکنید زیرا بزودی مقاومت دوائی بوجود
میآید.

تداوی توبرکلوز شامل دو مرحله میباشد:

۱. مرحله ابتدائی (intensive) تداوی: درین مرحله از
اشتراک ۳ یا بیشتر دواها جهت کشتن تعداد ممکنه
باسیل های توبرکلوز و جلوگیری از بروز مقاومت
دوائی استفاده میشود. این مرحله باید حداقل برای
مدت ۲ ماه ادامه داده شود.

۲. مرحله ادامه (continuation) یا تعقیبیه تداوی:
درین مرحله یک تعداد کمتر دواها؛ معمولاً دو دوا،
داده میشود. حتی اگر مریض احساس بهبودی هم
نماید باید تداوی برای یک مدت طولانی و کافی
جهت از بین بردن باسیل های باقی مانده ادامه داده
شود. دوام این مرحله مربوط به رژیم تداوی بوده و
معمولاً ۶ ماه دوام مینماید.

در توبرکلوز ریوی؛ باید بلغم مریض را در اخیر
مرحله ابتدائی و اخیر مرحله ادامه جهت تائید صحت
یابی مریض معاینه نمود. در صورتی که بلغم مریض
مثبت باقی مانده باشد طرز برخورد با آن در ذیل
توضیح شده است.

نوت: رژیم های تداوی توبرکلوز معمولاً قرار ذیل
خلاصه شده اند. یک عدد دوام تداوی را به ماه نشان

جهت جلوگیری از پرابلم های فاجعه انگیز چون عدم
تکمیل تداوی یا قطع تداوی توسط مریض های زیاد
مورد امتحان قرار گرفته اند. اما موثرترین ستراتیژی
برای محلی چون افغانستان؛ آنست تا مریض وادار
شود تا دوی خود را روزانه تحت نظر یک نفر ناظر
اخذ نماید که این نوع تداوی را بنام (DOT یا Direct
Observed Treatment) یاد مینمایند. این بدان معنی
است که مریض مجبور است هر روز به کلینیک آید و
حتی در مراحل ابتدائی تداوی بستری شود. طرز دیگر
کار آنست که از مردم قریه یا یک فامیل خواسته میشود
تا یک نفر محترم را به حیث رضاکار انتخاب نمایند.
مریض و شخص رضاکار هر دوی شان در مورد (۱)
مرض توبرکلوز، (۲) در مورد اینکه دوا چگونه اخذ
میشود، و (۳) عوارض جانبی معمول ادویه آموزش
میبینند. و بعداً مریض و رضا کار، همراه با یک تعداد
محدود ادویه به قریه خود میروند. در جریان مرحله
ابتدائی تداوی معمولاً دوی یک هفته برای مریض داده
میشود، در مرحله ادامه دوا برای یک ماه داده میشود.
شخص رضاکار اخذ روزانه دوا توسط مریض را
نظارت مینماید و بالای کارت تداوی نشانی مینماید. این
ها بعداً جهت اخذ ادویه جدید دوباره به کلینیک میآیند و
شما میتوانید پیام های صحی مهم را برای آنها یاد نمایند
و تمام پرابلم ها را حل نمایند. البته موفقیت سیستم
DOT وابسته به علاقمندی شما است که وقت تان را
صرف نموده مرض توبرکلوز را توضیح نمایند؛ نه
آنکه صرف برای مریض نسخه بنویسید.

۳. کتگوری مریض را تعیین نمایند (گروپ تداوی)

سه کتگوری (categories) مختلف مریضان (گروپ
تداوی) وجود دارند. که هر یک ازین کتگوری ها رژیم
مختلفه تداوی را اخذ خواهند کرد. جهت تعیین کتگوری
مریضان شما به معلومات ذیل ضرورت دارید.

۱. توبرکلوز از کدام نوع است (مثلاً توبرکلوز ریوی
یا فقری)؟
۲. اگر توبرکلوز ریوی است، آیا معاینه بلغم مریض
مثبت است یا منفی؟
۳. آیا شخص شدید مریض است؟
۴. آیا بیمار در گذشته تداوی ضد توبرکلوز اخذ نموده
است؟

کتگوری اول:

- واقعات جدید توبرکلوز ریوی با سمیر بلغم مثبت
(sputum smear positive)
- سایر مریضان که جدیداً تشخیص شده اند و شدیداً
مریض اند و اشکال وخیم توبرکلوز را دارند (مثلاً

روزانه: isoniazid (H) + rifampicin (R) + ethambutol (E)

ازینکه رژیم تداوی در تمام طول خود، شامل rifampicin میباشد، بناً مریض باید در تمام مدت ۸ ماه دواهای خود را روزانه تحت نظر شخص مسول بخورد. اگر یک مریض به اثر قطع دوا در مقابل rifampicin مقاوم شود این شخص تقریباً غیر قابل علاج میشود. اگر در اخیر این تداوی هنوز هم بلغم (+ positive مثبت) باشد شما باید قبول نمائید که مرض توبرکلوز او از نوع مقاوم در مقابل چندین دوا میباشد و امکان نخواهد داشت که معالجه شود.

تداوی کتگوری سوم

2HRZ/6HT که به مفهوم ذیل میباشد:

مرحله ابتدائی تداوی (ماه های اول و دوم):

روزانه: isoniazid (H) + rifampicin (R) + pyrazinamide (Z)

مرحله تعقیبیه یا ادامه تداوی (ماه های سوم الی هشتم):

روزانه: isoniazid (H) + thioacetazone (T)

۵. دوز درست هر دوا را انتخاب نمائید.

دوز دوا مطابق وزن مریض قبل از شروع تداوی محاسبه میشود (وزن قبل از تداوی) چوکات دیده شود. محصولات دوائی مرکب از ۲ یا بیشتر دواهای ضد توبرکلوز، در صورتیکه کیفیت آنها مطمئن باشد استعمال شده میتوانند.

نوت: چون streptomycin ممکن سبب کری طفل شود بناً استعمال آن در زمان حامله گی مضاد استتباب است. مریضانی که ethambutol اخذ میدارند باید نزد شان معاینات رویت به صورت منظم انجام شود و درین معاینات چارت های رنگه استعمال شوند.

دوا های اضافی که در تداوی توبرکلوز مصرف میشوند:

- **ویتامین A:** به همه اطفال مصاب توبرکلوز یک دوز ویتامین A بدهید.
- **Pyridoxine** (ویتامین B₆): ویتامین B₆ را به صورت روتین برای مریض توصیه نکنید مگر آنکه نزد مریض از باعث اخذ isoniazid کرختی دست ها و پا ها بوجود آمده باشد.
- **ستیروئید ها (steroids):** مثلاً dexamethasone و prednisolone:

میدهد. ادویه که برای این مدت داده شود توسط یک حرف نشان داده شده است. مثلاً 2HRZ به مفهوم ذیل است؛ دواهای isoniazid + rifampicin + pyrazinamide برای ۲ ماه. در ذیل هم شکل خلاصه و هم شکل مشرح رژیم تداوی نشان داده شده است.

تداوی کتگوری اول

2HRZE/ 6HT که به مفهوم ذیل است.

مرحله ابتدائی تداوی (۱-۲ ماه):

روزانه: isoniazid (H) + rifampicin (R) + pyrazinamide (Z) + ethambutol (E)

streptomycin (S) دوا ی عوضی ethambutol (E) میباشد.

مرحله ادامه تداوی (ماه های ۳-۸):

روزانه: isoniazid (H) + thioacetazone (T) (هرگاه thioacetazone به دسترس نباشد در عوض ethambutol داده شود).

شخص مریض باید در دو ماه اول تداوی همه روزه به کلینیک آید (یا در قریه خود توسط رضاکار نظارت شود) بعداً برای مریض دوا ی مرحله ادامه تداوی به صورت هفته وار داده شود.

اگر در ختم دوره اول (تداوی مرحله ابتدائی) هنوز هم بلغم مریض مثبت باشد تداوی مرحله اول را برای یک ماه دیگر ادامه دهید (به استثنای streptomycin) و بعد از آن تداوی مرحله ادامه تداوی را آغاز نمائید. بلغم مریض را هر ماه معاینه نمائید. اگر بلغم مریض الی ماه پنجم تداوی مثبت باقی بماند، تداوی مریض، بنام تداوی ناموفق یاد شده و در کتگوری دوم قرار می گیرد.

نوت: اطفال پائین تر از ۱۵ سال در صورتیکه مقاومت دوائی پرابل عمده نباشد به شکل 2HRZ/6HT تداوی می گردند.

تداوی کتگوری دوم:

2HRZES/1HRZE/5HRE که به مفهوم ذیل میباشد.

مرحله ابتدائی تداوی (ماه ۱-۳):

ماه های اول و دوم:

روزانه: isoniazid (H) + rifampicin (R) + pyrazinamide (Z) + ethambutol (E) + streptomycin (S)

ماه سوم: مشابه به دو ماه اول بوده اما streptomycin ادامه داده نمیشود.

مرحله ادامه تداوی (ماه های ۳-۸):

وزن قبل از تداوی						
	کمتر از 5 kg	5-10 kg	11-20 kg	21-32 kg	33-50 kg	Over 50 kg
Isoniazid (H)	روزانه 5 mg/kg	50 mg	100 mg	200 mg	300 mg	300 mg
Rifampicin (R)	روزانه 10 mg/kg	75 mg	150 mg	300 mg	450 mg	600 mg
Pyrazinamide (Z)	روزانه 25 mg/kg	250 mg	500 mg	1000 mg	1500 mg	2000 mg
Ethambutol (E)	در اطفال کمتر از ۶ سال استعمال نشود!			800 mg	800 mg	1200 mg
Streptomycin (S)	روزانه 15 mg/kg	250 mg	500 mg	500 mg	750 mg	1000 mg
Thioacetazone (T)	روزانه 2.5 mg/kg	25 mg	50 mg	100 mg	150 mg	150 mg

ناک مییاشد. در صورت وقوع هر یک از این عوارض جانبی باید مریض دوباره نزد داکتر مراجعه نماید (چوکات دیده شود).

۴. بر واقعات توبرکلوزیک که معاینه بلغم مثبت باشد (*sputum positive TB*) اساسات جلوگیری از انتشار مرض توبرکلوز را توضیح نمائید (چوکات دیده شود).

۵. اگر سایر اعضای فامیل مریض سرفه و تب را که بیشتر از ۳ هفته دوام نماید؛ داشته باشند باید آنها را از نظر توبرکلوز معاینه نمود. همچنان هر طفل خانواده که مریض میشود و مریضی آن معلوم نباشد باید از نظر توبرکلوز معاینه شود.

۷. تداوی مریض را تعقیب نمائید

خیلی با ارزش است تا یادداشت تحریری گرفته شده و مریض آنرا نگهدارد. در غیر آن کسانی که بعداً مریض را می بینند درمورد اینکه مریض در کدام مرحله تداوی قرار دارند چیزی نمیدانند. صرف دادن یک نسخه کافی نمیباشد.

کسی را که از تداوی مریض نظارت مینماید یا خود مریض را بگوئید تا فورمه تداوی را امضا نمایند و آنها وعده دهند که مریض دواي خود را همه روزه مطابق هدایت داکتر اخذ میدارد.

یادداشت تحریری باید موارد ذیل را در خود داشته باشد:

۱. نوع توبرکلوز شخص مریض و کتگوری آن.
۲. نتایج معاینه بلغم مریض.
۳. تاریخ شروع تداوی و تاریخ که تداوی در آن ختم شود.
۴. رژیم دوايی و دوز هر دوا.
۵. تفصیلات اینکه چه مقدار دوا (برای چه مدتی) برای مریض داده شده است و مریض کدام روز دوباره جهت اخذ دوا مراجعه نماید.
۶. جای خالی که شخص رضاکار آنرا بعد از اخذ دوا توسط مریض همه روزه نشانی نماید.

• هیچگاه برای مریضانی که به توبرکلوز مشکوک اند و تداوی اخذ نمیکنند؛ ستیروئید ها را ندهید.

• ستیروئید ها ممکن برای اشخاص شدیداً مریض مفید باشد و ممکن افزای مایع را بدخل جوف بطن (حبن)، جوف پلورا (*pleural effusion*) یا پریکارد (*pericardial effusion*) تنقیص دهد.

• ستیروئید ها ممکن در التهاب سحایانی توبرکلوزیک (*TB meningitis*) استعمال شوند.

یادداشت : چون ویتامین ها مفید نمیباشند بناً برای مریضان توصیه نکنید. تغذیه خوب با غذای غنی از انرژی و پروتئین مهم است.

۶. مریض و فامیل مریض را در مورد مرض توبرکلوز و تداوی آن آموزش دهید.

شخص مریض، فامیل او و رضاکار انتخاب شده باید نکات ذیل را بدانند:

۱. ادویه باید همه روزه و در وقت معین یک ساعت قبل از غذا اخذ شوند. نخوردن دوا حتی برای چند روز بدان معنی بوده میتواند که میکروب های توبرکلوز در مقابل ادویه مقاوم شده و صحت یابی مریض ناممکن خواهد شد.

۲. مریض ممکن بعد از چند هفته احساس بهبودی نماید مگر این بدان معنی نیست که او صحت یاب شده است. این بدان معنی است که تداوی موثر واقع شده اما زمانی صحت خواهد شد که کورس تداوی را تمام نماید. مرض هنوز هم وجود داشته و مدت ۸ ماه را در بر خواهد گرفت تا تمام میکروب های توبرکلوز از بین بروند. قطع تداوی در مراحل ابتدائی به مفهوم آن خواهد بود که مرض توبرکلوز دوباره رخ داده و معالجه مریض امکان پذیر نخواهد بود.

۳. بعضاً دوا ها میتوانند عوارض جانبی داشته باشند. که معمولترین عوارض آنها را درد های مفصلی، کرختی دستان و پا ها، یرقان و آواز برنگس در گوش ها تشکیل میدهد. خرابی رویت، بسیار خطر

چطور باید از انتشار توبرکلوز جلوگیری نمود؟

- بلغم مهمترین منبع انتقال را تشکیل میدهد. بناً به مریضان بگویند که در هر جا بلغم خود را دفع نکنند زیرا این کار باعث انتشار مرض میشود.
- اشعه مستقیم آفتاب باسیل های توبرکلوز را در ظرف ۵ دقیقه از بین میبرد مگر این باسیل ها میتوانند در سایه و تاریکی برای سالها زنده مانند. بناً به مردمان بگویند تا همه روزه خانه هایشان را تهویه نمایند زیرا باعث تنقیص انتشار توبرکلوز میشود.
- هر گاه امکان داشته باشد از زنده گی در خانه های مزدحم جلوگیری نمائید.
- اطمینان حاصل نمائید که مریض تداوی کامل را اخذ میدارد. تداوی درست درجه سرایت را به سرعت؛ معمولاً در ۲ هفته، تنقیص میدهد. پس مریض؛ دیگر برای فامیل خطری ایجاد نمیکند. مگر وقتی دوره تداوی خود را کامل نکند ممکن است مرض وی دوباره عود نموده و دوباره ساری شود. که در آنوقت شاید علاج مریض ناممکن باشد.

نوت: توبرکلوز خارج ریوی و اطفالی که مصاب کامپلکس ابتدائی (primary complex) اند، همپنطور استفاده از بقیه مواد غذایی بیمار؛ سبب انتشار مرض توبرکلوز نمی گردد!

isoniazid داده شود. تغذیه طفل توسط شیر مادر ادامه داده شود زیرا خطر مرگ طفل به سبب عدم اخذ شیر مادر نظر به خطر مصاب شدن طفل به توبرکلوز از طریق شیر مادر بسیار بیشتر میباشد. برای طفل الی سن ۶ ماه *isoniazid* را به مقدار 5 mg/kg وزن بدن روزانه یکمرتبه (تقریباً 15 mg) بدهید. که این مقدار در حدود ۱/۴ ام تابلیت های 100 mg *isoniazid* میگردد. طفل را در زمان ولادت واکسین BCG نکنید. مگر این واکسین را بعد از ختم تداوی با *isoniazid* تطبیق نمائید.

اگر بلغم مادر طفل در هنگام تولد طفل منفی باشد. برای طفل واکسین BCG را تطبیق نمائید و وی را تعقیب نمائید. طفل را به صورت ماهانه وزن نموده و وزن او را در چارت نشوونمو نشانی نمائید.

توبرکلوز نزد اطفال

بخش مهم کنترل مرض توبرکلوز را، دریافت شخصی که طفل را مصاب ساخته است، تشکیل میدهد. اعضای فامیل طفل را از نظر داشتن سرفه های مزمن و سایر اعراض توبرکلوز ریوی مورد جستجو قرار دهید. شخص کاهل را به صورت مناسب معاینه و تداوی نمائید. به فامیل مریض بگویند که امکان دارد شخص کاهل سایر اطفال خانواده را نیز منتن ساخته باشد بناً هر طفلی را که مریض میشود باید نزد شما بفرستند.

عود مرض توبرکلوز

اگر مریض تداوی درست خود را بدون کدام اختلالی تمام نموده باشد، احتمال عود مرض نزدش وجود

اهتمامات عوارض جانبی ادویه ضد توبرکلوز

در ابتدا اسباب دیگری را که ممکن است اعراض را بار آورده باشند؛ رد نمائید (مثلاً سکیبیس (scabies) را در صورت موجودیت خارش).

عوارض جانبی خفیف:

- دلبدی و درد بطنی (pyrazinamide, rifampicin): ادویه را یکجا با غذا بدهید.
- درد مفاصل (pyrazinamide): Aspirin یا ibuprofen بدهید.
- احساس سوزش در پاها (isoniazid): از ویتامین B6 یا (pyridoxine) به مقدار 100 mg روزانه یکبار بدهید.
- سرخ شدن یا نارنجی شدن رنگ ادرار (rifampicin): به مریض اطمینان دهید که این حادثه نورمال میباشد.

عوارض جانبی شدید:

- خارش و رش های جلدی:
 - (Thioacetazone): در صورتیکه حادثه شدید و همراه با تقریب فشار خون باشد؛ تمام ادویه ضد توبرکلوز را قطع نمائید و برای مریض ستیروئید و Ringer-lactate وریدی بدهید. بعد از رفع رش های جلدی تداوی را دوباره آغاز نمائید. به عوض ethambutol؛ thioacetazone بدهید و دیگر هیچگاهی thioacetazone ندهید.
 - (تمام دوا های دیگر): یک انتی هستامین (مثلاً promethazine) بدهید.
- برنگس گوش ها، گنسیت یا کری (streptomycin): تطبیق streptomycin را متوقف نموده در عوض آن ethambutol بدهید.
- یرقان (isoniazid, rifampicin, pyrazinamide) و ندرتاً (thioacetazone): تمام دواها را الی از بین رفتن یرقان که معمولاً ۳-۷ روز را در بر میگیرد قطع نمائید. بعداً دواها را دوباره شروع نمائید. اگر یرقان دوباره واقع شود، دواها را دوباره قطع نمائید بعداً آنرا به صورت قدمه وار شروع نمائید. تداوی را با Isoniazid شروع نموده و دوا دیگر را هر ۴ روز بعد علاوه نمائید. اگر مریض بعد از علاوه نمودن یک دوا دو باره یرقان را از خود نشان میدهد؛ همان دوا را قطع نمائید.
- ضیاع رویت (ethambutol): دادن دوا را متوقف نموده هیچگاهی دوباره آنرا ندهید.
- آشفته گی مغزی (اکثریت ادویه ضد توبرکلوز): مصرف تمام دوا را متوقف نمائید. مریض را از نظر عدم کفایه کبدی ناشی از ادویه ارزیابی نمائید.
- شاک، پورپورا (purpura) و عدم کفایه کلیوی (rifampicin): rifampicin را قطع نمائید.

حالات خاص

مرض توبرکلوز در حامله گی

تجویز تمام دواهای ضد توبرکلوز به استثنای streptomycin در هنگام حامله گی مصئون میباشد.

جدیدالولاده هائیکه مادران شان مصاب توبرکلوز فعال میباشد

برای نوزادیکه مادرش مرض توبرکلوز دارد و بلغم او مثبت است باید تداوی وقایوی ضد توبرکلوز یا

واقعات؛ عضویت باسیل های توبرکلوز را کنترل نموده یا از بین میبرد. واکسین BCG به صورت خاص خطرات توبرکلوز جاورسی (miliary TB)، التهاب سحایائی توبرکلوزیک (TB meningitis) را تنقیص میدهد.

- **اطفال را در مقابل سرخکان واکسین نمایند.** سرخکان مقاومت طفل را برای چندین ماه بعد از مرض سرخکان پائین آورده طفل را بیشتر به مرض توبرکلوز مساعد میسازد.
- **سؤتغذی را کاملاً تداوی نماید.**
- **به مریضان توصیه نمایند تا سگرت کشیدن را توقف دهند.** زیرا تنباکو میکائیزم های طبیعی دفاعی عضویت در ریه ها را تخریب مینماید.
- **اگر مریضان را برای مدت بیشتر از ۲ هفته با ستیروئید ها تداوی مینمایید برای مریض isoniazid را روزانه یک مرتبه به شکل وقایوی بدهید.**

ندارد. در قدم اول به اسباب ممکنه دیگر توجه نمائید. مثلاً مریضی که توبرکلوز پیشرفته ریوی دارد غالباً نزدش توسع قصبات (برانشکتزیا - bronchiectasis) بوجود خواهد آمد که سبب سرفه های مزمن میشود. همیشه قبل از آنکه مریض را از نظر توبرکلوز دوباره تداوی نمائید معاینات بلغم مریض را انجام داده و سایر اسباب را جستجو نمائید (صفحه ۹۷ را جهت تشخیص تفریقی سرفه مزمن مطالعه نمائید).

چگونه میتوان مرض توبرکلوز را در یک جامعه متوقف ساخت؟

اگر میخواهید مرض توبرکلوز را در جامعه خود متوقف سازید باید ساحات مختلفه را مد نظر داشته باشید:

۱. تمام مریضان را مطابق رهنمود های بالا به صورت جدی تداوی نموده و اطمینان حاصل نمائید که مریضان دواهای خود را همه روزه اخذ میدارند.
۲. مریضانی را که توبرکلوز ریوی و بلغم + دارند شناسائی نموده تداوی نمائید، که این کار را دریافت واقعات (case finding) مینامند.
۳. طرز جلوگیری انتشار مرض توبرکلوز را به مردم بیاموزانید (جدول دیده شود).
۴. مردم را کمک نمائید تا در مقابل انتان توبرکلوز مقاومت کسب نمایند:

- **نزد جدیدالولاده ها واکسین BCG را تطبیق نمایند.** واکسین داخل شدن باسیل های توبرکلوز را به عضویت؛ مانع شده نمیتواند اما در اکثریت

ماخذها

1. Crofton J, Horne N, Miller F. *Clinical Tuberculosis*. 2nd edition. London: Macmillan 1999.
2. Eddleston M, Pierini S. *Oxford Handbook of Tropical Medicine*. Oxford: Oxford University Press 1999.
3. Ministry of Health. National tuberculosis guidelines (preliminary Dari printout, personal communication from MOH 2004)
4. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. *Management of Tuberculosis - A Guide for Low Income Countries*. 5th edition. Paris: IUATLD 2000.
5. Prasad K, Volmink J, Enon GR. Steroids for treating tuberculous meningitis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester: John Wiley & Sons 2004.
6. Tuberculosis and children: the missing diagnosis. *Child Health Dialogue* (special supplement) 1996.
7. World Health Organization. *Treatment of Tuberculosis: guidelines for national programmes*. 3rd edition. Geneva: WHO 2003.

۶. تغذی و سو تغذی

هر شخص جهت نشو و نمو خوب، کار نمودن خوب و صحت مند باقی ماندن، به غذای خوب ضرورت دارد. تعداد زیاد امراض از باعث تغذی خراب بوجود آمده یا توسط آن تشدید میشود. نزد زنان حامله تغذی خراب میتواند به اختلالات ولادی بیشتر و صحت خرابتر منجر شود. سو تغذی بیشتر از نصف واقعات مرگ و میر را نزد اطفال خورد سال بار میاورد. اطفالیکه تغذی خوب دارند بعضاً مریض میشوند ولی معمولاً به خودی خود شفا میابند. اطفال مصاب سو تغذی مکرراً مریض شده غالباً فوت مینمایند. اسهال، سرخکان، یا انتانات طرق تنفسی معمولاً نزد اطفالی که تغذی خوب دارند خطر ناک نمیشد اما اطفال مصاب سو تغذی احتمالاً چندین مرتبه بیشتر از باعث این امراض فوت مینمایند. بر علاوه مرگ و میر و معیوبیت؛ اطفال خورد تر از دو سال که مصاب سو تغذی اند دارای دماغ کوچکتر از اطفال نورمال اند. این بدان معنی است که انکشاف و آموزش آنها آهسته تر میباشد. این اطفال احتمالاً کمتر وظایف خوب یافته و کارگران ضعیف بار میابند. این ها کمتر قادر خواهند بود تا در آینده برای اطفال خود زمینه ها را فراهم نمایند. بناً بهبود تغذی نسل فعلی، باعث بهبود صحت نسل های آینده میشود.

فقدان مواد غذائی مشخص، سبب نواقص خاص میگردد. مثلاً عدم موجودیت ویتامین A سبب کوری میشود؛ کمبود آهن سبب کمخونی و کمبود ویتامین D سبب ریکتس میشود.

زمان بحرانی برای اطفال که غالباً سبب فقدان غذایی میگردد عبارت اند از: (۱) روز های اول بعد از ولادت (۲) شروع شدن غذا بر علاوه شیر مادر- شش ماه گی (۳) زمانیکه طفل مصاب اسهال، سرخکان یا امراض دیگر میشود. زنان در خطر فقدان غذایی خصوصاً در زمان حامله گی قرار دارند.

چیز های را که هر کس باید در مورد تغذی خوب بداند:

تغذی خوب متشکل از رژیم متعادل غذائی از گروه های غذائی؛ مختلف میباشد:

۱. غذاهای سازنده بدن: پروتئین ها. این گروه برای نشوونمو، برای ساختار عضلات و دماغ سالم، ترمیم سیستم های بدن که توسط جروحات یا امراض تخریب شده اند و برای دفاع بدن،

ضروری میباشد. پروتئین های نباتی (مثلاً لوبیا) از خوبی مشابه به پروتئین حیوانی (مثلاً تخم، محصولات شیر و گوشت) برخوردار میباشد؛ هر گاه سبزیجات پخته شده، میوه شده و با گندم و برنج مخلوط گردند. هر شخص باید از غذاهای سازنده عضویت همه روزه مصرف نماید.

۲. غذاهای تولید کننده انرژی:

• کربوهیدریت ها اساس غذا را میسازند (مثلاً برنج، گندم و کچالو). این ها به مثابه چوب برای افروختن آتش اند. هر اندازه که شخص کار ثقیل نماید به همان اندازه به غذا های انرژی زا ضرورت دارد. مگر رژیم غذائی حاوی این مواد غذائی و بدون پروتئین ها، عضویت را ضعیف میسازد.

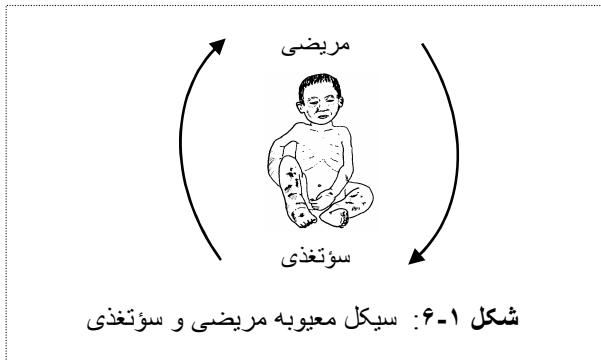
• شحمیات: شکل متراکم انرژی ذخیره شده میباشد (مثلاً روغن پخت و پز). عضویت ما هر زمانیکه به مقدار بیشتر انرژی ضرورت داشته باشد، شحم را به قند تبدیل مینماید. یک مقدار شحم یا روغن باید در غذا علاوه گردد زیرا بدون آنکه حجم غذا را بلند ببرد انرژی غذا را بلند میبرد.

۳. غذا های محافظوی (مثلاً سبزیجات و میوه جات): ویتامین ها و منرال ها بدن را از انتانات محافظه نموده کمک مینمایند تا وظایف خود را خوب انجام دهد. در صورتیکه مردم غذا های فاقد تمام ویتامین های ضروری را صرف نمایند؛ مریض میشوند.

هر شخص مسلکی صحی باید قواعد تغذی خوب را بداند و قادر به توضیح آنها باشد. کارت مادر (صفحه ۳۴۵-۳۴۶ دیده شود) سفارشات مربوط به تغذی در جریان مریضی و صحت را به طور خلاصه بیان میدارد. کوشش نمائید کاپی های این کارت را داشته باشید و کاپی ها را در زمان ملاقات با فامیل ها به آنها بدهید تا با خود داشته باشند و پیام های اساسی آنها به خاطر داشته باشند.

شش قاعده تغذی خوب:

قاعده اول: ظرف یک ساعت بعد از ولادت طفل را شیر مادر داده و این شیر مادر را الی ۲-۳ سال ادامه دهید. در شش ماه اول برای طفل صرف شیر مادر را بدهید. شیر مادر بهترین غذا برای طفل میباشد. اطفالی که با شیر مادر تغذی میشوند صحت



مند تر بوده میزان مرگ و میر آنها نظر به اطفالی که با شیر مادر تغذی نمیشوند کمتر میباشد (برای معلومات بیشتر در مورد تغذی با شیر مادر صفحه ۲۶۱-۲۶۳ دیده شود).

قاعده دوم: بر علاوه شیر مادر غذا های اضافی را در سن شش ماهگی، شروع نمائید (ویننگ - weaning) و آنرا با غذای غنی از پروتین مخلوط نمائید. یک مقدار روغن یا شحم به رژیم غذایی علاوه نمائید که مخلوط غذایی را ملایم ساخته و محتوی انرژی را بدون زیاد نمودن حجم غذا بلند میبرد. شروع شدن غذای اضافی با شیر مادر یک زمان حساس و مهم در زنده گی طفل میباشد. اگر غذا های جدا سازی طفل کیفیت خراب داشته باشد یا تحت شرایط پاک تهیه نشده باشد طفل مریض یا مصاب سو تغذی خواهد شد. غذا های خوب برای تجرید طفل از شیر مادر عبارت از آرد قوت، ماش آوه و شوله ماش میباشد.

قاعده سوم: حد اقل روزانه ۲ مرتبه غذای محافظوی بدهید.

قاعده چهارم: حد اقل روزانه ۴ مرتبه به طفل غذا بدهید. از دادن بوره، خصوصاً در فاصله بین دو غذا، جلوگیری نمائید. زیرا بوره اشتهای طفل را کم ساخته و دندان های او را تخریب مینماید.

قاعده پنجم: زمانیکه یک طفل مریض است تغذی او را ادامه دهید. زمانیکه طفل از مریضی بهبود یافت به او روزانه یک غذای اضافی برای مدت دو هفته بدهید ("تغذی در جریان انتانات"، دیده شود).

قاعده ششم: غذای طفل را تازه و پاک تهیه نمائید (بخش "وقایه اسهالات"، در صفحه ۱۱۸ دیده شود).

تغذی در جریان انتانات

اشتهای طفل در جریان انتانات کم بوده غذای کمتر صرف مینماید. انتانات نیازمندی به مواد غذایی را بلند برده و ذخایر عضویت را به مصرف میرساند. بر علاوه در جریان اسهالات جذب مواد غذایی خوب نمیشود. بعض فامیل ها به سبب عقاید یا باور های عنعنوی شان به اطفال مریض غذای ناکافی میدهند. تمام این فکتور های خطر سو تغذی را بلند میبرد.

هرزمانیکه یک طفل مصاب سو تغذی می شود، این طفل بیشتر مصاب انتانات شده که این خود حالت تغذیوی طفل را خرابتر میسازد (شکل ۱-۶ دیده شود). عین موضوع در کاهلان نیز صدق مینماید مگر کاهلان نظر به اطفال کمتر به سو تغذی مساعد مینمایند.

بناً در جریان هر مرض تغذی خوب بسیار مهم میباشد. همیشه به فامیل اطفال مریض موضوعات ذیل را توضیح نمائید:

۱. هر طفل جهت شفا یافتن از مرض به غذای خوب ضرورت دارد. به طفل مریض به صورت مکرر از غذا های غنی از مواد غذایی بدهید. هدف آنست تا به طفل به اندازه مواد غذایی غنی از مواد مغذی را که قبول مینماید؛ بدهید. جهت بهبود محتوی انرژی مواد غذایی در هر غذا یک قاشق چایخوری روغن یا شحم علاوه نمائید.

نوت: اگر متیقن نیستید تا از کدام غذا توصیه نمائید، از آرد قوت توصیه نمائید (پائین دیده شود).

۲. هر مریضی ذخایر غذایی طفل را به مصرف میرساند. بناً به طفل همه روزه یک غذای اضافی برای ۲ هفته بعد از شفایابی بدهید و در جریان هر غذا یک ماده غذایی خوب اضافی به طفل بدهید.

۳. به مریض از مولتی ویتامین ها یا تونیک ها جهت بهبود و شفایابی از انتان ندهید. این باورو گمان غلط است که مولتی ویتامین ها میتواند طفل را تقویه نموده یا اشتهای طفل را بهبود می بخشد.

مواد غذایی پراز انرژی و مغذی محلی:

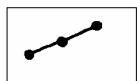
آرد قوت (آش مقوی)، شوله، ماش آبه و لیتی نمونه های از مواد غذایی انرژی زا و مغذی محلی اند که در حالات زیر داده شده میتوانند:

۱. به حیث غذای اساسی دوران شروع غذای اضافی با شیر مادر (weaning).
۲. به حیث غذای اضافی انرژی زا برای اطفال مریض.
۳. برای تداوی اطفال مصاب سو تغذی.
۴. به حیث غذای قوت دهنده برای زنان حامله یا مادران شیرده.

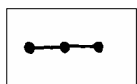
طور مثال آرد قوت (آش مقوی)

- مقادیر مساوی • گندم یا سایر حبوبات • برنج • نخود خام یا دیگر نباتات پلی دار و عدس را گرفته:
۱. اجزای غذایی را پاک کرده و خشک نمائید.

زمانیکه شما به چارت میبینید؛ اندازه گیری یکبار وزن و موقعیت آن در چارت بسیار مهم نمیشود. شما با یک بار اندازه گیری واحد؛ نمیتوانید بگوئید که آیا طفل وزن میگیرد یا آنرا از دست میدهد. شما میخواهید تا سمت قوس نشوونمو را بدانید:



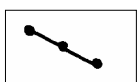
– اگر قوس نشوونمو طفل بلند میروند و سمت خطوط ضخیم را تعقیب مینمایید این نشان دهنده صحت خوب میباشد.



– اگر قوس نشوونمو کمتر از خطوط ضخیم بلند برود یا هیچ بلند نرود (خط هموار) نشان دهنده آنست که

طفل به خوبی وزن نمیگیرد. بناً طفل به خوبی نشوونمو نکرده یا هیچ نمو نمیکند. این حالت نشان دهنده خطر است. قوس هموار معمولاً علامه تغذی خراب میباشد.

– * اگر قوس نشوونمو سقوط نماید؛ این یک علامه خطر بزرگ است. سقوط در قوس نشوونمو به معنی آنست که طفل وزن میبازد و معمولاً نشان دهنده انتان میباشد.



۲. آن ها را بدون کاربرد روغن، بریان کنید (هر یکی را جدا جدا باید بریان کرد)

۳. بگذارید تا سرد شوند آنگاه هریکی را بصورت جدا گانه آرد کنید.

۴. مقادیر مساوی آرد هر یکی از مواد را گرفته بهم مخلوط کنید این مخلوط را آرد قوت می نامند. می توان آن را در خانه تولید کرد و مثل سایر آرد ها نگهداشت.

طرز تهیه غذا از آرد قوت: یک گیلان آب را بگیرد. در بین آن ۳-۴ قاشق چایخوری آرد قوت بیاندازد. آنرا جوش دهید و یک مقدار روغن در آن علاوه نمائید. آنرا تازمانی شور دهید که قوام آن به شکل فرنی در آید. مقدار آب میتواند نظر به سن طفل تغییر نماید. که این موضوع در مورد مقدار روغن نیز درست است. در صورتیکه طفل مصاب سو تغذی نباشد، به اندازه یک بادام روغن علاوه نمائید. اگر طفل مصاب سو تغذی باشد؛ به اندازه یک چارمغز روغن علاوه نمائید. اگر آنرا به خانم حامله یا مادر شیرده میدهید؛ آنرا به شکل نوشابه تهیه نمائید.

طرز استعمال حلوای آرد قوت به حیث غذای weaning (شروع غذای اضافی با شیر مادر): از دادن آن به اندازه ۱-۲ مرتبه در روز بر علاوه شیر مادر شروع نمائید. فرنی آن اول داده شده بعداً شیر مادر داده میشود. جهت تهیه مواد غذائی محافظوی میوه ها و سبزیجات را حد اقل روزانه در دو غذا علاوه نمائید. مزه آن میتواند مطابق به خواست هر طفل فرق نماید. یک مقدار آرد قوت را میتوان در هنگام پختن نان علاوه نمود.

مونیتور نشوونمو

صرف اطفال صحتمند به خوبی نشو و نمو مینمایند. اگر یک چارت نشوونمو را که بنام Road to Health Chart (weight for age chart) یاد میشود، بکار ببرید میتوانید چگونه گی نشو و نمو یک طفل را مشاهده نمائید. در صورتی که وضعیت طفل به خرابی برود، قبل از آنکه شما یا مادر طفل متوجه آنها شوید، چارت در مورد آنها به شما آگاهی میدهد. این بدان معنی است که شما میتوانید سبب را در مراحل مقدم آن دریافت و تداوی نمائید و از مرض، ناتوانی و مرگ جلوگیری نمائید. نشوونمو طفل را حد اقل الی سن ۲ ساله گی مونیتور نمائید.

هرکسی که در بخش صحت کار میکند باید با چارت Road to Health Chart آشنا بوده و طرز خانه پری آنرا دانسته و تفسیر آنرا بدانند (شکل ۲-۶ دیده شود).

سو تغذی در اطفال

سو تغذی یک پرابلم صحتی و اجتماعی میباشد. پرابلم طبی قسماً از باعث وضعیت اجتماعی ناشی میشود. سو تغذی نتیجه نهائی تغذیه خراب مزمن، فقر، درک ضعیف از امراض و تغذی و واکسیناسیون نامکمل میباشد. اگر شما سو تغذی را صرف یک پرابلم طبی بدانید، احتمال دارد تا طفل دوباره بعد از رفتن به خانه مصاب سو تغذی شود. مهم است تا شرایط اجتماعی مریض را جهت شناسائی اسباب معمول سو تغذی مد نظر گرفته و به فامیل طفل مشوره های مناسب بدهید. پرابلم های معمول عبارتند از:

- مشکلات تغذی با شیرمادر • استفاده از شیر چوشک ها • طفل به صورت فعال به خوردن غذا تشویق نمیشود • عدم موجودیت تغذی اضافی در جریان مریضی • حفظ الصحه خراب غذائی • غذا های نامناسب هنگام شروع غذای اضافی با شیر مادر (weaning) • مریضی زمینوی وخیم (مثلاً توبرکلوز).

از نظر کلینیکی ما میان سو تغذی پروتین-انرژی (protein-energy malnutrition) و نقایص تغذیوی خاص (مثلاً سندروم کمبود ویتامین A) فرق میگذاریم. معمولاً یک طفل مصاب سو تغذی پروتین-انرژی به کمبود یک یا بیشتر از یک مواد مغذی کوچک

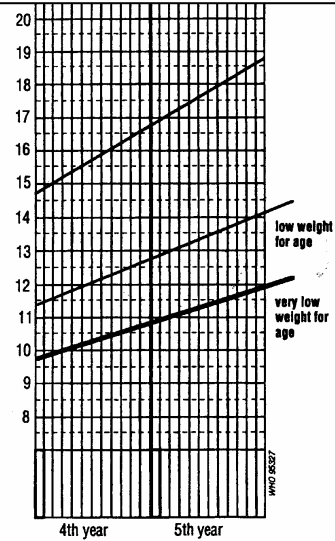
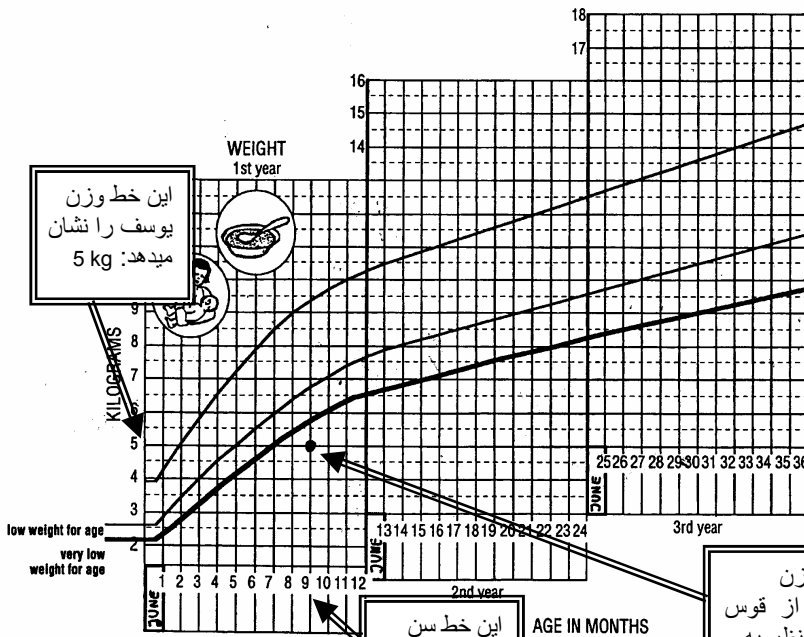
طرز استفاده از چارت وزن نظر به سن

۱. نام طفل را بنویسید .
۲. سن طفل را به ماه حساب نمائید.
۳. طفل را وزن نموده و وزن او را برای سنش مشخص نمائید و تصمیم بگیرید.
 - وزن نورمال برای سن وی (= در بین قوس علوی و سفلی)
 - وزن کم برای سن وی (= در بین قوس متوسط و سفلی)
 - وزن بسیار کم برای سن وی (= پائینتر از قوس سفلی)
۴. اگر اندازه های قبلی وجود داشته باشد، مسیر گراف نشوونمی طفل را مشخص نمائید.
 - موازی به قوس بالا میروید (= نشو و نمو خوب)
 - افقی (= خطر ناک)
 - به طرف پائین (= بسیار خطرناک)
۵. هر واقعه صحتی یا حیاتی مهم را که در دانستن پرابلم های نشو و نمو کمک نمایند، درج نمائید(مثلا اسهالات و مرگ مادر طفل).

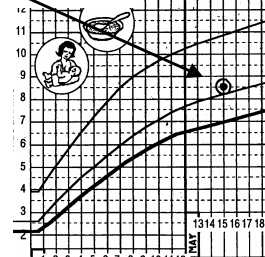
چارت وزن نظر به سن

چارت وزن نظر به سن؛ وزن طفل را با وزن اطفال دیگر که همسن وی اند مقایسه مینماید. شما اطفالی را که وزن شان کمتر از قوس تحتانی است مشخص نمائید که نشان دهنده کم بودن زیاد وزن طفل نظر به سنش میباشد. این نوع اطفال به توجه خاص نیاز دارند. مگر اطفالی که وزن شان بالاتر از قوس تحتانی قرار دارند نیز میتوانند مصاب سو تغذی باشند. اندازه گیری واحد نمیتواند معلومات کافی مورد ضرورت تان را تهیه نماید. بناً نشوونمو طفل را مونیتر نمائید. یک گراف خوب در بخش ضمیمه وجود دارد که میتوانید آنرا کاپی و استفاده نمائید. گراف را به مادر طفل بدهید تا با خود نگهدارد و آنرا در ویزت بعدی با خود بیاورد.

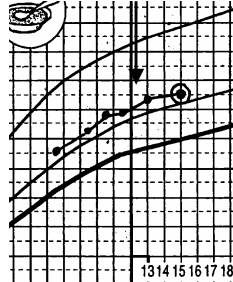
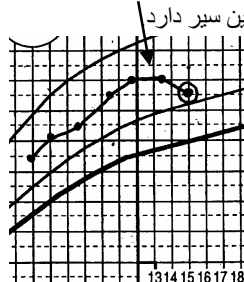
یوسف



اگر صرف یک رقم؛ وزن طفل را میدانید؛ شما نمیدانید که آیا نشوونمی طفل خوب است یا خیر؟

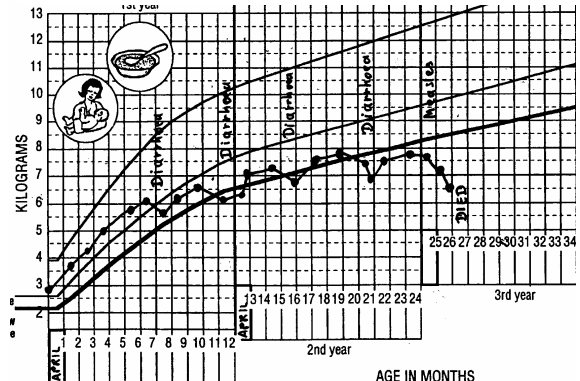


مثال: ممکن است نشوونمی او ممکن است در معرض خطر بزرگ باشد زیرا گراف نشوونمی وی به پائین سیر دارد



نمونه یک گراف یا قوس نشوونمو

طفل الی سن ۶ ماهه گی نشوونمو خوب داشت، سپس (احتمالاً از باعث تغذیه جداسازی و حفظ الصحه خراب) طفل اسهالات شدید متعدد داشته است. او وزن نگرفته گراف وزن هموار شده و دیگر قوس نشوونمو را تعقیب نموده است. بالاخره او مصاب سرخکان شده و مرد. ازینکه همه میدانستند که نشوونمی طفل خوب نبوده و از ماه های ۷-۸ به بعد در معرض خطر قرار داشت؛ و هیچ مداخله نی نمودند این خود یک مصیبت بوده است.



شکل ۲-۶: طرز استفاده از چارت وزن نظر به سن

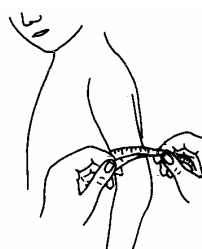
چگونه میتوان سو تغذی را شناسایی نمود؟

اکثریت اطفال که سو تغذی خفیف و متوسط دارند به شکل اطفال معمولی به نظر میرسند. سو تغذی شان برای فامیل طفل و حتی داکتر یا کارکن صحتی واضح نمیباشد. این گروپ مخفی اطفال مصاب سو تغذی خطرات صحتی بلند تر از حد وسط را دارا اند زیرا اگر این اطفال مریض شوند عضویت شان کدام ریزرف ندارد. سو تغذی مخفی این اطفال صرف زمانی کشف شده میتواند که این اطفال وزن شوند. احتمالات متعدد وجود دارد. پیشنهاد میشود که طفل را وزن نمائید؛ وزن او را در چارت نشوونمو درج نمائید (وزن برای سن - weight-for-age یا Road to Health Chart) و آنرا با وزن های قبلی طفل مقایسه نمائید (کنترول نشوونمو). یک میتود آسان را میتود اندازه گیری محیط قسمت متوسط بازوی طفل (mid-upper- arm circumference - MUAC) که تقریباً در سنین بین ۱-۵ یکسان باقی میماند؛ تشکیل میدهد. در صورتیکه کمتر از 12.5 cm باشد؛ طفل تقریباً مصاب سو تغذی میباشد (شکل ۴-۶ دیده شود). هر چند اندازه نمودن محیط قسمت متوسط بازو (MUAC) میتود خوب برای کنترول نشوونمو نمیباشد.

به منظور آنکه اطفال مصاب سو تغذی از نظر بازو نمائند، هر طفلی را که نزد شما می آورند از نظر سو تغذی معاینه نمائید (شکل ۵-۶ دیده شود):

○ آیا علائم سو تغذی شدید وجود دارد؟

چگونه باید محیط قسمت متوسط بازوی علوی طفل را اندازه نمود؟



۱. بازوی چپ طفل را در حالیکه در حالت آویزان قرار دارد؛ اندازه نمائید.
۲. محیط قسمت متوسط بازوی علوی را اندازه نمائید.
۳. فیته اندازه گیری را آنقدر زیاد کش نمائید که در جلد مریض التوات نمایان شوند.

تفسیر اندازه های محیط قسمت متوسط بازوی علوی

- اطفال ۱-۵ ساله: اگر کمتر از ۱۲٫۵ سانتی متر باشد= سو تغذی شدید.
- نوت: تمام اطفال که انیما دارند بدون در نظر داشت اندازه محیط بازوی شان در کتگوری سو تغذی شدید محسوب میشوند.
- نوزاد: اگر کمتر از ۸٫۷ سانتی متر باشد = کمی وزن در هنگام تولد
- خاتم های حامله: اگر کمتر از ۲۲٫۵ سانتی متر باشد= سو تغذی قابل ملاحظه

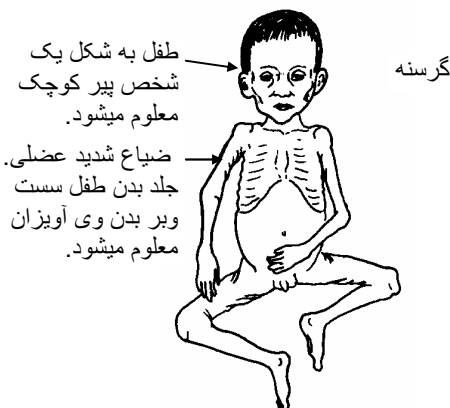
شکل ۴-۶: MUAC یا محیط قسمت متوسط بازوی علوی

(میکرونو ترینت ها - micronutrients) خصوصاً آهن و ویتامین A نیز مصاب میباشد.

سو تغذی پروتین-انرژی معمولترین شکل سو تغذی میباشد (شکل ۳-۶ دیده شود). درین حالت هم کمبود غذا های انرژی زا و هم غذا های ساختار بدن وجود دارد. مرسوس (marasmus) فاقه گی کلاسیک میباشد که در آن یک طفل؛ صرف به شکل پوست و استخوان یا یک مرد پیر کوچک معلوم می شود. طفل مصاب مرسوس (marasmus) احساس گرسنه گی زیاد مینماید که بدین معنی است که تغذی آن معمولاً آسان میباشد. کواشیورکور (kwashiorkor) کمتر معمول میباشد. درین مریضی طفل دارای وجه مهتابی بوده قدم ها و پاهای مریض اندیمائی و جلد فلس مانند و موهای نازک میباشد. این مریضان معمولاً مخرش بوده و اشتهای شان خراب میباشد. این بدان معنی است که تغذی این اطفال مشکل میباشد. اهتمامات کلینیکی هر دو حالت فوق مشابه میباشد.

مرسوس (MARASMUS)

- معمولترین سن: ۶-۱۲ ماهه گی
- به صورت تدریجی به وجود میاید



کواشیورکور (KWASHIORKOR)

- معمولترین سن: ۱-۳ ساله گی
- بصورت حاد واقع شده و غالباً از باعث انتان؛ خصوصاً سرخکان یا اسهالات؛ زیادتر دیده میشود.



شکل ۳-۶: تظاهرات کلینیکی سو تغذی شدید

طرز ارزیابی یک طفل مصاب سوتغذی

معاینه مکمل فیزیکی را انجام دهید. نکات فوق العاده مهم در ذیل خلاصه شده اند.

تاریخچه مریض را اخذ نمایید

○ مریض چند ساله است؟ (سن طفل در قسمت دریافت دلیل اینکه چرا طفل مصاب سوتغذی شده است کمک مینماید.)

○ در مورد تغذی بپرسید:

- "آیا طفل با شیر مادر تغذیه میشود؟" "روزانه چند مرتبه با شیر تغذیه میشود؟" "آیا طفل در جریان شب نیز با شیر مادر تغذیه میشود؟"
- "آیا به طفل کدام غذا یا مایعات دیگر داده میشود؟" "کدام غذا یا مایع؟" "روز چند مرتبه؟" "به چه مقدار داده میشود؟ کی طفل را غذا میدهد و چگونه؟"

○ اشتهای طفل چگونه است؟

○ آیا اسهال وجود دارد؟

- دوام و زمان شروع اسهال؟ (حاد یا مزمن)
- آیا اسهال همراه با خون است یا بدون خون؟

○ آیا سرفه مزمن وجود دارد؟ (اعراض ممکنه توبرکلوز)

○ آیا درین اواخر سرخکان را سپری نموده است؟

○ آیا با شخص مصاب توبرکلوز در تماس آمده است؟

○ شرایط فامیلی

• کی کار مینماید و چه کار مینماید؟ در آمد ماهانه آنها چند است؟

• آیا خواهر یا برادر مریض فوت نموده است؟

• فامیل، آب نوشیدنی خود را از کجا بدست میآورد؟

• آیا دسترسی به تشناب دارند؟

○ آیا واکسیناسیون طفل تکمیل شده است؟

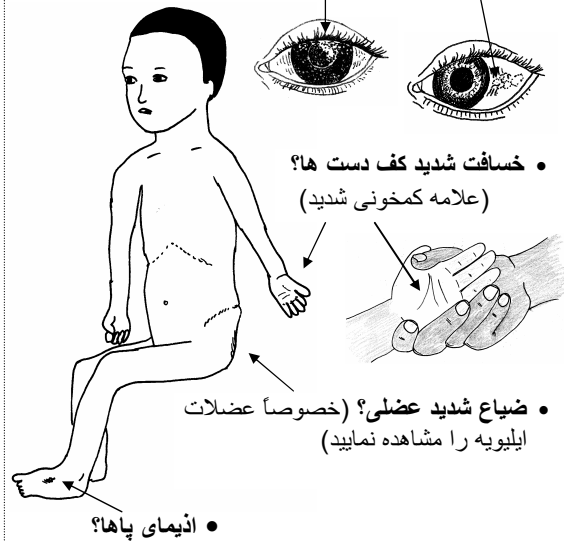
طفل را معاینه نمایید

○ آیا خواب آلودگی یا تشوش شعور وجود دارد؟

○ آیا دیهیدریشن وجود دارد؟ اگر معیارات معمول (چشم های فرورفته، الاستیکیت جلد) جهت ارزیابی دیهیدریشن در سوتغذی شدید استعمال شود، در تشخیص و تداوی دیهیدریشن افراط صورت

چگونه باید اطفال مصاب سوتغذی شدید را؛ ارزیابی نمود؟

- آیا علائم فقدان ویتامین A در چشم وجود دارد؟ (Bitot's spot) و مکدریت قرنیه

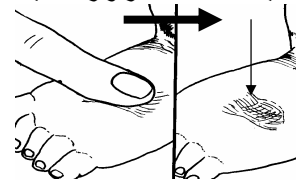


- خسافت شدید کف دست ها؟ (علامه کمخونی شدید)

- ضیاع شدید عضلی؟ (خصوصاً عضلات ایلویه را مشاهده نمایید)

- اندیمای پاها؟

۱. توسط انگشت تان بالای عظم قدم طفل برای ۱-۲ ثانیه فشار وارد نمایید.
۲. بعداً انگشت تان را دور انگشت باقی بماند، طفل اندیما نداشته



شکل ۴-۵: هر طفل را از نظر علائم سوتغذی شدید ارزیابی نمایید.

- آیا لاغری شدید وجود دارد؟ (خصوصاً ضیاع شدید عضلی- حوصلی)

- آیا اندیمای هر دو پا وجود دارد؟

○ آیا علائم کمبود مواد غذایی دیگر وجود دارد؟

- آیا کمخونی وجود دارد؟ (کف دست ها را از نظر خاسف بودن کف دست؛ ببینید، صفحه ۱۶۴ دیده شود، هیموگلوبین اندازه شود)

- آیا علائم کمبود ویتامین A در چشم ها وجود دارد؟ (صفحه ۲۸۵ دیده شود).

بعد از آنکه شما طفل را ارزیابی نمودید، دریابید که طفل در کدام گروپ قرار میگیرد:

– بدون سوتغذی و بدون کمخونی

– سوتغذی غیر شدید و یا کمخونی غیر شدید

– سوتغذی و یا کمخونی شدید

طفل برای مدت ۴-۶ ساعت تغذیه نشده است. اگر شما گلوکوز خون را اندازه نمیتوانید، طفلی که خواب آلوده گی داشته باشد یا بیهوش باشد یا هایپوترمی داشته باشد، فرض نمائید که طفل مذکور مصاب هایپوگلیسمی میباشد.

معاینات کمک کننده دیگر را: • معاینه هیموگلوبین، • معاینه ادرار برای انتان، • معاینه مواد غایبه از نظر جاریدیا و • اکسری صدی تشکیل میدهد. در صورتیکه این ها قابل دسترس نباشند؛ اطفال را میتوان بدون آن به خوبی تداوی نمود.

نوت: الکترولیت ها (سودیم، پتاسیم) ندرتاً کمک کننده میباشند و ممکن به تداوی نامناسب منجر شوند. تست توبرکولین معمولاً در سؤتغذی شدید منفی میباشد زیرا جواب امیونولوژیک مختل میباشد.

اهتمامات سؤتغذی غیر شدید

۱. چگونه گی تغذی طفل توسط مادر را به تفصیل دریابید. مشکلات را مشخص نموده در مورد تغذی مشوره های مناسب بدهید (بخش "چیزهای را که هرکس باید در مورد تغذی خوب بداند" دیده شود و حفظ الصحه صفحه ۱۱۸-۱۱۹ دیده شود).

۲. وضعیت واکسیناسیون طفل را چک نمائید.

۳. در صورتیکه طفل در شش ماه گذشته، تداوی ضد کرم و ویتامین A را اخذ نکرده باشد، برایش بدهید.

۴. در صورتیکه خسافت کف دست وجود داشته باشد و هیموگلوبین کمتر از 11.0 g/dl باشد، انیمی (کم خونی) را تداوی نمائید.

۵. مریض را هر ۴ هفته بعد دوباره معاینه نمائید. نشوونوی طفل را با چارت نشوونمو کنترل نمائید. علایم خطر را به مادر طفل بیاموزانید (صفحه ۳۴۶ دیده شود).

اهتمامات سؤتغذی شدید

اطفالی که مصاب سؤتغذی شدید اند به صورت ایدیال باید در جریان مرحله حاد و مرحله احیای مجدد در یک بخش اختصاصی تحت تداوی قرار گیرند. هر چند؛ در صورتیکه تعقیب مراقبت مریض درخانه توسط یک کارکن صحی امکان داشته باشد، می توان مریض را وقت تر مرخص نمود.

اهتمامات مرض شامل سه مرحله میباشد (شکل ۶-۷ دیده شود).

میگیرد، زیرا چشمان فرورفته و ضیاع الاستیکیت جلدی نیز از علایم سؤتغذی اند. که این کار به تطبیق بیش از حد مایع در نزد طفل منجر گردیده عدم کفایه قلبی را بار میآورد. به عوض معیارات معمول؛ از تصنیف بندی ذیل نزد اطفال مصاب اسهال و سؤتغذی شدید استفاده بعمل آید:

- علایم شاک و خواب آلوده گی یا ضیاع شعور وجود ندارد = دیهایدریشن متوسط
- علایم شاک و خواب آلوده گی یا ضیاع شعور وجود دارد = دیهایدریشن شدید

○ آیا تنفس مریض سریع است؟ (علامه احتمالی نمونیا، عدم کفایه قلبی و سپیس)

○ آیا خسافت شدید کف دست وجود دارد؟ (علامه کمخونی شدید، اگر وجود داشته باشد، هیموگلوبین را اندازه نمائید)

○ درجه حرارت بدن را اندازه نمائید:

- آیا تب وجود دارد؟

- آیا هایپوترمی وجود دارد؟ (هایپوترمی علامه انتان شدید میباشد) در صورتیکه درجه حرارت معقدی کمتر از ۳۵,۵ درجه سانتی گراد (95.9°F) یا درجه حرارت ابطی کمتر از ۳۵ درجه سانتی گراد (95°F) باشد طفل مصاب هایپوترمی میباشد. اگر ترمومتر نداشته باشید، ساق پای مریض یا زیر بغل طفل را حس نمائید، اگر سرد باشد طفل مصاب هایپوترمی میباشد.

○ آیا علایم محراقی انتان وجود دارد؟ (به طور مثال انتان جلدی یا چشم)

○ آیا علایم شاک وجود دارد؟ (دست ها و پاهای سرد، نبض رادیال ضعیف یا غیر قابل جس و تشوش شعور)

○ آیا علایم کمبود ویتامین A در چشم وجود دارد؟

○ آیا قرحات دهن وجود دارد؟ آیا برفک دهن وجود دارد؟

○ آیا سکیبیس (scabies) وجود دارد؟

معاینات

آیا گلوکوز خون پائین است (کمتر از 54 mg/dl یا 3.0 mmol/l)؟ (شکل ۶-۶ دیده شود) هایپوگلیسمی یک علامه انتان شدید؛ میباشد یا نشان میدهد که



داده شود. بعد از تعویض کمبود مایع، به معاوضه ضیاع دوامدار مایعات ادامه دهید (به مقدار 50-100 ml که معادل ۱/۴ الی ۱/۲ پیاله میشود در مقابل دفع هر بار مواد غایبه). طفل مصاب سوتغذی شدید تشوش الکترولیت (خصوصاً سودیم بالا) دارند و به ORS یا مایعات داخل وریدی با طاقت ۱/۲ (half strength) ضرورت دارند. اخذ مقدار های بلند سودیم عدم کفایه قلب را بار میآورد.

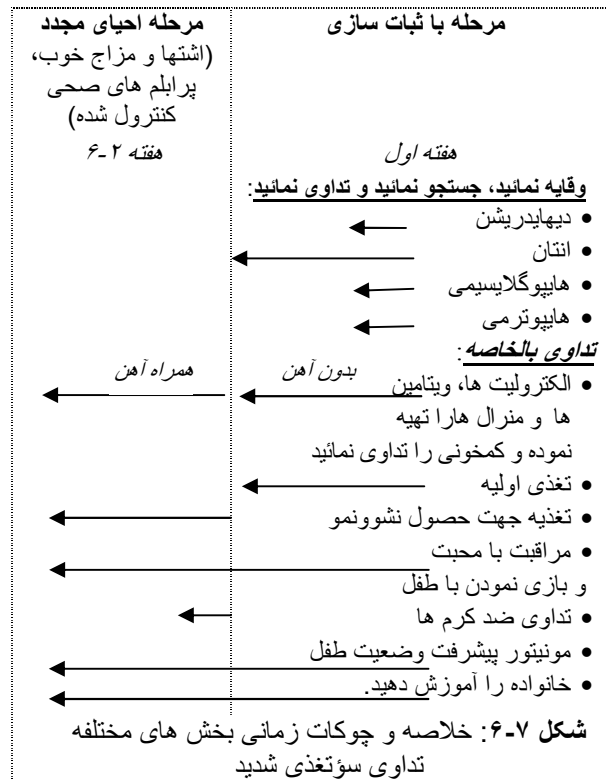
– **دیهایدریشن شدید:** برای تجویز مایعات وریدی صرف یک استطبیب وجود دارد: طفل مصاب اسهالات و علایم شاک که خواب آلوده گی داشته یا بیهوش باشد. به مریض Ringer-Lactate همراه با 5% glucose (یا sodium chloride ۰,۴۵% همراه با گلوکوز ۵%) بدهید. اگر این محلولات قابل دسترس نباشند؛ به مریض محلول Ringer-Lactate بدهید. به مقدار 15 ml/kg در یک ساعت تطبیق نمائید. در صورتیکه طفل بهبودی حاصل نموده اما کاملاً شفا یاب نشود محلول را دوباره تطبیق نمائید. در صورتیکه طفل بهبود نیابد شاک سپتیک مدنظر باشد.

سرعت تنفس و نبض مریض را جهت تشخیص مقدم تطبیق بیش از حد مایعات کنترل نمائید. اگر سرعت تنفس و نبض سریعتر میشوند (تنفس به اندازه ۵ بارتنفس در یک دقیقه و نبض به اندازه ۲۵ ضربه فی دقیقه) یا پندیده گی در اطراف چشمان بوجود میاید؛ تطبیق مایعات داخل وریدی را توقف دهید.

– **دیهایدریشن متوسط:** اگر طفل مصاب اسهالات؛ علایم شاک را نداشته باشد او را مصاب "دیهایدریشن متوسط" قبول نمائید. از محلول ریهایدریشن مخصوص سوتغذی (ReSoMal) به مقدار 70-100 ml/kg در ظرف ۱۲ ساعت تطبیق نمائید. با 5 ml/kg (معمولاً حدود 30-15 ml) در هر ۳۰ دقیقه آغاز نمائید. بعد از یک ساعت 10 ml/kg تطبیق نمائید. اگر طفل این مقدار را نوشیده نتواند، محلول را به آهسته گی از طریق تیوب انفی معدی تطبیق نمائید.

اگر ReSoMal در دسترس نباشد محلول ORS به طاقت ۱/۲ ذیل را تهیه نمائید:

- یک پاکت ORS را گرفته آنرا به عوض ۱ لیتر آب در ۲ لیتر آب (۸ پیاله) حل نمائید.
- دو قاشق ماست خوری بوره (۵۰ گرام) به آن علاوه نمائید.
- از محلول الکترولیت منرال ها به مقدار 40 ml (= دو قاشق ماست خوری) علاوه نمائید. اگر در دسترس نباشد، محلول تانرا مخلوط نمائید: به



۱. **مرحله با ثبات سازی (stabilisation phase) (یک هفته):** هدف آنرا با ثبات سازی وضعیت طفل تشکیل میدهد. این مرحله شامل جستجو و تداوی پرابلم های صحی و با ثبات سازی وظایف میتابولیک میباشد.

۲. **مرحله احیای مجدد (rehabilitation phase) (۲-۶ هفته):** هدف این مرحله را کمک به طفل در قسمت گرفتن سریع وزن نورمال تشکیل میدهد.

۳. **مرحله تعقیب:** هدف این مرحله (۱) جلوگیری از نکس مرض (۲) حصول اطمینان از اینکه طفل به خوبی نشو و نمو مینماید، میباشد.

۱. مرحله با ثبات سازی (stabilisation phase)

دیهایدریشن، انتان، هایپوگلاسیمی و هایپوترمی اسباب عمده مرگ اطفال مصاب سوتغذی را در جریان روز های اول تداوی تشکیل میدهد.

نوت: برای تداوی اسهالات معند صفحه ۱۱۶-۱۱۷ دیده شود. جهت تداوی اذیما به مریض؛ دیورتیک ها را توصیه نکنید!

دیهایدریشن را وقایه و تداوی نمائید

در صورت امکان؛ دیهایدریشن را توسط مایعات فمی تداوی نمائید. مایعات داخل وریدی به آسانی سبب فرط هایدریشن، عدم کفایه قلبی و مرگ میشود. تغذیه طفل با شیر مادر در جریان تداوی دیهایدریشن باید ادامه

سه دوز کسری از طریق عضلی یا وریدی برای ۴ روز علاوه نمایند. (اطفال کمتر از 8 kg به مقدار 62.5–125 mg روزانه سه مرتبه، اطفال 8-15 kg به مقدار 125–250 mg روزانه ۳ مرتبه).

اگر طفل بعد از یک هفته بهبودی کسب ننماید، طفل را دوباره ارزیابی نموده و توبرکلوز را مد نظر بگیرد.

تغییرات جلدی در کواشیورکور (kwashiorkor) شامل اندفاعات جلدی است که به آسانی جدا شده و جلد خام زیر آن به آسانی منتن میشود. gentian violet یا کریم nystatin را بالای زخم ها و zinc oxide را بر بالای ساحات خام تطبیق نمایند.

هایپوگلیسمیا (hypoglycaemia) را وقایه و تداوی نمایند

– جهت جلوگیری از هایپوگلیسمی طفل مصاب سو تغذی شدید را در ابتدا هر ۲ ساعت بعد و هم چنان در جریان شب تغذیه نمایند.

– اگر طفل مصاب هایپوگلیسمیا ضعف نموده باشد یا شعور وی مختل شده باشد؛ به وی به مقدار 5 ml/kg از محلول 10% glucose از طریق وریدی (یا 50 ml از محلول 10% glucose از طریق تیوب انفی معدی) بدهید. بر علاوه تداوی ضد انتان و احتمالاً دیهایدریشن را تطبیق نمایند. اگر طفل بهبودی کسب نکند دوا را تکرار نمایند.

نوت: گلوکوز ۱۰% را با مخلوط نمودن یک حصه گلوکوز ۵۰% با ۴ حصه سودیم کلوراید ۰٫۹% یا آب مقطر تهیه نمایند.

– اگر طفل قادر به نوشیدن باشد، گلوکوز را از طریق فمی برایش بدهید. ۳٫۵ قاشق ماست خوری آب پاک را با یک قاشق ماست خوری بوره یکجا نموده آنرا به طفل بدهید. به تعقیب آن فوراً تغذی طفل را شروع نمایند.

هایپوترمی (hypothermia) را وقایه و تداوی نمایند

– از هایپوترمی با پوشانیدن طفل به شمول راس او و نگهداشتن او در تماس نزدیک به مادرش، جلوگیری نمایند. طفل را غسل ندهید.

– هایپوترمی را با نزدیک نگهداشتن طفل به جلد مادرش تداوی نمایند (مراقبت کانگرو طوریکه در بخش نوزادان توضیح شد، صفحه ۲۰۸ دیده شود). اطمینان حاصل نمایند که به تن طفل لباس پوشانیده شده است (به شمول راس او). او را با کمپل گرم بپوشانید. تمام اطفال مصاب هایپوترمی را برای هایپوگلیسمی و انتان تداوی نمایند.

مقدار 50 g potassium chloride (625 mmol) به 500 ml آب علاوه نمایند. بعداً 40 ml این محلول را به محلول حاوی طاقت ۱/۲ خود علاوه نمایند.

انتان را وقایه و تداوی نمایند

در سو تغذی شدید علایم معمول انتان مثلاً تب غالباً وجود نمیداشته باشند. انتانات (خصوصاً نومونیا، انتانات طرق بولی و سپس) در سو تغذی شدید معمول میباشند. هر گاه طفل هر یکی از تظاهرات کلینیکی ذیل را از خود نشان دهد به انتان شدید مشکوک شوید:

× قادر به مکیدن شیر مادر نباشد.

× خواب آلود بوده یا مریض معلوم شود.

× هایپوترمی داشته باشد.

× هایپوگلیسمی داشته باشد.

اهتمامات

– هر انتان خاص را با انتی بیوتیک مناسب تداوی نمایند

– اگر علامه واضح انتان وجود نداشته باشد به مریض روز تطبیق نمایند (برای اطفال کمتر از 8 kg به مقدار 120–240 mg روزانه ۲ مرتبه، 8-15 kg به مقدار 240–480 mg روزانه ۲ مرتبه).

– اگر طفل کدام تظاهر انتان شدید را نشان دهد به او *ampicillin + gentamicin* بدهید:

• *Ampicillin*: به مقدار 100–200 mg/kg/day از طریق عضلی یا وریدی به ۳–۴ دوز (اطفال کمتر از 8 kg به مقدار 250–500 mg روزانه ۳ مرتبه 8-15 kg به مقدار 1 g–500 mg روزانه ۳ مرتبه) برای ۲ روز تطبیق نموده بعداً آنرا با *amoxicillin* فمی برای مدت ۵ روز ادامه دهید.

• *Gentamicin*: به مقدار 7.5 mg/kg از طریق عضلی یا وریدی برای ۷ روز تطبیق نمایند (دوز ادویه را دقیقاً محاسبه نمایند، دوز روزانه آن معمولاً بین 60–15 mg میباشد).

ادویه بدیل *ampicillin + gentamicin* در انتانات شدید عبارت از *ceftriaxone* به مقدار 40–80 mg/kg روزانه یک مرتبه از طریق عضلی میباشد (اطفال کمتر از 8 kg به مقدار 250–500 mg: اطفال 8-15 kg به مقدار 500–750 mg).

اگر طفل در ظرف ۴۸ ساعت بهبودی کسب ننماید؛ *chloramphenicol* را به مقدار 75 mg/kg/day به

نوت: در جریان مرحله با ثبات سازی به مریض آهن (ferrous sulphate) ندهید!

الکتروولیت ها ، ویتامین ها و منرال ها را تهیه نموده و کمخونی را تداوی نمائید.

تغذی دوامدار را با غذای مخصوص آغاز نمائید. در سؤتغذی شدید؛ تمام وظایف عضویت بطی میشوند. میکانیزم های میتابولیک جهت عیار نمودن دوباره اخذ و پروسس غذا به زمان ضرورت دارند. غذای بیش از حد، خصوصاً پروتین؛ در جریان مرحله اولیه میتواند به عدم کفایه قلب و مرگ بیانجامد.

اطفال مصاب سؤتغذی شدید غالباً مصاب فقدان ویتامین ها مثل ویتامین A، فولیک اسید (folic acid)، زنک (zinc)، آهن (iron)، پتاسیم (potassium) و مگنیزیم (magnesium) میباشند. فقدان ویتامین A و زنک (zinc) سیستم معافیته را مختل میسازد. اکمال ویتامین A نشان میدهد که میزان مرگ و میر ناشی از اسهالات و سرخکان را کم ساخته از کوری جلوگیری مینماید. زنک (zinc) مرگ و میر ناشی از اسهالات، سینه بغل را تنقیص داده نشوونموی طفل را بهبودی میبخشد. آهن قابلیت های دماغی و نشوونمو را بهبود بخشیده اما در جریان مرحله با ثبات سازی توصیه نمیشود زیرا ممکن انتان موجوده را تشدید نماید. فقدان ویتامین های دیگر کمتر با اهمیت بوده و مستحضرات مولتی ویتامین نقش زیاد در تداوی سؤتغذی ندارند. این ها غالباً گمراه کننده اند. فامیل ها باید بدانند که سؤتغذی توسط تغذیه خوب معالجه میشود نه با تابلیت های مولتی ویتامین و مقوی ها!

مراکز تداوی با یک فورمول (ترکیب غذایی) خاص شروع مینمایند. مگر در صورتیکه امکان رجعت مریض به جایی دیگر موجود نباشد و منابع محدود باشد؛ طفل مصاب سؤتغذی شدید در خانه تداوی شده میتواند. درین حالت، بسیار مهم است تا شما فامیل طفل را از نزدیک آموزش داده، نشان داده و نظارت نمائید. شما باید رهنمائی های را ارائه نمائید که واقع بینانه و قابل پیروی توسط فامیل باشد. تغذی مناسب را فوراً شروع نمائید. جهت جلوگیری از اضافه بار شدن اعضای ماوفه و جهت جلوگیری از هایپوگلاسمیا، طفل باید به صورت مکرر تغذیه شود. در صورت ضرورت از طریق تیوب انفی معدی تغذیه گردد.

دادن ویتامین ها و منرال های (micronutrients) اساسی غالباً مشکل میباشد زیرا کدام مستحضر مناسب قابل دسترس نمیشود. اگر در دسترس باشد، یک محلول الکتروولیت-منرال را (حاوی پوتاسیم، مگنیزیم، زنک و مس) در رژیم غذایی یا در ORS علاوه نمائید. به صورت بدیل آن میتوانید از مستحضرات ویتامینی که حاوی 5 mg فولیک اسید، 2 mg زنک (zinc) و 0.3 mg مس (copper) بوده و آهن نداشته باشد، تطبیق نمائید. در غذای طفل پوتاسیم علاوه نمائید (در ذیل دیده شود).

انتخاب غذا مربوط به قابل دسترس بودن آن میباشد:

- **انتخاب اول:** یک رژیم شیر اصلاح شده را که از شیرخشک نوع (DSM) dried skim milk، بوره و روغن مرکب است، بدهید. با رژیمی که مرکب از 25 g شیر خشک نوع DSM، 100 g بوره و 30 g روغن نباتی و مقدار کافی آب برای حجم 1000 ml است؛ شروع نمائید. شیر، بوره و روغن را با هم مخلوط کرده خمیر نمایید بعداً آب گرم جوشانده را به آهسته گی علاوه نمائید تا حجم مجموعی 1000 ml بسازند. یا در عوض از شیرتازه گاو (300 ml شیر، 100 g بوره و 20 ml روغن) را با مقداری از آب گرم جوشانده که حجم مجموعی 1000 ml را بسازند؛ دهید. اطمینان حاصل نمائید که شیر در تحت شرایط پاک تهیه میشود.

۱. **یک دوز ویتامین A (retinol)** را فوراً بدهید، دوز دوم را یک روز بعد و بعداً ۲ هفته بعد بدهید (اطفال کمتر از ۶ ماهه 50,000 یونت: ۷-۱۲ ماهه 100,000 یونت: بالاتر از یک سال 200,000 یونت).

۲. **Folic acid** فمی را به مقدار 5 mg روزانه یک مرتبه برای ۱ ماه بدهید.

۳. اگر کمخونی شدید باشد (هیموگلوبین پائین تر از 4 g/dl یا هیموگلوبین 4-6 g/dl همراه با علایم شاک یا عدم کفایه قلبی) به مریض **خون تطبیق** نمائید. از whole blood به مقدار 10 ml/kg در ظرف ۳ ساعت به آهسته گی تطبیق نمائید. جهت جلوگیری از تطبیق بیش از حد مایعات؛ furosemide (1 mg/kg) از طریق وریدی در آغاز ترانفیوژن تطبیق نمائید. نبض و تنفس را هر ۱۵ دقیقه بعد کنترل نمائید. اگر ازدیاد (سرعت تنفس به اندازه ۵ تنفس فی دقیقه و نبض به اندازه ۲۵ ضربه فی دقیقه) دیده شود؛ ترانسفیوژن را آهسته تر نمائید.

طفل مصاب سؤتغذی شدید بسیار ضعیف و شکنند میباشد و به غذا های کم حجم و به دفعات مکرر ضرورت دارد. حجم غذا را به صورت تدریجی زیاد نموده دفعات آنرا کم نمائید. به مادر نشان دهید که چگونه طفل خود را با پیاله و قاشق غذا دهد. در صورتیکه مادر، طفل را از شیر خود تغذی مینماید، او باید شیر خود را بعد از آنکه طفل مقدار توصیه شده شیر مخصوص را خورد، به طفلش بدهد. تمام کوشش هایتان را جهت بلند بردن مقدار شیر مادر به خرچ دهید.

را به صورت تدریجی به 150-200 ml / کیلوگرام / ۲۴ ساعت افزایش دهید. اشتهای طفل رهنمای خوب بوده و شما میتوانید مقادیر زیاد را در صورتیکه طفل بخواهد برایش بدهید. غذا را هر ۴ ساعت بعد برایش بدهید. مقدار غذا، خصوصاً محتوی انرژی آنرا؛ زیاد نمائید. به طور مثال یک قاشق چایخوری روغن پخت و پز (یا به اندازه یک چهارمغز روغن) به هر غذا علاوه نمائید. به دادن چندین بار غذا به اندازه های کم ادامه دهید زیرا ظرفیت معده طفل کوچک میباشد. بعد از یک هفته؛ از غذاهای مناسب فامیل به طفل شروع نمائید.

تهیه ویتامین ها و منرال ها را ادامه دهید

دادن ویتامین ها و منرال های را که در مرحله با ثبات سازی شروع نموده اید؛ ادامه دهید مگر حالا آهن را نیز علاوه نمائید. از ferrous sulphate فمی به مقدار 10-25 mg/kg/day برای سه ماه بدهید (اطفال کمتر از ۸ کیلوگرام 50 mg-۱ مرتبه در روز، 8-15 kg به مقدار 100 mg دو مرتبه در روز).

کرم ها را تداوی نمائید

به اطفال بالاتر از ۱ سال از mebendazole فمی به مقدار 500 mg به یک دوز واحد (یا 100 mg روزانه ۲ مرتبه برای ۳ روز) بدهید. یا از pyrantel به مقدار 10 mg/kg/day برای ۳ روز (۷-۱۲ ماهه 62.5 mg روزانه یک مرتبه، ۱-۵ ساله 125 mg روزانه یک مرتبه) بدهید.

پیشرفت را کنترل نمائید

طفل را همه روزه وزن نمائید و وزن او را در یک چارت درج نمائید.

– اگر وزن گرفتن خوب باشد (بیشتر از 10 g/kg/day) به تداوی مشابه ادامه دهید.

– اگر وزن گرفتن بین 5-10 g/kg/day باشد، چک نمائید که آیا طفل غذای توصیه شده را به صورت مکمل اخذ میدارد یا خیر و یا انتان از نظر پنهان باقی مانده است؟

– اگر وزن گرفتن خراب باشد (کمتر از 5 g/kg/day) طفل را به صورت مکمل ارزیابی نمائید.

اگر یک طفل مصاب سو تغذی بهبودی کسب نمیکند:

۱. اطمینان حاصل نمائید که غذای طفل به صورت درست تهیه میشود.

۲. اطمینان حاصل نمائید که برای طفل در جریان روز و شب مقدار کافی غذا داده میشود.

۳. اطمینان حاصل نمائید که طفل تمام غذا را میخورد؛ اگر از خوردن غذا امتناع نماید طفل را از نظر

طفل باید در جریان شب به دفعات ممکن؛ مگر حد اقل ۲ مرتبه؛ تغذیه شود. یک تعداد زیاد اطفال مصاب سو تغذی شدید در جریان شب فوت میشوند زیرا در جریان شب تغذیه نشده نگهداشته نمیشوند.

تقسیم اوقات ذیل برای تغذیه پیشنهاد میشود:

روز ۱	دفعات غذا	حجم/کیلوگرام / تغذیه volume/kg/ feed	حجم/کیلوگرام/۲۴ ساعت volume/kg/24 hours
۲+۱	هر ۲ ساعت بعد	11 ml/kg/feed	130 ml/kg/24hours
۵-۳	هر ۳ ساعت بعد	16 ml/kg/feed	130 ml/kg/24hours
۷-۶	هر ۴ ساعت بعد	22 ml/kg/feed	130 ml/kg/24hours

در صورتیکه اشتهای طفل خوب باشد و اذیما وجود نداشته باشد؛ صرف لازم است تا طفل را در هر قدمه برای یک روز تغذیه نمائید.

پتاسیم اضافی در غذا ها علاوه نمائید. 50 g پتاسیم کلوراید (= 625 mmol) را در 500 ml آب علاوه نمائید. 10 ml این محلول را در 500 ml شیر غذائی علاوه نمائید.

● انتخاب دوم: غذاهای مکمله خوب (مثلاً آرد قوت)

بدهید و یک قاشق چایخوری روغن در آن علاوه نمائید. از دادن غذا هائیکه حاوی مقدار بیشتر از 40 ml شیرکامل / کیلوگرام / ۲۴ ساعت یا نمک اضافی باشد؛ خودداری نمائید. در غذا نمک علاوه نکنید. تقسیم غذائی مشابه بالا را بکاربرید.

از طفل با مهربانی مراقبت نموده و با او بازی نمائید

فامیل طفل را تشویق نمائید تا با طفل بازی نمایند، با طفل صحبت نمایند و او را آرامش بخشند. معلوم شده که این کار اشتها و شفای مریض را بهبود میبخشد.

۲. مرحله احیای مجدد (rehabilitation phase)

برگشت اشتها و مزاج بهبود یافته؛ طفل نشان میدهد که شما میتوانید مرحله احیای مجدد را آغاز نمائید. ضرورتی نیست که انتظار بکشید تا اذیما از بین برود.

تغذیه مناسب را ادامه دهید

در مرحله احیای مجدد؛ به اخذ مقادیر زیاد انرژی و مواد مغذی ضرورت میباشد. این ها در قسمت نشوونوی سریع کمک مینمایند. به طفل به همان اندازه غذائی که میخواهد؛ بدهید.

در ابتدا با مخلوط شیر خاص که در مرحله با ثبات سازی آغاز نموده بودید؛ طفل را تغذی نمائید. مقدار آن

سؤتغذی شدید در کاهلان

سؤتغذی نزد کاهلان در جریان قحطی، در شرایط محرومیت (مثلاً اسارت تحت شرایط بد) یا از باعث شرایط زمینوی از قبیل توبرکلوز، امراض روانی، سؤاستفاده از ادویه، دیابت شکر (diabetes mellitus)، مرض ایدس (AIDS) یا کانسر به وجود میآید.

طرز ارزیابی کاهلان مصاب سؤتغذی

تاریخچه بگیری

- آیا سرفه مزمن یا بلغم وجود دارد؟
- آیا تب وجود دارد؟
- آیا سایر اعراض وجود دارند؟
- غذا های فعلی. مریض از کدام غذا ها میخورد؟
- آیا به مخدرات معتاد است؟

مریض را معاینه نمائید

معاینات فزیک میمکل را جهت دریافت انتانات زمینوی اجرا نمائید. حتی اگر سؤتغذی در ابتدا از باعث انتانات بوجود نیامده باشد؛ کاهلان مصاب سؤتغذی غالباً انتانات زمینوی دارند. بر مانند اطفال؛ هایپوترمی، هایپوگلاسیمی و انتانات را نزد مریض جستجو نمائید.

معاینات

- هموگلوبین (Hb - haemoglobin)
- شکر خون جهت تست هایپوگلاسیمی (یک اختلاط سؤتغذی) یا هایپرگلاسیمی (دیابت شکر منحیث عامل ضیاع وزن)
- بلغم برای AFB (acid fast bacilli) (توبرکلوز)
- اکسری صدی
- HIV را مد نظر داشته باشید. انتی بادی ها-HIV (antibodies جهت تست نمودن ایدس - AIDS)

اهتمامات سؤتغذی شدید در کاهلان

تداوی آن مشابه به تداوی مرض نزد اطفال است.

برفک دهن (oral thrush) یا قرحات دهن معاینه نموده و ضرورت تنبه طفل را از طریق بازی نمودن با او بحث نمائید.

۴. اطمینان حاصل نمائید که طفل ویتامین ها و منرال ها را اخذ میدارد.

۵. انتانات زمینوی، خصوصاً توبرکلوز، را مورد ملاحظه قرار دهید. اکسری صدی (chest x-ray) طفل را بگیریید؛ ادرار مریض را معاینه، و سلاید خون مریض را برای ملاریا و مواد غایطه او را برای جیاردیا (giardia) معاینه نمائید. مریض را مطابق به نتایج معاینات تداوی نمائید.

۶. سایر پرابلم های زمینوی (مثلاً حنک چاکی، امراض قلبی یا لوکیمی) را جستجو نمائید.

۷. مواد غایطه طفل را از نظر جیاردیا معاینه نموده یا metronidazole فمی را به مقدار 20 mg/kg/day به سه دوز کسری برای ۷ روز تطبیق نمائید (اطفال کمتر از 8 kg به مقدار 25-50 mg روزانه ۳ مرتبه، اطفال 8-15 kg به مقدار 50-100 mg روزانه ۳ مرتبه).

واکسین های تطبیق ناشده طفل را تطبیق نمائید

سؤتغذی مضاد استطباب واکسین نبوده بر عکس یکی از استطبابات مطلق برای تطبیق واکسین میباشد. واکسین سرخکان مهمترین واکسین میباشد. این واکسین را به تمام اطفال مصاب سؤتغذی شدید به سن ۶ ماه هگی تطبیق نموده و در ۹ ماهگی آنرا تکرار نمایید.

طفل را تعقیب نموده و به فامیل طفل بیاموزانید تا

طفل را هر هفته برای یک ماه و بعداً ماهانه یک بار وزن نمایند. وزن او را در چارت نشوونمو درج نمایند. ریکارد را به فامیل طفل بدهید تا نگهدارند و در هر دیدار بعدی که طفل را جهت تعقیب تداوی میاورند با خود بیاورند. شما باید از شروع تداوی، آموزش فامیل طفل را آغاز نموده باشید. نکات مهمی که ایشان باید بدانند عبارت اند از:

۱. چرا طفل شان مصاب سؤتغذی شده است؟
۲. چیز های را که آنها جهت جلوگیری از مصابیت دوباره طفل شان؛ به سؤتغذی؛ انجام داده میتوانند:

- دانستن طرز تهیه مواد مغذی خوب
- دانستن طرز تغذیه طفل شان در جریان مریضی (مثلاً اسهالات)

۳. درک و فهم اینکه تغذی خوب باعث نشوونمو خوب طفل میشود نه دواها و مولتی ویتامین ها.

۱. مرحله با ثبات سازی (stabilisation phase)

تغذیه مناسب را تهیه نمائید

در صورت امکان؛ هم مانند تداوی اطفال، از شیر حاوی انرژی بالا؛ الکترولیت ها، ویتامین ها و منرال ها یا آرد قوت استفاده نمائید. هدف مرحله باثبات سازی را تغذی کافی جهت متوقف ساختن ضیاع بیشتر وزن تشکیل میدهد. کاهلان مصاب سوءتغذی شدید، در صورتیکه دفعتهاً مقدار زیاد؛ پروتئین را اخذ نمایند در معرض خطر مرگ قرار میگیرند. مقدار شیر حاوی انرژی بالا؛ که برای کاهلان داده میشود نسبت به اطفال کوچک؛ کمتر میباشد (اطفال ۱۱-۱۸ ساله 2.0-2.5 ml/kg فی ساعت؛ بالاتر از ۱۹ سال 1.7 ml/kg فی ساعت).

الکترولیت ها، ویتامین ها و منرال ها را تهیه نمائید

۱. به مریض ویتامین A (retinol) به مقدار 200,000 IU به یک دوز واحد؛ به استثنای حامله گی؛ بدهید.
۲. الکترولیت ها و منرال ها را تهیه نموده و کمخونی را طوریکه برای اطفال توضیح شده تداوی نمائید.

اختلالات طبی را تداوی نمائید

هایپوگلیسمی و هایپوترمی را وقایه و تداوی نمائید. انتانات را با انتی بیوتیک های مناسب تداوی نمائید. اگر کدام مریضی خاص وجود نداشته باشد؛ از انتی بیوتیک های مشابه به تداوی اطفال (gentamicin) در حامله گی مضاد استطباب است) تطبیق نمائید.

۲. مرحله احیای مجدد (rehabilitation phase)

بهبود اشتها؛ شروع احیای مجدد را نشان میدهد. کاهلان غالباً بسیار گرسنه میشوند؛ از خوردن شیر امتناع می ورزند و تقاضای مقدار های زیاد غذا را مینمایند. از غذا های که اساس غذاهای عنعنوی دارند (مثلاً آرد قوت) همراه با روغن، مخلوط منرال ها و ویتامین ها توصیه نمائید. به مریض اجازه دهید تا همان مقدار غذا بخورد که میخواهد.

اگر یک کاهل بهبود حاصل نمینماید معمولاً از باعث آنست که مریض از طرز تداوی شما پیروی نمیکند یا یک مرض زمینوی دارد که تشخیص نشده است (مثلاً دیابت شکر، توبرکلوز، کانسر یا ایدس (AIDS)).

ماخذ ها :

1. Ashworth A, Burgess A. *Caring for Severely Malnourished Children*. Oxford: Macmillan 2003.
2. Bhan MK, Bhandari N, Bahl R. Management of the severely malnourished child: perspective from developing countries. *British Medical Journal* 2003; 326: 146-151.
3. Lankaster T. *Setting up Community Health Programmes*. Revised edition. London: Macmillan 2000.
4. Ministry of Health. *National Child Health Policy*. Kabul: 2004.
5. World Health Organization. *Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers*. Geneva: WHO 1999.
6. World Health Organization. *Management of the child with a serious infection or severe malnutrition - Guidelines for care at the first-referral level in developing countries*. Geneva: WHO 2000.

۷. پرابلم های گوش، گلو و بینی و تورم های گردن

تاریخچه بگیری

○ در مورد جزئیات پرابلم، خصوصاً دوام آن، سوال نمائید (اگر بیشتر از ۲ هفته باشد مزمن گفته میشود).

مریض را معاینه نمائید

○ در جریان سخن گفتن توجه نمائید که آیا مریض پرابلم شنوایی دارد یا خیر؟

○ گوش مریض را معاینه نمائید.

- آیا افزایشات گوش وجود دارد؟
- آیا تورم حساس؛ در عقب یا بالای گوش وجود دارد؟ (علایم التهاب حلی - mastoiditis)
- آیا در هنگام کش نمودن با سرعت گوش خارجی؛ درد وجود دارد؟ (علامه انتان کانال گوش)
- آیا تورم کانال گوش وجود دارد؟ (علامه انتان کانال گوش)
- آیا غشای طبل گوش غیر نورمال است؟ (شکل ۲-۷ دیده شود)

○ عقدات لمفاوی قدام گوش و گردن را جس نمائید.

○ گلو، گردن و دندان ها را از نظر اینورمالتی ها معاینه نمائید.

درد گوش و خارج شدن افزایشات از گوش

اسباب معمول درد گوش در جدول دیده شود. اگر معاینه گوش نورمال باشد؛ همیشه دردهای راجعه از پرابلم های دندان، گلو و گردن را مد نظر داشته باشید.

اسباب درد گوش

اسباب معمول

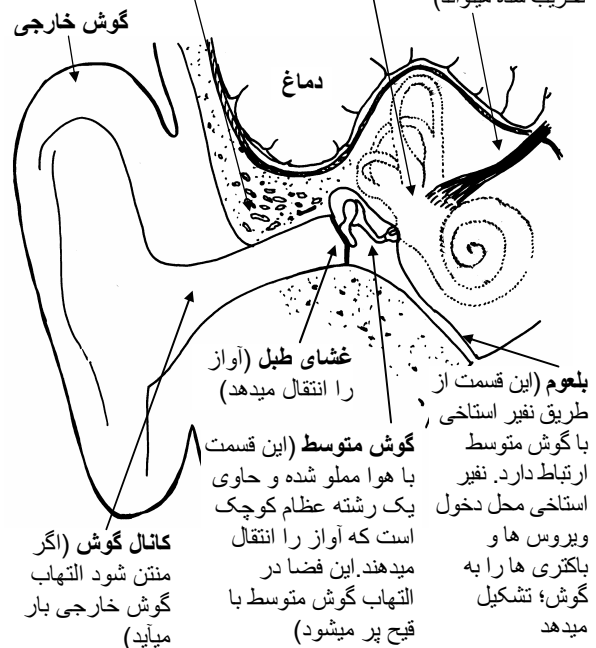
- التهاب حاد گوش متوسط
- درد راجعه از دندان ها، گلو، غده نکفیه، ستون فقرات و یا مفصل الاشته

اسباب کمتر معمول

- التهاب گوش خارجی
- صدمات
- آبله ها
- انتان هرپس (تب خال)

صرف یک تعداد از پرابلم های گوش، بینی و گلو سبب مرگ شده میتوانند. حالانکه تشخیص مقدم مرض و تداوی خوب؛ جهت وقایه ناتوانی و اختلالات با ارزش میباشند. به طور مثال تداوی نامناسب التهاب حاد گوش متوسط (acute otitis media) ممکن به افزایشات مزمن گوش منجر شود که معمولترین سبب قابل وقایه کری را تشکیل میدهد.

عصب شنوایی (از اثر gentamicin و streptomycin) (حاوی اعضای موزانه میباشد) عظم حلی (mastoid) (ممکن انتان از گوش متوسط به این عظم انتشار نماید) تخریب شده میتواند)



شکل ۱-۷: آناتومی اساسی و پتالوژی گوش

پرابلم های گوش

تظاهرات معمول پرابلم های گوش عبارت از درد، خارج شدن افزایشات از گوش و مشکلات شنوایی میباشند.

چگونه باید بیمار مصاب پرابلم گوش را ارزیابی نمود؟

اساسات ارزیابی گوش در صفحه ۱۲ توضیح شده است. خلاصه ذیل بالای تفسیر و تعبیر دریافت های غیر نورمال تمرکز مینماید. صفحه ۱۲ را با این بخش یکجا مطالعه نمائید.

اسباب افرازات گوش

اسباب معمول

- التهاب مزمن تقیحی گوش متوسط
- التهاب حاد گوش متوسط همراه با نتقب غشای طبل

اسباب کمتر معمول

- التهاب گوش خارجی
- جرحه- افرازات خوندار
- مایع دماغی شوکی - افرازات شفاف به تعقیب صدمات
- موجودیت اجسام اجنبی در کانال گوش

نوت: افراز موم در گوش حادثه نورمال میباشد. مگر این حادثه سبب نگرانی یکنوع زیاد افراد شده آنرا با قیج مغالطه مینمایند. موم گوش (wax) دارای رنگ نسواری است.

سوالات مهم در افرازات گوش (جدول دیده شود) عبارت اند از:

۱. آیا افرازات گوش؛ حاد (کمتر از ۲ هفته) است یا مزمن (بیشتر از ۲ هفته)؟
۲. آیا افرازات از کانال گوش است؟ (التهاب گوش خارجی) یا از گوش متوسط؟ (التهاب گوش متوسط)

شما میتوانید با معاینات کلینیکی میان افرازات گوش متوسط و گوش خارجی تشخیص تفریقی نمائید:

التهاب گوش خارجی (otitis externa)	التهاب گوش متوسط (acute otitis media)
تورم کانال گوش.	تورم کانال گوش وجود ندارد.
کش نمودن گوش دردناک است.	کش نمودن گوش دردناک نیست.
تورم عقدات لمفاوی در قدام گوش.	تورم عقدات لمفاوی وجود ندارد.
غشای طبل نورمال است.	غشای طبل نتقب نموده است.
هیچگاهی افرازات موکوئید نمیشد.	غالباً افرازات موکوئید میباشد.

التهاب گوش متوسط

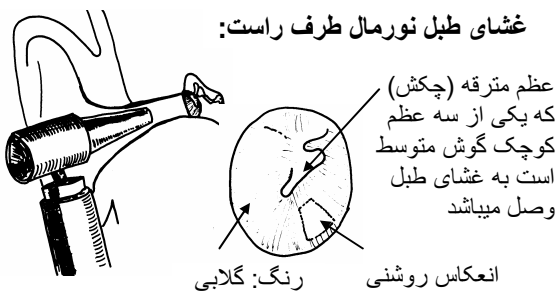
(ACUTE OTITIS MEDIA)

التهاب گوش متوسط یک انتان حاد گوش متوسط است. این حادثه معمولاً به تعقیب سرما خورده گی زمانی که بکتری ها یا ویروس ها از طریق نفیر استاخی (eustachian tube) به گوش داخلی میرسند؛ بوجود میآید. بعداً مایع در گوش داخلی تجمع نموده از باعث ازدیاد فشار گوش داخلی سبب ایجاد درد میشود. اگر غشای گوش نتقب نماید؛ قیج از گوش تخلیه شده مریض احساس خوبی مینماید. التهاب گوش متوسط اساساً نزد اطفال خوردسال واقع میشود. این مرض بیشتر در خانه های معمول است که در آن افراد سگرت دود مینمایند.

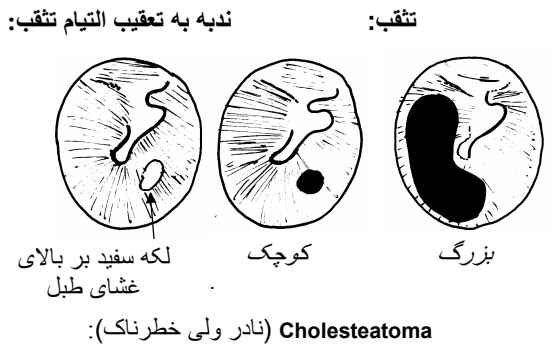
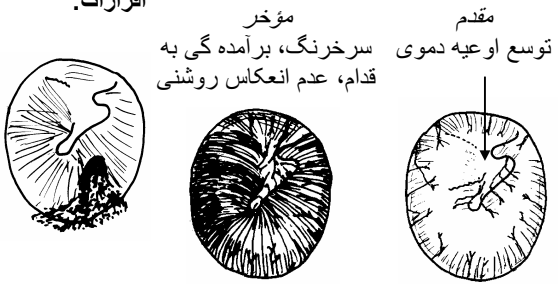
تظاهرات کلینیکی

- درد و احساس پری (گرنگی) در گوش.
- التهاب نسبتاً شدید غشای طبل (شکل ۲-۷ دیده شود).
- اگر غشای طبل (پرده گوش) نتقب نموده باشد؛ آمدن افرازات از گوش برای کمتر از ۲ هفته.
- نوت: ممکن است تب یگانه علامه التهاب گوش متوسط نزد اطفال خوردسال باشد.
- اختلالات** (شکل ۳-۷ دیده شود):

- **افرازات مزمن گوش و کری.** اگر غشای طبل نتقب نموده باشد؛ قیج بداخل کانال گوش خارج میشود. آمدن افرازات ممکن برای چندین هفته دوام نماید و غشای



التهاب گوش متوسط: نتقب همراه با افرازات:



- نتقب محیطی در قسمت علوی غشای طبل (کدام حاشیه از غشای طبل در اطراف آن دیده نمیشود) همراه با کتله تفلسی سفید.
- افرازات غلیظ و بدبوی

شکل ۲-۷: دریافت های مهم در معاینه اوتوسکوپی

طبل التیام نمیکند. این بدان معنی است که نزد شخص التهاب مزمن تقیحی گوش متوسط تاسس نموده است.

ارزیابی نمائید. انجام این کار مشکل است. بناً به
مریض co-trimoxazole یا amoxicillin برای ۵
روز بدهید. یا شما میتوانید اطفال ۳-۱۰ ساله را با
یک کورس کوتاه مدت amoxicillin به مقدار 750 mg
روزانه ۲ مرتبه برای ۲ روز تداوی نمائید.

۲. اگر از گوش افرازات خارج شود. طرز خشک
نمودن گوش توسط پلته را نشان دهید (شکل ۴-۷
دیده شود).



الف. یک پارچه نخی
جاذب نرم را به
شکل پلته تاب
دهید. هیچگاهی
از چوبک استفاده
نمائید.
ب. پلته را داخل گوش
نمودم— بعد
از مرطوب شدن،
دور نمائید.

ج. بعداً یک پلته جدید و پاک را بگیرید. حد اقل
گوش را روزانه ۳ مرتبه الی زمانی که خشک
شود؛ پاک نمائید.

۳. درد و تب بلند را با paracetamol تداوی نمائید.

۴. مریض را بعد از ۵ روز دوباره ارزیابی نمائید:

اگر هنوز هم درد و افرازات وجود داشته باشد. انتی
بیوتیک را برای ۵ روز دیگر بدون وقفه ادامه دهید.

اگر تورم حساس در عقب گوش با تب بلند وجود
داشته باشد. ممکن است التهاب حلی مزمن وجود
بوجود آمده باشد. آبنه را تخلیه نموده penicillin
procaine عضلی برای ۷-۱۴ روز تطبیق نمائید (یا
ampicillin از طریق عضلی یا داخل وریدی برای
۲ روز تطبیق نموده بعداً amoxicillin فمی برای
۱۴ روز تطبیق نمائید).

اگر مریضی شدید باشد؛ مریض را با
chloramphenicol + benzylpenicillin از طریق
وریدی (یا ceftriaxone عضلی یا وریدی) تداوی
نمائید.

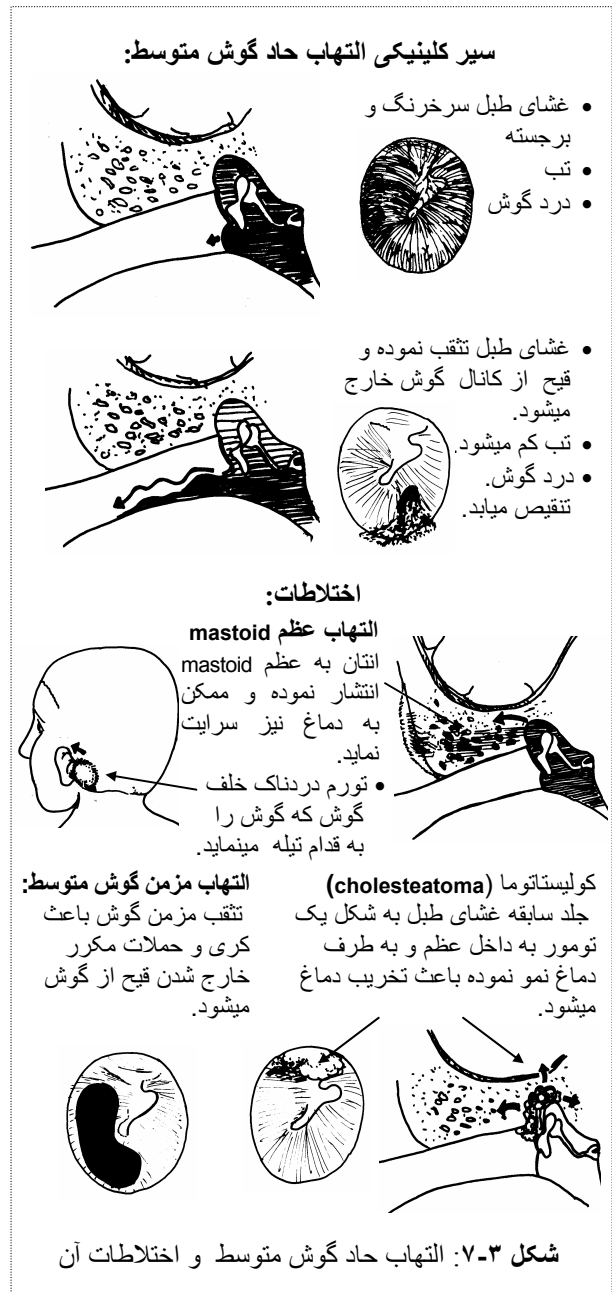
التهاب مزمن گوش متوسط (CHRONIC OTITIS MEDIA)

التهاب مزمن گوش متوسط به تعقیب تداوی نامناسب
التهاب حاد گوش متوسط بوجود میآید. فکتور های
اضافی خطر در بوجود آمدن التهاب مزمن عبارت اند
از عدم تغذیه طفل با شیرمادر، سوءتغذی و معروض
بدن به دود. التهاب مزمن گوش متوسط از باعث

● **التهاب حلی (mastoiditis).** بعض اوقات انتان از
گوش متوسط به عظم ماستوئید (عظم حلی)
سرایت نموده و التهاب حلی را بار میآورد. اگر
التهاب حلی تداوی نشود میتواند التهاب سحایانی
(meningitis) یا آبنه دماغی را بار آورد. *تظاهرات*
کلینیکی التهاب حلی عبارت اند از: تب، افرازات
گوش، درد و تورم یاکنله حساس در عقب یا قسمت
بالایی گوش بر بالای عظم ماستوئید که گوش را
بقدام میراند.

اهتمامات

۱. یک تعداد زیاد واقعات نزد اطفال خوردهسال بدون
انتی بیوتیک بهبودی کسب مینماید. جهت مشخص
ساختن کسانی که به انتی بیوتیک ضرورت دارند،
لازم است تا اطفال را بعد از ۲ روز دوباره



شکل ۳-۷: التهاب حاد گوش متوسط و اختلاطات آن

که قبلاً نگرفته باشند. در غیر آن انتی بیوتیک های فمی را صرف زمانی که نزد مریض تب و درد گوش بوجود آید بدهید، چه اینها علایم انتان حاد ثانوی گوش میباشد. قطرات انتی بیوتیک quinolone (قطرات ciprofloxacin چشم استعمال میشوند) قیمت بوده ولی در افرازات مزمن گوش که gentamicin جواب نداده اند به صورت موفقانه استعمال شده اند. با آنهم، خشک نمودن گوش مهمترین بخش تداوی باقی میماند.

۳. پیام های صحی ذیل را به فامیل مریض توضیح نمائید:

- نزد اطفالی که با شیر مادر تغذی میشوند و در خانه شان کسی سگرت دود نمیکند؛ انتانات گوش کمتر میباشد.
- افرازات گوش به ضیاع شنوائی منتج شده که در نتیجه به آموزش ضعیف طفل می انجامد.

التهاب گوش خارجی (OTITIS EXTERNA)

التهاب گوش خارجی یک انتان کانال گوش میباشد. حادثه معمولاً از باعث باکتری ها و کمتر از باعث فنگس ها بوجود میآید.

تظاهرات کلینیکی

- خارش و درد گوش؛ که ممکن شدید باشد.
- آمدن افرازات از گوش.
- در صورت شدید بودن مرض؛ تورم کانال گوش یا گوش خارجی.
- عقدات لمفاوی ضخاموی و دردناک در قدام گوش.

اهتمامات

۱. مطابق آنچه در قبل توضیح شد؛ گوش را توسط یک پلته روزانه ۳ مرتبه پاک نمائید.
۲. *Gentian violet* را برای ۳ روز تطبیق نمائید.
- در صورت عدم بهبود؛ از قطره gentamicin گوش (قطرات چشم استعمال شده میتواند) هر ۶ ساعت بعد تطبیق نمائید.
۳. صرف در صورتیکه التهاب گوش خارجی شدید باشد و با ورم گوش همراه باشد؛ erythromycin فمی یا cloxacillin برای ۵ روز تطبیق نمائید (اگر بهبود حاصل نشود از ciprofloxacin بدهید).

اجسام اجنبی در گوش خارجی

اجسام اجنبی در کانال گوش سبب نادر افرازات یا درد گوش را تشکیل میدهد. از یک سیرنج بزرگ (حداقل با

موجودیت قیج در کانال گوش و ایجاد نتقب در پرده گوش کری را بار میآورد.

تظاهرات کلینیکی

• خروج افرازات از گوش برای مدت بیشتر از ۲ هفته. افرازات گاهی وجود داشته و گاهی متوقف میشود و بعض اوقات گوش خشک میباشد.

• نتقب غشای طبل

✘ خطر: ندرتاً افرازات دوامدار، غلیظ و بدبوی بوده نتقب غشا در کنار علوی غشای طبل قرار دارد (شکل ۲-۷ دیده شود). این حادثه بنام *افرازات غیر مصنون* یاد میشود زیرا امکان دارد تا یک کولیستاتوما (cholesteatoma) بوجود آید. کولیستاتوما (cholesteatoma) نشوونموی تومور مانند جلد سابقه است که بداخل عظم جمجمه نمو کرده تخریبات عصبی یا دماغی را بار میآورد. مریض را معمولاً یک طفل بزرگتر یا کاهلی تشکیل میدهد که پرابلم گوش را برای چندین سال داشته است. مریض را فوراً به متخصص گوش و گلو برای عملیات معرفی نمائید.

اهتمامات

گوشی که افرازات مزمن داشته باشد صرف زمانی التیام مینماید که خشک باشد. بناً تداوی اساسی را خشک نمودن گوش؛ تشکیل میدهد. بعض اوقات باوجودیکه افرازات گوش خشک میشود غشای طبل التیام نمیکند. این نوع گوش به وقفه ها افرازات میداشته باشد. این حملات مکرر افرازات گوش را به صورت ذیل تداوی نمائید:

۱. توضیح دهید تا گوش را از تمام مواد به استثنای ادویه توصیه شده؛ خشک نگهدارند. طوریکه قبلاً توضیح شد نشان دهید که چگونه گوش را خشک نمایند. اطمینان حاصل نمائید که مریض و فامیل وی میدانند که پرده گوش صرف زمانی التیام مینماید که گوش خشک شود معمولاً حدود ۱-۲ هفته را در بر خواهد گرفت تا آمدن افرازات از گوش متوقف شود.

۲. بعد از پاک نمودن گوش؛ از قطرات انتی بیوتیک گوش (به طور مثال قطره gentamicin گوش روزانه ۳ مرتبه برای ۷ روز) استعمال نمائید. بعد از آنکه قطره بداخل گوش تطبیق شد، مریض باید به طرف مقابل برای مدت ۵ دقیقه بخوابد تا قطرات بتواند به گوش متوسط برسد.

نوت: با وجودیکه التهاب مزمن گوش متوسط یک حادثه انتانی است. انتی بیوتیک های سیستمیک معمولاً کمک نمیکند. انتی بیوتیک هارا به مانند التهاب حاد گوش متوسط صرف زمانی تطبیق کنید

- **التهاب مزمن گوش متوسط:** از کری گوش با تداوی مقدم و درست التهاب گوش متوسط جلوگیری نمائید.
- **streptomycin یا gentamicin** ممکن کری را بار آورند (۱) اگر به دوز غلط (بسیار بلند) داده شوند (۲) اگر برای مدت طولانی داده شوند (۳) هرگاه در جریان حامله گی زمانیکه کری را نزد طفل بوجود آورده میتواند؛ داده شوند. از کری با تطبیق این دواها صرف در مواقع که استطبیب دارند همیشه با دوز درست آنها؛ جلوگیری نمائید. زمانیکه مریض از برنگس گوش ها، که اولین علامه سمیت دواها میباشد؛ شکایت نماید دوز دوا ها را تنقیص داده یا آنها را به صورت کامل قطع نمائید. هیچگاهی streptomycin را نزد زنان حامله تطبیق نمائید!
- **التهاب سحایانی و یرقان نوزادن.** با تشخیص مقدم و تداوی این امراض از کری جلوگیری نمائید.

برنگس گوش (TINNITUS)

اگر شخص مصاب کری باشد بعض اوقات در گوش خود آواز مشابه به زنگ یا برنگس را میشوند. به مریض شرح دهید که این عرض خطر ناک نمیباشد. در زمان کری، دماغ یک تعداد آواهای حاوی فریکوئسی مشخص را اخذ نموده نمیتواند. در عوض شخص آواز های مذکور را به شکل برنگس (tinnitus) احساس می نماید. با گذشت زمان برنگس بهبود مییابد زیرا شخص با آن عادت مینماید. دوا ها کمکی نکرده بی فایده اند.

برنگس گوش (tinnitus) ندرتاً با حملات مکرر و شدید سرچرخی (vertigo) که برای دقائق محدودیا ساعت ها ادامه مییابد؛ همراه مییابد. ورتیگو (vertigo) بدان معنی است که مریض فکر میکند که اشیای ماحول او به دورش میچرخند. مریض احتمالاً مصاب Meniere's disease میباشد که به فشار های روانی و فیزیکی ارتباط دارد. ورتیگو (vertigo) را با promethazin یا chlorpromazine تداوی نمائید. به مریض اطمینان دهید که مصاب کدام مرض جدی دماغی نمیباشد.

پرابلم های بینی

معمولترین پرابلم های انفی (بینی) را افرازات انفی، انسداد انفی و خون بینی تشکیل میدهد.

کری (deafness)

کری، به هنگامی که مردم بخواهند با همدیگر صحبت نمایند معیوبیت جدی میباشد. نزد اطفال پرابلم های شنوائی انکشاف تکلم را مختل ساخته پروسه آموزش را مشکل میسازد.

برای دریافت اسباب کری جدول دیده شود. مومک در گوش یگانه سبب کری است که به آسانی قابل علاج میباشد. به کری ناشی از مومک گوش (wax) زمانی مشکوک شوید که نتوانید پرده گوش را از باعث موجودیت آن در گوش ببینید. طوری که در بالا شرح شد گوش را بشوئید. در صورتیکه مومک گوش (wax) بسیار سخت باشد؛ چند قطره روغن پخت و پز روزانه ۲ مرتبه برای ۳ روز در گوش بریزید تا آنرا نرم نماید بعداً کانال گوش را بشوئید.

کری نزد کاهلان که به آهسته گی تشدید میشود معمولاً با سن مریض مرتبط بوده معالجه شده نمیتواند. آله شنوائی کمک خواهد نمود.

اگر شخصی نزدیک آواز بلند (مثلاً یک انفجار) بوده باشد؛ این حادثه ممکن شنوائی او را به صورت دائمی تخریب نماید.

وقایه کری نسبت به تداوی آن آسانتر است. معمولترین اسباب قابل وقایه کری عبارت اند از:

اسباب کری

اسباب معمول

- التهاب تقیحی مزمن گوش متوسط
- تنقب وسیع غشای طبل

اسباب کمتر معمول

- ولادی
- کریتنیزم اندیمیک
- صدمات ناشی از صدای بلند
- کری کبر سن
- عوارض جانبی gentamicin, streptomycin ویا دوز های بلند furosemide
- انسداد کانال گوش با موم
- اختلالات یرقان نوزادن یا التهاب سحایا

اهتمامات

در صورت ضرورت، افرازات و بندش بینی را تداوی نمائید:

۱. به مریض توصیه نمائید تا آب نمکی را بداخل سوراخ های بینی خود کش نماید تا افرازات بینی را پاک نماید. جهت تهیه آب نمکی، یک چندک نمک را به یک پیاله آب پاک علاوه نمائید.

۲. اگر افرازات انفی تغذی طفل را متأثر نماید، بینی او را با قطرات آب نمکی پاک نمائید.

نوت: از قطرات و سپری های بینی که تقبض او عیه دموی بینی را بار میآورند (مثلاً قطرات بینی ephedrine) برای مدت بیشتر از ۵ روز استفاده ننمائید چه اگر برای دوره های طولانی؛ استعمال شوند. این قطرات خود سبب تورم مخاط بینی میگردد که به افرازات و بندش مزمن بینی منتج میشوند.

التهاب الرژیکی بینی (ALLERGIC RHINITIS)

تظاهرات کلینیکی

التهاب الرژیکی بینی یک عکس العمل الرژیکی مخاط بینی؛ مثلاً در مقابل گرده و ذرات نباتات یعنی پولن، میباشد. افرازات آن آبگین و موسمی میباشد. موسمی به معنی آنست که اعراض آن در یک زمان مشخص سال شدید میباشد. التهاب الرژیکی با حملات بندش بینی و عطسه و اکثراً سرخی و خارش چشمان همراه میباشد (شکل ۵-۷ دیده شود).

اهتمامات

۱. کوشش نمائید تا معروضیت به مواد الرژن تنقیص داده شود.

۲. یک antihistamine (به طور مثال chlorphenamine یا promethazine) بدهید.



شکل ۵-۷: التهاب الرژیکی انفی

طرز ارزیابی مریضی که مصاب پرابلم های بینی است

تاریخچه اخذ نمائید

- با تفصیل در مورد پرابلم سوال نمائید.
- آیا یک فوحه بینی مصاب است یا هردوی آن؟

مریض را معاینه نمائید

- آیا افرازات انفی وجود دارد؟
- آیا سؤشکل بینی یا حجاب انف وجود دارد؟
- شدت مرض را ارزیابی نمائید: آیا مریض از طریق بینی خود تنفس نموده میتواند؟

افرازات و بندش بینی

افرازات بینی و بندش بینی به تداوی ضرورت ندارند، مگر آنکه شخص در تنفس از طریق بینی مشکلات داشته باشد. اینها غالباً اعراض سرماخورده گی یا الرژی میباشد. همچنان اینها بعد از جروحات انفی همراه با انحراف حجاب انف بوجود آمده میتوانند. اگر افرازات با قیح همراه باشد و صرف از یک فوحه انفی خارج شود؛ به اجسام اجنبی مشکوک شوید. برای دریافت اسباب بیشتر چوکات دیده شود.

اسباب افرازات و انسداد انفی

اسباب معمول

- سرما خورده گی
- التهاب الرژیکی انفی

اسباب کمتر معمول

- التهاب جیبوب
- انحراف حجاب انف به تعقیب صدمات
- اجسام اجنبی

نادر

- دیفتری
- تومور ها و پولیپ های سلیم انفی

سرماخورده گی (COMMON COLD)

تظاهرات کلینیکی

سرماخورده گی یک انتان ویروسی است که با خستگی، تب خفیف، سردردی، عطسه و افرازات انفی تظاهر مینماید. سرما خورده گی برای یک هفته دوام مینماید. انتانات بکتریائی ثانوی نادر میباشد.

اجسام اجنبی در بینی

جسم اجنبی در بینی ممکن است با افزایش با افزایش فوجی که بصورت وصفی از فوحه ماوفه خارج میشود، تظاهر نماید. فوحه سالم را بسته نموده از مریض تقاضا نمائید که از طریق فوحه ماوفه هوا را خارج نماید. اگر جسم اجنبی بدین طریق خارج نشود، مریض را به متخصص گوش گلو معرفی نمائید.

التهاب جیب انفی (SINUSITIS)

التهاب جیب عبارت از انتان جیب اطراف بینی میباشد. حادثه معمولاً انتان ویروسی بوده که به خودی خود بهبود مییابد (شکل ۶-۷ دیده شود). التهاب خفیف جیب اکثراً با سرماخوردگی ها همراه میباشد.

تظاهرات کلینیکی

- سردردی ایکه با خم شدن به قدام تشدید میشود و افزایشات انفی همراه با قیج
- درد وجهی یا حساسیت در هنگام قرع بالای رخسار یا پیشانی
- نوت: تورم رخسار ها در التهاب جیب (سینوس ها) واقع نمیشود. اگر تورم رخسار ها وجود داشته باشد، به آبنه دندان یا انتان جلدی مشکوک شوید.

اهتمامات

اکثریت واقعات بدون کدام تدای خاص رشف میشود. در صورتیکه شدید باشد؛ amoxicillin برای ۷-۱۴ روز بدهید.



- سردردی
- درد وجهی
- افزایشات انفی
- همراه با قیج

شکل ۶-۷: التهاب جیب

اسباب خون بینی را جستجو نمائید (چوکت دیده شود). علایم شک و کمخونی را جستجو نمائید زیرا خون بینی میتواند باعث ضیاع قابل ملاحظه خون؛ خصوصاً نزد اشخاص مسن؛ گردد.

اسباب خونریزی انفی (رعاف)

اسباب معمول

- ترخیصات
- احتقان غشای مخاطی بینی از باعث سرماخوردگی یا التهاب الرژیک انف

اسباب کمتر معمول

- فرط فشار خون
- تب محرقة
- تب روماتیزمل

اسباب نادر

- تشوشات خون

اهتمامات

۱. مریض را بنشانید تا فشار خون در راس کم شود. مریض باید خود را به قدام خم نماید تا از بلع خون جلوگیری شود.
۲. قسمت نرم بینی را از دو طرف برای ۱۰ دقیقه فشار دهید.
۳. اگر فشردن ساده نتواند خونریزی را توقف دهد، 1 ml adrenaline 1:1000 را به 9 ml آب پاک یا سالین علاوه نمائید. یک پارچه پنبه را با 1 ml این محلول مغطوس نموده آنرا در قسمت قدامی بینی قرار دهید. باز هم برای ۱۰ دقیقه فشار وارد نمائید بعداً پارچه پنبه را دور نمائید.
۴. اگر مریض خون بینی مکرر داشته باشد؛ بداخل بینی بر بالای حجاب انفی هر شب واسیلین (vaseline) تطبیق نمائید.
۵. هر سبب زمینه وی (مثلاً فرط فشار خون) را تدای نمائید.

پرابلم های گلو

معمول ترین پرابلم های گلو را درد، قرحات دهن یا بیره های متورم و دردناک تشکیل میدهد.

طرز ارزیابی مریض مصاب پرابلم های گلو

اساسات ارزیابی گلو در صفحه ۱۲ شرح شده است. خلاصه ذیل به تفسیر و تعبیر دریافت های غیر نورمال

خون بینی (epistaxis)

خون بینی معمولاً از قسمت قدامی حجاب انف منشا میگیرد. همیشه فشار خون مریض را چک نموده

بیوتیک تداوی نکنید. تانسلیت سترپتوکوکال نیز خود بخود بهبود مییابد ولی هرگاه تداوی نشود ممکن است به تب روماتیزمل (rheumatic fever) یا گلومیرولونفریت (glomerulonephritis) منجر شود. جهت وقایه این حالات penicillin تطبیق نمائید. سایر اسباب گلودردی را در چوکات ببینید.

تمرکز مینماید. این خلاصه باید همراه با صفحه ۱۲ مطالعه شود.

تاریخچه بگیرید

○ در مورد جزئیات پرابلم سوال نمائید.

○ شدت مرض را ارزیابی نمائید آیا مریض قادر به خوردن و نوشیدن است؟

مریض را معاینه نمائید

○ تورم عنق را جستجو نموده عقدات لمفاوی ضخاموی را جس نمائید.

○ گلوی مریض را با یک چراغ معاینه نمائید (شکل ۷-۷ دیده شود).

اسباب گلو درد
اسباب معمول
• التهاب ویروسی بلعوم
• انتان سترپتوکوکال تانسل
• قرحات دهن
• برفک دهن
• تنفس از طریق دهن از باعث انسداد انفی
اسباب نادر
• دیفتری

با استفاده از تظاهرات کلینیکی میان pharyngitis و ویروسی و تانسلیت سترپتوکوکال تشخیص تقریقی نمائید:

فرینجیتس ویروسی (viral pharyngitis)	تانسلیت سترپتوکوکال (streptococcal)
شروع تدریجی	شروع آنی
درد خفیف	درد شدید
عدم موجودیت اکزودات (exudate) در تانسل	موجودیت اکزودات بر بالای تانسل
موجودیت علایم سرما خورده گی	عدم موجودیت علایم سرما خورده گی
تب خفیف	اکثراً تب بلند

اهتمامات فرینجیتس (pharyngitis) ویروسی

- مشوره دهید تا آب نمکی را غر غره نمایند.
- در صورت ضرورت، برای درد paracetamol دهید.

اهتمامات تانسلیت سترپتوکوکال (streptococcal)

۱. جهت از بین بردن تمام باکتری های streptococcal در گلو؛ مریض به penicillin برای مدت ۱۰ روز ضرورت دارد. برای مریض benzathine penicillin را از طریق زرق عضلی عمیق به یک دوز واحد (۱-۵ ساله 600,000 IU؛ ۱۲-۶ ساله 1.2 million IU؛ کاهلان 2.4 million IU) بدهید. این تداوی انتخابی میباشد زیرا سطح penicillin در گلو برای مدت ۱۰ روز بلند باقی میماند. ضرر زرقیات benzathine penicillin آنست که زرقیات آن (۱) بسیار دردناک میباشد (۲)

بلعوم:

- سرخی (التهاب، غالباً ویروسی)
- قرحات (غالباً اشتراک اسباب مختلف از قبیل حفظ الصحه خراب دهن، سوختگی و انتانات ویروسی)
- اکزودات بر بالای تانسل ها (التهاب سترپتوکوکال تانسل، یکتعداد ویروس ها، و اگر غشاها از سرحد تانسل ها دورتر انتشار نمایند: دیفتری)
- تورم در یک طرف و تپله شدن uvula به یک طرف (آبسه = quinsy)

دندان ها:

- تغییر رنگ؟ (تداوی با tetracycline)
- پوسیده گی دندان؟

- زاویه های دهن:
- تفرح (فقدان ویتامین B، انتان فنگسی)



بیره ها:

- خونریزی (حفظ الصحه خراب دندان، التهاب دهن، scurvy)
- تورم (بخش خونریزی و هم چنان تداوی با phenytoin دیده شود)
- قرحات (التهاب دهن)

طرف داخل لبها:

- خاسف (کمخونی)
- آبی رنگ (سیانوز مرکزی)

وجه داخلی رخسار ها:

- لکه های سفید مشابه به نمک Koplik's spots مرحله مقدم سرخکان)
- پلاک های سفید و قرحات (برفک دهن)

شکل ۷-۷: دریافت های معمول یا مهم غیر نورمال در معاینه گلو

گلو درد

مهمترین سوال درباره مریض مصاب گلودردی آنست که آیا واقعه انتان ویروسی است (viral pharyngitis) یا انتان سترپتوکوکال (streptococcal tonsillitis). فرینجیتس (pharyngitis) ویروسی بی ضرر بوده در ظرف چند روز خودبخود بهبود مییابد. آنرا با انتی

التهاب سترپتوکوکال تانسل

- مریضی همراه با تب
- درد شدید در گلو
- اکزودات در بالای تانسل
- عقدات لمفاوی متورم و حساس
- بعض اوقات درد راجعه گوش
- عدم موجودیت علائم انتان طرق تنفسی علوی

اختلاطات

مقدم: **آبسه قرب تانسل (quinsy)**

- طرف ماوفه متورم و بسیار دردناک میباشد.
- تانسل ماوفه به طرف خط متوسط تپله شده میباشد.
- uvula در خط متوسط قرار نداشته و به طرف مقابل آبسه بیجا میشده باشد.
- مشکلات در باز نمودن دهن.
- مشکلات بلع.
- از دیداد افرازاات لعاب دهن.

جهت تخلیه آبسه از یک تیغ جراحی محافظه شده استفاده نمائید تا از داخل شدن بیش از حد آن جلوگیری شود. به اطراف تیغ جراحی تیپ را بیچانید و صرف ۱ cm آن برهنه مانده شود. 1 cm

مؤخر (بعد از ۲-۶ هفته)

گلو میرولونفریت بعد از انتان سترپتوکوکال

تب روماتیزم

- تب
- ضعیفی
- تخریب دسامات قلبی (در صورت شدت حادثه عدم کفایه قلبی)
- درد مفصلی

تفصیلات آن در صفحه ۱۸۳-۱۸۴ دیده شود

تب روماتیزم

- فرط فشار خون
- عدم کفایه کلیه
- هیماتوری
- پروتئین یوری و اذیما

تفصیلات آن در صفحه ۱۵۳ دیده شود

شکل ۷-۸: انتان سترپتوکوکال تانسل و اختلاطات آن

ممکن است آبسه های معقم یا جروحات عصب سیاتیک را در صورت زرق غلط بار آورد.

ادویه بدیل را pencillin V فمی برای مدت ۱۰ روز تشکیل میدهد.

در صورت موجویت حساسیت به penicillin erythromycin فمی برای مدت ۱۰ روز تطبیق نمائید.

۲. اختلاطات را تداوی نمائید (شکل ۸-۷ دیده شود).

• **آبسه های محیط تانسل (کوینزی - quinsy)**. در مراحل مقدم ممکن است انتی بیوتیک ها موثر باشند. در صورت تشکل قیج، آبسه را تخلیه نمائید. بعداً penicillin procaine را از طریق عضلی برای ۱۰ روز تطبیق نمائید. در صورت امکان، به سبب خطر نکس حادثه چند هفته بعد tonsillectomy باید انجام شود.

• به خاطر کنترل اختلاطات مؤخرکه بعد از ۲-۴ هفته شروع میشود، صفحه ۱۸۳ (تب روماتیزم) و صفحه ۱۵۳ (گلو میرولونفریت) دیده شود.

دیفتری (DIPHTHERIA)

دیفتری یک مرض نادر بوده مگر انتان حاد و شدید تانسل ها، بلعوم، حنجره و بینی (شکل ۹-۷ دیده شود) میباشد. حادثه از باعث Corynebacterium diphtheriae بوجود میآید. معمولاً اطفال ماووف میشوند. انتشار مرض مستقیماً از طریق قطرات تنفسی صورت میگیرد. مریضی که تداوی نشده باشد برای ۳ هفته ساری میباشد. در صورت انجام تداوی شخص مریض در ظرف ۲۴ ساعت غیر ساری میشود. دیفتری با تطبیق واکسین قابل وقایه میباشد.

تظاهرات کلینیکی

دوره تفریخ مرض ۲-۵ روز میباشد. تظاهرات کلینیکی از باعث (۱) اثر موضعی انتان مخرب و (۲) اثر توکسین دیفتری بالای قلب، عصب محیطی و بعض اوقات کلیه ها بوجود میآید. انتان از شکل خفیف الی شدید فرق مینماید. تظاهرات و شدت مرض وابسته به آن قسمت های طرق تنفسی است که ماوف شده اند.

• معمولترین: **دیفتری بلعومی (pharyngeal diphtheria)**.

شروع بطی همراه با تب و گلودردی دارد. به صورت وصفی شما میتوانید پلاک های غشائی خاکی رنگ را بر بالای یک یا هردو تانسل مشاهده نمایید. غشاها به صورت محکم چسپیده و آنرا بر خلاف قیج به آسانی نمیتوان دور نمود. این غشاها به خارج از تانسل انتشار نموده و زمانی که کوشش دور نمودن آنها را نمائید، خون میدهند. عقدات لمفاوی گردن متورم بوده و در واقعات شدید تورم عنق (گردن) دیده میشود.

• **دیفتری انفی (nasal diphtheria)**. افرازاات انفی قیچی خوندار، excoriation فوحات بینی و لب علوی، مریضی اکثراً خفیف میباشد.

• **دیفتری شزنی قصبی (tracheo-bronchial diphtheria)**. غشاها به طرف پائین طرق تنفسی انتشار نموده خشن شدن آواز، و تنفس صدا دار

۴. **انتی توکسین دیفتیری** (20,000–60,000 units) در واقعات شدید دیفتیری خبیث (80,000–100,000 units) از طریق عضلی یا وریدی جهت خنثی نمودن توکسین موجوده در دوران تطبیق نمائید زیرا انتی بیوتیک باکتری ها را کشته اما اثرات توکسین موجوده را متوقف ساخته نمیتواند. در صورت استعمال از انتی توکسین اسپ؛ یک تست امتحانی 0.1 ml را از طریق تحت الجلدی تطبیق نموده برای ۲۰ دقیقه انتظار بکشید. ادرینالین آماده داشته باشید. اگر کدام حساسیت وجود نداشته باشد دوز کامل را تطبیق نمائید.

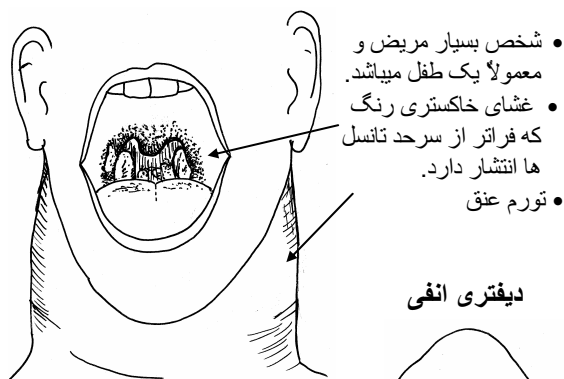
۵. در صورت ایجاد تنفس صدا دار (*stridor*) dexamethasone تطبیق نمائید. ممکن است به tracheotomy ضرورت بیافند.

۶. **Benzathine benzylpenicillin** عضلی (یا erythromycin) به شکل وقایوی به تمام اعضای فامیل تطبیق نمائید.

(stridor) را بار میآورد. غشاها و اذیما؛ طرق تنفسی را مسدود نموده ممکن است مشکلات شدید تنفسی را بار آورد.

- **دیفتیری شدید خبیث (severe malignant diphtheria).** شخص به سرعت شدیداً مریض میشود. شما اذیما عنق را از باعث اذیمای انساج رخوه و عقدات لمفاوی ضخاموی دریافته میتوانید.
- دیفتیری جلد در صفحه ۲۹۹ دیده شود.

دیفتیری بلعومی (معمولترین نوع دیفتیری)



- شخص بسیار مریض و معمولاً یک طفل میباشد.
- غشای خاکستری رنگ که فراتر از سرحد تانسلیها انتشار دارد.
- تورم عنق

دیفتیری انفی

همیشه نزد طفلی که افزازات خوندار انفی و ارجق یا تخریش در قسمت بینی یا لب علوی خود داشته باشد؛ دیفتیری انفی را مد نظر داشته باشید.

شکل ۷-۹: دیفتیری

قرحات دهن (mouth ulcers)

قرحات دهن پرابلم معمول اند. اطفال مصاب سرخکان و سوتغذی به صورت خاص در معرض خطر قرار دارند. نزد اطفالی که از خوردن و نوشیدن انکار مینمایند و مخرش اند؛ به قرحات دهن مشکوک شوید. یک تعداد زیاد حالات قرحات دهن را بار میآورد (چوکات دیده شود). یک خطر عمده قرحات دهن آنست که این قرحات نوشیدن و خوردن را دردناک میسازد در نتیجه این حالت سوتغذی و دیهایدریشن را بار میآورد.

اسباب قرحات دهن:

- التهاب کنج دهن
- برفک دهن (candidiasis)
- التهاب هرپسی دهن و بیره ها (تبخال)
- التهاب بیره ها (acute necrotizing ulcerative gingivitis)
- وابسته به فشارها
- حفظ الصحه خراب دهن
- بخشی از امراض التهابی مزمن (مثلاً inflammatory bowel disease)

اهتمامات عمومی قرحات دهن

۱. **حفظ الصحه دهن را با شستن منظم دهن بهبود بخشید.** یک چندک نمک را دریک پیاله آب پاک علاوه نموده به مریض بگوئید که روزانه حد اقل ۴ مرتبه از آن غرغره نماید. اگر مریض قادر به انجام آن نباشد دهن مریض را روزانه حد اقل ۴

اختلالات

مریضانی که از مرحله حاد و کشنده زنده بدر میآیند به زودی در ظرف ۸ هفته بعد از مریضی از باعث توکسین دیفتیری میمیرند. اثرات معمول توکسین را تخریب عضلات قلبی (myocarditis) و فلج عصب محیطی تشکیل میدهد. معمولترین آن را فلج عصبی حنک (palate) که مشکلات بلع (dysphagia) را بار میآورد و عضلات محرکه چشم تشکیل میدهد.

معاینات

در صورت موجود بودن؛ یک سواب گلو (Dacron swab) جهت تائید دیفتیری گرفته شود. درمدت زمانیکه برای نتایج آن منتظر هستید؛ تدای را به تاخیر نیاندازید.

اهتمامات

۱. مریض را در شفاخانه تدای نمائید.
۲. **استراحت بستر** در جریان مرحله حاد.
۳. **Procaine benzylpenicillin** عضلی یا benzylpenicillin وریدی برای ۷-۱۴ روز بدهید. برای واقعات خفیف، penicillin V یا erythromycin نیز موثر اند.



تابلیت را میده کرده آنرا در یک مقدار آب پاک انداخته بعداً بدهن طفل بریزید.

اگر *nystatin* قابل دسترس نباشد از محلول *gentian violet 0.5%* روزانه ۲ مرتبه برای ۱۰ روز تطبیق نمائید.

۲. در مورد اطفال شیرخوار پرسید که آیا (۱) طفل را با شیر چوشک تغذی مینمایند (۲) آیا برای طفل چوشک میدهند. توصیه نمائید تا استفاده از هر دوی آنها توقف دهند. به عوض شیر چوشک باید از قاشق و پیاله در تغذی طفل استفاده نمایند.

۳. نزد مریضان وخیم از مشوره های مربوط به حفظ الصحه خوب دهن پیروی نمائید (بالا دیده شود).

کانسر دهن (MOUTH CANCER)

فکتور های خطر برای بروز سرطان های دهن را؛ دود نمودن سگرت و استعمال تنباکو در دهن تشکیل میدهد. نزد اشخاص پیر در موارد ذیل به سرطان دهن مشکوک شوید (۱) اگر قرحات دهن در ظرف ۳ هفته شفا نمیشوند. (۲) اگر شما صفیحات سرخرنگ یا سفید رنگ (*leukoplakia*) را بر بالای زبان و در طرف داخلی رخسار مشاهده مینمائید، مریض را به یک متخصص گوش و گلو معرفی نمائید.

التهاب بیره ها

برای دریافت عوامل خونریزی بیره ها چوکات دیده شود.

اسباب خونریزی بیره ها

- حفظ الصحه خراب دهن، التهاب دهن
- انتان
- تشوشات خونریزی (مثلاً لوکیمی یا کمخونی اپلاستیک)
- Scurvy (فقدان *vitamin C*)

مرتبه توسط تکه مغطوس با این آب نمکی پاک نمائید.

۲. *Gentian violet 0.5%* را بعد از پاک نمودن دهن مریض تطبیق نمائید. محلولات قویتر از 0.5% استفاده نکنید زیرا خود آن سبب قرحات دهن شده میتوانند.

۳. در صورتیکه قرحات دهن شدید و فعل خوردن درنناک باشد؛ از *paracetamol* هر ۶ ساعت بعد حدود یک ساعت قبل از هر غذا بدهید. اطمینان حاصل نمائید که بیمار به مقدار کافی مینوشد تا مصاب دیهایدرشن نشود.

۴. نزد اطفال تغذیه توسط چوشک را متوقف نموده به عوض از قاشق و پیاله استفاده نمائید.

۵. اگر دهن مریض بد بوی باشد؛ *metronidazole* فمی را برای ۵ روز تطبیق نمائید.

۶. تمام اسباب خاص را تداوی نمائید (مطالب زیرین دیده شود).

التهاب کنج دهن (ANGULAR STOMATITIS)

تظاهرات کلینیکی وصفی آنها ترکیده گی ها و قرحات در کنج لب ها تشکیل میدهد. این ها ممکن از باعث سو تغذی، کمبود ویتامین B یا افزادات بیش از حد لعاب دهن بوجود آیند. همیشه علایم سو تغذی و سایر نقایص تغذی را جستجو نمائید.

به مریض مشوره های تغذیوی داده دادن ویتامین B complex را در نظر بگیرید.

برفک دهن (CANDIDIASIS)

برفک دهن انتان فنگسی قسمت های داخلی دهن است، شکل ۱۰-۷ دیده شود. این مرض در سو تغذی، بعد از تداوی با انتی بیوتیک ها، در مراحل پیشرفته کانسر ها و ایدس (AIDS) دیده میشود.

تظاهرات کلینیکی

• درد در هنگام خوردن غذا. طفل ممکن است از خوردن غذا ابا ورزد.

• صفیحات وصفی سفید خاکستری رنگ بر بالای زبان، طرف داخل رخسار ها، حنک یا بیره ها. التهاب و قرحات نیز معمول اند.

اهتمامات

۱. *Nystatin* را به مقدار (100,000 units) روزانه ۴ مرتبه بعد از غذا تطبیق نمائید. در صورتیکه محلول آن قابل دسترس نباشد. به اطفال کلان تابلیت های آنها بدهید تا بچوشند. برای اطفال خوردن سن

زمانی واقع میشود که شخص از میوه ها سبزیجات حاوی برگ سبز یا کچالو نخورد. معمولاً مریض به فقدان سایر ویتامین ها و منرال ها از قبیل folate و آهن نیز دچار میباشد.

تظاهرات کلینیکی

- ضعف عمومی بدن، کمخونی، ضیاع وزن و تب خفیف.
- درد های عضلی، مفصلی و عظمی، در اطفال خوردن تورم عظمی از باعث خونریزی های تحت پریوستیل (periosteal) به وجود میآید.
- بیره های متورم که به آسانی خون میدهند، بعد ها دندان ها میافتند.
- خونریزی جلدی.

اهتمامات

۱. **Ascorbic acid (ویتامین C)** را روزانه ۳ مرتبه برای ۱-۲ هفته تا زمانی که اعراض از بین بروند تطبیق نمایند (اطفال ۲-۱۲ ماهه 50 mg ۳ مرتبه روزانه، ۱-۱۲ ساله 100 mg ۳ مرتبه روزانه، کاهلان 250 mg ۳ مرتبه روزانه). ضعیفی عمومی شدید و خونریزی معمولاً در ظرف ۴۸ ساعت و هیماتوم ها در ظرف ۲ هفته بهبود میابند. بعداً تداوی را به دوز مشابه روزانه ۱-۲ مرتبه روزانه برای ۲ هفته یا تا زمانیکه منابع غذایی مریض بهتر شود ادامه دهید.

۲. **Gentian violet** را بر بیره های متورم مریض تطبیق نمایند.

التهاب بیره ها (التهاب حاد قرحوی نکرروز دهنده بیره ها)

التهاب حاد قرحوی نکرروز دهنده بیره ها انتان بکتریائی بوده که از باعث حفظ الصحه خراب دهن و دندان ها و سو تغذی بوجود میآید. درین مرض بیره ها متورم و دردناک بوده به آسانی خون میدهند.

۱. ارچق های زرد رنگ تیره را که در محل اتصال بیره ها و دندان ها بوجود میآید تراش نمائید.

۲. **Pencillin V** فمی (یا metronidazole) را برای ۵ روز بدهید.

۳. **حفظ الصحه خوب دندان هارا به مریض بیاموزانید** (چوکات دیده شود).

حفظ الصحه خوب دندان ها- چطور باید دندان ها و بیره ها را پاک و سالم نگهداشت؟

مراقبت خوب از دندان ها و بیره ها بسیار مهم است، زیرا برای جویدن و هضم خوب غذا؛ به دندان های قوی و صحت مند ضرورت میباشد. جوف یا cavity های دردناک و تخریش بیره ها که میتوانند با حفظ الصحه خوب دندان ها وقایه شوند؛ ممکن باعث انتانات شدید ایکه سایر قسمت های بدن را مؤلف ساخته میشوند؛ گردند.

چطور باید دندان ها و بیره ها را سالم نگهداریم؟

۱. از خوردن شربنی ها و نوشابه های شیرین اجتناب شود.
۲. حد اقل دندان ها را روزانه ۲ مرتبه خوب برس نمائید.



برس نمودن دندان ها را از بیره ها به طرف دندان ها طوریکه در شکل دیده میشود شروع نمائید (نه از یک طرف به طرف دیگر). قسمت قدام، خلف، بالا و قاعده دندان را برس نمائید.

۳. جهت وقایه التهاب بیره ها؛ پاک کردن منظم قسمت تحتانی بیره ها توسط یک تار باریک و قوی که با گذشتادن آن از بین دندان ها صورت میگیرد؛ کمک کننده میباشد. این کار در ابتدا ممکن سبب خونریزی شود مگر به زودی بیره ها سالم شده و کمتر خون میدهد.

اطفال را با شیر چوشک تغذیه ننمائید. به زودی بعد از برآمدن دندان های طفل برس نمودن آنها را شروع نمائید.

برس دندان ضروری و لازمی نیست. شما میتوانید از شاخچه درخت (مساوک) استفاده نمائید. یک نهایت آنرا جهت پاک نمودن فاصله بین دندان ها تیز نمائید و نهایت دیگر آنرا جویده و به شکل یک برس استعمال نمائید.



کریم دندان ضروری نیست، تنها آب کافی است البته در صورتیکه به شکل درست و خوب مالیده شود. مالش دادن دندان ها توسط یک چیز نرم اما اندکی درشت دندان ها را پاک مینماید. در عوض کریم دندان از نمک میتوان استفاده نمود.

تورم عنق

تورم عنق یک پرابلم معمول میباشد (چوکات دیده شود). این ها غالباً از باعث تورم عقدا ت لمفاوی که با یک تعداد زیاد انتانات ویروسی طرق تنفسی علوی همراه میباشد به وجود میآیند. تورم مزمن عنق غالباً از باعث توبرکلوز بوجود میآید.

چطور باید مریضان مصاب تورم عنق را معاینه نمود؟

اساسات ارزیابی عنق در صفحه ۱۳ توضیح شده است. در ذیل خلاصه وجود دارد که بر تفسیر دریافت های نورمال تمرکز مینماید. این صفحه را یکجا با صفحه ۱۳ مطالعه نمائید.

فقدان ویتامین C (SCURVY)

این مریضی از باعث فقدان ویتامین C بوجود میآید. مرض نادر بوده ولی در سال های اخیر در مناطقی که در آن قحطی وجود داشته؛ واقع شده است. مرض

چگونه میتوان به یک تشخیص کاری رسید؟

بعد از اخذ تاریخچه و معاینه شما ممکن جواب دو سوال ذیل را بدانید:

۱. موقعیت و منشأ تورم در کجا است؟

- عقده لمفاوی
- غده نکفیه (parotid)
- تورم نسجی
- غده تایروئید بزرگ (جاغور)
- غدوات تحت الفکی (نادر)

۲. آیا علائم التهاب وجود دارد؟ (حساسیت، سرخی و گرمی)

- بله، احتمال انتان می‌رود.
- نخیر، انتان حاد وجود ندارد.

امراض عقدهات لمفاوی

(LYMPHADENOPATHY)

اکثر اشخاص دارای یک تعداد عقدهات لمفاوی کوچک (کمتر از یک سانتی) غیر حساس در ناحیه گردن خود اند. این‌ها نشان دهنده عکس العمل در مقابل انتانات و جروحات خفیف گذشته میباشند. یک تعداد زیاد امراض ویروسی بزرگ شدن عقدهات را بار می‌آورند. به کدام تدای ضرورت نمیباشد.

التهاب عقدهات لمفاوی (LYMPHADENITIS)

التهاب عقدهات لمفاوی انتان بکتریائی عقده لمفاوی میباشد که معمولاً از یک انتان گلو آغاز میشود.

تظاهرات کلینیکی

- بعض اوقات تب و جود داشته مریض به صورت عموم احساس خوبی نمیکند.
- حساسیت، سرخی و گرمی عقده لمفاوی متورم.
- اگر تموج حس شود، به معنی تشکل آبسه می باشد.

اهتمامات

۱. هرگاه آبسه تشکل نموده باشد؛ آنرا تخلیه نمائید. به خاطر داشته باشید که در عنق یک تعداد زیاد ساختمان‌ها وجود دارند و اگر مواظب نباشید؛ ممکن به آسانی به آنها صدمه وارد نمائید.
۲. *Procaine pencillin* را از طریق عضلی (یا *pencillin V* یا *amoxicillin* فمی) برای ۵ روز

اسباب تورم عنق

اسباب معمول

- لیمفادنوپاتی (lymphadenopathy)
- لیمفادینیت (lymphadenitis)
- التهاب توبرکلوزیک عقدهات لمفاوی

اسباب کمتر معمول

- کله چرک
- التهاب بکتریائی غده نکفیه
- انتان جلدی، به شمول توبرکلوز جلدی
- آبسه های دندان
- جاغور
- غده تحت الفکی (submandibular)

اسباب نادر

- کانسر عقدهات لمفاوی (لمفوما)
- میتاستاز عقده لمفاوی (مثلاً از کانسر حنجره)

تاریخچه بگیرید

○ در مورد جزئیات تورم خصوصاً موارد ذیل سوال نمائید:

- از چه مدت وجود داشته؟
- آیا افزایات دارد یا خیر؟
- آیا اعراض دیگر وجود دارد؟

مریض را معاینه نمائید

(شکل ۱۱-۷ دیده شود)

○ آیا ندبات و سینوس‌ها وجود دارند؟ (علائم توبرکلوز)

○ تورم را جس نموده موارد ذیل را مشخص نمائید:

- جسامت یا اندازه تورم؟
- سختی، نرمی و تموج؟
- حساسیت؟ گرمی؟ سرخی؟ (علائم انتان)

○ اگر به بزرگ شدن غده درقیه مشکوک میشوید، از مریض تقاضا نمائید تا لعاب دهن خود را بلع نماید. غده درقیه بزرگ شده با فعل بلع به طرف بالا و پائین حرکت مینماید.

○ اگر فکر مینمائید که عقدهات لمفاوی متورم اند؛ تمام نواحی عقدهات لمفاوی را معاینه نمائید. ساحه‌ئی را که لمف آن توسط عقدهات لمفاوی متورم تخلیه میشود از نظر موجودیت انتان معاینه نمائید.

○ آیا طحال و کبد بزرگ شده اند؟ (علائم احتمالی امراض ویروسی یا کمتر معمول کانسر عقده لمفاوی)

اناتومی عنق

غده تکفیه
غده تحت الفکی
حجره
غده درقیه
عضله
عقدات لمفاوی

(با فعل بلع حرکت میکند)

لیمفادینیت (lymphadenitis)

• تب
• یک عقده لمفاوی سرخرنگ، حساس و گرم

ضخامه عقدات لمفاوی منحیث بخشی از انتان گلو:

توبرکلوز عقده لمفاوی:

• مؤخر
• افراعات
• تغییرات جلدی

• مقدم
• ضخامه بطی عقده لمفاوی که معمولاً گرم و حساس نمیباشد.

کانسر عقده لمفاوی:

میتاستاز عقده لمفاوی:

- مریض معمولاً برای سالها سگرت دود نموده
- تورم سخت و بدون درد
- ضیاع وزن
- اگر انتشار مرض از کانسر حنجری باشد؛ خشن شدن آواز دیده میشود

لمفوما (شکل آن نیست)

- تورم بزرگ و بدون درد

آبسه دندان:

- تورم حاد، حساس و دردناک
- خرابی دندان که با وارد نمودن ضربه به آن بسیار دردناک میباشد همراه با تورم

جاغور:

- تورم نرم و مزمن که با فعل بلع حرکت مینماید

جاغور کوچک

کله چرک:

- تورم خفیفاً حساس که سرخی و گرمی ندارد
- نرمه گوش به طرف بالا و خارج تپله شده میباشد.
- سرحد فک سفلی را دیده نمیتوانید.

التهاب بکتریانی غده نکفی (شکل آن نیست)

- تورم مشابه به کله چرک، مگر این تورم دردناک، سرخرنگ و گرم میباشد
- مریض بسیار بیمار بوده و تب میداشته باشد
- مریض قبل از بوجود آمدن تورم؛ بیمار بوده میباشد.

شکل ۱۱-۷: اناتومی اساسی عنق و تظاهرات کلینیکی وصفی تورم های معمول عنق

- **علائم مقدم:** موجودیت یک عقده لمفاوی بزرگ و سخت و چندین عقده لمفاوی کوچکتر نزدیک به آن بدون موجودیت تغییرات در جلدی که ناحیه را میپوشانند.
- **علائم مؤخر:** عقدات لمفاوی با همدیگر چسبیده، جلد بالای آنها ثابت و بیحرکت میباشد. عقدات لمفاوی نرم شده و آبسه های را که از طریق جلد به خارج تخلیه میشوند؛ میسازند. آبسه توپرکلوزیک بنام آبسه سرد (cold abscess) یاد میشود. این بدان معنی است که این آبسه حساس نبوده بسیار سرخ و گرم نمیباشد.

اهتمامات

التهاب توپرکلوزیک خطرناک نبوده ساری نمیباشد. آنرا به شکل کتگوری سوم (صفحه ۵۲ دیده شود) مگر صرف در حالات ذیل تداوی نمائید:

- تطبیق نمائید. اگر در مقابل penicillin حساسیت وجود داشته باشد، erythromycin فمی تطبیق نمائید.
- ۳. اگر بعد از سه روز بهبودی حاصل نشود یا سرخی ازدیاد یافته و انتشار نماید، chloramphenicol + cloxacillin را برای ۸ روز تطبیق نمائید.

التهاب توپرکلوزیک عقدات لمفاوی

التهاب عقده لمفاوی تظاهر معمول توپرکلوز میباشد (شکل ۱۱-۷ دیده شود).

تظاهرات کلینیکی

- تورم عقده لمفاوی به صورت تدریجی بوجود میآید. معمولاً غیر حساس بوده سرخی و گرمی شدید ندارد.

آورده میتواند. عقامت نادر است. مننکو-انسفالیت (meningo-encephalitis) یک اختلاط نادر مرض میباشد.

اهتمامات

تداوی ضرورت نیست.

التهاب حاد بکتریائی غده نکفیه

التهاب حاد بکتریائی غده نکفیه معمولاً نزد اشخاص مریض که چیزی نخورده و نمیشوند و از دهن خود بدرستی مراقبت نمیکند، بوجود میآید.

تظاهرات کلینیکی

- مشکلات در باز نمودن دهن
- تب
- تورم سخت، حساس، گرم و اکثراً سرخ غده نکفیه. در صورتیکه تموج موجود باشد نشان دهنده تشکل آبنه میباشد.

اهتمامات

۱. دهن مریض را به صورت منظم طوریکه در صفحه ۷۹ توضیح داده شده پاک نمائید.
۲. Procaine penicillin را از طریق عضلی (یا در واقعات خفیف penicillin V فمی) تطبیق نمائید.
۳. جهت جلوگیری از دیهایدریشن اخذ مقدار کافی مایعات را تامین نمائید.
۴. Paracetamol را برای تسکین درد دهید.
۵. در صورتیکه آبنه تشکل نموده باشد مریض را به متخصص گوش و گلو معرفی نمائید تا آبنه را تخلیه نماید.

وقایه

دهن شخص مریض را بصورت منظم پاک نمائید.

تورم غدوات لعابی تحت الفکی

این تورم از باعث تجمع لعاب دهن ناشی از بندش قنات لعابی؛ معمولاً از باعث سنگ؛ بوجود میآید. تورم در اوقات صرف غذا بوجود آمده و در جریان ساعات بعدی تنقیص مییابد.

توصیه نمائید تا مریض به مقدار های زیاد مایعات نوشیده و لیمو خام را جهت تحریک افراز لعاب دهن بخورد. اگر بهبود واقع نشود مریض را به متخصص گوش و گلو معرفی نمائید.

۱. مریض یک غده متورم بدون درد دارد که به خارج باز شده حاوی افرازات میباشد.

۲. مریض کمتر از ۱۸ سال داشته در ناحیه عنق خود تورمی دارد که در مقابل تداوی با co-trimoxazole برای مدت ۲ هفته جواب نمیدهد.

۳. نتایج بیوپسی (biopsy) موجودیت توبرکلوز فعال را تائید مینماید.

نوت: نزد حدود ۲۵% تمام مریضان عقدهات لمفاوی در هنگام تداوی بزرگتر میشوند یا آبنه تشکل مینماید. در صورت وقوع؛ حادثه تداوی را تغییر ندهید. این حادثه ناکامی تداوی را نشان نمیدهد مگر نشان دهنده عکس العمل فرط حساسیتی است که در مقابل توبرکلوز آزاد شده از باسیل های توبرکلوز کشته شده بوجود میآید.

عقدهات لمفاوی توبرکلوزیک را تسلیخ (شق) ننمائید مگر صرف زمانیکه در مورد تشخیص متیقن نیستید و میخواهید معاینه هستولوژیک (histological) را انجام دهید. آسپیریشن (aspiration) و تسلیخ آبنه های سرد ممکن به ایجاد سینوس ها منجر شوند.

کانسر عقدهات لمفاوی (شکل ۱۱-۷ دیده شود)

هر گاه تورم بدون درد و بزرگ باشد به کانسر عقده لمفاوی (لمفوما - lymphoma) مشکوک شوید. بعض اوقات مریض از تب، ضیاع وزن و ضعیفی شکایت دارد.

کانسر گلو یا حنجره ممکن به عقدهات لمفاوی عنق انتشار نمایند. درین حالات شما تورم سخت و بدون درد عقده لمفاوی را در عنق درمیابید. مریض معمولاً سن بزرگتر داشته و برای چندین سال سگرت دود نموده است. تشخیص کانسر عقده لمفاوی با انجام بیوپسی و هستولوژی تائید میشود.

کله چرک (MUMPS)

کله چرک یک انتان ویروسی غده نکفیه میباشد.

تظاهرات کلینیکی

معمولاً اطفال ماووف میشوند. کله چرک با تب خفیف و درد در هنگام خوردن غذا شروع مینماید. بعد از یک الی دو روز یک تورم حساس در ناحیه یک یا هر دو غده (در فاصله بین فک سفلی و گوش) بوجود میآید (شکل ۱۱-۷ دیده شود).

بعض اوقات تورم های دردناک ارگان های غدوی دیگر مثلاً: غدوات لعابیه، پانکراس، مبیض (تخمدان) یا خصیه ها (orchitis) واقع میشوند. orchitis بعد از ۴ روز شفا میشود. این حادثه اتروپی خصیه را بار

ماخذها

1. Acuin J. Chronic suppurative otitis media. Extracts from clinical evidence concise. *British Medical Journal* 2002; 325: 1159-1160.
2. Crofton J, Horne N, Miller F. *Clinical Tuberculosis*. 2nd edition. London: Macmillan 1999.
3. Cook GC, Zumla A (ed.). *Manson's Tropical Diseases*. 21st edition. London: WB Saunders 2003.
4. King M, King F, Martodipoero S. *Primary Child Care*. Book One. Oxford: Oxford University Press 1978.
5. Morad NA. Tuberculous cervical lymphadenopathy: should antituberculous therapy be preceded by histological proof? *Tropical Doctor* 2000; 30: 18-20.
6. Ministry of Health, WHO, UNICEF. *Integrated Management of Childhood Illness*. Kabul 2003.
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Diagnosis and management of acute otitis media in primary care*. Edinburgh: SIGN 2003.
8. Smith A, MacKenzie I. Preventing deafness and hearing impairment. *Child Health Dialogue* 1997; 7: 7-8.
9. Van Balen FA, Smit W, Zuithoff PA, Verheij TJM. Clinical efficacy of three common treatments in acute otitis externa in primary care: a randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2003; 327: 1201-1203.
10. Williams J, Aguilar C, Cornell J et al. Antibiotics for acute maxillary sinusitis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester: John Wiley & Sons 2004.
11. World Health Organization. *Management of the child with a serious infection or severe malnutrition. Guidelines for care at the first-referral level in developing countries*. Geneva: WHO 2000.

آبسه های دندان

آبسه دندان از باعث پوسیده گی دندان بوجود میآید. پوسیده گی دندان (caries) دندان را تخریب نموده انتان از طریق دندان به فک انتشار مینماید (شکل ۱۱-۷ دیده شود).

تظاهرات کلینیکی

- تورم شدیداً دردناک؛ نمیتوانید کنار های آنرا جس نمائید.
- دندان پوسیده. بیره؛ ئی که ریشه دندان را پوشانیده است بسیار حساس، سرخ و متورم مییاشد.

اهتمامات

۱. *Amoxicillin* را 1 g روزانه ۳ مرتبه برای ۵ روز بدهید (یا کورس کوتاه مدت تطبیق 3 g به شکل دوز واحد که یک بار دیگر ۸ ساعت بعد تکرار میشود).
۲. اگر جواب ندهد، *metronidazole* را علاوه نمائید (کاهلان 200 mg روزانه ۳ مرتبه برای ۳-۷ روز).
۳. دندان مافه را ۲ روز بعد از شروع انتی بیوتیک بکشید.
۴. حفظ الصحه خوب دندان را توصیه نمائید (چوکات دیده شود).

جاغور (GOITRE)

جاغور یک تورم مزمن و نرم در قسمت سفلی قدام عنق است که بصورت متناظر بدون درد مییاشد. این تورم بصورت وصفی در هنگام فعل بلع حرکت مینماید. این تورم از باعث بزرگ شدن غیر نورمال غده درقیه (thyroid) بوجود میآید. حادثه معمولاً کمبود آیودین را که میتواند عواقب جدی داشته باشد؛ نشان میدهد (صفحه ۲۶۸-۲۷۰ دیده شود).

۸. پرابلم های تنفسی

صدا دار (stridor) و آمدن خون با سرفه تشکیل میدهد.

چگونه میتوان مریض مصاب پرابلم تنفسی را ارزیابی نمود؟

ارزیابی سیستم تنفسی در صفحه ۱۴-۱۶ توضیح شده است. خلاصه ذیل بر تفسیر دریافت های غیر نورمال تمرکز دارد. صفحه ۱۴-۱۶ را یکجا با این صفحه مطالعه نمائید.

همیشه علائم خطر را که نشان دهنده امراض شدید تنفسی اند، جستجو نمائید (چوکات دیده شود).

پرابلم های تنفسی یکی از معمولترین شکایات صحت است. با ازدیاد دود نمودن سگرت؛ پرابلم های تنفسی مزمن ازدیاد مییابند. انتانات حاد طرق تنفسی (acute respiratory infections – ARI) معمولترین سبب مرگ را نزد اطفال تشکیل میدهد. در جاهائیکه رهنمود های اهماتامات ستنرد؛ برای تداوی انتانات حاد طرق تنفسی بکار میروند؛ میزان مرگ ومیر پائین میآید.

اعراض عمده امراض تنفسی عبارت از سرفه، عسرت تنفس بوده؛ ازدیاد سرعت تنفس نیز دیده میشود. اعراض دیگر آنرا درد صدی، ویز (wheeze)، تنفس

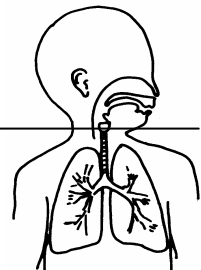
تبادله اکسیجن:
شبکه شعریه خون در اطراف یک سنخ
خون اکسیجن را در سویه اسناخ اخذ میدارد.
مثال های تشوش تبادله گاز:
- نومونیا (سنخ و انساج اطراف آن با قیج مملو میشود)
- اذیمای ریوی (اسناخ و انساج اطراف آن با مایعات مملو میشود)
- شاک و یا کمخونی شدید (مقدار کافی خون یا هیموگلوبین جهت اخذ اکسیجن از ریه ها وجود نمیداشته باشد).



وظایف عمده سیستم تنفسی:
۱. **تبادله گازات.** اکسیجن از هوا اخذ شده و جذب خون میشود. در عوض محصول فاضله کاربن دای اکساید از دوران خون دور ساخته میشود (اگر غلظت اکسیجن در خون کم شود؛ مریض سیانوتیک میشود).
۲. **محافظت:** عوامل مرضی و پارچه ها برطرف شده و عوامل مرضی (پتوجن ها) بوسیله میکانیزم معافیته تخریب میشوند. این میکانیزم های دفاعی از اثر دود نمودن سگرت از بین میروند.

طرق تنفسی:

طرق تنفسی علوی: امراض آن معمولاً خفیف میباشند.



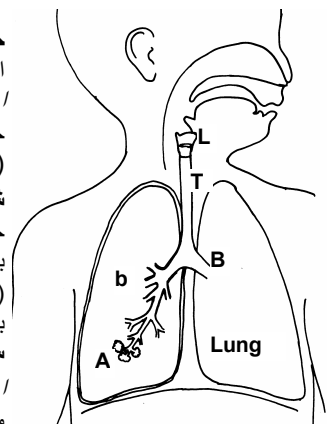
طرق تنفسی سفلی: امراض آن غالباً شدید میباشند.

حنجره (L): حاوی حبول صوتی است.

اعراض امراض حنجری:
خشن شدن آواز، سترایدور (علامه انسداد)، سرفه

شزن (T) به قصبه (B) راست و چپ تقسیم میشود. هر قصبه یا برانش به برانشیول های کوچک (b) تقسیم میشود که این برانشیول ها به یک کیسه که سنخ (A) یاد میشود؛ ختم میشود.

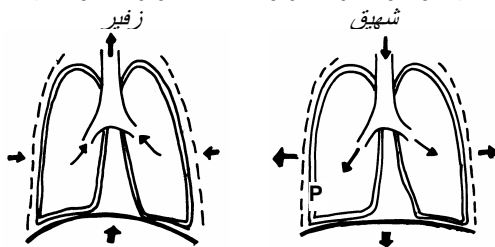
اعراض امراض آنها:
ویز (اگر برانش ها قسماً مسدود شده باشند، مثلاً در استما)، سرفه، عسرت تنفس



L = Larynx = حنجره
T = Trachea = شزن
B = Bronchus = قصبه
b = small bronchus = قصبه
A = Alveoli = سنخ

شهیق و زفیر:

ریه ها توسط دو طبقه غشای نازک که بنام پلورا (P) یاد میشود؛ پوشیده شده است. یک طبقه آن با جدار صدر و دیگر آن به ریه ها چسبیده است. در حالت نورمال در بین این دو ورپقه کدام چیزی وجود ندارد و این ورپقات به آسانی به روی یکدیگر حرکت مینمایند. در جریان شهیق عضلات جدار صدر به طرف خارج حرکت نموده و حجاب حاجز (D) به طرف پائین حرکت میکند. به اثر ایجاد فشار منفی بین دو طبقه پلورا ریه توسعه جدار های صدی را تعقیب نموده و هوا داخل ریه ها میشود. در جریان زفیر عضلات استرخا نموده و ریه ها که خاصیت الاستیکی دارند تقبض نموده و جدار صدر و حجاب حاجز را با خود کش مینمایند.



در امراض تنفسی چه واقع میشود؟

اگر بخش های وسیع ریه تخریب و یا ماؤف شود؛ ریه ها نمیتوانند ضروریات اکسیجن بدن را؛ خصوصاً در هنگام جهد؛ پوره نمایند. جهت پوره نمودن ضروریات بلند رفته اکسیجن بدن؛ تنفس مریض سریع میشود. اگر ضرورت اکسیجن با ازدیاد دفعات تنفس پوره نشود؛ عضلات (عضلات اضافی) جهت حرکت دادن جدار صدر بکار خواهند رفت. علامه کلینیکی آن عبارت از فرورفته گی صدی است. فرورفته گی صدی موجودیت پرابلم تنفسی شدید و احتمالاً خطرناک را نشان میدهد.

شکل ۱-۸: طرق تنفسی: آناتومی اساسی، فزیولوژی و پتوفزیولوژی

علایم خطر در امراض تنفسی

اطفال کمتر از ۵ سال

علایم مرض شدید:

- * فرورفته گی صدري
- * پرش مناخر انفي
- * سترایدور

علایم امراض بسیار شدید و تهدید کننده حیات:

- * ناتوانی در نوشیدن
- * استفراغ هر آنچه طفل میگیرد
- * اختلاجات
- * بیحالی و بیهوشی
- * مشکلات شدید تنفسی

کاهلان و اطفال بالاتر از ۵ سال

علایم مرض شدید:

- * مشکلات تنفسی
- * تنفس سریع (بیشتر از ۳۰ مرتبه تنفس/ دقیقه)
- * سترایدور

علایم مرض بسیار شدید و تهدید کننده حیات:

- * مشکلات شدید تنفسی
- * سیانوز مرکزی
- * بیحالی، بیهوشی و یا آشفته گی مغزی
- * مشکلات شدید تنفسی
- * تفریط فشار خون

بخش های مختلفه معاینه؛ معلومات مختلف را؛ برای شما تهیه میدارند:

۱. شمار دفعات تنفس و جستجوی فرورفته گی صدري همراه با مشاهده عمومی مریض؛ وخامت وضعیت او را به شما نشان میدهد.

۲. جس موقعیت سزن تغییرات حجم ریوی یک طرف صدر را به شما نشان میدهد. جس حرکات صدري موقعیت پتالوژی را به شما نشان میدهد.

۳. قرع (percussion) و اصغا (auscultation) معلومات اضافی را در مورد نوع مرض ریوی به شما فراهم میسازد.

تاریخچه بگیری

در مورد جزئیات مربوط به پرابلم سوال نمائید:

- آیا مرض شروع سریع داشته یا بطی؟
- دوام مرض؟ (بیشتر یا کمتر از ۳ هفته)
- آیا اعراض مشابه در گذشته وجود داشته؟
- اگر سرفه موجود باشد: آیا در جریان شب شدید است یا روز؟
- اگر بلغم موجود باشد: آیا مقدار آن زیاد است یا کم؟ چي رنگ دارد؟ آیا در آن خون وجود دارد؟
- آیا پرابلم های مترافقه وجود دارد؟ (مثلاً ضیاع وزن و تب)

○ آیا مریض سگرت دود مینماید؟

○ آیا مریض تداوی اخذ نموده است یا خیر؟ با کدام ادویه؟

○ نزد اطفال کمتر از ۵ سال در مورد علایم خطری ذیل سوال نمائید:

- * اختلاجات؟
- * ناتوانی در خوردن غذا؟
- * استفراغ معند؟

مریض را معاینه نمائید

مشاهده نمائید:

○ آیا شخص مریض معلوم میشود یا خوب؟ آیا عسرت تنفس موجود است؟

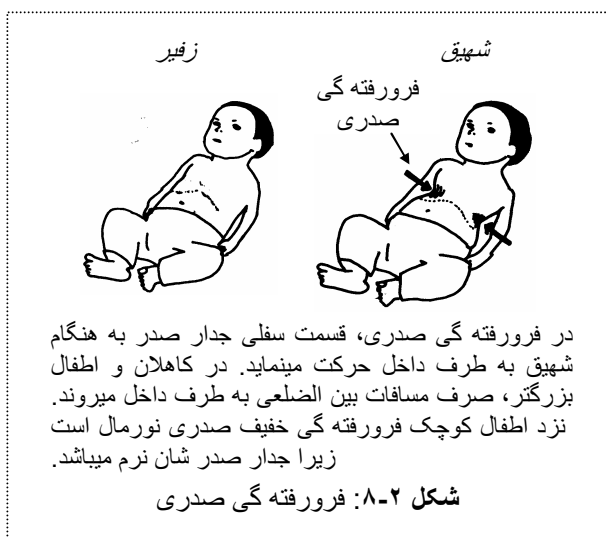
○ آیا سیانوز مرکزی (*central cyanosis*) وجود دارد؟ (قسمت های داخلی لب ها و زبان را ببینید این یک علامه هایپوکسی - hypoxia - است)

○ آیا تنفس سریع است؟ (تعداد دفعات تنفس را بشمارید)

تعریف تنفس سریع:

اطفال کمتر از ۲ ماه ۶۰ مرتبه یا بیشتر از آن در یک دقیقه
اطفال ۲-۱۲ ماهه ۵۰ مرتبه یا بیشتر از آن در یک دقیقه
اطفال ۱-۵ ساله ۴۰ مرتبه یا بیشتر از آن در یک دقیقه
کاهلان و اطفال بالاتر از ۵ سال ۳۰ مرتبه یا بیشتر از آن در یک دقیقه

○ آیا فرورفته گی صدري وجود دارد؟ (شکل ۲-۸ دیده شود)



در فرورفته گی صدري، قسمت سفلی جدار صدر به هنگام شهیق به طرف داخل حرکت مینماید. در کاهلان و اطفال بزرگتر، صرف مسافات بین الضلعي به طرف داخل میروند. نزد اطفال کوچک فرورفته گی خفیف صدري نورمال است زیرا جدار صدر شان نرم میباشد.

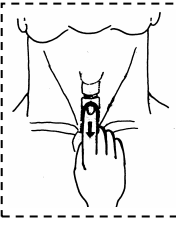
○ آواز های تنفسی که بدون استعمال ستاتسکوپ شنیده شده میتوانند: آیا تنفس صدا دار (stridor) (آواز های خشن در هنگام شهیق) یا ویز (wheeze) (آواز های اشپلاقی در هنگام زفیر) وجود دارند؟

جس نمائید:

○ آیا شزن در موقعیت مرکزی قرار دارد یا انحراف نموده است؟ (شکل ۳-۸ دیده شود)

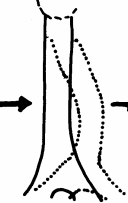
شزن در مرکز قرار دارد:

- نورمال
- نومونیا
- عدم کفایه قلبی
- استما
- ایفیوژن پلورائی کوچک
- یا نوموتوراکس



شزن به طرف مقابل آفت انحراف مینماید:

- ایفیوژن پلورائی بزرگ
- نوموتوراکس فشاری



شکل ۳-۸: موقعیت شزن

هر دو طرف صدر را با همدیگر مقایسه نمائید:

○ آیا حرکت هر دو طرف صدر با هم یکسان است؟ (طرفی که حرکت کمتر دارد؛ مرض آنرا ماوف نموده است)

○ آیا در قرع ساحات حاوی اصمیت (dullness) و فرط وضاحت (hyperresonance) وجود دارند؟ (چوکات دیده شود)

اسباب دریافت های غیر نورمال در قرع

حرکات غیر متناظر صدري

آفت در طرفی قرار دارد که کمتر حرکت مینماید.

قرع

Hyperresonance (فرط وضاحت) (مقدار بیشتر هوا نسبت به حالت نورمال)

- نوموتوراکس
- Hyperinflation (فرط انبساط) (مثلا در استما)

Dull (اصمیت) (مقدار کمتر هوا از حالت نورمال)

- ایفیوژن پلورائی
- نومونیا
- کولایس ریوی

اسباب دریافت های غیر نورمال در اصغا

تتقیص یا معدومیت آواز های تنفسی
(نشان دهنده تتقیص یا معدومیت جریان هوا میباشد)

- ایفیوژن پلورائی
- نوموتوراکس
- کولایس ریوی

آواز های تنفسی قصبی
(نشان دهنده آنست که برانش ها باز بوده اما هوا به طرق هوایی کوچک نمیرسد)

- نومونیا
- فیروز (تندب)
- آیسه
- تومور

نوت: در کولایس ریوی و ایفیوژن پلورائی آواز های قصبی موجود نمیشد زیرا در آن برانش ها نیز مسدود میشوند.

آواز های تنفسی اضافی غیر نورمال

کرپیتیشن ها (crepitations)

- عدم کفایه قلبی
- نومونیا) معمولاً کرپیتیشن های (crepitations) خفیف و متوسط وجود داشته و معمولاً در هنگام شهیق شنیده میشوند).
- توسع قصبات (bronchiectasis) (معمولاً کرپیتیشن های (crepitations) خشن شنیده میشود)
- توبرکلوز

ویز (با کرپیتیشن ها)

عمومی (منتشر):

- برانشیت
- استما
- امراض انسدادی مزمن ریوی (COPD)
- در اطفال کمتر از یک سال: • برانشیولیت

موضعی:

- توبرکلوز
- انشاق جسم اجنبی
- کانسر

انصباب پلورایی (pleural rub)

- التهاب پلورائی (التهاب پلورا معمولاً از باعث اتنان حاد و مزمن)

○ آیا آواز های صوتی غیر نورمال اضافی مثل ویز (wheeze)، کرپیتیشن ها (crepitations)

، و انصباب پلورایی (pleural rub) وجود دارند؟

سیستم های دیگر بدن را معاینه نمائید:

گوش ها، بینی و گلوی مریض را معاینه نموده؛ علایم عدم کفایه قلبی را جستجو نموده، عقدات لمفاوی ضخاموی رقبی، فوق الترقوی و ابطی را جس نمائید. دست ها را جهت دریافت کلینینگ (clubbing) انگشتان معاینه نمائید. نزد اطفال؛ علایم سرخکان را جستجو نمائید.

جهت دریافت علایم مرض، پرابلم های عام طرق تنفسی شکل ۴-۸ دیده شود.

تمام ساحات ریوی را با ستاتسکوپ اصغا نمائید (چوکات دیده شود):

○ آیا بلندی آواز های تنفسی در هر دو طرف صدر یکسان است؟ (چوکات دیده شود)

○ آیا آواز های صدري حویصلی (vesicular) اند یا قصبی (bronchial)؟ (چوکات دیده شود)

معاینات

معاینه بلغم

۱. به بلغم مریض نگاه نمائید:

رنگ بلغم	تشخیص معمول
سفید	معمولاً لعاب دهن است نه بلغم
زرد سبزرنگ	استما، مرض انسدادی مزمن طرق تنفسی (COPD)، انتانات بکتریائی یا توبرکلوز
سبز تاریک	انتان بکتریائی یا توبرکلوز
نصواری (رنگ زنگ زده)	نومونیا
گلابی و کف آلود	انذیما ریوی
خوندار	صفحه ۱۰۵-۱۰۶ دیده شود.

۲. در صورت مشکوک شدن به توبرکلوز؛ بلغم مریض را از نظر *acid fast bacilli* (AFB) معاینه نمائید (صفحه ۴۹ دیده شود).

اکسری صدري (chest x-ray) (چپتر "ب. اکسری صدري" دیده شود)

اکسری صدري قيمت بوده به ساده گی، غلط، تفسير شده ميتوانند. حتی اشخاص ماهر غالباً در قسمت تفسير x-ray باهم موافق نيستند. اگر اهمات يا تداوی مریض واضح باشد، اکسری صدري اجرا نشود. صرف زمانی اکسری صدري را اجرا نمائید، که بتواند شما را در اتخاذ اهمات تان کمک نماید. اکسری های صدري جهت تشخيص توبرکلوز توصیه نمیشوند و نیز طریقه خوب جهت تعقیب مریضان توبرکلوز که تداوی میشوند، نمیباشد.

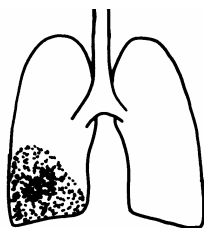
اکسری صدري ممکن است در شرایط ذیل کمک کننده باشند:

- اختلالات مشکوک نومونیا
- نومونیای معند
- سرفه مزمن همراه با علائم پرابلم های زمینوی وخیم
- توبرکلوز جاورسی (miliary TB) مشکوک
- پرابلم های مشکوک قلبی

سرفه

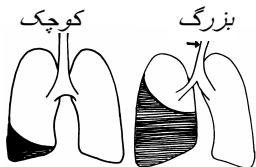
سرفه یک عرض بسیار معمول است. سرفه غالباً از باعث انتانات ویروسی بوجود میآید. معمولاً به کدام تداوی ضرورت نمیباشد. سرفه به خودی خود علامه انتان نبوده بل یک میکانیزم محافظوی طرق تنفسی است.

نومونیا:



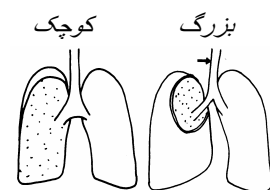
- تنفس سریع و علائم خطر وابسته به شدت مرض است.
- شزن در وسط قرار دارد
- در قرع اصمیت دیده میشود
- آواز های قصبی Crepitations

انصاب پلورائی:



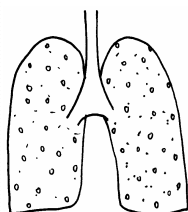
- شزن در قسمت متوسط است و اگر انصاب بزرگ باشد؛ به طرف مقابل انصاب انحراف مینماید.
- تنقیص حرکات صدري
- اصمیت شدید در قرع
- تنقیص و معدومیت آواز های تنفسی

نوموتوراکس:



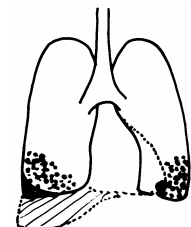
- شزن در خط متوسط قرار داشته و در صورت بزرگ بودن به سمت مقابل نوموتوراکس
- تنقیص حرکات صدري
- فرط وضاحت در قرع
- معدومیت آواز های تنفسی

حملات حاد استما:



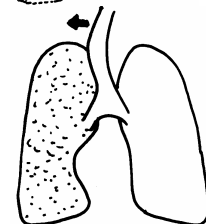
- ویز قابل سمع
- تنفس سریع و علائم خطر مربوط به شدت مرض میباشد.
- شزن در خط متوسط قرار دارد.
- تنقیص حرکات صدري در هر دو طرف
- فرط وضاحت در قرع
- ویز و crepitation های منتشر (معدومیت آواز تنفسی در صورت بسیار شدید بودن مرض)

عدم کفایه قلبی:



- شزن در خط متوسط قرار دارد.
- crepitation های قاعده وی
- بیجا شدن نبضان زروه قلب
- نبض سریع
- غالباً ضخامه کبدی

کولاپس ریوی:



- شزن در خط متوسط قرار داشته یا به سمت آفت بیجا میشود.
- تنقیص حرکات صدري
- اصمیت در قرع
- آواز های قصبی

شکل ۴-۸: دریافت های کلینیکی معاینه صدر در امراض مهم طرق تنفسی و عدم کفایه قلبی

شناسائی مریضانی که به معاینات و تداوی بیشتر ضرورت دارند؛ بسیار مهم است. برای اهداف عملی، دو گروه مریضان تشخيص تفریقی شوند:

۱. مریضان مصاب سرفه های **حاد** (دوام کمتر از ۳ هفته).
۲. مریضان مصاب سرفه های **مزمن** (دوام بیشتر از ۳ هفته).

۱. سرفه حاد (دوام کمتر از ۳ هفته)

اسباب سرفه حاد را در چوکات ببینید. غالباً مریضان مصاب سرفه حاد دارای انتان ساده طرق تنفسی علوی یا برانشیت حاد میباشند که خطرناک نیستند. سوال مهمی که در مورد مریض مصاب سرفه حاد وجود دارد این است که آیا او مصاب نومونیا است یا خیر؟ تشخیص تفریقی میان نومونیا و انتان ویروسی در اطفال خوردسال بواسطه محاسبه تعداد دفعات تنفس مریض و جستجو فرورفته گی صدری صورت میگیرد. نزد کاهلان و اطفال بزرگتر، اصغای علایم صدری با اهمیت تر میباشد.

تظاهرات کلینیکی	تشخیص احتمالی
<ul style="list-style-type: none"> علایم نومونیا یا مریضی وخیم وجود ندارد: تعداد دفعات تنفس نورمال است. فرورفته گی صدری وجود ندارد. علایم خطرناک وجود ندارند. 	<p>نومونیا نیست. معمولاً انتان ویروسی طرق تنفسی علوی بی خطر (سرما خورده گی) یا برانشیت میباشد.</p>
<ul style="list-style-type: none"> تنفس سریع است. فرورفته گی صدری وجود ندارد. علایم خطر وجود ندارند. 	<p>نومونیا وجود دارد.</p>
<ul style="list-style-type: none"> فرورفته گی صدری وجود دارد. ممکن است تنفس سریع باشد یا نباشد. ممکن است علایم خطر وجود داشته باشد یا نداشته باشد. 	<p>نومونیا شدید یا تهدید کننده حیات یا (ندرتاً) کدام مریضی شدید دیگر (مثلاً سپس).</p>

سوالات برای کاهلان و اطفال بالاتر از ۵ سال

۱. آیا شخص مریض معلوم میشود یا خوب؟
۲. اعراض عمده مریض چه ها اند؟
 - آیا علایم انتان طرق تنفسی علوی وجود دارند؟ (افرازات انفی، گلودردی، درد چشمان، درد عضلات و احتمالاً تب).
 - آیا عسرت تنفس و تنفس سریع وجود دارد؟
۳. آیا کدام علامه صدری غیر نورمال را دریافت نمودید؟

نوت: اگر مریض در هیچ یک از کتگوری های فوق قرار نمیگیرد؛ اسباب دیگر سرفه حاد را مد نظر داشته باشید.

تاریخچه و تظاهرات کلینیکی	تشخیص احتمالی
<ul style="list-style-type: none"> • شخص مریض معلوم نمیشود. • علایم انتان طرق تنفسی علوی وجود دارد. • در معاینه: علایم صدری غیر نورمال دیده نمیشود. 	<p>انتان ویروسی طرق تنفسی علوی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • شخص مریض معلوم نمیشود. • علایم انتان طرق تنفسی علوی همراه با درد خلف عظم قص وجود داشته مگر در هنگام شهیق درد وجود نداشته و عسرت تنفس وجود ندارد. • در معاینه: ویز (wheeze) های پراکنده و کرپیتیشن های کم (crepitations) 	<p>برانشیت ویروسی حاد (acute viral bronchitis)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • شخص مریض معلوم میشود. • تب، درد صدری در هنگام شهیق، بلغم سبزرنگ یا زنگ زده، و احتمالاً عسرت تنفس • در معاینه: کرپیتیشن های موضعی (crepitations) 	<p>انتان صدری بکتریانی، نومونیا</p>

اسباب سرفه حاد:

اسباب معمول

- انتانات ویروسی حاد طرق تنفسی علوی
- برانشیت ویروسی

اسباب کمتر معمول

- نومونیا
- استما
- سرخکان
- تب محرکه

اسباب نادر

- انشاق اجسام اجنبی
- آبسه های کبدی امیوبیک
- Loeffler's syndrome (نومونیا اسکاریس)

دریافت جواب به سوال های ذیل؛ شما را در رسیدن به تشخیص کمک مینماید. این سوالات برای اطفال کمتر از ۵ سال و اطفال بزرگتر و کاهلان فرق مینمایند:

سوالات برای اطفال کمتر از ۵ سال

۱. آیا تنفس مریض سریع است؟
۲. آیا فرورفته گی صدری وجود دارد؟
۳. آیا علایم خطری دیگر وجود دارند؟ (• خواب آلوده گی • سیانوز مرکزی • قادر نبودن به نوشیدن • استفراغات معند • اختلاجات)

نوت: تحقیقات نشان داده است که جوابات سه سوال فوق در قسمت تشخیص نومونیا نسبت به اصغا صدر خوبتر اند.

نومونیا مشکوک شوید. استعمال انتی بیوتیک های وقایوی، برای انتانات ویروسی طرق تنفسی علوی، از بوجود آمدن نومونیا جلوگیری نموده نمیتواند. یک تعداد زیاد مریضان مصاب انتان ویروسی طرق تنفسی علوی برای ۲-۴ هفته سرفه میداشته باشند.

در مورد ادویه ضد سرفه

در دواخانه ها یک تعداد زیاد دواهای مقشح (expectorants)، موکولیتیک ها (mucolytics) و نهی کننده سرفه موجود می باشد که در سراسر جهان بویسله داکتران توصیه میشوند. علی الرغم نبودن شواهد بر مؤثریت آنها یک تعداد افراد، مقادیر زیاد پول را از تولید و فروش این دواها به دست می آورند. بناً دواهای ضد سرفه قابل دسترس باقی میمانند. این دواها در تداوی مریضان مصاب سرفه حاد نه تنها مفید نیستند بلکه یک تعداد آنها خطرناک نیز می باشند.

التهاب قصبی حاد (ACUTE BRONCHITIS)

تظاهرات کلینیکی

- شخص بسیار مریض نبوده؛ علایم خطر وجود ندارد.
- سرفه (در ابتدا خشک بوده بعداً با بلغم همراه میشود) و درد خلف عظم قص (sternum)
- غالباً علایم انتان طرق تنفسی علوی و تب موجود میباشند.
- ویز (wheeze) و کرپیتیشن های (crepitations) پراکنده وجود دارند.

اهتمامات

اکثر واقعات برانشیت ها بوسیله ویروس ها بوجود میآیند. بناً؛ درتداوی آنها انتی بیوتیک ها موثر نمیباشند. انتی بیوتیک ها را صرف زمانی تطبیق نمایند که بلغم مریض رنگ سبز را بخود گیرد و علایم نومونیا نزد مریض بوجود آید. اگر سرفه و ویزدوام نماید؛ تداوی استما را مد نظر داشته باشید.

نومونیا (PNEUMONIA)

نومونیا یک سبب عمده مرگ و میر؛ خصوصاً نزد اطفال خردسال؛ میباشد. بالخاصه اطفال کمتر از یک سال؛ اطفال مصاب سؤتغذی و اطفالی که نومونیا منحیث اختلاط سرخکان یا سیاه سرفه نزد شان بوجود آمده باشد و مریضان بسیار مسن در معرض خطر مرگ قرار دارند. جهت دانستن طرز پائین آوردن مرگ و میر ناشی از نومونیا؛ چوکات دیده شود.

استما (asthma)	<ul style="list-style-type: none"> ● شخص میتواند مریض باشد یا نباشد. ● سرفه در هنگام شب با یا بدون ویز (wheeze). گرفته گی صدری خصوصاً به هنگام صبح وقت، احتمالاً عسرت تنفس. نزد مریض تب وجود ندارد. ● در معاینه: ممکن است نورمال باشد، یا ویز در سرتاسر ریه وجود داشته باشد.
Aspiration pneumonia	<ul style="list-style-type: none"> ● شخص مریض معلوم میشود. ● سرفه به تعقیب انسئیزی عمومی یا حمله صرع (مرگی) آغاز نموده است. ● علایم مشابه به نومونیا

انتان ویروسی طرق تنفسی علوی (VIRAL UPPER AIRWAY INFECTION)

تظاهرات کلینیکی

- شخص بسیار مریض نمیباشد.
- سرفه، افرازات انفی، گلودردی، درد عضلات و بدن، تب خفیف
- غالباً سایر اعضای فامیل نیز مصاب میباشند.

اهتمامات

۱. انتانات ویروسی طرق تنفسی علوی خود به خود مهار می شوند؛ انتی بیوتیک ها موثر نیستند.
۲. به فامیل های اطفال خردسال مشوره های واضح و روشن دهید (چوکات دیده شود).

نوت: در یک تعداد کم واقعات، ممکن نومونیا به وجود آید. اگر مریضی شخص مصاب انتان ویروسی طرق تنفسی علوی بعد از چند روز تشدید میشود و علایم صدری و بلغم سبز نزدش به وجود میآید به

به فامیل اطفال مصاب انتان حاد طرق تنفسی مشوره بدهید:

۱. طفل را در جریان مریضی تغذی نموده بعد از مریضی دفعات تغذی او را زیاد نمائید.
۲. مایعات بیشتر به مریض بدهید: یعنی به طفل مقدار های بیشتر مایعات داده از شیر مادر نیز بیشتر برایش بدهند.
۳. گلوی مریض را ملایم ساخته و سرفه را با دادن ادویه مسنون آرام سازند.
۴. متوجه علایم خطر ذیل بوده؛ در صورت وقوع آنها به زود ترین فرصت دوباره مراجعه نمائید:
 - مشکل شدن تنفس
 - سریع شدن تنفس
 - طفل قادر به نوشیدن نمیباشد.
 - مریضی طفل شدید میشود.

چطور باید مرگ و میر ناشی از نومونیا را تنقیص داد؟

۱. تمام اطفال را در مقابل سرخکان و سیاه سرفه واکسین نمایند.
۲. تغذی با شیر مادر را تشویق نمایند.
۳. جهت تنقیص سو تغذی؛ عادات خوب تغذی را تشویق نمایند.
۴. در مورد علایم خطر نومونیا به مردم جامعه معلومات دهید.
۵. تمام واقعات نومونیا را مطابق به رهنمود های ستندرد پیشنهاد شده؛ طوری که درین فصل توضیح شده است؛ تداوی نمایند.
۶. به مردم مشوره دهید تا دود نمودن سگرت را توقف دهند!

۱. سن مریض:

- طفل کمتر از ۲ ماه
- طفل ۲ ماه الی ۵ ساله
- کاهلان و اطفال بزرگتر از ۵ سال

۲. شدت مرض:

- نومونیای غیر شدید
- نومونیای شدید
- نومونیای بسیار شدید

تظاهرات کلینیکی

اطفال کمتر از ۵ سال:

- سرفه حاد
- تنفس سریع

✗ در واقعات شدید: فرورفته گی صدری

- ✗ در واقعات بسیار شدید: فرورفته گی صدری + علایم خطر (● خواب آلوده گی، ● سیانوز مرکزی، ● ناتوانی در نوشیدن، ● استفراغات معند و ● اختلاجات).

کاهلان و اطفال بالاتر از ۵ سال:

- تب بلند
- سرفه حاد؛ که بعدتر با بلغم سبز رنگ یا زنگ زده همراه میباشند؛ بعض اوقات درد درصدر هنگام شهیق.
- در معاینه: کرپیتیشن ها (crepitations) و تنقیص آواز های تنفسی در یک ساحه موضعی
- ✗ در واقعات شدید: مشکلات تنفسی و تنفس سریع
- ✗ در واقعات بسیار شدید: کشش بین الضلعی، سیانوز و گنسیت یا آشفته گی مغزی

کاهلان و اطفال بالاتر از ۵ سال	اطفال کمتر از ۵ سال	
<ul style="list-style-type: none"> ● علایم کلینیکی نومونیا وجود دارد. ● مشکلات تنفسی وجود ندارد. 	<ul style="list-style-type: none"> ● تنفس سریع است. ● فرورفته گی صدری وجود ندارد ● علایم خطر وجود ندارد. 	<p>نومونیای غیر شدید</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● علایم کلینیکی نومونیا وجود دارد. ● مشکلات تنفسی وجود دارد. ● علایم مرض بسیار شدید؛ وجود ندارد. 	<ul style="list-style-type: none"> ● تنفس سریع است. ● فرورفته گی صدری وجود دارد. ● علایم مرض بسیار شدید وجود ندارد. 	<p>نومونیای شدید</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● علایم کلینیکی نومونیا وجود دارد. ● مشکلات تنفسی وجود دارد. ✗ علایم خطر مریضی بسیار شدید وجود دارد (سیانوز مرکزی، خواب آلوده گی، گنسیت یا آشفته گی، عسرت تنفس شدید). 	<ul style="list-style-type: none"> ● فرورفته گی صدری وجود دارد. ● تنفس سریع ممکن وجود داشته باشد یا نداشته باشد. ✗ علایم خطر مرض بسیار شدید ممکن وجود داشته باشد یا (خواب آلوده گی، سیانوز مرکزی، ناتوانی در نوشیدن، استفراغات معند و اختلاجات). 	<p>نومونیای بسیار شدید</p>

اهتمامات نومونیای غیر شدید

مریض را به شکل سراپا تداوی نمایند.

۱. انتی بیوتیک را برای ۵ روز بدهید (برای دوز آنها چوکات دیده شود):

- اطفال کمتر از ۲ ماهه: آنها را همیشه به حیث مصابین نومونیای شدید تداوی نمایند.
- کاهلان و اطفال بالاتر از ۲ ماهه: **co-trimoxazole** فمی بدهید (یا amoxicillin فمی یا procaine penicillin عضلی).

۲. اگر تب بلند وجود داشته باشد؛ paracetamol بدهید.

۳. مریض را بعد از دو روز یا زود تر از آن در صورتیکه مشکلات تنفسی یابداریابی کنید. علایم بهبودی عبارت اند از کم شدن دفعات تنفس، تب کمتر و اشتهای خوبتر.

معاینات

تشخیص مرض بر اساس تظاهرات کلینیکی صورت میگیرد. بنا؛ اکسری صدری معمولاً توصیه نمیشود زیرا اهتمامات یا تداوی مریض را، تغیر نمیدهد.

اهتمامات

تصنیف کلاسیک مرض به نومونیای فصی (lobar) و نومونیا قصبی (bronchopneumonia) کدام اهمیت عملی ندارد.

اهتمامات مریضانی را که تنفس صدا دار (stridor) و ویز دارند در صفحه ۱۰۴ ببینید.

اگر به نومونیا مشکوک شدید؛ تداوی آن وابسته به دو فکتور ذیل میباشند:

دوز انتی بیوتیک ها در نومونیا (سینه بغل)

• **Amoxicillin** فمی به مقدار 25-50 mg/kg/day به سه روز کسری

۱۲-۲ ماهه	62.5-125 mg	روزانه ۳ مرتبه
۵-۱ ساله	125-250 mg	روزانه ۳ مرتبه
۱۲-۶ ساله	250-500 mg	روزانه ۳ مرتبه
کاهلان	500 mg-1 g	روزانه ۳ مرتبه

• **Ampicillin** وریدی یا عضلی: برای اطفال کمتر از ۲ ماه به مقدار 50-100 mg/kg/day به ۳-۲ دوز کسری (= کمتر از یک هفته 200 mg روزانه ۲ مرتبه، هفته تا ۲ ماهه به مقدار 200 mg روز ۳ مرتبه) بدهید. به اطفال بالاتر از ۲ ماه به مقدار 100-200 mg/kg/day به ۴-۳ دوز کسری بدهید.

۱۲-۲ ماهه	250-500 mg	هر ۶-۸ ساعت بعد
۵-۱ ساله	500 mg-1 g	هر ۶-۸ ساعت بعد
۱۲-۶ ساله	1-2 g	هر ۶-۸ ساعت بعد
کاهلان	2-4 g	هر ۶-۸ ساعت بعد

• **Benzylpenicillin** وریدی یا عضلی: به اطفال کمتر از ۱ هفته به مقدار 50,000-100,000 IU/kg/day به ۲ دوز کسری بدهید (= 150,000-200,000 IU هر ۱۲ ساعت بعد). برای اطفال بالاتر از ۱ هفته به مقدار 100,000-200,000 IU/kg/day به ۴ دوز کسری

۱ هفته-۲ ماهه	200,000 IU	هر ۶ ساعت بعد
۱۲-۲ ماهه	200,000-400,000 IU	هر ۶ ساعت بعد
۵-۱ ساله	400,000-750,000 IU	هر ۶ ساعت بعد
۱۲-۶ ساله	750,000 IU-1.5 MIU	هر ۶ ساعت بعد
کاهلان	1-4 M IU	هر ۶ ساعت بعد

• **Ceftriaxone** عضلی: اگر بیشتر از 1 g را از طریق عضلی میدید؛ آنرا در بیشتر از یک محل زرق نمایند. به اطفال به مقدار 40-80 mg/day بدهید.

کمتر از ۲ ماهه	100-200 mg	روز یک دوز واحد
۱۲-۲ ماهه	200-500 mg	روز یک دوز واحد
۵-۱ ساله	500 mg-1g	روز یک دوز واحد
۱۲-۶ ساله	1-2 g	روز یک دوز واحد
کاهلان	2-4g	روز یک دوز واحد

• **Chloramphenicol** وریدی یا عضلی ویا فمی به مقدار 100 mg/kg/day به ۳-۴ دوز کسری بدهید. دوز آنرا بعد از ۲ روز به 50 mg/kg/day کاهش داده و به شکل فمی بدهید.

۱۲-۲ ماهه	62.5-125 mg	هر ۸ ساعت بعد
۵-۱ ساله	125-250 mg	هر ۸ ساعت بعد
۱۲-۶ ساله	500 mg	هر ۸ ساعت بعد
کاهلان	750 mg	هر ۸ ساعت بعد

• **Cloxacillin** فمی یا عضلی ویا فمی به مقدار 100 mg/kg/day به ۳-۴ دوز کسری.

۱۲-۲ ماهه	125-250 mg	هر ۸ ساعت بعد
۵-۱ ساله	250-500 mg	هر ۸ ساعت بعد
۱۲-۶ ساله	500 mg	هر ۸ ساعت بعد
کاهلان	500 mg-1 g	هر ۸ ساعت بعد

• **Co-trimoxazole** فمی:

۱-۰ ماهه	120 mg	روزانه ۲ مرتبه
۱۲-۲ ماهه	240 mg	روزانه ۲ مرتبه
۵-۱ ساله	480 mg	روزانه ۲ مرتبه
۱۲-۶ ساله	480 mg	روزانه ۲ مرتبه
کاهلان	960 mg	روزانه ۲ مرتبه

• **Gentamicin** عضلی یا وریدی: به اطفال کمتر از ۱ هفته به مقدار 5 mg/kg روزانه ۱ مرتبه بدهید (= حدود 15 mg روزانه یک مرتبه)، برای اطفال ۱ هفته - ۲ ماهه به مقدار 7.5 mg/kg روزانه یک مرتبه بدهید (= حدود 20 mg روزانه یک مرتبه).

اگر بعد از دو روز تداوی مکمل؛ مریض بهبودی کسب ننماید شدت مرض را دوباره ارزیابی نموده انتی بیوتیک را به یک انتی بیوتیک دیگر تبدیل نمایند.

اهتمامات نومونیای شدید و بسیار شدید

نومونیای شدید و بسیار شدید بهتر است در شفاخانه تداوی شوند. اگر شما مریض را به شفاخانه راجع میسازید؛ دوز اول انتی بیوتیک را قبل از فرستادن مریض تطبیق نمایند.

۱. **انتی بیوتیک ها را بدهید** (دوز آنها در چوکات دیده شود)

انتی بیوتیک ها برای نومونیای شدید

Ceftriaxone را حد اقل برای ۵ روز بدهید. مزیت آن اینست که از طریق عضلی یا وریدی روزانه یک بار تطبیق میشود ceftriaxone قیمت است، ولی اگر قیمت مجموعی مصارف تداوی مکمل را محاسبه نمائیم؛ تداوی با ampicillin و gentamicin نسبت به ceftriaxone قیمت تر میباشد.

دوا های بدیل:

- **اطفال کمتر از ۲ ماهه: ampicillin +**

gentamicin (یا benzylpenicillin +

gentamicin) از طریق وریدی یا عضلی برای ۱۰-۱۴ روز.

اگر زرقیات قابل دسترس نباشد؛ **co-trimoxazole** فمی داده شود.

نوت: chloramphenicol ندهید زیرا خطر grey baby syndrome را دارا است.

- **اطفال ۲ ماهه الی ۵ ساله: ampicillin** (یا

benzylpenicillin) را از طریق وریدی یا عضلی برای حد اقل ۳ روز بدهید. زمانیکه وضعیت طفل بهبودی یافت؛ تداوی را با amoxicillin فمی برای ۵ روز ادامه دهید.

اگر در ظرف ۴۸ ساعت بهبودی حاصل نشود؛

آنرا به chloramphenicol از طریق وریدی یا عضلی عوض نمایند. زمانیکه وضعیت طفل بهبودی یافت؛ تداوی را با chloramphenicol فمی الی تکمیل مدت مجموعی ۱۰ روز تداوی، ادامه دهید.

- **کاهلان و اطفال بالاتر از ۵ ساله: ampicillin** را

از طریق وریدی یا عضلی برای ۳-۲ روز بدهید. زمانیکه وضعیت مریض بهبودی یافت؛ تداوی را با amoxicillin فمی مجموعاً ۷-۱۰ روز ادامه دهید.

۲. مراقبت های حمایتی

۱. استراحت بستر به وضعیت نشسته.
 ۲. به مریضان ذیل اکسیجن تطبیق نمایند:
 - تمام اطفال کمتر از ۲ ماهه که (grunting) (آواز کوتاهی که در شروع زفیر شنیده می شود) داشته باشند.
 - تمام اطفال کمتر از ۵ سال که فرورفته گی صدری و تنفس سریعتر از ۷۰ مرتبه در یک دقیقه داشته باشند.
 - تمام کاهلان و اطفال بیشتر از ۵ سال که مشکلات تنفسی شدید داشته باشند.
 ۳. اگر ویز (wheeze) وجود داشته از یک توسع دهنده قصبی سریع العمل (rapid acting bronchodilator) بدهید (صفحه ۱۰۲ دیده شود).
 ۴. اگر تب بلند وجود داشته باشد؛ paracetamol بدهید.
 ۵. مریض را مونیتور نمایند. درجه حرارت و تعداد دفعات تنفس مریض را هر ۶ ساعت بعد یادداشت نمایند. علایم بهبودی حالت صحی مریض؛ کم شدن سرعت تنفس، کم شدن فرورفته گی صدری، پائین آمدن تب و نزد اطفال کسب توانائی به نوشیدن میباشند.
- اگر یک مریض مصاب نومونیا بهبودی کسب نمینماید، چه باید کرد؟
- اکثر مریضان مصاب نومونیا ۴۸ ساعت بعد از شروع تداوی درست؛ بهبودی کسب مینمایند. بعض اوقات مریضان بهبودی کسب نمیکند. پس از خود سوالات ذیل را بعمل آورید:
۱. آیا مریض انتی بیوتیک درست را به دوز درست برای مدت زمان درست اخذ نموده است؟ اگر جواب نه باشد؛ یک کورس دیگر انتی بیوتیک درست را برای مریض بدهید.
 ۲. آیا نزد مریض اختلاط نومونیا بوجود آمده است؟ (مثلاً انصباب پلورائی - pleural effusion - یا آبسه های ریوی). اکسری صدری مریض را اجرا نمایند.
 ۳. آیا نومونیا از باعث پتوجن های بوجود آمده است که تداوی سنتنرد آنرا تحت پوشش قرار داده نتوانسته است؟
 - توبرکلوز (tuberculosis) با اعراض و علایم مشابه به نومونیا تظاهر نموده میتواند. اگر شخص شدیداً مریض باشد و با تداوی سنتنرد بهبودی نیابد، توبرکلوز را نیز تداوی نمایند.

اگر تطبیق بیشتر از یک بار زرقیات در یک روز برای مریض مشکل باشد؛ procaine benzylpenicillin را از طریق عضلی برای ۵ روز بدهید.

اگر زرقیات امکان نداشته باشد؛ chloramphenicol فمی داده شود.

انتی بیوتیک ها برای نومونیای شدید، نومونیای تهدید کننده حیات

Ceftriaxone از طریق وریدی یا عضلی برای حد اقل ۵ روز داده شود.

انتی بیوتیک های بدیل:

– اطفال کمتر از ۲ ماه: ampicillin + gentamicin (یا benzylpenicillin + gentamicin) از طریق وریدی یا عضلی برای ۱۰-۱۴ روز.

– اطفال ۲ ماه الی ۵ ساله: chloramphenicol از طریق وریدی یا عضلی. زمانیکه وضعیت مریض بهبودی کسب نمود؛ آنرا به chloramphenicol فمی تعویض نمایند. (ادوی بدیل chloramphenicol عبارت اند از: ampicillin + gentamicin یا benzylpenicillin + gentamicin برای ۱۰-۱۴ روز).

اگر در ظرف ۴۸ ساعت بهبودی واقع نشود؛ به (staphylococcal pneumonia) (نومونیای ستافیلوکوکال) مشکوک شده تداوی را به cloxacillin + gentamicin تعویض نمایند. زمانیکه طفل بهبودی حاصل نمود؛ تداوی را با cloxacillin فمی الی مکمل شدن ۳ هفته تداوی؛ ادامه دهید.

– کاهلان و اطفال بالاتر از ۵ سال: chloramphenicol را از طریق وریدی برای ۲-۳ روز دهید. زمانیکه مریض بهبودی حاصل نمود، تداوی را با chloramphenicol فمی الی زمانی ادامه دهید که تداوی ۸-۱۰ روزه تکمیل شود (ادویه بدیل chloramphenicol عبارت اند از: ampicillin + gentamicin یا benzylpenicillin + gentamicin از طریق عضلی یا وریدی برای ۱۰-۱۴ روز).

اگر در ظرف ۴۸ ساعت بهبودی حاصل نشود، به نومونیای ستافیلوکوکال مشکوک شده تداوی را با cloxacillin + gentamicin تعویض نمایند. زمانیکه مریض بهبودی حاصل نمود؛ تداوی را با cloxacillin فمی الی تکمیل شدن ۳ هفته تداوی ادامه دهید.

نومونیای ستافیلوکوکال (staphylococcal pneumonia)**تظاهرات کلینیکی**

نومونیای ستافیلوکوکال همیشه شدید می باشد. این مرض معمولاً نزد کسانی بوجود می آید که سیستم معافیتی بدن شان ضعیف باشد، مثلاً مریضان مصاب سؤتغذی. شخص بسیار مریض معلوم شده، تب بلند و غالباً سیانوز میداشته باشد. وضعیت شان به زودی خراب میشود. اختلالات معمول آنرا آبه های متعدد ریوی، انصباب پلورائی (pleural effusion) یا نوموتوراکس بنفسمی تشکیل میدهد.

معاینات

اکسری صدی آفات حلقوی متعدد و انصباب پلورائیرا نشان میدهد، صفحه ۳۳۷-۳۳۸ دیده شود.

اهتمامات

۱. موضوع تحت عنوان "اهتمامات نومونیای بسیار شدید" در بالا دیده شود.
۲. اگر مقادیر زیاد انصباب پلورای وجود داشته باشد، مسأله تخلیه آن را بررسی نمائید.

Aspiration pneumonia (نومونیای اسپیریشن)

گاهی شخص مواد غذایی را انشاق نموده یا گاهی هم بداخل ریه هایش مواد استقراغ شده نفوذ می کند. اشخاص بیهوش که عکسه سرفه و بلع نزد شان تنقیص یافته می باشد؛ بصورت خاص در معرض خطر قرار دارند. محتوی انشاق شده التهاب ریه ها و انیمای ریوی را بار می آورد.

تظاهرات کلینیکی

سرفه، ویز، تب و تنفس سریع معمولاً یک ساعت بعد از انشاق بوجود می آیند. اختلاط حاد آن را عدم کفایه ریوی تشکیل میدهد.

اهتمامات

۱. طرق تنفسی علوی و سفلی مریض را با سکشن خوب پاک نمائید.
۲. به مریض اکسیجن بدهید.
۳. ampicillin+ gentamicin را از طریق وریدی یا عضلی بدهید.
۳. dexamethasone را از طریق وریدی و یا عضلی بدهید.

وقایه

تمام مریضان بیهوش را؛ به شمول مریضانی که بعد از انستیزی عمومی بیدار میشوند؛ در وضعیت کوما (coma position) قرار دهید (صفحه ۳۰۹ دیده شود).

• **مایکوپلازما (mycoplasma)** معمولاً مریضی خفیف را بار می آورد. نومونیای ناشی از مایکوپلازما از نومونیا های دیگر فرق شده نمیتواند. اگر نزد شخصی که مریضی شدید ندارد، درد مفاصل، کمخونی هیمولایتیک یا بعض اوقات رش های جلدی تاسس نماید، به نومونیای ناشی از مایکوپلازما مشکوک شوید. برای تداوی erythromycin یا doxycycline (در اطفال و خانم های حامله مصاد استطباب است) برای ۷-۱۰ روز بدهید.

۴. آیا علایم انسداد طرق هوایی موجود است (مثلاً ویز)؟ اگر بلی، استما را تداوی نمائید.

۵. آیا تشخیص شما غلط است؟ سایر اسباب سرفه حاد را مد نظر داشته باشید.

اگر مریض بهبودی کسب نماید اما اعراض تنفسی ادامه یابد چه باید کرد؟

مریض بعد از شفا از نومونیا به صورت نورمال برای مدت ۲-۳ هفته سرفه میداشته باشد. ولی هر گاه اعراض تنفسی؛ مثلاً سرفه مزمن، بلغم یا ویز نزد مریض ادامه یابد؛ از خود سوالات ذیل را بعمل آورید:

۱. آیا در ریه های مریض آفات زمینوی وجود داشته میتواند؟ (مثلاً امراض انسدادی مزمن ریوی - chronic obstructive pulmonary disease: COPD برانشکتزیا سرفه از سبب سگرت.

۲. آیا اعراض به علت استما بوجود نیامده است؟

۳. اگر مریض طفل باشد: آیا اعراض به علت سیاه سرفه بوجود آمده است؟

اگر مریض مصاب نومونیای عود کننده باشد، چه باید کرد؟

نومونیای عود کننده بوسیله موجودیت بیشتر از ۲ حمله نومونیا مشخص میشود. اطمینان حاصل نمائید که مریض مصاب نومونیای عود کننده است، نه انتان ویروسی مکرر طرق تنفسی علوی یا حملات استما. پرابلم های زمینوی را تداوی نمائید.

نومونیای عود کننده ممکن از باعث حالات ذیل بوجود آید:

۱. ضعیف بودن میکانیزم دفاعی بدن (مثلاً سؤتغذی)
۲. آفت مزمن ریوی:

- توسع قصبات (برانشکتزیا - bronchiectasis)
- امراض انسدادی مزمن ریوی

(chronic obstructive pulmonary disease)

- کانسر ریوی (lung cancer) (نزد اشخاص پیر سگرت کش)
- اجسام اجنبی انشاق شده (در کاهلان نادر است).

انصباب پلورایی (PLEURAL EFFUSION)

انصباب پلورایی (pleural effusion) عبارت از تجمع مایع در بین جدار صدر و ریه در فضای پلورائی است (شکل ۴-۸ دیده شود). موجودیت یک کمی انصباب نزد اطفال مصاب نومونیا؛ معمول میباشد. این انصباب زمانی که انتان تداوی شود به زودی رشف میشود. ولی هرگاه تداوی به صورت موخر شروع شود؛ مایع شفاف انصباب نیز ممکن منتن شود. این حادثه باعث تجمع قیح در جوف پلورا میگردد (empyema). در توبرکلوز ریوی انصباب زمانی تاسس مینماید که کامپلکس ابتدائی (primary complex) یا یک کهف (cavity) بداخل جوف پلورا رچر نماید. اسباب دیگر انصباب پلورائی را در چوکات ببینید.

اسباب انصباب پلورائی به اساس نوع مایع

اکزودات (EXUDATE) (محتوی بلند پروتین: بیشتر از 30 g/l)

- نومونیا
- توبرکلوز
- اسباب نادر
 - کانسر میتاستاتیک
 - آرتریت روماتیزمل
 - لمفوما

ترانسودات (TRANSUDATE) (محتوی پروتین پائین: کمتر از 30 g/l)

- عدم کفایه قلب
- عدم کفایه کبد
- عدم کفایه کلیه
- نفروتیک سندروم

مجموعی و تفریقی کریوات سفید را اندازه نمائید. به صورت ایدیال؛ تلوین گرام و AFB و کلچر بکتریائی را انجام دهید. در جائیکه منابع محدود باشد؛ مایع پلورائی را برای نیم ساعت بگذارید. اگر ساختمان های تار مانند دیده شود (علامه محتوی بلند پروتین)؛ مایع احتمالاً از باعث انتان بوجود آمده می باشد (اکزودات).

اهتمامات

۱. **انصباب پلورائی باید تخلیه شود** مگر اینکه مقدار آن خیلی کم باشد. اگر ایفیوژن های پلورائی در هر دو طرف صدر وجود داشته باشد، هر دو طرف آنرا تخلیه نمائید. نزد کاهلان مقادیر بیشتر از ۲ لیتر را در ۲۴ ساعت تخلیه ننمائید. اگر مقدار زیادتر را تخلیه نمائید؛ ریه ها ممکن سریعاً توسع نمایند؛ ممکن سرفه، نفس تنگی و بعض اوقات اذیمای ریوی را بار آورند. در صورت پیدا شدن دوباره مایع؛ لازم است تا عملیه تخلیه نمودن؛ تکرار شود. اهتمامات بیشتر وابسته به خصوصیت مایع پلورائی میباشد. اگر این مایع قیح باشد؛ به تخلیه دوامدار یا عملیه جراحی ضرورت میباشد.

۲. **Chloramphenicol** را از طریق وریدی الی زمان بهبودی مریض بدهید. بعداً تداوی را به شکل فمی آن برای مجموعاً ۲-۴ هفته ادامه دهید.

۳. **اگر به انتان ستافیلوکوکال مشکوک شدید** یا انتان مذکور تثبیت شده باشد؛ آنرا منحیث نومونیای ستافیلوکوکال تداوی نمائید (بالا دیده شود).

۴. **اگر علی الرغم تخلیه کافی صدري و انتی بیوتیک ها؛ تب و علائم دیگر مریضی دوام نماید** توبرکلوز را مد نظر داشته باشید. ممکن یک دوره تداوی ضد توبرکلوز لازم باشد. ایفیوژن های که از باعث توبرکلوز بوجود میآیند، معمولاً با تداوی رشف میشوند.

اسباب انصباب پلورائی**اسباب معمول**

- توبرکلوز (غالباً انصباب بزرگ همراه با اعراض کم)
- اختلالات نومونیا

اسباب کمتر معمول

- عدم کفایه قلبی
- عدم کفایه کبدی
- کانسر ریوی، کانسر میتاستاتیک
- عدم کفایه کلیوی
- نفروتیک سندروم

اسباب نادر

- آرتریت روماتیزمل
- لمفوما
- التهاب پانکراس

تظاهرات کلینیکی

مریضان؛ صرف زمانی از درد صدري و مشکلات تنفسی شاکمی میشوند که انصباب پلورائی کتلی (بزرگ) شود. این ایفیوژن های بزرگ خصوصاً نزد کاهلان جوانی معمول میباشد که، مصاب توبرکلوز اند.

دریافت های وصفی آن در معاینه فزیکلی قرار ذیل اند:

- تنقیص حرکات صدري، اصمیت سنگ مانند در قرع و عدم موجودیت آواز های تنفسی در بالای ساحه ماوفه.
- اگر ایفیوژن های بزرگ موجود باشد، شزن به سمت مقابل طرف ماوفه تپله میشود.

معاینات

۱. **اکسری صدري جهت تائید ایفیوژن** (صفحه ۳۳۷ دیده شود)

۲. **معاینه مایع ایفیوژن** (جدول و صفحه ۳۸۰ دیده شود) در صورت امکان پروتین و گلوکوز، تعداد

چگونه میتوان میان اسباب معمول سرفه مزمن تشخیص تفریقی نمود؟

سوال نمودن از مریض ها در مورد جزئیات سرفه ایشان در قسمت تشخیص تفریقی میان اسباب سرفه های مزمن به شما کمک مینماید (چوکات دیده شود). به اساس نوع سرفه؛ موجودیت بلغم، ویز یا سایر خصوصیات، میان شش گروپ ذیل مریضان تشخیص تفریقی نمائید:

۱. مریضان مصاب سرفه مزمن و بلغم سبز رنگ (التهاب فعال را نشان میدهد).
۲. مریضان مصاب سرفه های خشک (تخریش طرق هوایی را نشان میدهد).
۳. مریضان مصاب سرفه و ویز (wheeze) (انسداد طرق تنفسی را در داخل صدر نشان میدهد).
۴. اطفال مصاب سرفه، تب و ضیاع وزن (توبرکلوز را نشان میدهد).
۵. اطفال مصاب حملات سرفه و استفراغ به تعقیب آن (سیاه سرفه را نشان میدهد).
۶. مریضان مصاب سرفه که سرفه شان بعد از اخذ

اسباب سرفه مزمن

سرفه مزمن و بلغم سبز

- توسع قصبات (bronchiectasis)
- توبرکلوز
- امراض انسدادی مزمن ریوی (COPD)

سرفه خشک

- دود نمودن سگرت
- سرفه بعد از انتان ویروسی به تعقیب انتان حاد طرق تنفسی
- التهاب مزمن جیبوب همراه با افرازات خلف انف
- انصاب پلورائی
- توبرکلوز
- امراض هیداتی ریوی
- عدم کفایه قلب چپ
- اسباب نادر
- کانسر ریه
- عوارض جانبی ادویه (نهی کننده های ACE مثلاً Enalapril)

سرفه و ویز

- استما
- امراض انسدادی مزمن ریوی (COPD)
- توبرکلوز

سرفه، تب و ضیاع وزن

- توبرکلوز
- اسباب نادر • کانسر ریه

نزد اطفال: حملات سرفه و استفراغ

- سیاه سرفه

سرفه نی که بعد از خوردن غذا و دراز کشیدن تشدید میشود.

- ریفلوکس مری

Empyema (تجمع قیح در جوف پلورا)

Empyema عبارت از تجمع قیح در فضای پلورائی میباشد. حادثه میتواند منحنیث اختلاط نومونیا بوجود آید. شخص مریض ممکن بعد از اخذ تداوی نومونیا مریض باقی مانده تب دوامدار داشته باشد. هم چنان باید توبرکلوز را مد نظر داشته باشید.

مریض را با ampicillin+ metronidazole تداوی نمائید. ممکن مریض به تخلیه جراحی قیح ضرورت داشته باشد.

Loeffler's syndrome (نومونیای اسکاریس)

در انتان اسکاریس، کرمی که در مرحله لاروا (شفیره) قرار دارد از طریق ریه ها میگذرد. این کار مشابه در انتانات ناشی از کرم های چنگکی (hookworm) و سترانگیلاید (strongyloides) ها نیز واقع میشود ولی معمولاً اعراض آنها بسیار برجسته نمیشد (شکل ۸-۱۰ در صفحه ۱۳۱ دیده شود).

تظاهرات کلینیکی

عبور یا هجرت لاروا ها از طریق ریه ها بعض اوقات با سرفه، تب و ویز (wheeze) همراه میباشد. این مریضی نومونیا-مانند؛ حدود ۳ هفته دوام مینماید. ممکن مریضی؛ به شکل حملات شدید استما تظاهر نماید.

معاینات

تعداد تفریقی کریوات سفید خون (WBC): ایوزنوفیلیا (eosinophilia)

اهتمامات

۱. **Prednisolone** را از طریق فمی دهید که بهبودی سریع مریضی را بار میآورد.
۲. **Mebendazole** را ۲ هفته بعد از موافیت ریوی بدهید. زیرا بالای نومونیای که از سبب لاروا کرم بوجود آمده موثر نمی باشد و mebendazole تنها بالای کرم های کاهل اثر می گذارد.

سرفه مزمن (دوام بیشتر از ۳ هفته)

سرفه مزمن درتوبرکلوز بسیار معمول است؛ ولی تمام افرادی که سرفه های مزمن دارند مصاب توبرکلوز نمی باشند. یک تعداد زیاد اشخاص مصاب سرفه مزمن به صورت غیر ضروری با ادویه ضد توبرکلوز تداوی میشوند زیرا اسباب دیگر سرفه های مزمن به دقت جستجو نشده خصوصاً استما، توسع قصبات (bronchiectasis) و عدم کفایه طرف چپ قلب، از نظر باز میمانند.

غذا و دراز کشیدن تشدید میشود (reflux محتویات معدی را بداخل مری نشان میدهد).

سیاه سرفه (PERTUSSIS)

سیاه سرفه بواسطه برانشیت (bronchitis) که بهبودی آن مدت بسیار زیاد را در بر میگیرد؛ مشخص میشود. این مرض را در چین بنام "سرفه صد روزه" یاد میکنند. زیرا یک طفل مصاب آن؛ برای چند ماه سرفه میداشته باشد. برخلاف سرخکان؛ یک طفل میتواند به زودی بعد از ولادت مصاب سیاه سرفه شود زیرا اطفال در مقابل این مرض توسط انتی بادی های مادری محافظه نمیشوند. بناً واکسین نمودن مقدم در مقابل مرض مهم میباشد. از جمله سه واکسین، بار اول آن با باید در سن ۶ هفته گی به طفل داده شود.

تظاهرات کلینیکی

مریض وصفی سیاه سرفه یک طفل خورده سن (۲-۶ ساله) است که بسیار لاغر بوده و با هجمات سرفه تظاهر مینماید. طفل سرفه خود را متوقف ساخته نتوانسته و سرفه وی با یک آواز مخصوص (whooping) و ممکن استقراغ ختم شود. سرفه وصفی در هفته سوم مریضی به وجود میآید. در اطفال کمتر از یک سال ممکن بعد از حملات سرفه به عوض صدای مخصوص (whoop)، توقف تنفس (apnoea) واقع میشود. در بین حملات سرفه؛ طفل تب نداشته شما نمیتوانید علایم صدری غیر نورمال را دریابید. غالباً در سفیدی چشم (منضمه) خونریزی دیده میشود (subconjunctival hemorrhages).

اهتمامات

۱. از سؤتغذی جلوگیری نمائید. سؤتغذی یکی از خطرات عمده سیاه سرفه است:

- به فامیل مریض توضیح نمائید که ممکن است سرفه حد اقل برای ۳ ماه دوام نماید.
- اطمینان حاصل نمائید که فامیل مریض؛ خطرات سؤتغذی را دانسته به طفل غذا های خوب پروتینی و غنی از انرژی را میدهند (صفحه ۵۷-۵۸ دیده شود).

۲. انتی بیوتیک ها (erythromycin) فمی یا (co-trimoxazole) صرف زمانی کمک کننده اند که در جریان ۱۰ روز اول مریضی که هنوز سرفه وصفی نزد طفل تاسس ننموده باشد؛ شروع گردد. بعد ترارده روز انتی بیوتیک ها موثر نمیباشند.

۳. اختلاطات را تداوی نمائید:

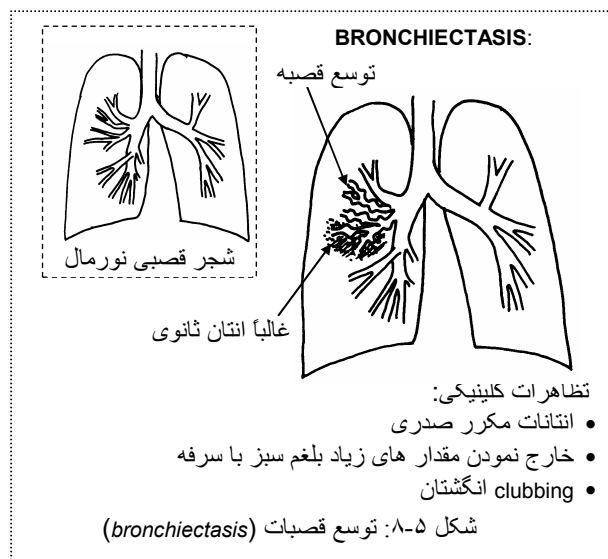
- اختلاجات. ممکن نزد اطفال به تعقیب هجمه سرفه؛ از باعث هایپوکسی؛ اختلاج واقع شود. اگر اختلاج خود بخود بعد از یک دقیقه متوقف نشود؛ آنرا مطابق به صفحه ۲۱۲ تداوی نمائید.
- نومونیای ثانوی نادر میباشد. اگر طفل در فاصله حملات خوب نباشد؛ تنفس سریع، فرورفته گی صدری و تب داشته باشد؛ به نومونیای ثانوی مشکوک شوید. مریض را با chloramphenicol تداوی نمائید.

۴. مریضان نیل را به شفاخانه راجع نمائید: (۱) تمام اطفال کوچکتر از ۶ ماهه (۲) اطفالی که بعد از هجمات سرفه از خود حملات اپنی و اختلاجات مکرر را نشان دهند (۳) اطفالی که علایم نومونیای شدید دارند.

نوت: ادویه ضد سرفه و ضد استقراغ را توصیه ننمائید زیرا سرفه و استقراغ را متوقف ساخته نمیتوانند.

توسع قصبات (BRONCHIECTASIS)

نومونیا، سیاه سرفه و توبرکلوز ممکن تخریبات دایمی طرق تنفسی را بار آورده باعث توسع قصبات شوند. توسع قصبات (bronchiectasis - برانشکتزیا) عبارت از توسع دایمی طرق هوائی کوچک (برانشیول) ها همراه با التهاب مزمن میباشد (شکل ۵-۸ دیده شود). طرق هوائی به صورت نورمال معقم اند. در توسع قصبات، قسمت متوسع طرق هوائی به صورت مزمن با باکتری ها منتن میشوند. مریض معمولاً سرفه داشته همه روزه بلغم تولید مینماید. مریض مصاب انتانات صدری عود کننده میباشد. یک تعداد زیاد این مریضان علی الرغم نورمال بودن معاینه بلغم شان از نظر توبرکلوز، به اشتباه تحت لوحه توبرکلوز تداوی میشوند.



تظاهرات کلینیکی

امراض انسدادی مزمن ریوی CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD)

این مرض مخصوص اشخاص سگرتی است. سگرت طرق تنفسی آنها را بصورت دائمی تخریب نموده است. اعراض اساسی مرض از باعث تنگ شدن طرق تنفسی (انسداد) بوجود میآید. برخلاف استما، با استعمال ادویه توسع دهنده قصبات (bronchodilator)، انسداد به صورت قسمی از بین میرود. وظایف ریوی به صورت تدریجی خراب تر میشود.

تظاهرات کلینیکی

به صورت وصفی مریضی که سگرت دود مینماید یا در گذشته دود مینموده است از سرفه مزمن همراه با بلغم شکایت مینماید که برای ماه ها و سالها دوام داشته است. اوقاتی وجود دارد که سرفه تشدید شده؛ رنگ بلغم سبز میشود و نزد شخص از باعث انتان باکتری ثانوی تب بوجود میآید. زمانیکه مریضی پیشرفت مینماید و وظایف ریوی خراب میشود؛ و یزو عسرت تنفس از دیاد کسب مینماید.

اهتمامات

۱. به مریض اکیداً توصیه نمائید تا سگرت را ترک نماید. ترک سگرت قدم عمده در تنقیص تخریب وظایف ریوی میباشد.

۲. مریض را با salbutamol و aminophylline مثل حالت استما تداوی نمائید. prednisolone غالباً بسیار موثر نمیشود. صرف آن را برای ۲ هفته امتحانی دهید. هرگاه مریض بهبودی کسب ننمائید؛ تطبیق آنرا متوقف سازید.

۳. مریض در قسمت دور نمودن بلغم خود مشکلات میداشته باشد، به مریض postural drainage را بیاموزانید (شکل ۶-۷ دیده شود).

۴. هرزمانیکه نزد مریض تب بوجود آمده و اعراض تنفسی تشدید شود؛ او را با co-trimoxazole (یا amoxicillin یا doxycycline) تداوی نمائید. در واقعات شدید؛ مریض را به شکل نومونیای شدید تداوی نمائید.

کانشسر ریوی (LUNG CANCER)

کانشینومای قصبی تقریباً به صورت کامل؛ به دود نمودن سگرت ارتباط دارد. واقعات کانشسر در آینده معمولتر میشود زیرا دود نمودن سگرت بیشتر معمول شده است.

- مقادیر زیاد بلغم سبز رنگ، خصوصاً از طرف صبح
- عود و تشدید انتان مزمن همراه با سرفه، درد صدری، بلغم سبز رنگ، هیماپتیزس (haemoptysis) و عسرت تنفس.
- در واقعات شدید: کلینینگ (clubbing) انگشتان

معاینات

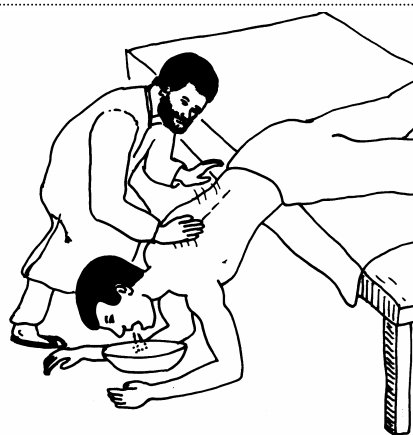
معاینه بلغم برای acid fast bacilli (AFB) جهت رد نمودن توبرکلوز

اهتمامات

۱. به مریض توضیح دهید که یک قسمت طرق تنفسی شان به صورت دائمی تخریب شده است. در قسمت تخریب شده که بنام توسع قصبات (bronchiectasis) یاد می شود بلغم تجمع نموده در صورتیکه به خارج دفع نشود ممکن منتن نیز شود. جهت کنترول این اعراض؛ به مریض مشوره دهید تا:

- "مصرف سگرت را متوقف سازد".
- "مقدار های زیاد مایع بنوشد".
- "تمرینات تخلیه وضعیتی (postural drainage) را همه روزه انجام دهد". (شکل ۶-۸ دیده شود)
- ۲. ویز (wheeze) را با ادویه ضد استما تداوی نمائید.
- ۳. تشدیدحملات حاد مریض را با amoxicillin فمی برای ۲-۴ هفته تداوی نمائید.

اگر انتان با تداوی با amoxicillin جواب ندهد و بلغم زیاد بوی شیرین داشته باشد؛ ciprofloxacin را برای انتان احتمالی ناشی از باکتری pseudomonas دهید. مریض را برای ۴ هفته تداوی نمائید.



به مریض بگوئید تا بخار های آب داغ و نمک را انشاق نماید. بعداً او را بگوئید تا خود را به صورت قسمی طوری بالای چپرکت قرار دهد که سر و صدرش به طرف پائین خم شود. این کار در خارج شدن مخاط سینه اش کمک مینماید.

شکل ۶-۸: Postural drainage

۴. کوشش نمائید تا دود نمودن سگرت را در مراکز صحتی و شفاخانه ها منع قرار دهید.

کیست های هیداتید (HYDATID CYST)

سایز کیست های هیداتید ممکن بزرگ شده بالای ریه فشار وارد نمایند. بعض اوقات ممکن یک کیست ریچر نموده هیماتپتیس (haemoptysis)، درد صدی و عسرت تنفس را بار آورد (صفحه ۱۴۳-۱۴۴ دیده شود).

اگر مریض پیری که سگرت دود مینموده؛ از سرفه مزمن بدون علائم انتان شکایت داشته باشد به کانسر ریوی مشکوک شوید. تظاهرات مترافقه معمول؛ عبارتند از ضیاع وزن، خارج نمودن خون با سرفه، درد صدی و عسرت تنفس پیشرونده. کانسر ریوی توسط رادیوتراپی یا شیموتراپی تداوی میشود ولی انداز آن خراب است.

در مورد خطرات دود نمودن سگرت

استعمال تنباکو در یک تعداد زیاد ممالک افزایش یافته است. بناً تعداد امراضی که با استعمال دخانیات مرتبط اند و مرگ ناشی از آنها در آینده از دیداد کسب مینماید. که این حادثه بنام مصیبت نزدیک یاد میشود. اگر شخص سگرتی اضرااری را که سگرت برایش بار میآورد به چشم خود دیده بتواند، اتخاذ تصمیم ترک سگرت برایش آسانتر می شود. مگر ۱۰ سال یا بیشتر از آن را در بر میگردد تا امراض مرتبط با استعمال سگرت به وجود آیند.

حقایق مربوط به دود نمودن سگرت

- دود تنباکو حاوی بیشتر از ۴۰۰۰ نوع مواد کمیای است. تعداد زیاد آنها مضر بوده و کانسر، امراض قلبی، تخریبات ریوی و پرابلم های صحتی دیگری را بار آورده میتوانند.
- تنباکو حدود نصف استعمال کننده گان خود را میکشد.
- تنباکو ریه اشخاصی را که دود سگرت دیگران را انشاق مینمایند نیز تخریب مینماید. مثلاً اطفالی که به دود سگرت معروض اند نسبت به اطفال دیگر بیشتر به انتانات طرق تنفسی دچار میشوند.
- تنباکو اعتیاد را بار میآورد و این بدان معنی است که ترک آن حتی در صورتیکه شخص بخواهد آنرا ترک نماید، مشکل است.
- اشخاصی که سگرت دود مینمایند و بدان معتاد اند، نمیخواهند به این نکته باور داشته باشند که سگرت خطرناک است. تولید کننده سگرت با استفاده از اعلانات این تفکر غلط را تشویق مینمایند.

شما چه انجام داده میتوانید؟

۱. شما خود الگو ونمونه خوب شده و سگرت دود ننمائید.
۲. مریضان تانرا از خطرات دود نمودن سگرت به صحت خود شان و فامیل شان آگاه نمائید.
۳. جوانان را تشویق نمائید تا عملیه مصرف سگرت را شروع ننمایند.

ویز (wheeze)

ویز (wheeze) یک آواز ملایم اشپلاقی در زمان زفیر (بیرون نمودن هوا از ریه) است. بعض اوقات این آواز بدون ستاتسکوپ شنیده میشود. ویز علامه تنگ شدن طرق هوایی داخل صدی میباشد. بعض اوقات این تنگ شدن میتواند مشکلات تنفسی تهدید کننده حیات را بار آورد (اسباب آن در چوکات دیده شود).

۱. شدت مرض را ارزیابی نمائید: آیا حیات مریض در معرض خطر قرار دارد؟

۲. جواب سوالات ذیل را دریابید:

- مریض چند ساله است؟
- آیا مرتبه اول است که ویز؛ نزدش بوجود آمده یا حملات قبلی آنرا داشته است؟
- اصغای صدی: آیا ویز منتشر است یا موضعی؟

نزد اطفال کوچکتر از یک سال، ویز معمولاً از باعث التهاب حاد برانشیول ها (acute bronchiolitis) یا نومونیا بوجود میآید.

در کاهلان و اطفال بزرگتر، استما معمولترین سبب ویز (wheeze) بوده به صورت وصفی با هجمات عود

اسباب ویز

اسباب معمول

- استما

اسباب کمتر معمول

- نومونیا
- اذیمای ریوی
- توبرکلوز
- امراض انسدادی مزمن ریوی (COPD)
- اطفال کمتر از یک سال:
- برانشیولیت

اسباب نادر

- اجسام اجنبی (معمولاً ویز در یک قسمت ریه شنیده میشود)
- انسداد طرق هوایی، مثلاً از باعث تومور
- نوت: استما، COPD و عدم کفایه قلبی غالباً ویز های عود کننده را بار میآورند.

تظاهرات کلینیکی

- استما به وسیله حملات عود کننده ویز (wheeze)، غالباً همراه با سرفه، فشرده گی صدری و نفس کوتاهی مشخص میشود. یک تعداد مریضان، اعراض روزانه دارند؛ یک تعداد دیگر صرف هر هفته؛ یا یک تعداد دیگر صرف چند مرتبه در یک سال. اعراض استما میتوانند خفیف، متوسط یا شدید باشند. بعض اوقات حملات مرض برای چند سال دوام مینمایند. بعض اوقات اعراض مرض در تمام طول عمر مریض واقع میشوند. معمولاً اعراض از طرف شب یا بعد از جهد شدید مینباشند.
- یک تعداد فکتور های مشخص اعراض را سبب میشوند (چوکات دیده شود).
- ممکن است در بین حملات؛ علایم کلینیکی وجود نداشته باشد. بناً نورمال بودن معاینه صدری استما را رد نمینماید

فکتور های سببی استما

- انتانات ویروسی (نزد اطفال معمول است)
- جهد
- دود
- حساسیت ها
- گرد و خاک
- هوای سرد
- اسپرین و ادویه بیتا بلاکر

اهتمامات استمای حاد

۱. شدت حملات را مشخص نموده مطابق آن مریض را تداوی نمائید:

تظاهرات کلینیکی	تصنیف
● سرفه و ویز وجود دارد. ● نفس کوتاهی وجود ندارد.	استمای خفیف
● سرفه و ویز همراه با نفس کوتاهی ● علایم استمای شدید وجود ندارد.	استمای متوسط
● سرفه و ویز همراه با نفس کوتاهی ● فرورفته گی صدری علایم استمای شدید: * نفس کوتاهی شدید: مریض نمیتواند به یک نفس یک جمله را به صورت مکمل بیان نماید. * تنفس سریع وجود دارد. * نبض سریع: در کاهلان بیشتر از ۱۱۰ فی دقیقه، اطفال ۵-۱۲ ساله بیشتر از ۱۲۰ فی دقیقه. تهدید کننده حیات: سیانوز، تنقیص فشار * خون، خسته گی، برادی کاردی و خموش بودن صدر	استمای شدید

کننده ویز، سرفه و نفس تنگی تظاهر مینماید. نزد هر مریضی که اعراض صدری گاهی پیدا شده و گاهی معدوم میشود و از یک روز تا روز دیگر فرق مینماید، و از آن شکایت میداشته باشد به استما مشکوک شوید. اعراض مرض به صورت وصفی از طرف شب و صبح وقت؛ شدید مینباشد. اگر به استما مشکوک میشوید، مریض را برای استما تداوی نموده وی را تحت مشاهده داشته باشید، در صورت بهبودی؛ مریض احتمالاً مصاب استما مینباشد.

امراضی که معمولاً نزد کاهلان با استما مغالطه میشوند قرار ذیل اند:

- **Chronic obstructive lung disease (امراض انسدادی مزمن ریوی).** مریض همه روزه سرفه ، بلغم و ویز میداشته باشد. تغیر جزئی از یک روز تا روز دیگر نزدش موجود بوده و مریض یک شخص سگری بوده یا مینباشد.
- **امراض قلبی.** مریض اعراض ضیقی صدری و نفس کوتاهی دارد که با تمرینات پیدا شده و با استراحت از بین میرود.
- **سندروم فرط تهویه (hyperventilation syndrome).** مریض (معمولاً یک کاهل جوان) نفس کوتاهی کرختی و وز وز نمودن دست های خود را حس مینماید. مریض در یک وضعیت نگرانی و وحشت قرار دارد. یک خریطه را بر بالای بینی و دهن مریض گرفته و اجازه دهید تا هوای تنفسی خارج شده خود را دوباره تنفس نماید. مریض را به مانند اضطراب تداوی نمائید (صفحه ۲۳۵ دیده شود).

استما (ASTHMA)

استما مرض انتانی نیست بل یک عکس العمل التهابی مزمن مینباشد که باعث انسداد قابل برگشت طرق هوایی میگردد. غالباً سایر اعضای فامیل مریض نیز مصاب استما یا الرژی مینباشند.

اگر استما به خوبی کنترل نشود؛ اختلاطات متعدد را بار میآورد:

- ممکن استما مزمن شده محدودیت های دایمی طرق هوایی را بار آورد.
- ممکن استما معیوبیت های فزیک و اجتماعی را بار آورد زیرا فعالیت های فزیک مریض محدود مینباشد.
- ممکن مریض در جریان یک حمله استمای حاد فوت نماید.

۲. تداوی مرض شامل تطبیق یک توسع دهنده قوی (salbutamol) جهت باز نمودن طرق هوایی مسدود شده، و ستیروئیدها (مثلاً prednisolone) جهت تنقیص التهاب میباشد (چوکات دیده شود). موثرترین طریقه دادن salbutamol از طریق انشاقی است (شکل ۷-۸ دیده شود).

۳. بعد از آنکه وضع مریض بهبودی کسب نمود؛ در مورد اهتمامات طویل المدت مرض تصمیم بگیریید (در ذیل دیده شود).

استمای حاد شدید:

از salbutamol انشاقی الی ۲۰ پف (اگر نیبولایزر قابل دسترس باشد، ۵-۲.۵ mg بدهید) + prednisolone فمی برای ۷ روز بدهید (یا در ابتدا از dexamethasone یا hydrocortisone وریدی) + اکسیجن بدهید.

اگر مریض بهبودی کسب ننماید aminophylline وریدی (یا adrenaline تحت الجلدی) بدهید.

اگر salbutamol انشاقی قابل دسترس نباشد، از aminophylline وریدی + prednisolone فمی (یا

حمله استمای حاد غیر شدید:

Salbutamol انشاقی هر ۶-۸ ساعت + prednisolone فمی را برای ۴ روز بدهید.

دوا های که در استما استعمال میشوند

• **Aminophylline** فمی یا وریدی. aminophylline دارای عوارض جانبی متعدد است. اریتمی ها، اختلاجات و مرگ در هنگام تطبیق وریدی یا تطبیق دوز های بلند آن واقع شده میتواند. در جریان تداوی متوجه علایم سمیت آن باشید زیرا سرحد میان سویه های تداوی و سمی آن بسیار نزدیک است.

علایم مقدم سمیت آن عبارت از استفراغات، بی خوابی، تکی کاردی و تب اند. در صورت وقوع این علایم دوز امینوفیلین را کم نموده یا کاملاً آنرا توقف دهید. علایم سمی مؤخر آن عبارت از اختلاجات و توقف تنفسی اند.

فمی. به مقدار 12-15 mg/kg/day	به سه دوز کسری
۵-۲ سال	25-50 mg روزانه ۳ مرتبه
۶-۱۲ ساله	50-150 mg روزانه ۳ مرتبه
کاهلان	100-300 mg روزانه ۳ مرتبه

– وریدی. اگر مریض در ظرف ۲۴ ساعت گذشته از aminophylline یا theophylline اخذ نموده باشد؛ نصف دوز پیشنهاد شده ذیل را بدهید.

اطفال: به مقدار 5 mg/kg در ۵ ر در گلوکز 5% به آهسته گی در ظرف ۲۰ دقیقه بدهید و به تعقیب آن به مقدار 0.9 mg/kg در ساعت به صورت انفیورژن ادامه داده شود.

کاهلان: به مقدار 250-500 mg به بسیار آهسته گی در ظرف ۲۰ دقیقه داده و با 0.5 mg/kg در ساعت به شکل انفیورژن ادامه داده شود.

اگر انفیورژن دوامدار امکان نداشته باشد، دوز اولی را ۸ ساعت بعد تکرار نمایند.

• **Adrenaline** تحت الجلدی. ادرینالین؛ طرق تنفسی را به صورت سریع باز مینماید. این دوا ممکن عوارض جانبی جدی داشته باشد. دوز دوا را دقیقاً محاسبه نموده آنرا برای اطفال خوردسال رقیق سازید.

برای اطفال کمتر از ۵ سال یک امپول ادرینالین 1:1000 را با 9 ml سودیم کلوراید 0.9% و با آب مقطر رقیق نمایند.

۵-۲ سال	0.2-0.4 mg = 2-4 ml محلول رقیق شده
۶-۱۲ سال	0.5 mg
کاهلان	0.5-1 mg

نوت: ادویه انتی هستامین و ادویه ضد سرفه را ندهید. ممکن اضرار شان نظر به مفاد شان برای استما بیشتر باشد.

• **Salbutamol** انشاقی، فمی، عضلی و تحت الجلدی.

– انشاق بوسیله سپری. در هنگام ضرورت ۱-۲ پف بدهید. در واقعات عاجل تا به ۲۰ پف را در یک وقت بدهید. اطفال و یا مریضانی که انهلر را درست استعمال نموده نمیتوانند، باید از spacer ها (مثلاً یک بوتل نیم لیتره) استفاده نمایند.

– انشاق بوسیله نیبولایزر. به اطفال کمتر از ۱۸ ماه به مقدار 2.5-1.25 mg در ظرف ۴-۶ ساعت بدهید. اطفال بالاتر از ۱۸ ماه و کاهلان 5-2.5 mg هر ۴-۶ ساعت.

– فمی (نسبت به انشاق کمتر موثر است)

۵-۲ سال	1-2 mg	روزانه ۳ مرتبه
۶-۱۲ ساله	2 mg	روزانه ۳ مرتبه
کاهلان	2-4 mg	روزانه ۳ مرتبه

– **عضلی ویا تحت الجلدی.** برای کاهلان به مقدار 0.5 mg یک مرتبه بدهید. در صورت ضرورت هر ۴ ساعت بعد آنرا تکرار نمایند.

• **ستیروئیدها** (prednisolone, dexamethasone یا hydrocortisone). ستیروئیدها التهاب طرق تنفسی را تنقیص میدهند. این دوا ها در صورتیکه به دوز بلند و برای ۵ روز داده شوند؛ بسیار موثر و مصئون میباشند.

– **Prednisolone** فمی. برای تداوی واقعات عاجل:

۵-۲ سال	10-20 mg	روزانه ۱ مرتبه
۶-۱۲ سال	30-40 mg	روزانه ۱ مرتبه
کاهلان	40 mg	روزانه ۱ مرتبه

برای تداوی دراز مدت پائینتر از دوز ممکنه بدهید.

– **Dexamethasone** وریدی. به مقدار 0.2-0.5 mg/kg/day

۵-۲ سال	2-4 mg	به یک دوز واحد
۶-۱۲ سال	4-8 mg	به یک دوز واحد
کاهلان	4-12 mg	به یک دوز واحد

– **Beclomethasone** یا **budesonide** انشاقی. ستیروئید های انشاقی زمانی استعمال میشوند که مریض به بیشتر از ۴ مرتبه انشاق salbutamol در یک هفته ضرورت داشته باشد. ستیروئید های انشاقی جهت تداوی حملات حاد استما استعمال نشده بلکه برای وقایه حملات مکرر مرض استعمال میشوند. این دوا ها صرف زمانی موثر میباشند که بصورت منظم و همه روزه از طرف صبح و شام اخذ شوند. در انتانات وپروسی طرق تنفسی ؛ دوز این دواها برای یک هفته دو چند شود. تداوی حد اقل برای ۱-۲ ماه ادامه داده شود.

اطفال	50-200 micrograms	روزانه ۲ مرتبه
کاهلان	100-400 micrograms	روزانه ۲ مرتبه

چون مرض استما یک پرابلم مزمن است و شفایافته نمیتواند؛ بناً طرق هوایی او ممکن است به عکس العمل ادامه دهد. نزد اطفال؛ با بزرگ شدن سن غالباً استما بهبودی مییابد.

۲. به مریض مشوره دهید تا:

- از فکتور های که استما را آغاز مینمایند، اجتناب نماید. خود؛ سگرت دود ننماید و از اعضای فامیل خود نیز تقاضا نماید تا سگرت را ترک نمایند.
- (aspirin) acetylsalicylic acid را اخذ ننماید چه ممکن است حمله استما را بار آورد.
- ادویه توصیه شده اش را به صورت منظم اخذ نماید و در زمان ازدیاد اعراض (و با در نظر داشت درک مریض، به وی در مورد اساسات تداوی قدمی توضیحات داده به وی یک نسخه تابلیت prednisolone بدهید تا در موقع تشدید آنی اعراض از آن استفاده نماید) به زودی جویای کمک شود.

۳. اگر حملات استما از اثر جهد نزد مریض بوجود آید، مریض باید جهت جلوگیری از استما قبل از جهد، salbutamol سپری را استعمال نماید.

۴. به مریضان مصاب استما از aspirin و بیتا بلاکر ها مثل (atenolol) توصیه ننماید.

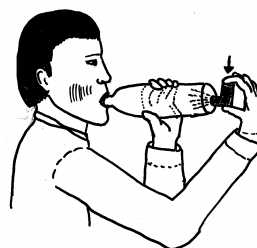
۵. دواها را نظر به شدت و تکرار اعراض توصیه ننماید. زیرا اعراض استما در زمان های متفاوت شدت های متفاوت را دارد و تداوی باید مطابق آن عیار شود. این بدان معنی است زمانی که اعراض زیاد شده و استما تشدید شود مقدار دواها را بالا ببرید زمانی که استما تحت کنترل آمد؛ تداوی را دوباره پائین بیاورید. این زیاد و کم نمودن تداوی به مثابه بالا و پائین شدن در زینه است؛ بناً به نام تداوی قدم به قدم (stepwise) یاد میشود. هر زمانیکه استما به صورت حاد تشدید شود؛ prednisolone فمی را برای ۴ روز بدهید.

چطور باید از انهلر ها به صورت درست استفاده نمود؟

۱. بوتل انهلر را تکان دهید
۲. هوای شش های تانرا خارج نمایند.
۳. انهلر را به دهن خود گذاشته بعد از فشار دادن آن یک شپیق عمیق بکشید تا دوا داخل ریه ها شود. دوا را بلع ننمائید!
۴. دهن تان را بسته نگهداشته و نفس تان را برای ۱۵ ثانیه قید نمائید.
۵. اگر بیشتر از یک پف ضرورت باشد؛ این عمل را ۵ ثانیه بعد تکرار نمائید.

اگر اطفال و کاهلان در قسمت استعمال انهلر ها مشکلات داشته باشند، پس آله ذیل را تهیه نمائید:

یک بوتل پلاستیکی نیم لیتره را بگیرید. قسمت تحتانی بوتل را سوراخ نموده و انهلر را در آن وصل نمائید. دهن بوتل را در دهن تان قرار دهید. و انهلر را مطابق آنچه در بالا توضیح داده شد، استعمال نمائید. بعد از سپری نمودن بداخل بوتل، برای یک دقیقه از طریق بوتل تنفس نمائید.



شکل ۷-۸: طرز استعمال ادویه ضد استما

adrenaline تحت الجلدی + prednisolone فمی - یا salbutamol عضلی یا تحت الجلدی + prednisolone فمی) بدهید.

اهتمامات طویل المدت استما

هدف تداوی را رهائی تام مریض از اعراض و داشتن زنده گی با کیفیت نورمال تشکیل میدهد.

۱. به مریض توضیح دهید که وی مصاب استما است. این بدان معنی است که طرق هوایی وی در مقابل فکتور های خاص با ایجاد تنگ شدن طرق هوایی و تولید افرازات عکس العمل نشان میدهد. اعراض شان از باعث این عکس العمل شدید بوجود آمده مگر معمولاً علامه انتان نمیباشد. بناً او به ادویه ضد استما ضرورت دارد نه به انتی بیوتیک. اعراض پیدا میشوند و از بین میروند. ادویه ضد استما این اعراض را بهبودی بخشیده و کنترل مینماید. مگر

اهتمامات قدم به قدم استمای مزمن

<p>Salbutamol انشاقی در هنگام ضرورت (ادویه بدیل: salbutamol فمی یا aminophylline برای ۵ روز)</p>	<p>قدم اول اگر salbutamol برای بیشتر از ۴ مرتبه در یک هفته ضرورت باشد؛ مریض را به قدمه دوم ببرید.</p>
<p>Salbutamol انشاقی هر ۶-۸ ساعت بعد + Beclomethasone انشاقی (با budesonide) روزانه ۲ مرتبه برای ۱ ماه (ادویه بدیل: aminophylline فمی + salbutamol روزانه برای ۱ ماه)</p>	<p>قدمه دوم اگر با تداوی قدمه دوم کنترل نشود به قدمه سوم ببرید.</p>
<p>prednisolone فمی را برای ۴-۷ روز علاوه نمائید.</p>	<p>قدمه سوم</p>

التهاب حاد برانشیول ها (ACUTE BRONCHIOLITIS)

التهاب حاد برانشیول ها انتان ویروسی معمول نزد اطفال بین سنین ۱-۱۲ ماهه است. ویز از باعث مخاط و تورم طرق هوائی بوجود میآید.

تظاهرات کلینیکی

به صورت وصفی؛ نزد طفل کمتر از یک سال که برای چند روز مصاب سرماخوردگی بوده است، تنفس سریع، ویز و غالباً فرورفته گی صدری به وجود میآید. مشکلات تنفسی برای ۲-۳ روز قبل از شفای بنفسهی مریض که در ظرف ۲ هفته صورت میگیرد، تشدید میشود.

معمولاً این مریضی خفیف بوده مگر نزد یک تعداد از اطفال؛ پرابلم های خطرناک بوجود میآید:

- طفل ممکن مصاب سؤتغذی و دیهایدریشن شود؛ زیرا طفل شدیداً نفس تنگی داشته، نوشیده نمیتواند.
- ممکن طفل از باعث تنفس سریع خسته شده و از سبب عدم کفایه تنفسی فوت نماید.

اهتمامات

التهاب حاد برانشیول ها (acute bronchiolitis) یک مرض ویروسی است. مگر معمولاً رد نمودن نومونیا بکتریائی نا ممکن میباشد. بناً مریض را بحیث مریض نومونیا و مطابق به شدت آن تداوی نمائید (صفحه ۹۲ دیده شود).

اسباب سترایدور (stridor)

اطفال

- croup انتانی (معمول)
- croup ناشی از سرخکان
- اپی گلویت حاد (نادر)

کاهلان و اطفال

- دیفتری و التهاب حنجری
- انشاق اجسام اجنبی در حنجره
- انجیوادم (حساسیت)

قدم اول تشخیص اینکه آیا مریض مشکلات تنفسی دارد یا خیر؟ میباشد. موجودیت تنفس صدا دار (stridor) همراه با مشکلات تنفسی بسیار خطر ناک میباشد.

تاریخچه انشاق اجسام اجنبی یا علایم عکس العمل های الرژیک شدید (angioedema صفحه ۳۱۶ دیده شود) همراه با تورم لب ها، دهن و غشای مخاطی داخل دهن هویدا میشوند.

نزد اطفال میان التهاب حنجره، شزن و قصبات (infectious croup) و التهاب حاد اپی گلوت (acute epiglottitis) تشخیص تفریقی نمائید:

التهاب حاد اپی گلوت (acute epiglottitis)	التهاب حنجره، شزن و قصبات (infectious croup)
نادر است.	معمول است.
سن ۲-۶ سال	سن ۳ ماه تا ۳ سال
شروع آن در ظرف چندین ساعت. طفل بسیار مریض میباشد.	شروع در ظرف چند روز. طفل بسیار مریض نمیشود.
تب بلند میباشد	تب خفیف
گلودردی شدید موجود میباشد.	صدای خشن

التهاب حنجره، شزن و قصبات INFECTIOUS CROUP

ویروس های مختلف التهاب حنجره، شزن و قصبات و انسداد را در سویه حنجره بار میآورند. infectious croup (التهاب حنجره، شزن و قصبات) معمولاً یک مریضی خفیف میباشد.

تظاهرات کلینیکی

چند روز بعد از سرما خورده گی نزد طفل سرفه های عوعو مانند؛ خشن شدن آواز و تنفس صدا دار (stridor) خفیف بوجود میآید. اعراض مرض معمولاً از طرف شب شدید میشوند. تنفس صد ادار بعد از ۲-۳ روز شفا میشود. عود مرض با انتانات ویروسی طرق تنفسی علوی در آینده؛ معمول میباشد.

اهتمامات

۱. هوا مرطوب ساخته شود.

تنفس صدا دار (stridor)

تنفس صدا دار (stridor) یک آواز خشن است که در هنگام شهیق (داخل ساختن هوا به ریه) شنیده شده میتواند. تنفس صدا دار یک علامه تضیق طرق هوائی در سویه حنجره، اپی گلوت یا شزن میباشد. تنفس صد ادار در اطفال خورد سال نسبت به دیگران معمولتر میباشد؛ زیرا طرق هوائی آنها کوچک بوده حتی تورم جزئی به زودی سبب انسداد شان شده میتواند. تنفس صد ادار که در زمان استراحت واقع شده باشد همیشه یک علامه خطر میباشد، زیرا احتمال خطر انسداد تام طرق هوائی میرود. معمولترین سبب تنفس صدا دار نزد اطفال را؛ انتانات ویروسی تشکیل میدهد. تنفس صدا دار نزد کاهلان نادر بوده و معمولاً از باعث عکس العمل های شدید حساسیتی، اجسام اجنبی و تومور ها بوجود میآید. سایر اسباب آن در چوکات دیده شود.

۲. Prednisolone را از طریق فمی برای ۳ روز توصیه نمائید.

۳. اگر نفس تنگی شدید یا فرورفته گی صدری وجود داشته باشد؛ مریض را به شفاخانه معرفی نمائید.

نوت: مریضی؛ یک مریضی ویروسی است و انتی بیوتیک ها موثر نیستند.

التهاب حاد اپی گلوت

(ACUTE EPIGLOTTITIS)

این انتان باکتریائی خطرناک؛ تورم حاد اپی گلوت را همراه با انسداد شدید طرق تنفسی علوی بار میآورد.

تظاهرات کلینیکی

نزد طفل تب بلند و مشکلات بلع در ظرف چند ساعت تاسس مینماید. طفل گلودرد بوده لعاب دهنش به خارج میریزد. طفل شدیداً مریض بوده؛ مشکلات تنفسی و تنفس صدا دار (stridor) میداشته باشد. طفل در خطر انسداد طرق هوائی قرار دارد. ازین سبب، گلوی اطفالی را که epiglottitis نزد شان مشکوک است معاینه نمائید چه ممکن است باعث انسداد کامل طرق هوائی نزدش شود.

اهتمامات

۱. مریض را به شفاخانه معرفی نمائید.

۲. تا حد امکان به طفل مزاحمت ننمائید.

۳. Chloramphenicol وریدی + dexamethasone وریدی بدهید.

۴. اکسیجن را توصیه نمائید.

انشاق اجسام اجنبی

(INHALED FOREIGN BODY)

اطفال کوچکتر از ۴ سال که اشیا را در دهن خود مینمایند؛ در معرض خطر بلند انشاق جسم اجنبی اند. مگر این حادثه نزد کاهلان نیز واقع شده میتواند. انشاق جسم اجنبی به دو طریق اختلاطات را بار میآورد:

۱. جسم اجنبی به شزن چسبیده و طرق هوائی را به صورت کامل مسدود میسازد.

۲. جسم اجنبی قصبه (برانش) را مسدود میسازد. در نتیجه نومونیای مزمن و احتمالاً کولاپس ریوی را سبب میشود.

تظاهرات کلینیکی

● شروع آنی خفه شدن (انسداد طرق هوائی) سرفه و ویز.

● نومونیای که به انتی بیوتیک جواب نمیدهد یا نومونیائی که در عین ساحه دوباره عود مینماید.

معاینات

نزد مریض؛ معاینه اکسری صدری را به حالت تام زفیری انجام دهید تا ساحات hyperinflation (مقدار بیشتر هوا در ریه موجود میباشد) یا کولاپس، تغیر موقعیت منصف (که به سمت مقابل آفت میرود) یا جسم اجنبی را که radio-opaque (مکدریت) باشد دریافت نمائید. اجسام اجنبی معمولاً داخل ریه راست انشاق میشوند.

اهتمامات

۱. کمک های اولیه برای انسداد طرق تنفسی را در شکل ۸-۸ ببینید.

۲. اگر جسم اجنبی داخل ریه ها شده باشد؛ مریض را برای نومونیا تداوی نموده وی را برای برطرف نمودن جسم اجنبی به شفاخانه معرفی نمائید.

کمک های اولیه در اختناق

۱. با کف دست خود ۵ مرتبه به پشت مریض در فاصله بین بیلک های شانیه اش ضربه وارد نمائید. دهن مریض را ببینید اگر کدام انسداد واضح موجود باشد آنرا با انگشتان خود برطرف نمائید.

۲. اگر این کار موثر تمام نشود؛ بطن مریض را ۵ مرتبه بفشارید. در عقب مریض ایستاده شوید و مشت تان را در قسمت علوی بطن و دقیقاً در تحت اضلاع قرار دهید. مشت تان را با دست دیگر محکم بگیرید و ۵ بار به طرف داخل و بالا کش نمائید.

وضعیت دست های تان



نوت: ازین میتود نزد اطفال استفاده نکنید!

شکل ۸-۸: کمک اولیه در اختناق

HAEMOPTYSIS (خارج شدن خون با سرفه)

نزد مریضی که میگوید با سرفه اش خون خارج میشود؛ جواب سوالات ذیل را دریابید:

۱. آیا مریض واقعاً هیماپتیزس (haemoptysis) دارد یا خون را استفراغ مینماید (هیماتمزس - haematemesis)؟ (در هیماپتیزس [haemoptysis] خون معمولاً رنگ سرخ روشن دارد در هیماتمزس [haematemesis] رنگ نسواری دارد.)

اسباب عسرت تنفس**شروع آنی**

- استما
- نومونیا
- عدم کفایه قلب چپ
- اذیمای ریوی
- نوموتوراکس
- امبولی ریوی
- اشتعال امراض انسدادی مزمن ریوی

شروع تدریجی

- انصباب پلورائی
 - امراض انسدادی مزمن ریوی (COPD)
 - کمخونی
 - امراض جدار صدر
 - حین
 - کیست هیداتید ریوی
 - کانسر ریوی
- نوت: استما، COPD و عدم کفایه قلب اکثراً حملات متقطع عسرت را بار میآورند.

بوجود آید. این بول ها غالباً در امراض مزمن انسدادی ریوی (COPD) دیده میشوند. هم چنان نوموتوراکس اختلاط نومونیای ستافیلوکوکال نیز میباشد.

نوموتوراکس فشاری (tension pneumothorax)

خطرناک؛ ممکن بعد از جروحات نافذ صدری بوجود آید. در چنین واقعات؛ هوا در جریان شهیق وارد فضای پلورائی شده ولی در جریان زفیر خارج شده نمیتواند. این حالت به زودی باعث تحت فشار آمدن ریه میشود.

تظاهرات کلینیکی

- درد آنی در هنگام شهیق
- عسرت تنفس به شدت های مختلف، که وابسته به اندازه نوموتوراکس میباشد.
- تنقیص آواز های تنفسی و فرط وضاحت (hyperresonance) در قرع (نزد مریض نشسته، قرع قسمت های از ریه ها را که بالاتر از ترقوه ها قرار دارند، فراموش ننمائید. هر دو طرف را با همدیگر مقایسه نمائید).
- ✗ انحراف شزن و عسرت تنفس فزاینده در نوموتوراکس فشاری

معاینات

اکسری صدی سایز یا اندازه نوموتوراکس را مشخص مینماید (شکل ۶- ب را در صفحه ۳۳۸ ببینید).

اهتمامات

ممکن بذل (aspiration) هوا یا تطبیق تیوب (drain) صدی ضروری باشند. در نوموتوراکس فشاری

۲. آیا خون از صدر خارج میشود یا از بینی، گلو یا بیره ها؟ مثلاً در خون بینی، خون غالباً در دهن نیز دیده میشود. دهن و بینی مریض را جهت دریافت منبع احتمالی خونریزی به دقت معاینه نمائید.

اگر واقعاً هیماپتیزس (haemoptysis) وجود داشته باشد، انجام تشخیص تفریقی اینکه آیا خونریزی شروع سریع داشته یا تدریجی کمک کننده میباشد (چوکات دیده شود). سبب خونریزی را تداوی نمائید مگر متوجه باشید که همیشه قادر به دریافت سبب خونریزی نخواهید بود.

اسباب haemoptysis (خروج خون با سرفه)**HAEMOPTYSIS حاد (شروع آنی)**

- نومونیا و برانشیت
- اسباب نادر:
- ریچر کیست هیداتید
- امبولی ریوی
- Congo-Crimean haemorrhagic fever (تب کنگو - کرمین هیماراگک)

HAEMOPTYSIS مزمن (شروع تدریجی)

- توبرکلوز
- Bronchiectasis (توسع قصبات)
- کانسر ریه
- کیست هیداتید ریه ها
- تضیق ماینرل

عسرت تنفس (dyspnoea)

در عسرت تنفس مریض مشکلات تنفسی میداشته باشد. از مریض در مورد اینکه عسرت تنفس به صورت سریع بوجود آمده یا بطی در ظرف چندین روز یا هفته؟ سوال نمائید (چوکات دیده شود). اخذ تاریخچه بیشتر و معاینه کلینیکی معمولاً سبب عسرت تنفس را مشخص مینماید.

اگر عسرت تنفس به صورت حاد شروع نموده باشد، تداوی آن خیلی عاجل میباشد. معمولترین اسباب آنرا انتانات تنفسی شدید، استما و پرابلم های قلبی تشکیل میدهد. مریض مصاب عسرت تنفس را برجایش بنشانید. عسرت تنفس را مطابق سبب آن تداوی نمائید.

نوموتوراکس (PNEUMOTHORAX)

در نوموتوراکس، هوا داخل فضای پلورائی شده ریه طرف ماوفه کولاپس مینماید (شکل ۴-۸ دیده شود). این کولاپس عدم کفایه تنفسی را بار میآورد. نوموتوراکس ممکن از باعث جروحات صدی و پاره شدن خودبخودی بول های سنخی (alveolar bullae)

ماخذها

1. Ait-Khaled N, Enarson D. *Management of Asthma in Adults - a Guide for Low Income Countries*. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease 1996.
2. Ait-Khaled N, Enarson D, Bousquet. Chronic respiratory diseases in developing countries: the burden and strategies for prevention and management. *Bulletin of the World Health Organization* 2001; 79: 971-979.
3. British Thoracic Society. *British Guideline on the Management of Asthma*. London: BTS 2003.
4. British Thoracic Society. Guidelines for the Management of Community Acquired Pneumonia in Adults. *Thorax* 2001; 56 (suppl. IV): iv1-64.
5. Cook GC, Zumla A (ed.). *Manson's Tropical Diseases*. 21st edition. London: WB Saunders 2003.
6. Eddleston M, Pierini S. *Oxford Handbook of Tropical Medicine*. Oxford: Oxford University Press 1999.
7. Enarson P, Gie R. Managing asthma. *Child Health Dialogue* 1999; 16: 4-5.
8. Kumar P, Clark M. *Clinical Medicine*. 5th edition. Edinburgh: WB Saunders 2002.
9. Management of bronchiectasis. *Drug and Therapeutic Bulletin* 2003; 41: 91-95.
10. Ministry of Health, WHO, UNICEF. *Integrated Management of Childhood Illness*. Kabul 2003.
11. Schroeder K, Fahey T. Systematic review of randomised controlled trials of over the counter cough medicines for acute coughs in adults. *British Medical Journal* 2002; 324: 329-331.
12. Slama K. *Tobacco Control and Prevention - a guide for low income countries*. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (ca. 1998).
13. Smuchy J, Fahey T, Becker L, Glazier R. Antibiotics for acute bronchitis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester: John Wiley & Sons 2004.
14. Southall D, Coulter B, Ronald C, Nicholson S, Parke S (ed). Child Advocacy International. *International Child Health Care: A practical manual for hospitals worldwide*. London: BMJ Books 2002.
15. Toghil PJ (ed.). *Examining Patients - An Introduction to Clinical Medicine*. 2nd edition. London: Edward Arnold 1995.
16. Werner D. *Where there is no doctor*. Revised edition. London: The Macmillan Press 1993.
17. World Health Organization. *Management of the child with a serious infection or severe malnutrition. Guidelines for care at the first-referral level in developing countries*. Geneva: WHO 2000.
18. World Health Organization. *Model Prescribing Information. Drugs used in bacterial infections*. Geneva: WHO 2001.
19. Zar HJ, Brown G et al. Home-made spacers for bronchodilator therapy in children with acute asthma: a randomised trial. *The Lancet* 1999; 354: 979-982.

(tension pneumothorax) جهت جلوگیری از توقف قلبی ریوی از باعث فشار؛ یک سوزن بزرگ را بالای طرف ماوفه داخل نمائید.

امبولی ریوی (PULMONARY EMBOLISM)

یک علقه خون ممکن است از یک ورید عمیق حوصله یا پاها (deep vein thrombosis - DVT) منتهی گیرد. این علقه ممکن آزاد شده و از طریق قلب راست وارد ریه شود. در ریه این علقه (امبولی) شریان های ریوی را مسدود میسازد. آن قسمت های از ریه که توسط این شریان ها اروا میشوند، دیگر در تبادل اکسیجن سهم نمیگیرند. اعراض مرض از مرگ آبی تا به عسرت تنفس خفیف و درد صدی فرق مینماید؛ که وابسته به اندازه ماوفیت ریوی میباشد.

تمام مریضان غیر متحرک در خطر امبولی ریوی اند؛ مثلاً مریضانی که به مدت طولانی در بستر اند؛ خصوصاً به تعقیب جراحی حوصلی و بطنی، کسور پا و ستروک (stroke). سگته مغزی حامله گی یک فکتور؛ خطری دیگر است.

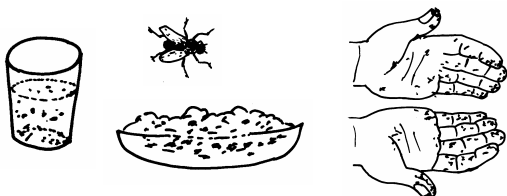
اگر یک شخص؛ از یکی از گروپ های خطری بالا دفعتاً نفس تنگی و تکی کاردی پیدا نموده و از درد صدی شاکمی شود؛ به امبولی ریوی مشکوک شوید. اعراض دیگر آن شامل هیماپتیزس (haemoptysis) و گنسیت است. تشخیص مرض بدون تجهیزات اختصاصی (ventilation perfusion scan) مشکل است. اکسری صدی و گراف قلبی (ECG) در صورتیکه امبولی کتلوی نباشد؛ نورمال میباشد.

تداوی آن با تطبیق بنداز های فشاری (compression bandages) در پاها، تطبیق اکسیجن و heparin صورت میگردد.

۹. اسهالات

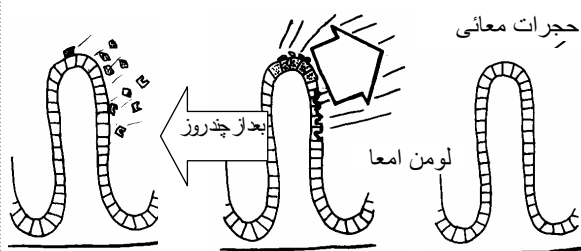
چگونه به اسهالات مصاب میشویم؟

اشخاص معمولاً از باعث بلع عوامل مرضی (ویروس ها، باکتری ها، کیست ها و تخم پرازیت ها) از طریق خوردن غذا های ملوث و یا نوشابه های ناپاک مصاب اسهال میشوند.



پتوفزیولوژی اسهالات (به طور ساده)

امعای رقیقه نورمال	اسهال	التیام بنفسمی
عوامل مرضی حجرات معائی	عوامل مرضی حجرات معائی	حجرات تخریب
را تخریب نموده در نتیجه باعث افراز مقدار زیاد مایعات به لومن امعا میشود.	را تخریب نموده در نتیجه باعث افراز مقدار زیاد مایعات به لومن امعا میشود.	شده با حجرات سالم تعویض میشوند.



خطرات اسهال

عوامل مرضی مخاط امعا را تخریب مینمایند. این حادثه نتایج ذیل را بار میآورد:

- * از دید افراز مایعات
- * خطر ضیاع مایعات که به دیهیدریشن منجر میشود.
- * تنقیص جذب مایعات و غذا
- * خطر دیهیدریشن و سوتغذی
- * بعض اوقات باکتری ها داخل جدار امعا میشوند (خون در مواد غایبه) خطر ورود باکتری ها به دوران خون و بوجود آمدن سپسیس

اسهال چگونه بهبود میابد؟

بدون در نظر داشت اسباب یا عامل مرضی؛ اسهالات زمانی بهبود حاصل میکنند که بدن؛ حجرات مخاطی تخریب شده را با حجرات جدید ترمیم نماید؛ که معمولاً ۲-۴ روز را در بر میگیرد. در موارد ذیل ترمیم به تعویق افتیده و اسهال دوامدار میشود:

- سوتغذی
- تغذی خراب در جریان اسهالات
- وقتی انتی بیوتیک ها بصورت نادرست استعمال شوند.

تداوی اساسی اسهالات عبارت است از:
ریهیدریشن فمی + تغذی خوب مداوم!

شکل ۹-۱: میکانیسم و خطرات اسهالات

اسهالات (diarrhoea) را چنین تعریف می کنند که عبارت از خارج ساختن مواد غایبه نرم یا آبگین به دفعات بیشتر از نورمال است. در یک تعداد زیاد مناطق اسهال با مواد غایبه نرم و آبگین که ۳ مرتبه و یا بیشتر از آن در ۲۴ ساعت خارج شود؛ مشخص میشود. وقتی کاهلان مصاب اسهالات میشوند به ندرت از اثر آن از بین میروند. اما نزد اطفال؛ اسهالات دومین سبب معمول مرگ را تشکیل میدهد. اسهالات از باعث خارج ساختن آب عضویت اطفال (دیهیدریشن - dehydration) سبب مرگ آنها میشود. همچنان اسهالات غالباً به سوتغذی منجر می شود. ۸۰٪ مرگ ناشی از اسهالات نزد اطفال کمتر از ۲ سال و خصوصاً زمانی واقع میشود که تغذی طفل با مواد غذائی جامد شروع میشود (weaning). دلیل آن اینست که مواد غذائی جامد غالباً با عوامل مرضی ملوث میباشد.

اسهال زمانی سرایت مینماید که اطفال یا کاهلان عوامل مرضی یا (pathogen) ها را بلع نمایند (شکل ۹-۱ دیده شود). حادثه زمانی واقع میشود که مواد غایبه حاوی عوامل مرضی به تماس آب نوشیدنی، دست ها، غذا و یا ظروف غذائی آید. بعض اوقات عوامل مرضی توسط مگس ها انتقال می یابند.

اسهالات قابل جلوگیری اند، در صورت وقوع اسهالات؛ تداوی موثر آن ساده است.

چگونه باید مریض مصاب اسهال را ارزیابی نمود؟

تاریخچه بگیرید

- موارد ذیل را سوال نمائید:
- مدت دوام (زیادتر یا کمتر از ۲ هفته)
- دفعات (چند مرتبه)
- موجودیت خون در مواد غایبه
- تظاهرات مترافقه (مثلاً تب، استفراغات یا اختلاجات)

مریض را معاینه نمائید

مهمترین نکته ارزیابی را مشخص نمودن شدت یا درجه دیهیدریشن تشکیل میدهد. معلومات ذیل را دریافته و از آنها در تعیین درجه دیهیدریشن استفاده نمائید

(شکل ۹-۲ دیده شود). ارزیابی دیهیدریشن در سوتغذی شدید در صفحه ۶۲-۶۳ دیده شود.

چطور باید دیهیدریشن را ارزیابی نمود؟

علائم کلینیکی دیهیدریشن:



۱. مشاهده نمائید:
 - وضعیت عمومی مریض؟
 - نوشیدن مریض؟
 - چشمان فرورفته؟
۲. جس نمائید:
 - چندک گرفتن جلد
 - نبض
۳. تصمیم گیرید

وضعیت عمومی مریض	طفل خوب بوده به ماحول خود علاقمند است.	مخرش و نا آرام	بیحال، بی هوش
نوشیدن	تشنه نیست.	تشنه است؛ با علاقه زیاد مینوشد.	کم نوشیده یا قادر به نوشیدن نیست.
چشمان و فانتل در اطفال کوچک	فرورفته گی وجود ندارد.	فرورفته است.	بسیار فرورفته است.
چندک گرفتن جلد	فوراً به حالت اولی بر میگردد.	به بطانت به حالت اولی بر میگردد.	بسیار به بطانت به حالت اولی بر میگردد (بیشتر از ۲ ثانیه).
نبض	نورمال	سریع	نبض کعبری سریع، ضعیف یا معدوم

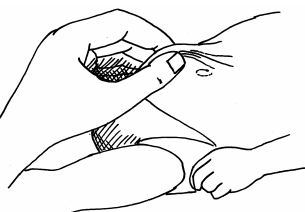
دیهیدریشن شدید
(ضیاع بیشتر از ۱۰% مایعات بدن)

دیهیدریشن خفیف
(ضیاع ۵%-۱۰% مایعات بدن)

دیهیدریشن وجود ندارد

شکل ۲-۹: چطور باید دیهیدریشن را ارزیابی نمود؟

جهت اندازه گیری تنقیص الاستیکیت جلد، ناحیه بطن و صدر طفل را با چندک بلند نمائید.



برطرف شدن چین خورده گی جلدی به بسیار آهسته گی نشان دهنده دیهیدریشن شدید است.



شکل ۳-۹: چندک زدن جلد

وضعیت عمومی:

- نورمال
- مخرش و نا آرام
- سست و بیحال یا بیهوش

در اطفال: عکس العمل طفل زمانیکه برایش مایع نوشیدنی داده میشود:

- طفل تشنه نیست؛ و به صورت نورمال مینوشد.
- طفل تشنه است و با علاقه مینوشد.
- قادر به نوشیدن نیست و بسیار کم مینوشد.

آیا چشمان طفل فرورفته (sunken eyes) است یا خیر؟

الاستیکیت جلدی (skin elasticity) چگونه است؟ (جلد ناحیه بطنی را با انگشتان تان بلند نمائید (شکل ۳-۹ دیده شود).

- چین خورده گی جلدی (skin pinch) فوراً بر میگردد.
- چین خورده گی جلدی با آهسته گی بر میگردد.
- چین خورده گی جلدی با بسیار آهسته گی بر میگردد (بیشتر از ۲ ثانیه)

هم چنان نزد اطفال بزرگتر و کاهلان جهت دریافت علائم شاک، نبض کعبری را جس نموده تعداد آنرا حساب نموده و فشار خون مریض را اندازه نمائید:

○ نبض کعبری: نورمال است، ضعیف است یا قابل جس نیست؟

○ فشار خون: نورمال است، پائین است یا قابل اندازه نیست؟

چطور میتوان به یک تشخیص کاری رسید؟

مریضان مصاب اسهالات را به اساس (۱) شدت دیهیدریشن و (۲) یکی از سه نوع اسهالات تصنیف نمایند. جواب سوالات ذیل را دریابید:

۱. دیهیدریشن درجه چند است؟

- دیهیدریشن وجود ندارد.
- دیهیدریشن خفیف وجود دارد.
- دیهیدریشن شدید وجود دارد.

۲. اسهال از کدام نوع است؟

- اسهال آبگین حاد
- اسهال حاد خوندار (دیزانتری - dysentery)
- اسهال معند یا دوامدار (دوام آن بیشتر از ۱ هفته بوده با یا بدون خون)

چطور باید مریض مصاب اسهال را تداوی نمود؟

موفقیت شما در تداوی مریض مصاب اسهال وابسته به تداوی دیهیدریشن نزد شان میباشد. اساسات اهتمامات دیهیدریشن عبارت اند از (۱) معاوضه مایعات ضایع شده (۲) معاوضه ضایعات جاری مایعات و (۳) حصول اطمینان از اینکه مریض مقدار های توصیه شده مایع روزانه خود را اخذ میدارد (maintenance fluid).

این سه نکته مهمترین و اساسی ترین بخش تداوی اسهالات میباشد. این نکات برای تمام انواع اسهالات یکسان و مشابه اند. اهتمامات یا تداوی دیهیدریشن نزد مریضان مصاب سو تغذی شدید در صفحه ۶۴ دیده شود.

اهتمامات دیهیدریشن

طوریکه در بالا ذکر شد؛ مریضان مصاب اسهال را به دلایل عملی به سه گروپ تقسیم نمائید:

۱. اسهال بدون دیهیدریشن
۲. اسهال همراه با دیهیدریشن خفیف
۳. اسهال همراه با دیهیدریشن شدید

۱. اسهال بدون دیهیدریشن

تظاهرات کلینیکی

- مریض خوب میباشد؛ تشنه نیست و به صورت نورمال مینوشد.

- علایم کلینیکی دیهیدریشن وجود ندارد.

اهتمامات

مریض را میتوان در خانه تداوی نمود.

۱. به مریض مایعات اضافی خوب بدهید (چوکات دیده شود). ضیاع مایعات بسیار قبل از تظاهر علایم کلینیکی دیهیدریشن شروع میشود. علایم کلینیکی زمانی تظاهر مینماید که ۵% مایع عضویت یا مقدار بیشتر از آن از عضویت ضایع شده باشد. بناً وقایه دیهیدریشن باید زمانی شروع شود که ضیاع مایع شروع میشود. این بدان معنی است که با خارج شدن اولین مواد غایطه آبگین با معاوضه مایعات و الکترولیت های ضایع شده از طریق مواد غایطه و استقراغات؛ از دیهیدریشن جلوگیری شود.

لازم است توضیح دهید که مریض باید جهت جلوگیری از دیهیدریشن مقدار مایعات بیشتر از حالت نورمال را بنوشد (شکل ۴-۹ دیده شود).

مایعات خوب برای مریضان مصاب اسهالات

مایعات مناسب ریهایدریشن فمی در سو تغذی شدید را در صفحه ۶۴ ببینید.

مایعات بسیار خوب

● محلولات ریهایدریشن که از مواد غذایی تهیه میشوند:

این محلولات نسبت به ORS بهتر اند زیرا این ها انرژی تا ۳ مرتبه بیشتر از ORS را تولید نموده نشان داده اند که حجم مواد غایطه را تا ۴۰% تقلیل میدهند. تهیه این مواد غذایی برای فامیل ها کار مشکل نیست زیرا این غذا ها همیشه قابل دسترس اند.

- آب برنج یا شوله
- یخنی شوربا
- سوپ کچالو
- هر غذای دیگر که در هنگام جدا ساختن طفل از شیر مادر توصیه میشود با انداختن مقدار بیشتر آب نظر به حالت نورمال. به مادر طفل بگوئید که این ها به جای غذا داده نمیشوند بلکه غذای اضافی اند که جهت تداوی اسهال داده شوند.

نوت: محلول آرد و نمک دیگر توصیه نمیشود زیرا مقدار نمک به آسانی میتواند زیاد علاوه گردد که این کار باعث hypnatraemia میگردد که خود باعث تشدید دیهیدریشن شده و ممکن اختلاجات را بار آورد. اگر فامیل طفل با محلول آرد و نمک عادت نموده باشند به ایشان اکیداً توصیه نمائید که محلول را زیاد نمکی نسازند.

● محلول ریهایدریشن فمی (ORS)

محتوی یک پاکت ORS را در ۴ گیلان آب جوش داده شده (حدود یک لیتر) حل نمائید. میتوان آنرا در چای سبز بدون شیرینی و کمرنگ نیز حل نمود.

مایعات قابل تجویز

- آب صاف
- چای بدون بوره
- نوت: از چای شیرین، نوشابه های غیر الکھولی (مثلاً فانتا، پیسی، یا کوک) یا جوس های شیرین میوه جات استفاده نکنید. مایعات ذکر شده ممکن سبب تشدید دیهیدریشن می گردند.

تعلیمات صحی مهم در اسهالات

۱. طرز تهیه محلول ابرا که از مواد غذایی ساخته می شود یا تهیه محلول ORS را نشان دهید.



این طفل از سبب دیهیدریشن فوت مینماید زیرا هیچ کسی طرز تهیه و استفاده از محلولات ریهیدریشن غذایی و محلول ORS را برای مادرش نگفته است.

شکل ۴-۹: کسب دانش در باره دیهیدریشن؛ وسیله تأمین کننده زنده گی است.

۲. طفل را مایعات خوب اضافی بدهید.

- از مایعات اضافی خوب؛ تا اندازه که طفل بخواهد برایش بدهید.
- هر زمانیکه طفل مصاب اسهال باشد؛ از مایعات اضافی خوب بدهید. به مادر طفل توضیح نمائید که چه مقدار مایعات به طفل بدهد (متن دیده شود).
- دادن مایعات اضافی را الی توقف اسهالات ادامه دهید.
- ۳. تغذی طفل را ادامه دهید.
- طفل را به دفعات بیشتر و هر مرتبه برای مدت بیشتر؛ با شیر مادر تغذی نمائید.
- دادن غذای روزمره را ادامه دهید مگر اطمینان حاصل نمائید که غذای خوب و مغذی میباشد (مثلاً آرد قوت).
- به طفل به دفعات بیشتر غذا بدهید. هدف آنست تا به طفل غذای مقوی به اندازه بدهید که میخواهد.
- بعد از توقف اسهال؛ برای ۲ هفته به طفل روزانه یک غذای اضافی بدهید.
- ۴. علایم خطر را توضیح دارید.
- به مادر طفل بگوئید که در موارد ذیل طفل خود را به زودی نزد شما بیاورد:
- نوشیدن و مکیدن شیر نزد طفل خرابتر شود.
- طفل بیشتر مریض شود.
- در مواد غایبه طفل خون ظاهر شود.
- نزد طفل تب بوجود آید.
- طفل به طور مکرر استفراغ نماید.

- اگر طفل با شیر مادر تغذیه میشود، به مادر بگوئید که طفل را به دفعات بیشتر و برای مدت طولانی تر در هر بار تغذی شیر بدهد. بر علاوه شیر مادر به طفل از محلول ORS و سایر مایعات خوب بدهید. دادن ORS یا محلولات ریهیدریشن؛ که منشا غذایی دارند؛ در خانه مهم است. خصوصاً زمانیکه آوردن دوباره طفل به کلینیک در صورت تشدید اسهالاتش مشکل باشد.
- برای مادر طرز تهیه ORS یا محلولات ریهیدریشن را که منشا غذایی دارند، بیاموزانید. در صورتیکه ORS در دسترس باشد؛ ۲ پاکت آنرا بدهید تا در خانه استفاده

نماینند (طرز تهیه ORS را برای اطفال مصاب سو تغذی شدید در صفحه ۶۴ ببینید).
• نشان دهید که بر علاوه مایعات معمول چه مقدار دیگر مایعات داده شود:

اطفال کمتر از ۲ سال	۱/۴-۱/۲ گیلان در مقابل هر بار تغوط
اطفال ۲-۱۰ سال	۱-۱/۲ گیلان در مقابل هر بار تغوط
کاهلان و اطفال بالاتر از ۱۰ سال	۱-۲ گیلان در مقابل هر بار تغوط

- به مادر طفل بگوئید که مقدار های کم مایع را به دفعات مکرر با یک پیاله پاک به طفل بدهد. اگر طفل استفراغ مینماید؛ برای ۱۰ دقیقه انتظار بکشید. بعداً دوباره آهسته تر شروع نماید. از شیر چوشک باید استفاده نشود.
- به دادن مایعات اضافی الی توقف اسهالات ادامه بدهید.

۲. به تغذی ادامه دهید. اسهالات بالای تغذی اثرات

خطرناک دارد. زیرا طفل مصاب اسهالات (۱) غذا کمتر میخورد (۲) غذایی را که میخورد خوب جذب نمیشود و (۳) ضروریات تغذیوی وجود زیاد میشود. این سه فکتور دلیل اینرا که چرا اسهال اکثراً ضیاع وزن و توقف نشوونمو را بار میآورد، توضیح میدارد. اگر طفل از قبل مصاب سو تغذی بوده باشد؛ اسهال؛ آنرا تشدید مینماید. بالنوبه؛ سو تغذی موجوده اسهال را تشدید مینماید زیرا برای شفایابی امعا از اسهال به مواد مغذی ضرورت میباشد. باور های غلط که در مورد تغذیه و اسهال وجود دارند؛ این وضعیت را بیشتر تشدید مینماید (مثلاً بعض اوقات طفل مصاب اسهال گرسنه میماند؛ یا صرف غذا های رقیق یا غذاهای فقیر از مواد غذایی برایش داده میشود).

سو تغذی را وقایه نموده برای طفل غذای غنی از مواد مغذی در جریان اسهال و یک غذای اضافی برای ۲ هفته بعد از توقف اسهال بدهید. به خاطر داشته باشید که شفای اسهال وابسته به ترمیم مخاط تخریب شده میباشد (شکل ۱-۹ دیده شود). برای ترمیم مخاط به تغذیه خوب ضرورت میباشد. غذای فقیر از مواد مغذی ترمیم را به تعویق انداخته و ممکن به اسهال مزمن منجر شود.

بعض اوقات مادر فکر مینماید که هر چه را به طفلش بخوراند باعث اسهال میشود. مگر این بدان معنی نیست که تغذیه طفل؛ اسهال را شدید میسازد. این علامه آنست که مخاط امعا هنوز هم تخریب شده میباشد و نمیتواند تمام مواد غذایی را جذب نماید. مواد غذایی که جذب نشده اند سریعاً از امعا خارج میشوند. اگر به تغذیه ادامه داده شود، مقدار

سن	مقدار تقریبی ORS که در ظرف ۴ ساعت اول داده شود.
کمتر از ۴ ماه	200-400 ml (۱-۲ گیلان)
۴-۱۱ ماه	400-600 ml (۲-۳ گیلان)
۱۲-۲۳ ماه	600-800 ml (۳-۴ گیلان)
۲-۴ سال	800-1200 ml (۴-۶ گیلان)
۵-۱۴ سال	1200-2200 ml (۶-۱۱ گیلان)
کاهلان	2200-2400 ml (۱۱-۱۲ گیلان)

- طرز تهیه و طریقه دادن ORS یا محلول ریه‌پدریشن با منشا مواد غذائی، را نشان دهید:
 - از محلول ORS به مقدار یک قاشق چایخوری در هر دقیقه برای اطفال کمتر از ۲ سال بدهید. از شیر چوشک نه باید استفاده شود! به اطفال بزرگتر و کاهلان جرعه های مکرر با یک پیاله داده شود.
 - اگر مریض استقرآخ نماید؛ معمولاً ORS سریع نوشانیده شده است. برای ۵-۱۰ دقیقه انتظار کشیده بعداً عملیه را آهسته تر ادامه دهید (یک قاشق چای خوری ORS را هر ۲-۳ دقیقه بعد دهید).
 - به مادر طفل مشوره دهید که هر زمانیکه طفل خواسته باشد، برای او شیر بدهد. زمانیکه طفل شیر خوردن را توقف داد، دادن محلول ORS را به او ادامه دهید.

- بعد از ۴ ساعت مریض را دوباره ارزیابی نمائید: درجه دیه‌پدریشن را مشخص نمائید و مطابق آن تداوی را ادامه دهید. ریه‌پدریشن زمانی مکمل میشود که (۱) مریض تشنه گی نداشته باشد (۲) مریض ادرار نماید (۳) زمانیکه علائم دیگر دیه‌پدریشن برطرف شوند.
- اگر مریض مجبور باشد قبل از تکمیل تداوی ۴ ساعته از نزد شما برود:

الف. طرز تهیه محلول ORS یا محلول ریه‌پدریشن از مواد غذائی را دوباره نشان دهید.

ب. مقدار محلول را که برای تکمیل دوره ریه‌پدریشن ۴ ساعته داده شود، نشان دهید.

ج. تعداد کافی پاکت های ORS را که برای تکمیل ریه‌پدریشن ضرورت است همراه با ۲ پاکت اضافی دیگر بدهید.

۲. اساسات تداوی در خانه را توضیح دارید (تفصیلات آنرا در بخش "۱. اسهال بدون دیه‌پدریشن" ببینید):

- الف. مایعات اضافی داده شود.
- ب. تغذی ادامه داده شود.
- ج. متوجه علائم خطر باشند و زمان آمدن دوباره را بدانند.

۳. دواهای غیر ضروری و خطرناک را ندهید!

های بیشتر و بیشتر غذا جذب شده و بالآخره اسهال متوقف میشود.

برای جزئیات چگونه گی ادامه تغذی، چوکات "تعلیمات صحی مهم در اسهالات" دیده شود.

۳. علائم خطر و زمانی را که مریض جهت ارزیابی دوباره مراجعه نماید؛ توضیح نمائید (چوکات "تعلیمات صحی مهم در اسهالات" دیده شود).

۴. دوا های غیر ضروری و خطر ناک را توصیه ننمائید. از انتی بیوتیک ها به صورت روتین استعمال ننمائید. اکثریت واقعات اسهالات بوسیله فکتور های وجود میآمده باشند که انتی بیوتیک ها برای شان موثر نیستند. انتی بیوتیک ها بعض اوقات دوام اسهالات را طولانی ساخته یا به عود مرض منجر میشوند. انتی بیوتیک ها صرف نزد اطفال مصاب اسهالات خوندار یا واقعات مشکوک کولرا همراه با دیه‌پدریشن شدید توصیه میشوند. هیچگاهی به اطفال کمتر از ۵ سال ادویه ضد اسهال (anti-diarrhoeal) و ضد استفراغ (anti-emetics) توصیه ننمائید. این دوا ها از دیه‌پدریشن جلوگیری ننموده و حالت تغذی را بهبود نمیبخشند. خصوصاً دوا ها anti-motility (codeine یا loperamide, diphenoxylate) اثرات خطر ناک و بعضاً کشنده دارند.

۲. اسهال همراه با دیه‌پدریشن خفیف

تظاهرات کلینیکی

- مریض ناآرام یا مخرش و تشنه میباشد.
- چشمان مریض فرورفته میباشد.
- چین خوردهگی جلدی؛ به آهسته گی بر میگردد.

اهتمامات

اگر امکان داشته باشد از تداوی نظارت بعمل آورید. به مریض الی زمانیکه ضیاع مایعات اصلاح نشده باشد و وضعیت او ثابت نشده باشد؛ اجازه رفتن به خانه را ندهید.

۱. مقدار ORS را که برای معاوضه مایعات ضایع شده ضرورت است؛ در ظرف ۴ ساعت آینده بدهید.

- مقدار مایع ORS را که باید در ظرف ۴ ساعت بعدی داده شود مشخص نمائید. اگر وزن مریض را میدانید، ORS را به مقدار 75 ml/kg در ظرف ۴ ساعت بدهید. اگر وزن مریض معلوم نباشد؛ مایعات را بر اساس سن وی بدهید:

۳. اسهال همراه با دیهیدریشن شدید

تظاهرات کلینیکی

هر گاه ۲ علامه؛ از علائم ذیل وجود داشته باشند؛ دیهیدریشن شدید تشخیص شود:

- ✗ خواب آلودگی یا ضیاع شعور
- ✗ مریض قادر به نوشیدن نیست و یا کم مینوشد
- ✗ چشمان مریض بسیار فرورفته میباشد.
- ✗ چین خورده گی جلدی مریض؛ به بسیار آهسته گی بر میگردد (۲ ثانیه یا بیشتر از آن)
- ✗ علائم شاک موجود میباشد. (نبض سریع، نبض کعبری معدوم یا ضعیف، دست ها و پاهای سرد و پائین بودن فشار خون)

اهتمامات

دیهیدریشن شدید را فوراً تداوی نمائید؛ چه یک واقعه عاجل میباشد. اگر امکان داشته باشد؛ تداوی در شفاخانه صورت گیرد. بهر صورت؛ در جریانیکه مریض را به شفاخانه انتقال میدهند؛ باید تداوی را فوراً آغاز نمائید.

۱. محلول Ringer-Lactate را از طریق وریدی بطور عاجل تطبیق نمائید. اگر محلول Ringer-Lactate در دسترس نباشد؛ از محلول sodium chloride 0.9% استفاده نمائید. 5% glucose ندهید زیرا برای معاوضه مایعات ضایع شده؛ مناسب نمیباشد. اگر مریض قادر به نوشیدن باشد در جریان تطبیق و عیار سیروم به وی ORS بدهید.

محلول Ringer-Lactate را به مقدار 100 ml/kg از طریق وریدی؛ طوریکه در ذیل تقسیمات شده است، بدهید:

- اطفال کمتر از یک سال: 30 ml/kg در ساعت اول و بعداً 70 ml/kg در ظرف ۵ ساعت بعدی
- کاهلان و اطفال بالاتر از یک سال: 30 ml/kg در نیم ساعت اول و بعداً 70 ml/kg در ظرف ۲،۵ ساعت بعدی.

اگر مریض را وزن نموده نمیتوانید؛ وزن او را تخمین نموده مطابق آن وی را تداوی نمائید. منحیث یک قاعده عمومی؛ مایعات وریدی را تا زمانی که سرعت تطبیق نمائید که یک نبض کعبری قوی جس شود. بعداً مایعات باقی مانده را آهسته تر در ظرف ۲،۵ الی ۵ ساعت؛ با در نظر داشت سن مریض (بالا دیده شود)؛ تطبیق نمائید. یک شخص کاهل ممکن برای تداوی دیهیدریشن خود به چندین لیتر مایعات ضرورت داشته باشد.

اگر تطبیق مایعات وریدی امکان نداشته باشد؛ محلول ORS را از طریق تیوب انفی معدوی دهید (شکل ۵- الف در صفحه ۳۲۹ دیده شود).

۲. مریض را هر ۱۵-۳۰ دقیقه بعد الی جس نمودن یک نبض کعبری قوی دوباره ارزیابی نمائید. اگر هایدریشن اصلاح نمیشود؛ قطرات سیروم را سریعتر تطبیق نمائید. بعداً مریض را هر ۱-۲ ساعت بعد جهت حصول اطمینان ازینکه او بهبودی کسب مینماید؛ ارزیابی نمائید. پیشرفت حالت صحی مریض را با ارزیابی (۱) سطح شعور (۲) قدرت نوشیدن (۳) و برگشت چین خورده گی جلدی مورد قضاوت قرار دهید.

۳. به زودی بعد از آنکه مریض قادر به نوشیدن بدون مشکلات میشود؛ که معمولاً ۲-۴ ساعت را در بر میگیرد؛ مایعات فمی (ORS) را شروع نمائید.

۴. بعد از آنکه تداوی عاجل تکمیل شد؛ مریض را جهت اتخاذ تصمیم برای تداوی تعقیبه دوباره ارزیابی نمائید.

- اگر علائم دیهیدریشن وجود نداشته باشد؛ تداوی مریض را مطابق آنچه تحت عنوان "۱. اسهال بدون دیهیدریشن" ذکر شد؛ ادامه دهید.
- اگر هنوز هم بعض علائم دیهیدریشن وجود داشته باشد؛ تداوی را با ORS یا مطابق "۲. اسهال همراه با دیهیدریشن خفیف" ادامه دهید.
- اگر نبض کعبری هنوز هم بسیار ضعیف یا غیر قابل جس است؛ تطبیق مایعات وریدی را به زودی ادامه دهید.

۵. اگر امکان داشته باشد؛ مریض را بعد از تکمیل ریهیدریشن باید برای مدت ۶ ساعت تحت مشاهده داشته باشید یا اطمینان حاصل نمائید که مریض مقدار کافی ORS را بعد از دفع مواد غایطه (یا استفراغ) اخذ میدارد و دوباره دیهیدری نمیشود.

اسهال حاد آبگین

اسهال حاد آبگین؛ معمولاً به جز از تداوی دیهیدریشن به کدام تداوی دیگر ضرورت نمیداشته باشد. اسباب اسهال آبگین در چوکات دیده شود.

کولرا (CHOLERA)

کولرا از سه جهت با سایر واقعات اسهال آبگین فرق دارد:

۱. مقادیر زیاد اسهال آبگین؛ در ظرف چند ساعت به دیهیدریشن شدید منجر میشود (ضیاع مایعات در ۲۴ ساعت به ۳۰ لیتر رسیده میتواند).

- لباس مریض را با گذاشتن در بین آب جوش برای مدت ۵ دقیقه؛ ضد عفونی نمائید.
- بستر مریض را در اشعه آفتاب خشک نمائید.
- مواد غایطه مریض را دفن نمائید.
- از آب مصئون و صحتی استفاده نمائید.
- باید دست های خود را قبل از خوردن غذا و تهیه مواد غذایی با آب و صابون خوب بشویند.

۴. واقعات مشکوک کولرا را به مقامات صحتی ساحوی اطلاع دهید.

اسهال حاد خوندار (دیزانتری-*dysentery*)

اسهال ای که در آن خون واضح وجود داشته باشد، بنام دیزانتری یاد میشود. دیزانتری حاد معمولاً از باعث باکتری شیگیلا (*shigella*) بوجود میآید. موجودیت خون در مواد غایطه نشان دهنده آنست که عوامل مرضی دیوار مخاطی امعا را سوراخ نموده ممکن داخل دوران خون شود. هر چندی که دیزانتری صرف ۱۰٪ تمام اسهالات اطفال را تشکیل میدهد ولی مسئول ۱۵٪ مرگ نزد اطفال میباشد. اطفال مصاب سوتغذی شدید و کسانی که اخیراً سرخکان را گذرانده اند در معرض خاص خطر قرار دارند. دیزانتری آمیبی در مقایسه با دیزانتری باسیلر نادر میباشد. بناً اطفال را در قدم اول قبل از مد نظر گرفتن دیزانتری آمیبی برای دیزانتری باسیلر تدای نمایند.

جدول ذیل تفاوت های کلینکی عمده میان دیزانتری باسیلر و آمیبیک را نشان میدهد:

دیزانتری آمیبیک <i>amoebic dysentery</i>	دیزانتری باسیلر <i>bacillary dysentery</i>	
نادر	معمول	
شروع تدریجی	شروع آنی	شروع مرض
نخیر	بلی	درد بدن و تب قبل از شروع دیزانتری
مریض خوب میباشد	مریض، خواب آلود، خرابی اشتها	وضعیت عمومی
غیر معمول	معمول	دیهایدیشن
غیر معمول	معمول	استفراغ
غیر معمول	تب بلند	تب
چندین هفته	به صورت خود بخودی بعد از چند روز الی ۱۰ روز بهبود مییابد.	دوام مرض در صورت عدم تدای
به وقفه های متفاوت دوباره عود مینماید و انتان برای چندین سال دوام نموده میتواند.	عود نمی کند.	عود مرض

در ذیل یک قاعده ساده نشان داده شده است:

اسهال + خون + تب = دیزانتری باسیلر

اسهال + خون + عدم موجودیت تب = دیزانتری آمیبی

اسباب اسهالات آبگین حاد

اسباب معمول

- ویروسی

اسباب کمتر معمول

- نسسم غذایی
- بکتریائی
- روانی (فشار ها)
- تب محرقة
- هر حادثه انتانی نزد اطفال با اسهالات همراه بوده میتواند(مثلاً ملاریا، التهاب گوش متوسط یا امراض ویروسی)
- عوارض جانبی ادویه

۲. کولرا به شکل اپیدیمی های بزرگ واقع شده که کاهلان و اطفال را مصاب میسازد.

۳. انتی بیوتیک های خاص دوام مرض را کوتاه میسازد.

تظاهرات کلینیکی:

دوره تقریخ مرض از چند ساعت تا ۵ روز فرق مینماید. اگر یک شخص کامل یا یک طفل بالاتر از ۵ سال از باعث اسهال آبگین؛ در ظرف چند ساعت مصاب دیهیدریشن شدید شود؛ به کولرا مشکوک شوید. این نوع اسهال به صورت وصفی بدون درد میباشد. معمولاً استفراغات بزودی بعد از شروع اسهال؛ آغاز میشود.

اگر در ساحه شما کولرا شیوع نموده باشد؛ نزد هر طفل خورد سال مصاب اسهال آبگین؛ به کولرا مشکوک شوید.

اقدامات:

۱. دیهیدریشن را به شدت و سرعت تدای نموده و ضایعات جاری را معاوضه نمائید. اگر مقدار ضایعات مریض نسبت به مقدار ORS فمی که اخذ نموده میتواند؛ بیشتر باشد؛ محلول Ringer-Lactate را از طریق وریدی برایش بدهید. ضیاع مایعات در ۲۴ ساعت اول شدید میباشد.

۲. دوز واحد *doxycycline* را به مقدار 300 mg یا *tetracycline* را به مقدار 250 mg روز ۴ مرتبه برای ۵ روز بدهید) برای تمام کاهلان مصاب دیهیدریشن بدهید (این دوا ها نزد اطفال و زنان حامله مضاد استتباب اند).

برای اطفال و زنان حامله *co-trimoxazole* یا *erythromycin* برای سه روز بدهید. این انتی بیوتیک ها دفعات و مقدار مواد غایطه را در کولرا تنقیص میدهند.

۳. به مریض و فامیلش توضیح نمائید که کولرا سریعاً از طریق مواد غایطه سرایت و انتشار میابد. به ایشان هدیایات ذیل را بدهید:

اگر بعد از دو روز مریض؛ بهبودی کسب ننموده باشد؛ انتی بیوتیک اولی را قطع نموده و انتی بیوتیک خط دوم را تطبیق نمایید. در اطفال nalidixic acid فمی بدهید. در کاهلان و اطفال بالاتر از ۱۲ سال nalidixic acid، فمی ciprofloxacin یا ofloxacin فمی بدهید.

اگر بعد از اخذ انتی بیوتیک خط دوم نیز بهبودی حاصل نشود، مریض را به صورت کامل برای دریافت سایر اسباب اسهال خوندار معاینه نمایید (چوکات دیده شود). اگر شما کدام حالت دیگر را دریافت نموده نتوانستید، مریض را برای دیزانتری احتمالی آمیبیک با metronidazole برای ۵ روز تداوی نمایید.

اسباب اسهالات خوندار

اسباب معمول

- دیزانتری بکتریایی

اسباب کمتر معمول

- دیزانتری آمیبیک

اسباب نادر

- Trichuriasis (کرم های شلاق مانند)
- امراض التهابی معانی (IBD)
- دیزانتری ناشی از تطبیق انتی بیوتیک (کولیت)

اهتمامات دیزانتری آمیبیک (amoebic dysentery)

۱. مریض را از نظر دیهایدریشن ارزیابی نموده و مطابق شدت آن طوریکه در صفحات گذشته توضیح شده تداوی نمایید.

۲. **Metronidazole** فمی را به مقدار 35-50 mg/kg/day به ۳ دوز کسری برای ۵-۱۰ روز بدهید (اطفال ۲-۵-۱۲ ماه 50-100 mg روزانه ۳ مرتبه، اطفال ۵-۱۲ سال 100-200 mg ۳ مرتبه در روز، اطفال ۱۲-۶ سال 200-400 mg روزانه ۳ مرتبه، کاهلان 750-800 mg سه مرتبه در روز).

اگر مریض بعد از ۲ روز بهبودی حاصل ننماید، دیزانتری باسیلر را دوباره تحت ملاحظه قرار دهید. صرف زمانی تشخیص دیزانتری آمیبیک (amoebic dysentery) را گذاشته میتوانید که معاینه میکروسکوپی مواد غایبه تروفوزویت (trophozoites) های *E. histolytica* را که حاوی کریوات سرخ خون باشد، نشان دهد. دریافت کیست (cyst) های آمیبیک نشان دهنده آن نیست که دیزانتری از باعث آمیب بوجود آمده است. یک تعداد زیاد اشخاص ناقلین بدون عرض سیست های آمیب اند. این بدان معنی است که شما

اهتمامات دیزانتری باسیلر (bacillary dysentery)

اطفال کوچکتر از ۲ ماه و اطفال مصاب سو تغذی شدید باید در شفاخانه تداوی شوند.

۱. مریض را از نظر دیهایدریشن ارزیابی نموده و دیهایدریشن را مطابق شدت آن طوریکه در صفحات گذشته توضیح شده تداوی نمایید.

۲. تغذی مریض را ادامه دهید.

۳. **Co-trimoxazole** برای ۵ روز بدهید (چوکات دیده شود). نزد مریضان شدید تداوی را با یک انتی بیوتیک خط دوم آغاز نمایید.

۴. مریض را بعد از ۲ روز دوباره ارزیابی نمایید. مریض را دوباره از نظر دیهایدریشن ارزیابی نموده و علایم ذیل را که نشان دهنده بهبودی اند، جستجو نمایید:

- از بین رفتن تب
- کم شدن مقدار خون در مواد غایبه
- کم شدن دفعات مواد غایبه
- بهبودی اشتها و برگشت به فعالیت های نورمال

انتی بیوتیک ها در دیزانتری باسیلر

مقاومت شگیلا در مقابل انتی بیوتیک ها وسعت کسب نموده است. بدین دلیل مهم است تا صرف از یک انتی بیوتیک در یک وقت توصیه شود تا از ازدیاد بیشتر خطر مقاومت بکتریایی جلوگیری شود.

انتخاب اول نزد اطفال و کاهلان

• Co-trimoxazole فمی به مقدار 48 mg/kg/day به ۲ دوز کسری		
۶ هفته-۱۲ ماه	120 mg	روزانه ۲ مرتبه
۱-۵ سال	240 mg	روزانه ۲ مرتبه
۶-۱۲ سال	480 mg	روزانه ۲ مرتبه
کاهلان	960 mg	روزانه ۲ مرتبه

• Ampicillin فمی یا عضلی/وریدی به مقدار 50-100 mg/kg/day به ۳ دوز کسری		
۲-۱۲ ماه	125-250 mg	روزانه ۳ مرتبه
۱-۵ سال	250-500 mg	روزانه ۳ مرتبه
۶-۱۲ سال	500 mg	روزانه ۳ مرتبه
کاهلان	500 mg-1 g	روزانه ۳ مرتبه

انتی بیوتیک های خط دوم

• Nalidixic acid فمی به مقدار 50 mg/kg/day به ۴ دوز کسری		
۲-۱۲ ماه	62.5-125 mg	روزانه ۴ مرتبه
۱-۵ سال	250 mg	روزانه ۴ مرتبه
۶-۱۲ سال	500 mg	روزانه ۴ مرتبه
کاهلان	500 mg	روزانه ۴ مرتبه

• **Ciprofloxacin** فمی (صرف برای کاهلان)

کاهلان	250-500 mg	روزانه ۲ مرتبه
--------	------------	----------------

نوت: انتی بیوتیک های ذیل در دیزانتری باسیلر موثر نیستند:

generation اول و دوم amoxicillin, chloramphenicol, cephalosporin (مثلا cephalexin یا cephradine)، furazolidone، gentamicin، metronidazole، nitrofurantoin، streptomycin و tetracycline.

اهتمامات اسهال دوامدار نزد اطفال:

۱. **مریض را از نظر علایم دیهایدریشن ارزیابی نموده** و مایعات را به اساس درجه دیهایدریشن تطبیق نمائید (صفحه ۱۱۰-۱۱۲ دیده شود).

۲. **تغذیه خوب؛** مهمترین بخش تداوی اسهال دوامدار است. تغذیه بر علاوه آنکه انرژی و مواد مغذی طفل را تهیه مینماید؛ در قسمت التیام امعا نیز کمک مینماید. که التیام امعا معمولاً اسهال را متوقف میسازد. تغذی نورمال یک طفل مصاب اسهال دوامدار اکثراً برایش ناکافی میباشد. اگر شما طرز تغذی خوب طفل را به مادرش میآموزانید، مادر نه تنها طفل را معالجه مینماید بلکه از امراض آینده نیز جلوگیری مینماید.

- تغذی با شیر مادر ادامه داده شود. مادر طفل را نظر به حالت نورمال زیادت و به مدت طولانی تر شیر بدهد و این کار را روز و شب انجام دهد.
- غذا های غنی از پروتئین داده شود. به مادر طفل طرز تهیه آرد قوت را بیاموزانید.
- به طفل مریض غذا ی کم را به دفعات مکرر؛ حد اقل ۶ مرتبه در روز بدهند.

نوت: اگر اسهال طفل با نوشیدن شیر حیوانات تشدید شود؛ ممکن طفل عدم تحمل لکتوز داشته باشد (در ذیل دیده شود).

۳. **اگر ضرور باشد از دوا های ذیل داده شود:**

- **Folate** و **multivitamins + minerals** برای ۲ هفته و یک دوز **ویتامین A**.
- اگر مواد غایطه مریض خون داشته باشد؛ دیزانتری باسیلر را تداوی نمائید. تداوی دیزانتری آمیبی را صرف زمانی تطبیق نمائید که دیزانتری آمیبی در معاینه میکروسکوپیکی تثبیت شود یا دو انتی بیوتیک مختلف در تداوی دیزانتری باسیلر؛ وضعیت طفل را بهبود نبخشند.
- **Metronidazole** فمی را به مقدار 20 mg/kg/day ۳ دوز کسری برای ۵ روز در موارد ذیل جهت تداوی جیاردیازز بدهید (۱) اگر cyst ها یا تروفوزویت (trophozoites) های جیاردییا (giardia) در معاینه میکروسکوپیکی مواد غایطه دیده شوند (۲) اگر معاینه میکروسکوپیکی قابل دسترس نباشد. دریافت تخم کرم ها در معاینه مواد غایطه نشان دهنده آن نیست که اعراض از باعث کرم بوجود آمده؛ مگر کرم ها را با تطبیق دوا (مثلاً mebendazole) تداوی نمائید زیرا کرم ها ممکن حالت تغذی مریض را خرابتر سازند.

کیست های آمیب را در مواد غایطه شان دریافت نموده میتوانید.

تعداد کم مریضان دیزانتری آمیبیک بسیار شدید میداشته باشند. برای این مریضان دوز اعظمی metronidazole را برای ۱۰ روز بدهید. اگر در مقابل دوز بلند metronidazole جواب حاصل نشود doxycycline را (نزد اطفال و خانم های حامله مضاد استتباب است) نیز علاوه نمائید.

نوت: اگر در جامعه یک تعداد زیاد اشخاص ناقلین بدون عرض کیست آمیب باشند؛ دادن diloxanide برای از بین بردن کیست کار مناسب نیست شخص به زودی دوباره منتن میشود (re-infection).
آبسه های آمیبیک کبد را در صفحه ۱۴۴ ببینید.

اسهالات دوامدار (persistent diarrhoea)

اسهال خوندار یا بدون خون که برای مدت بیشتر از ۱۴ روز دوام نموده باشد؛ بنام اسهال دوامدار (معند) یاد میشود (چوکات دیده شود). این نوع اسهال نزد اطفال مصاب سوتغذی معمول است.

مریض را از نظر دیهایدریشن ارزیابی نموده (صفحه ۶۲-۶۳ را برای طرز ارزیابی اطفال مصاب سوتغذی شدید ببینید). بعداً تصمیم بگیرید که مریض در کدام گروپ ذیل قرار میگیرد:

۱. اسهال دوامدار **بدون دیهایدریشن**.

۲. اسهال دوامدار **همراه با دیهایدریشن**. این نوع اسهال به نام اسهال دوامدار شدید یاد میشود که معمولاً نزد اطفال مصاب سوتغذی شدید دریافت میشود. اکثراً این اطفال مصاب امراض شدید غیر معائی مثلاً نومونیا میباشدند. این اطفال باید در شفاخانه تداوی شوند.

اسباب اسهالات معند

اسباب معمول

- معمولترین سبب نزد اطفال • سوتغذی

اسباب کمتر معمول

- دیزانتری آمیبی
- جیاردیازز
- اسهال ناشی از تطبیق انتی بیوتیک
- عدم تحمل لکتوز
- سایکولوژیک (فشار ها)
- تویرکلوز
- عوارض جانبی ادویه
- کانسر امعا
- مرض التهابی امعا (IBD)
- Tropical sprue (تروپیکل سپرو)
- ایدس

20 mg/kg روزانه به سه دوز کسری برای ۵ روز تداوی نمائید. ادویه بدیل metronidazole عبارت از tinidazole است.

اسهال ناشی از انتی بیوتیک

انتی بیوتیک ها سبب اسهال شده میتوانند زیرا این ها باکتری های خوب (فلورای نورمال) را که عضویت به موجودیت آنها در رما جهت هضم مواد غذایی و وظیفه نورمال خود ضرورت دارد؛ از بین میبرد. این موضوع دلیل اصلی اینکه ما نباید انتی بیوتیک ها را بصورت روتین؛ برای تداوی اسهال آبگین و اسهال دوامدار بدهیم؛ میباشد. اگر اسهال ناشی از انتی بیوتیک به صورت خودبخودی بهبود حاصل ننماید؛ metronidazole بدهید.

عدم تحمل لکتوز (LACTOSE INTOLERANCE)

تخریب حجرات مخاطی؛ چه در جریان اسهال حاد و چه در جریان اسهال دوامدار؛ ممکن نقیصه انزایم لکتاز را که برای هضم شیر حیوانات ضرور است؛ بار آورد.

تظاهرات کلینیکی

اگر نزد مریضی؛ معمولاً یک طفل؛ زمانیکه شیر حیوانی داده شود و حجم مواد غایطه زیاد شود و علایم دیهایدریشن تشدید شود؛ به عدم تحمل لکتوز مشکوک شوید. سایر تظاهرات کلینیکی آن عبارت از درد های کولیکی بطنی، توسع بطنی و تولید نفخ و گاز میباشد.

اهتمامات

به جای شیر حیوانی به طفل، شیر مادر زیادتر داده شود و اگر ماست قابل دسترس باشد از آن به عوض شیر حیوانی برای طفل بدهید. مقدار لکتوز ماست کمتر بوده و خوبتر تحمل میشود. اگر ماست در دسترس نباشد؛ مقدار شیر حیوانی را که به طفل میدهید به نصف تقلیل داده (50 ml/kg/day) و آنرا با غذای غنی از مواد مغذی (مثلاً آرد قوت) بدهید. شیر را رقیق نسازید. شیر مادر لکتوز ندارد و باید ادامه داده شود.

توبرکلوز بطنی

اگر یک مریض مصاب اسهال دوامدار به هیچ یک از اقدامات فوق جواب ندهد نزدش توبرکلوز را مد نظر داشته باشید. شما غالباً علایم کلینیکی مترافقه چون تب، ضیاع شدید وزن یا خرابی اشتها را در می یابید اما معمولاً اعراض ریوی موجود نمیشود.

• اسهال دوامدار را به صورت روتین با انتی بیوتیک ها تداوی نمائید. با آنهم هر طفل را برای دریافت انتان غیر معانی (مثلاً نومونیا، سیپس و انتان طرق بولی) معاینه نموده مطابق آن تداوی نمائید.

۴. طفل را بعد از ۵ روز دوباره ارزیابی نمائید، اگر اسهال شدید تر شود یا پرابلم های جدید بوجود آید، طفل را زودتر از آن معاینه نمائید.

اهتمامات اسهالات دوامدار نزد کاهلان:

۱. مریض را از نظر دیهایدریشن ارزیابی نمائید.

۲. در صورت امکان، مواد غایطه تازه مریض را تحت مایکروسکوپ معاینه نمائید. دیزانتری آمیبی را صرف زمانی تشخیص بگذارید که با معاینه میکروسکوپیک تروفوزویت E. histolytica که حاوی کریوات سرخ باشد؛ تثبیت شود. اگر کیست (cyst) ها یا تروفوزویت پرازیت جیاردیا (giardia) دیده شود؛ مریض را برای جیاردیا تداوی نمائید. اگر امکان معاینه میکروسکوپیک نباشد، metronidazole فمی برای ۷ روز بدهید. اگر اسهال خوندار وجود داشته باشد؛ دیزانتری باسیلر را تداوی نمائید.

۳. اگر بهبود واقع نشود؛ اسباب دیگر اسهال دوامدار را مد نظر داشته باشید (چوکات دیده شود).

کرم های معانی

دریافت پرازیت های معانی در معاینه مواد غایطه بدان معنی نیست که اعراض حتماً از باعث آنها بوجود آمده باشد. موجودیت کتلوی کرم هایمینولپسس نانا (hymenolepsis nana) تریکوریس (trichuris) یا سترانگیلاید (strongyloides) بعضی اوقات اسهال دوامدار را بار میآورند.

جیاردیاز (GIARDIASIS)

پرازیت معانی جیاردیا ممکن اعراض و شروع آنی داشته باشد و برای چندین هفته دوام نماید. مواد غایطه حاوی خون نمیشود. مریض از موجودیت مقدار های زیاد گاز و تورم خفیف معانی شکایت مینماید. تب وجود نمیداشته باشد. غالباً مریض وزن میبازد. اگر به جیاردیازز مشکوک میشوید؛ آنرا با انجام معاینه میکروسکوپیک تائید نمائید. ممکن شکل کیست (cyst) یا تروفوزویت (trophozoites) متحرک آنرا دریابید.

مریض را با metronidazole به مقدار (اطفال ۵-۱ ساله 500 mg؛ ۶-۱۲ ساله 1 g؛ کاهلان 2 g) روزانه یک مرتبه برای سه روز یا با metronidazole به مقدار

تروپیکل سپرو (TROPICAL SPRUE)**۲. اساسات حفظ الصحه خوب غذائی را بیاموزانید:**

- دست های خود و خصوصاً دست های اطفال **تائرا** (۱) بعد از رفتن به تشناب (۲) قبل از تهیه غذا (۳) قبل از خوردن غذا خوب بشوئید. **نوت:** شستن دست ها با صابون بسیار موثر بوده و وقوع اسهالات را تا ۵۰٪ تنقیص میدهد!
 - **برای اطفال هیچگاهی از شیر چوشک استفاده ننمائید.** به عوض آن از قاشق و پیاله استفاده نمائید. شیرچوشک ها غالباً ناپاک میباشند. یک تعداد اشخاص به آنها "محل بودوباش بکتری ها" گفته اند. مایعات در داخل این بوتل ها باقی مانده و به زودی گنده و ترش میشود. استفاده از شیر چوشک علاقه طفل را به گرفتن پستان مادر؛ کم میسازد.
 - **ساحه پخت و پز و ظروف را پاک نگهدارید.** از تماس میان غذا های خام و پخته جلوگیری نمائید.
 - **غذا را خوب پخته نمائید.**
 - **از ذخیره نمودن غذای پخته شده اجتناب نمائید.** به اطفال از غذا هائیکه به تازه گی تهیه شده اند، بدهید. اگر به ذخیره نمودن غذا ضرورت باشد، غذا را دریک محل سرد نگهداشته و از مداخله مگس ها و حیوانات دیگر محافظه نمائید. غذا های ذخیره شده را تا اندازه داغ نمائید که تماس به آن ناممکن شود (دست را بسوزاند).
 - **سبزیجات و میوه جات را با آب پاک بشوئید.** آنهایی را که پوست شده نمیتوانند، پخته نمائید.
۳. **از آب پاک استفاده نمائید.** طرق متعدد برای بدست آوردن آب پاک وجود دارد:
- **جوش دادن آب** قیمت است. وقتی آب برای مدت سه دقیقه جوش داده شود تمام عوامل مرضی (pathogens) از بین میروند.
 - **ضد عفونی سازی با شعاع آفتاب.** از سالیان زیاد بدین سو دانسته شده است که اشعه آفتاب مکروب های آب ملوث را که در یک بوتل پلاستیکی شفاف باشد؛ از بین میبرد (شکل ۵-۹ دیده شود). شعاع آفتاب مکروب ها را از طریق (۱) تشعشع با اشعه UV-A (ماورای بنفش) و (۲) ازدیاد درجه حرارت آب از بین میبرد. یک تعداد مردم بدین باور اند که اشعه آفتاب بالای آب اثر نموده و برص (وتیلیگو - vitiligo) را بار میآورد. به آن ها اطمینان دهید که این موضوع واقعیت ندارد.
 - **کلورینیشن آب.** چند قطره کلورین (مقدار آن مربوط به حجم ظرف آب میباشد) آب را ضد عفونی نموده یک طریقه ساده، ارزان و موثر جهت تهیه آب آشامیدنی برای فامیل ها میباشد.

tropical sprue یا سؤجذب بعد از انتان (post-infective malabsorption) سندرومی است که در آن نشونموی بیش از حد بکتریائی های نورمال معائی به سؤجذب و خارج شدن دوامدار مواد غایطه کمرنگ، نرم و چسپناک منجر میشود (steatorrhoea). اسهال برای چندین ماه دوام مینماید. مریض وزن خود را باخته ممکن فقدان ویتامین ها و کمخونی را از خود نشان دهد. این سندروم ممکن است به تعقیب انتان جیاردیازز و دیزانتری آمیبی بوجود آید.

برای تداوی از **folic acid** به مقدار 5 mg روزانه ۳ مرتبه برای ۶ هفته + **doxycycline** به مقدار 100 mg روزانه یک مرتبه (یا **tetracycline** به مقدار 250 mg روزانه ۴ مرتبه) برای حد اقل ۱۴ روز بدهید تا نشونموی بیش از حد بکتری ها را از بین ببرند. **doxycycline** و **tetracycline** نزد اطفال و زنان حامله مصاد استطبیب اند. اسهال در ظرف چند روز بعد از شروع تداوی بهبود مییابد.

کانسر امعا

نزد هر شخص مسن که حملات عود کننده اسهال که گاهی خون دار اند، دیده شود؛ کانسر امعا را مد نظر داشته باشید (صفحه ۱۳۵ دیده شود).

وقایه اسهالات

اسهالات به شمول اسهال آمیبیک و جیاردیازز معمولاً از طریق غایطی- فمی انتقال میشود. این بدان معنی است که انسان از اثر نوشیدن آب ملوث یا خوردن مواد غذائی ملوث مصاب اسهال میشود. اطفال غالباً از طریق شیرچوشک ها وسامان آلات آرام کننده اطفال مصاب اسهال میشوند. هم چنان مگس ها عوامل مرضی را از مواد غایطه بروی غذا انتقال میدهند. **شیگیلاس (shigellosis)** نیز از یک شخص به شخص دیگر انتقال میشود.

طرق متعدد برای جلوگیری از اسهال وجود دارند. که مهمترین آنها قرار ذیل اند:

۱. **تغذی با شیر مادر را تشویق نمائید** زیرا طفل را در مقابل اسهال محافظه مینماید. تغذی با شیر مادر باید در ظرف یک ساعت بعد از ولادت شروع شود. به مادر طفل بیاموزانید که در ظرف ۶ ماه اول حیات طفل؛ صرف برایش از شیر مادر داده و در صورتیکه کدام دلیل طبی واضح وجود نداشته باشد از مایعات و غذا های اضافی داده نشود.

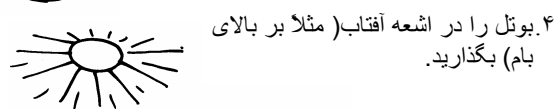
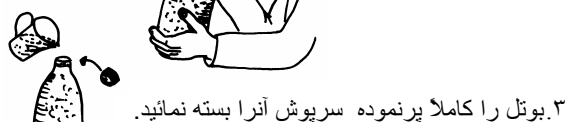
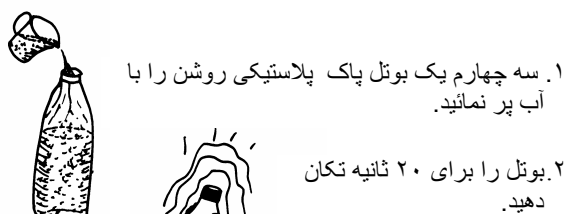
- بوتل های کلورین برای کلورینیشن آب؛ به قیمت ارزان و در هر جا قابل دسترس است.
۴. وضعیت حفظ الصحوی را بهبود بخشید.
۵. به مگس ها اجازه تماس با مواد غذایی را ندهید.
۶. تمام اطفال را در مقابل سرخکان واکسین نمایند.

ماخذها

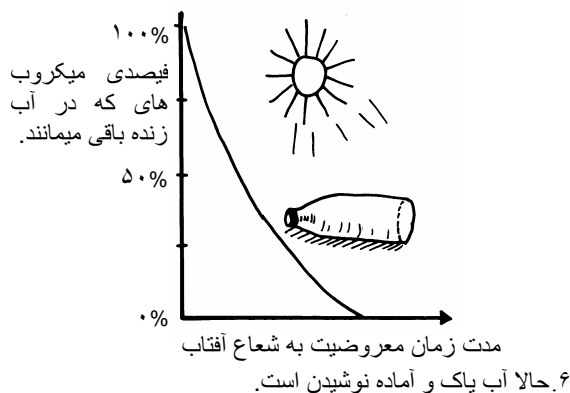
1. Chavasse DC, Shier RP, Murphy OA, Huttly SR, Cousens SN, Akhtar T. Impact of fly control on childhood diarrhoea in Pakistan: community-randomised trial. *Lancet* 1999; 353: 22-25.
2. Conroy RM, Meegan ME, Joyce T, McGuigan K, Barnes J. Solar disinfection reduces diarrhoeal disease: an update. *Archives of Diseases in Childhood* 1999; 81: 337-338.
3. Crofton J, Horne N, Miller F. *Clinical Tuberculosis*. 2nd edition. London: Macmillan 1999.
4. Curtis V, Cairncross S. Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review. *Lancet Infectious Diseases* 2003; 5. (www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/booth/Handwash/diarcomm.html).
5. Ebrahim GJ. *Paediatric Practice in Developing Countries*. 2nd edition. London: Macmillan Education Ltd. 1993.
6. Eddleston M, Pierini S. *Oxford Handbook of Tropical Medicine*. Oxford: Oxford University Press 1999.
7. Ministry of Health, WHO, UNICEF. *Integrated Management of Childhood Illness*. Kabul 2003.
8. Ministry of Health. *National Child Health Policy*. Kabul: 2004.
9. Sibal A, Patwari AK, Anand VK, Chhabra AK, Chandra D. Associated infections in persistent diarrhoea: another perspective. *Journal of Tropical Paediatrics* 1996; 42: 64.
10. Sirinavin S, Garner P. Antibiotics for treating salmonella gut infections. *The Cochrane Library* 2002; 1.
11. SODIS. *Solar water disinfection - How does it work?* SODIS webpage: www.sodis.ch. (as in December 2004).
12. Werner D Sanders D. *Questioning the Solution: The Politics of Primary Health Care and Child Survival*. Palo Alto: CA. Healthwrights 1997.
13. World Health Organization. *Management of the child with a serious infection or severe malnutrition*. Guidelines for care at the first-referral level in developing countries. Geneva: WHO 2000.
14. World Health Organization. *Model Prescribing Information. Drugs used in bacterial infections*. Geneva: WHO 2001.
15. World Health Organization. *Case management of epidemic-prone diseases*. Communicable disease toolkit - Iraq crisis. Geneva: WHO 2003.
16. Zaat JO, Ank ThG, Anendelft WJJ. Drugs used for treating giardiasis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester: John Wiley & Sons 2004.

چطور باید از اشعه آفتاب برای حصول آب پاک استفاده نمود؟ میتود

:SODIS



۵. بوتل آب را برای ۶ ساعت در آفتاب بگذارید. اگر هوا ابر آلود باشد، بوتل هارا برای ۲ روز در آفتاب بگذارید.



شکل ۵-۹: چطور میتوان آب را با گذاشتن در معرض آفتاب پاک ساخت؟

۱۰ پرابلم های بطنی و کبدی

باید این صفحه را یکجا با صفحه ۱۶-۱۷ مطالعه نمایند.

تاریخچه بگیرید

در مورد جزئیات اعراض بطنی سوال نمائید. دریابید که هر عرض چگونه شروع نموده؟ و از چه مدت ادامه داشته است؟

○ درد بطنی

- شروع درد: "آیا درد شروع آبی داشته یا تدریجی؟"
- نوبت: "درد چه وقت شروع نموده است؟" ("چند ساعت قبل؟" "بیشتر از یک هفته یا کمتر از یک هفته؟")

پرابلم های معدی معانی

تظاهرات معمول پرابلم های بطنی را درد، استفراغ، انتفاخ بطنی، قبضیت، اسهال، خونریزی مقعدی و کتلات بطنی تشکیل میدهد. در تمام شرایط باید هدف اول را؛ تشخیص مریضانی تشکیل دهد؛ که ایجاب جراحی عاجل را مینمایند.

چگونه میتوان مریض مصاب پرابلم بطنی را معاینه نمود؟

اساسات ارزیابی یا معاینه بطن در صفحه ۱۶-۱۷ توضیح شده است. خلاصه ذیل بر تفسیر و تعبیر دریافت های غیر نورمال بطنی تمرکز مینماید. شما

وظایف اساسی سیستم معدی معانی

غذای خورده شده در سیستم معدی معانی به هضم رسیده و بدین ترتیب از امعا داخل بدن جذب میشود. این عملیه؛ تغذی و انرژی بدن را تامین مینماید.

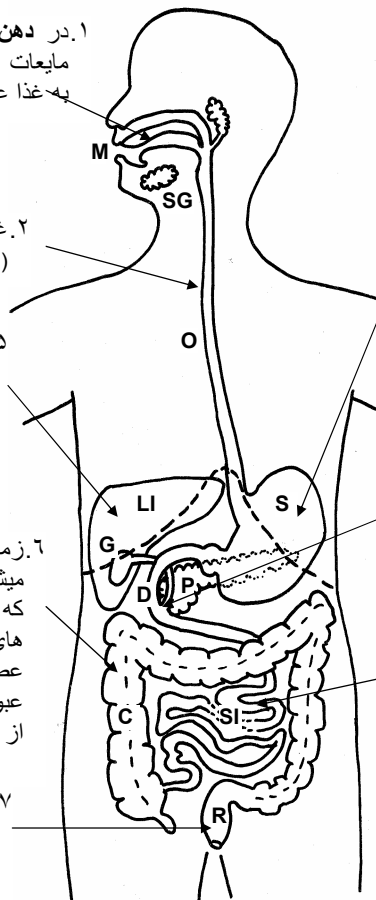
۱. در **دهن (M)**، غذا بوسیله دندان ها میده شده و مایعات هضمی که از غدوات لعابی افزاز میشوند به غذا علاوه میشود.

۲. غذای بلع شده از طریق مری (O) به معده (S) انتقال میشود.

۵. **کبد (LI)** بر علاوه افزاز صفرا، وظایفی متابولیک زیاد دارد. تقریباً تمام مواد غذایی جذب شده از امعا از طریق کبد عبور نموده و در کبد مواد سمی آن جذب و بعداً یکجا با صفرا طرح میشود.

۶. زمانی که بقایای غذایی وارد **کولون (C)** میشود صرف حاوی فایبر و مواد سختی است که هضم و جذب شده نمیتوانند. همچنان مقدار های زیاد آب مواد غذایی، نوشابه ها و عصاره هضمی موجود میباشد. در زمان عبور این مواد از امعای غلیظه، اکثر این آب از طریق غشای مخاطی کولون جذب میشوند.

۷. قسمت سفلی امعای غلیظه بنام **رکت (R)** نامیده میشود. این به شکل یک کیسه نخپروی برای بقایای غذایی غلیظه (الی زمان خروج آنها از طریق مقعد به تشناب باقی میماند.



۳. **معده (S)** منحنی یک خریظه ذخیری عمل نموده که در آن غذا با عصاره هضمی معدی مخلوط میشود. زمانی که غذا قسماً هضم شد عضلات پیلوریک هر چند دقیقه بعد باز شده مقدار های کم غذا را اجازه عبور به اثناعشر میدهد تا بالاخره معده خالی شود. این عمل چند ساعت را در بر میگیرد.

۴. در **اثناعشر (D)** و **امعای رقیقه (SI)** مواد غذایی با عصاره های هضمی بیشتر مخلوط میشود. عصاره **پانکراس (P)** نیز علاوه میشود و باعث تجزیه پروتین ها، کاربوهایدریت ها و شحمیات میشود. صفرا که در **کبد (LI)** تولید میشود و بعداً در **کیسه صفرا (G)** ذخیره؛ برای هضم شحمیات ضروری اند.

غذا به وسیله تقلص (پرستالز) **امعای رقیقه (SI)** به پیش حرکت میکند. امعای رقیقه حدود ۶-۷ متر طول دارد. در جریان حرکت مواد غذایی بداخل امعای رقیقه، مقدار های بیشتر عصاره هضمی که غذا را به مرکبات ساده تر تجزیه مینمایند به آن علاوه میشود. بعداً این مرکبات از طریق غشای مخاطی مخصوص جدار امعا جذب میشوند. مرکبات غذایی جذب شده از جدار امعا وارد دوران خون میشوند.

شکل ۱۰-۱: آناتومی و فزیولوژی اساسی سیستم معدی معانی

مریض را معاینه نمائید.

- پیشرفت: "آیا درد شدت کسب مینماید، ثابت است یا تقلص یافته است؟"
- خصوصیت: "آیا درد دوامدار است؟ (ثابت) یا درد پیدا شده و دوباره از بین میرود (درد کولیکی)؟"
- موقعیت و انتشار: "کدام ناحیه بیشتر درد دارد؟" "درد از کجا شروع نموده؟ آیا درد به کدام جای دیگر نیز انتشار دارد؟ (شکل ۲-۱۰ دیده شود)."
- شدت: آیا درد خفیف است یا شدید؟
- استفراغ وجود دارد؟ اگر بلی: آیا استفراغ تان دوامدار است؟ آیا دفعات استفراغ زیاد شده یا کم؟ محتوی استفراغ چگونه است؟
- آیا اسهال یا قبضیت وجود دارد؟
- آیا مریض حامله است؟
- بطن را مشاهده نمائید:
- آیا بطن با تنفس اشتراک مینماید؟ (اگر نه؛ علامه پریتونیت - peritonitis)





• آیا ندبات جلدی در جدار بطن دیده میشود؟

○ **جس نمائید:**

- بطن نرم است یا سفت؟
- حساسیت (tenderness)؟ اگر بلی: در کجا؟ آیا حساسیت ریوند (rebound tenderness) و گاردنگ (guarding) وجود دارد؟
- آیا ضخامه کدام ارگان وجود دارد؟
- آیا کتلات بطنی وجود دارد (به شمول فتق)؟

○ در صورت ضرورت رکتوم مریض را معاینه نمائید.

○ در صورتی که به پروبلم نسائی شک وجود داشته باشد؛ معاینه مهبل را انجام دهید.

معاینات

معاینات مریض مربوط به تشخیص احتمالی شما میباشد. مثال های معاینات کمک کننده در درد حاد بطنی که واضحاً از باعث پریتونیت یا رچر ارگان ها بوجود نیامده باشد، قرار ذیل اند:

• ادرار:

- خون (انتان طرق بولی، کولیک کلیوی)
- پروتین و کریوات سفید خون (پیلونفریت حاد)
- گلوکوز و کیتون ها (کیتواسیدوز دیابتیک)
- تست حاملگی

نوت: کریوات سفید خون غالباً در اپنڈیسیت دیده میشوند.

• خون:

- افزایش کریوات سفید خون (WBC) (التهاب)
- هرگاه امیلاز سیروم (serum alpha-amylase) ۵ مرتبه بلند تر از اندازه نورمال آن باشد (پانکراتیت حاد)

• مرور عمومی معاینات رادیولوژیکی و اندوسکوپیک پرابلم های بطنی:

اگر تثقب امعا یا معده مشکوک باشد؛ در اکسری صدری (erect chest x-ray - مریض در حالت ایستاده است) هوا در تحت حجاب حاجز بحیث علامه تثقب دیده میشود (شکل ۳-۱۰ دیده شود).

معاینات رادیولوژیکی بیشتر عبارت اند از: التراسوند بطنی (معاینه کتلات بطنی، آفات کبدی، پرقان انسدادی مشکوک و درد بطنی غیر واضح)، barium meal (معاینه آفات مری و معده) و اماله باریوم (barium enema: معاینه آفات امعای غلیظه) گستروسکوپیک (oesophago-gastroscopy) در قسمت دیدن مری، معده و اثنا عشر (duodenum) کمک مینماید. رکتوسکوپیک (rectoscopy)، زگموبدوسکوپیک

(sigmoidoscopy) و کولونوسکوپیک (colonoscopy) معاینات اندوسکوپیک اند که جهت معاینه یک قسمت یا تمام کولون بکار میروند.

چگونه میتوان به یک تشخیص کاری

رسید و واقعات عاجل جراحی را

شناسائی نمود؟

در قدم اول مشخص نمائید که آیا پرابلم بطنی حاد است یا مزمن (دوام آن کمتر یا بیشتر از ۱ هفته)؟

اگر پرابلم حاد باشد؛ پس از خود سوال نمائید: آیا مریض به جراحی عاجل ضرورت دارد؟ شخصی که به صورت حاد مریض میشود و اعراض او اساساً مربوط به بطن میشود؛ به نام بطن حاد یاد میشود (acute abdomen). تمام این مریضان؛ مصاب پرابلم جراحی نمیشوند (مثلاً نومونیای فص سفلی ممکن درد قسمت علوی بطن را بار آورد)؛ جدول دیده شود. هرگاه مریض مصاب واقعه عاجل جراحی؛ از نظر باز ماند؛ مریض خواهد مرد!

علامه احتمالی واقعات عاجل جراحی

- * شخص بسیار بیمار بوده یا آرام میخوابد (پریتونیت)
- * درد دوامدار برای بیشتر از ۳ ساعت که شدت کسب مینماید. (معمولترین سبب آن: اپنڈیسیت)
- * استقرار معند (انسداد معانی)
- * حساسیت موضعی همراه با حساسیت ریوند (rebound tenderness) و گاردنگ (guarding) وجود دارد (التهاب موضعی پریتون)
- * کتله قابل جس در بطن و یا ناحیه مغربی (مثلاً فتق مختنق و انسداد امعا از باعث اسکاریس)
- * شخی بطن (پریتونیت)
- * دردی که با سرفه و حرکت تشدید میشود (پریتونیت)
- * شروع آبی درد شدید (تثقب یک اعضا)
- * توسع بطنی

اسباب عمده درد های کولیکی بطنی**طرق معدی معانی**

- اسباب بسیار معمول: اسهال
- انسداد معانی
- مراحل مقدم اپنڈیسیت

تناسلی

- درد ولادت
- سقط
- حمل خارج رحمی
- درد های عادت ماهوار

طرق بولی

- سنگ های کلیوی، حالبی ویا مثانی

کیسه صفرا

- کرم اسکاریس در طرق صفراوی
- سنگ های طرق صفراوی

سایر اسباب

- ریچر کیست های هیداتید کبدی

اسباب عمده درد های حاد بطنی**واقعات عاجل جراحی**

- اپنڈیسیت
- تثقب قرحه پپتیک
- انسداد معانی (همیشه به جراحی ضرورت نمیباشد)
- پیریتونیت (مثلاً بعد از جروح نافذه)
- فتق مختنق
- تثقب قرحات محرقی
- حمل خارج رحمی
- تدور خصیه ها

اسباب بطنی که ایجاب معرفی به جراحی عاجل را نمینمایند

- اسهال (گاستروانتریت)
- سوهاضمه (غالباً درد های مزمن)
- امراض کیسه صفرا
- تب محرقه
- هیپاتیت
- انتان طرق بولی
- عوارض جانبی ادویه
- سنگ های مثانی یا کلیوی
- قبضیت
- التهاب نفیر ها
- توبرکلوز بطنی
- درد های عادت ماهوار
- تسم
- پانکراتیت حاد

درد راجعه از پرابلم های غیر بطنی

- تمام امراض تب دار (خصوصاً در اطفال خوردهسال)
- نومونیا (سینه بغل)
- ملاریا
- درد های راجعه از تیر پشت (درد های جذور عصبی)
- احتشای میوکارد
- قطع مخدرات
- دیابت با مزه

حس شود زیرا سرشانه توسط عصب مشابه که حجاب حاجز را تعصیب مینماید؛ تعصیب شده (است) در جاهای دیگر نیز حس میشود. مریض در میابد که وقتی آرام استراحت نماید؛ دردش آنقدر شدید نمیشد.

۱- **درد ناشی از تثقب** میتواند شروع بسیار آنی داشته باشد. این درد به سرعت به تمام بطن انتشار مینماید. درد با حرکت شدت کسب مینماید و مریض خوش دارد تا آرام استراحت نماید.

۲. دریابید که مریض مصاب کدام نوع استفراغات است؟ (همچنان صفحه ۱۳۶ دیده شود):

۱- **استفراغات عکسوی (reflex vomiting)** زمانی دیده میشود که مریض معده خود را با یک یا دو بار استفراغ تخلیه نموده و استفراغ متوقف میشود. این نوع استفراغ در یک تعداد زیاد امراض طبی و جراحی مختلف دیده میشود.

۲- **استفراغ ناشی از انسداد امعاء** استفراغ مریض دوامدار میباشد. در قدم اول معده تخلیه میشود، بعداً مواد سبز رنگ (صفرا) در استفراغ دیده میشوند. سپس استفراغ زیادتر و زیادتر بوی مواد غایطه را بخود میگیرد.

۳. اگر در مورد تشخیص خود مشکوک هستید؛ مریض را ۲ ساعت بعد دوباره ارزیابی نمایید.

درد حاد بطنی (واقعات عاجل جراحی)

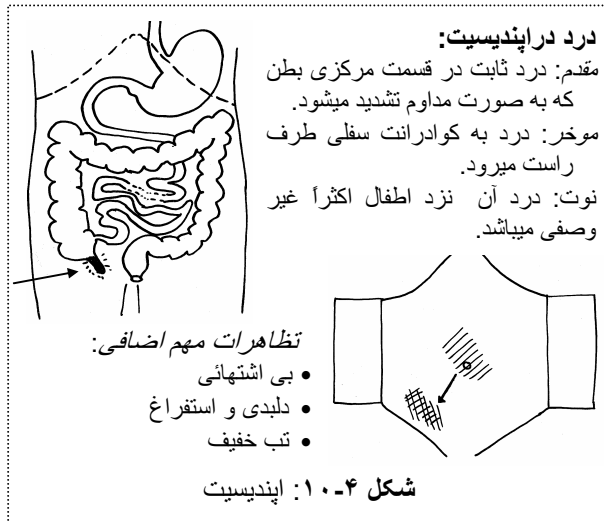
دو سندروم کلینیکی ذیل ایجاب باز نمودن بطن (laparotomy) را به صورت عاجل مینمایند:

توجه به نکات ذیل ممکن شما را در رسیدن به یک تشخیص کاری و شناسائی واقعات عاجل جراحی کمک نماید:

۱. دریابید که مریض مصاب چه نوع درد است؟

۱- **درد کولیکی**: یک درد فشار دهنده است که پیدا شده و دوباره از بین میرود- بعض اوقات بسیار شدید بوده و بعض اوقات بسیار کم و حتی کاملاً از بین میرود. مریض ممکن است از باعث درد بطن خود را محکم گیرد یا قدم بزند یا خود را خم نماید مگر هیچ یک از این کار ها درد مریض را تسکین نمیکند. اسباب معمول آنرا در چوکات مشاهده نمائید.

۲- **درد ناشی از التهاب ناشی از پیریتونیت** میباشد. این درد دوامدار بوده و غالباً در خط متوسط شروع نموده بعداً زمانی که اعصاب پیریتون جدار بطن ماوف میشود (مثلاً در التهاب اطراف حجاب حاجز، درد راجعه ممکن بعد در سرشانه



جریان انتقال؛ درد کمتر را حس نماید.

۱. ریچر (پاره شدن) یک عضو
 ۲. پیریتونیت
 ۳. دردم را آرام ننمائید. گفته میشود که ادویه ضد درد الی زمانیکه تشخیص صورت نگیرد یا واقعه عاجل جراحی رد نشود؛ داده نشود. یک مطالعه جدید نشان داده که دادن ادویه ضد درد تشخیص را ماسک نمینماید. بناً به مرضی که به یک شفاخانه دور انتقال میشود ادویه ضد درد بدهید تا مریض در جریان انتقال؛ درد کمتر را حس نماید.
 ۴. یک تیوب انفی معدی (nasogastric tube) را تطبیق ننمائید. مایعات معدی را توسط یک سرنج تخلیه ننمائید. تخلیه را هر ساعت تکرار ننمائید.
 ۵. خون مریض را جهت مشخص ساختن گروپ خونس؛ اخذ ننمائید و معاینات را به طور مناسب ترتیب و تنظیم دهید.
 ۶. در صورت مشکوک بودن به انتان (+ ampicillin + gentamicin + metronidazole) بدهید.
- در هنگام فشار دادن کوادرنانت طرف چپ؛ درد در کوادرنانت سفلی طرف راست نسبت به کوادرنانت سفلی طرف چپ بیشتر میباشد.
 - در صورت تثقب اپنڈکس، شما ممکن یک آبهه را همراه با یک کتله حساس در قسمت سفلی طرف راست بطن یا علایم پریتونیت عمومی دریابید.

معاینات

اگر به اپنڈیسیت مشکوک شدید؛ بالای WBC اتکا ننمائید چه ممکن نادرست باشد و سبب تاخیر عمل جراحی و مرگ آور شود.

اهتمامات

مریض را جهت برداشتن اپنڈکس التهابی؛ به جراحی عاجل؛ معرفی ننمائید.

فتق (HERNIA)

در جدار بطن یک تعداد نواحی مشخص ضعیف؛ وجود دارند که اجازه میدهند تا پریتون و محتویات بطنی به طرف بیرون خارج شوند (شکل ۵-۱۰ دیده شود). این برآمده گی بنام فتق یاد میشود. محتوی فتق میتواند امعا یا محتویات بطنی باشد. فتق غالباً سبب ایجاد ناراحتی به مریض شده اما خطر واقعی آنرا/اختناق (strangulation) تشکیل میدهد. اختناق زمانی واقع میشود که کنار فوچه فتقیه در جدار بطن اروای دموی قسمت از امعا یا ثرب (omentum) را که در داخل کیسه فتقیه گیر مانده است؛ تحت فشار قرار دهد. این حادثه بالآخره سبب آن میشود که پارچه گیر مانده نکرور نماید. در صورتیکه پارچه گیر مانده امعا باشد این حادثه خیلی خطر ناک میباشد زیرا ارگانیزم های موجود در امعا بالای نسج مرده حمله مینمایند؛ گانگرن بوجود میآید و ممکن تثقب رخ دهد.

۱. ریچر (پاره شدن) یک عضو

۲. پیریتونیت

اهتمامات عاجل مریض شامل موارد ذیل است:

۱. از طریق دهن به مریض چیزی ندهید.

۲. شاک را تداوی نموده و مایعات ضایع شده را معاوضه ننمائید.

۳. درد را آرام ننمائید. گفته میشود که ادویه ضد درد الی زمانیکه تشخیص صورت نگیرد یا واقعه عاجل جراحی رد نشود؛ داده نشود. یک مطالعه جدید نشان داده که دادن ادویه ضد درد تشخیص را ماسک نمینماید. بناً به مرضی که به یک شفاخانه دور انتقال میشود ادویه ضد درد بدهید تا مریض در جریان انتقال؛ درد کمتر را حس نماید.

۴. یک تیوب انفی معدی (nasogastric tube) را تطبیق ننمائید. مایعات معدی را توسط یک سرنج تخلیه ننمائید. تخلیه را هر ساعت تکرار ننمائید.

۵. خون مریض را جهت مشخص ساختن گروپ خونس؛ اخذ ننمائید و معاینات را به طور مناسب ترتیب و تنظیم دهید.

۶. در صورت مشکوک بودن به انتان (+ ampicillin + gentamicin + metronidazole) بدهید.

اپنڈیسیت (APPENDICITIS)

اپنڈیسیت یک واقعه حاد معمول؛ جراحی است (شکل ۴-۱۰ دیده شود). اپنڈیسیت التهاب حاد اپنڈکس است. اگر اپنڈکس بوسیله جراحی برداشته نشود؛ ممکن است تثقب نماید و آبهه موضعی یا پریتونیت عمومی را بار آورد.

تظاهرات کلینیکی

افراد کاهل معمولاً از درد مبهم که در مرحله اول در مرکز بطن احساس می شود؛ شاک اند بعد از چند ساعت درد به سوی قسمت تحتانی راست بطن (right iliac fossa) انتقال یافته و دوامدار می گردد. نزد اطفال؛ موجودیت علایم غیر وصفی خیلی ها عام است. بناً نزد هر طفل مصاب بطن حاد در مورد اپنڈیسیت توجه داشته باشید.

علایم اضافی:

- بی اشتنهائی
- تب خفیف، نبض سریع تر از نورمال
- انتفاخ بطنی وجود نمیداشته باشد.
- حساسیت جدار بطن با حساسیت ریبونند

اسباب معمول تورم مغبنی

همچنان اسباب تورم سفنی را در صفحه ۱۵۸-۱۶۰ ببینید.

- فتق مغبنی
- عقده لمفاوی ضخاموی
- آبسه

چطور باید بین فتق و عقده لمفاوی متورم ناحیه مغبنی فرق گذاشت؟

- عقده لمفاوی متورم سخت بوده مگر فتق نرم میباشد.
- اگر تورم حساس باشد؛ میتواند فتق مختنق باشد یا التهاب عقده لمفاوی.
- در هنگام سرفه عقده لمفاوی بزرگ نمیشود مگر فتق بزرگ میشود.
- در ضخامه عقده لمفاوی، شما غالباً یک اندفاع منتن را در پا یا سرین مریض دریافته میتوانید.

هر گاه یکی از علائم خطری فوق دریافت شود، قبول نمائید که فتق مختنق شده است و مریض به جراحی عاجل ضرورت دارد.

اگر فتق خود بخود به عقب نمیرود ولی علائم خطر وجود ندارد؛ کوشش نمائید تا آنرا با ملایمت به عقب برانید (ارجاع فتق).

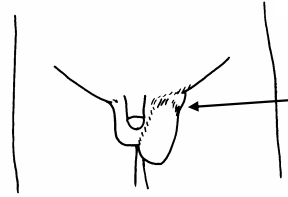
اگر فتق خود بخود به عقب برود، درین حالت نیز استتباب دارد تا عملیه جراحی به زودی ممکنه اجرا شود زیرا امکان دارد تا اختناق در هر زمان؛ واقع شود (به استثنای فتق سروی - umbilical hernia).

انسداد معائی (INTESTINAL OBSTRUCTION)

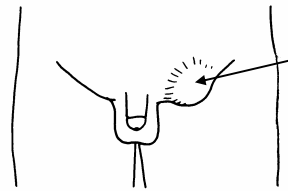
در انسداد معائی از باعث موجودیت مانعه، غذا و مایعات نمیتوانند قسمت انسدادی امعا را عبور نمایند (شکل ۶-۱۰ دیده شود). امعا در قسمت بالاتر از انسداد؛ بیشتر از حد نورمال تقلص نموده، مقدار زیاد مایع را افزاز نموده و توسع مینماید. اسباب آن در چوکات دیده شود.

تظاهرات کلینیکی

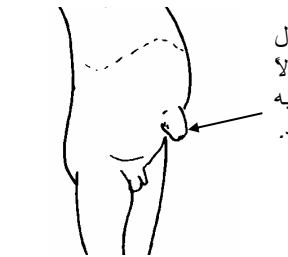
- درد بطنی کولیکی شدید که معمولاً در مرکز قرار داشته و حدود نیم دقیقه دوام مینماید. بعداً این درد از بین میرود ولی هر چند دقیقه بعد؛ دوباره پیدا میشود.
- استفراغات مکرر که به طور فزاینده بوی مواد غایبه را دارا میباشد.
- دیهایدریشن.
- بطن انتفاخی میباشد. بعض اوقات حرکات امعای انتفاخی؛ بروی جدار بطن قابل دید میباشد. بطن غالباً در جس بسیار حساس نمیشود مگر آنکه انسداد اختناقی شده باشد. آواز های معایی از دیاد میابند.

فتق مغبنی

زمانی که مریض سرفه مینماید؛ تورم ازدیاد کسب مینماید.



بعض اوقات فتق باعث ایجاد یک تورم ایکه در قسمت بالاتر و در یک طرف سفن قرار میداشته باشد؛ نه در خود سفن؛ میگردد.

فتق سروی

فتق سروی نزد اطفال معمول بوده مگر معمولاً بدون خطر است و به عملیات ضرورت ندارد.

شکل ۵-۱۰: فتق مغبنی و سروی

فتق های مغبنی (inguinal hernia)، فتق های ندبات بطنی (incisional hernia) و فتق های که در خط متوسط میان سره و عظم قص قرار دارند (epigastric hernia) خصوصاً در معرض خطر اختناق قرار دارند.

تظاهرات کلینیکی

مریض معمولاً از یک تورم که پدیدار شده و دوباره از بین میرود شکایت مینماید که این تورم خصوصاً در هنگام سرفه یا برداشتن اشیای ثقیل دیده میشوند. معمول ترین محل فتق ناحیه مغبنی (فتق مغبنی) میباشد.

مریض را در وضعیت ایستاده معاینه نمائید و از مریض تقاضا نمائید تا در هنگامیکه شما ناحیه مغبنی را جس مینمائید، سرفه نماید. فتق در هنگام سرفه نمودن بزرگتر میشود (جهت تشخیص تفریقی میان فتق و عقده لمفاوی متورم چوکات دیده شود).

اهتمامات و اختلالات فتق ها

اهتمامات فتق وابسته به آن است که آیا فتق اختلاطی است یا خیر؟ علائم خطر که فتق مختنق شده است قرار ذیل اند:

- × تورم درد ناک شده و دوباره به عقب نمیرود (فتق غیر قابل ارجاع - irreducible hernia).
- × تورم سخت و حساس میباشد.
- × تورم در هنگام سرفه نمودن حرکت نمیکند.

۲. آیا امعا اختناق نموده است (استطباب عاجل عملیات)؟ اگر شخص شدیداً مریض باشد و علائم پریتونیت، تب و WBC بلند باشد به اختناق امعا مشکوک شوید.

۳. آیا انسداد در امعا رقیقه است یا غلیظه؟

اهتمامات عمومی

۱. مریض را فوراً به شفاخانه معرفی نمایید.
۲. از طریق دهن هیچ چیزی به مریض ندهید.
۳. یک تیوب انفی معدی (nasogastric tube) را تطبیق نموده فوراً مایعات را بوسیله یک سیرنج تخلیه کنید بعداً هر یک ساعت بعد عملیه تخلیه را اجرا نمایید.
۴. مایعات وریدی را جهت حفظ دوران و تداوی شاک تطبیق نمایید.

۵. اگر انسداد امعا از باعث کرم اسکاریس بوجود آمده باشد؛ پس ادویه ضد اسکاریس ندهید زیرا سبب فلج یا مردن کرم ها شده و پراکنده شدن آنها را ناممکن میسازد. در صورتیکه بندش نامکمل باشد، شما میتوانید اماله با 0.9% sodium chloride (physiological saline) را امتحان نمایید. همچنان شما میتوانید کرم را با جس نمودن متقطع به پائین حرکت دهید. اگر تسکین بعد از چند ساعت واقع نشود، جراحی لازم است (عملیه مثل دوشیدن). بعد از آنکه انسداد رفع شد؛ ادویه ضد کرم را بدهید.

نوت: یک تعداد از مریضان بدون جراحی بهبود حاصل مینمایند مگر تب، دردی که شدت کسب مینماید، و افزایش WBC ایجاب لپراتومی (laparotomy) را مینماید.

تغلف (intussusception)

تغلف در اطفال کمتر از ۲ سال واقع میشود. یک قسمت از امعا؛ معمولاً الیوم؛ داخل قسمت بعدی، معمولاً کولون؛ میشود که مشابه به داخل شدن بازو به آستین میباشد. این حادثه درد بطنی شدید و کولیکی را بار آورده با علائم انسداد معائی تعقیب میشود. غالباً در مواد غایظه طفل خون دیده میشود. بعداً ممکن پریتونیت واقع شود. بعضی اوقات شما میتوانید قسمت های ماوفه امعا را به قسم یک کتله کیله مانند در قسمت علوی طرف راست بطن جس نمایید. طفل به جراحی عاجل ضرورت دارد.

تضیق پایلوریک (pyloric stenosis)

تضیق پایلوریک از باعث هایپرتروفی عضلات پایلور که فوچه خروجی معده به اثنا عشر (duodenum) را

استفراغ آنی و شدید. ممکن استفراغ سبز رنگ باشد و بوی مواد غایظه را دارا باشد



معمولاً باد و مواد غایظه خارج نمیشود.

- دریافت ها در هنگام معاینه بطنی:
- بطن سخت و انتفاخی که حساسیت منتشر میداشته باشد.
 - حساسیت (rebound tenderness)

شکل ۶-۱۰: انسداد معائی

اسباب انسداد معائی

- اسکاریس
- فتق مختنق
- تدور امعا (مثلاً تغلف سگمونی)
- انتان یا جراحی بطنی قبلی که باعث التصاقات (تندب) در داخل بطن شده باشد.
- کانسر معائی
- نزد اطفال بر علاوه اسباب فوق:
- تضیق پایلور (سن ۳-۸ هفته)
- تغلف
- Malrotation و سایر اینورمالتی های ولادی

- مقدار کم گازات و مواد غایظه دفع میشود یا هیچ دفع نمیشوند. در انسداد امعای غلیظه قبضیت به صورت بسیار مقدم واقع میشود. مگر در انسداد های علوی ممکن یک مقدار مواد غایظه به قسمت های سفلی تر از انسداد؛ عبور نموده باشد و ممکن دفع آن برای ۱-۲ روز ادامه یابد. این حالت تظاهر کلینیکی مرض را مغشوش میسازد.
- اگر اختناق وجود داشته باشد؛ علائم پریتونیت در صحنه دریافت میشود.

نوت: همیشه ناحیه مغبنی را معاینه نمایید تا فتق های این ناحیه از نظر باز نمانند.

اهتمامات

اهتمامات شما وابسته به جواب سه سوال ذیل میباشد:

۱. آیا انسداد میخانیک (mechanical obstruction) یا پراپالیتیک ایلوس (paralytic ileus) وجود دارد؟ در پراپالیتیک ایلوس (paralytic ileus) درد وجود نداشته و آواز های معائی معدوم میباشد.

اهتمامات

مرض را طوریکه در صفحه ۱۲۳-۱۲۴ توضیح شده؛
تداوی نمائید.

تداوی عاجل جراحی به اهداف (۱) پاک نمودن جوف
بطن (لواژ پریتون) و (۲) تداوی بالخاصه حالت
زمینوی، انجام میشود.

قرحه تنقبی پپتیک

گاهی قرحه پپتیک (peptic ulcer) سبب تنقب معده یا
اثنا عشر شده باعث میشود که غذا و اسید داخل جوف
پریتون شوند. این تنقب باعث درد بطنی شدید و آبی،
که در قسمت علوی بطن شروع نموده بعداً به قسمت
سفلی بطن انتشار مییابد؛ میگردد. در نتیجه التهاب
پریتون بوجود میآید؛ بالا دیده شود.

قرحات تنقبی محرقه

قرحات تنقبی محرقی یک اختلاط تب محرقه است.
مریض قبلاً برای حدود دو هفته تب و سایر اعراض
تب محرقه را میداشته باشد. بعداً یکی از قرحات امعای
رقیفه تنقب نموده پریتونیت عمومی را بار میآورد.
چون بیمار یک بطن انتفاخی و شدیداً حساس؛ از قبل
دارد بناً تنقب از نظر باز مانده میتواند. نزد مریضی که
مصاب تب محرقه است هرگاه درد و حساسیت بطنی
شدت کسب می نماید؛ به تنقب مشکوک شوید. نبض
مریض سریع شده ممکن تب او دفعتاً سقوط نماید.
(ترتیب اعراض در تنقب اپنڈیسیت معکوس میباشد:
اولاً درد و اعراض بطنی شروع نموده و بعداً شخص
شدیداً مریض شده و تب او بسیار بلند میرود).

مریض را به جراحی معرفی نمائید و در رژیم انتی
بیوتیک هائیکه مریض برای محرقه اخذ میدارد،
metronidazole را علاوه نمائید.

حمل خارج رحمی پاره شده**(RUPTURED ECTOPIC PREGNANCY)**

در حمل اختفائی؛ جنین در رحم انکشاف ننموده بل در
یکی از نفیرها (fallopian tubes) انکشاف مینماید
(شکل ۷-۱۰ دیده شود). زمانیکه جنین به یک جسامت
معین (معمولاً هفته ۶-۹ حمل) میرسد یا آنکه از نفیر
خارج میشود (tubal abortion) یا نفیر پاره میشود.
زمانیکه نفیر پاره شد یک مقدار زیاد خون داخل جوف
پریتون میریزد. خون پریتون را تخریش نموده و
التهاب پریتون (peritonitis) را بار میآورد. مریض به
سرعت از باعث ضیاع خون به شاک میرود. اگر حمل
اختفائی به موقع تشخیص و عملیات نشود خانم فوت
مینماید.

میندند؛ بوجود آید. پسران نسبت به دختران بیشتر
ماوف میشوند.

تضیق پاپیلوریک در ۳-۸ هفته اول حیات با استقراغات
فورانی تظاهر مینماید. به صورت وصفی؛ طفل بعد از
هر بار تغذی استقراغ مینماید. طفل به زودی دیهیدری
شده مصاب سؤتغذی میشود. طفل همیشه گرسنه
میباشد. حرکات استداری معده ممکن قابل دید باشد.
طفل را در هنگامیکه تغذیه میشود معاینه نمائید. اکثرأ
شما میتوانید ضخیم شدن پاپیلور را به شکل یک تومور
رابری کوچک با جس عمیق ناحیه بین قسمت متوسط
سرحد ضلعی طرف راست و سره جس نمائید.
استقراغاتی که بعد از هفته دهم حیات واقع میشوند
کمتر احتمال دارد که از سبب تضیق پاپیلور باشد.

تداوی آن جراحی بوده که به تعقیب اصلاح تشوشات
الکترولیت ها و دیهیدریشن انجام میشود.

پرالایتیک ایلوس (PARALYTIC ILEUS)

بعض اوقات امعا فعالیت نمی نماید. این حادثه
پرالایتیک ایلوس (paralytic ileus) را بار میآورد.
پرالایتیک ایلوس به صورت مؤقت به تعقیب عملیات
های بطنی و التهاب پریتون (peritonitis) واقع میشود.

التهاب پریتون (PERITONITIS)

التهاب پریتون؛ انتان شدید پریتون است؛ و معمولاً از
باعث انتان حاد باکتریائی همراه با قیح در جوف بطن
بوجود میآید. معمول ترین اسباب آنرا تنقب اپنڈکس و
ضربات نفوذی تشکیل میدهد. التهاب پریتون میتواند
به تعقیب جراحی بطنی و حوصلی که تحت شرایط غیر
معقم انجام شده باشد؛ بوجود آید. موجودیت خون در
جوف پریتون اعراض و علائم مشابه را بار آورده
میتواند. التهاب مزمن پریطوانی معمولاً از باعث
توبرکلوز بوجود میآید.

تظاهرات کلینیکی

- شخص شدیداً مریض بوده تب بلند و نبض سریع
دارد. در صورتیکه از باعث تنقب باشد؛ شروع آن
بسیار آبی میباشد. اگر از باعث التهاب باشد؛ شروع
آن بسیار تدریجی میباشد.
- درد شدید و دوامدار است. مریض خود را آرام
گرفته و از هر نوع حرکت جلوگیری مینماید زیرا
هر نوع حرکت؛ درد را شدیدتر میسازد.
- غالباً استقراغ، دیهیدریشن و شاک وجود دارد.
- بطن سخت، حساس و همراه با حساسیت ریپوند
(rebound reflex) است. آوازهای معائی متناقض یا
معدوم میباشد. بطن در فعل تنفس اشتراک نمیکند.

درد بطنی (واقعات عاجل با علل غیر جراحی)

یک تعداد زیاد مریضان از درد بطنی حاد که از باعث اسباب غیر جراحی بوجود میآید؛ رنج میبرند. درد بطنی کولیکی اکثراً با اسهالات مترافق میباشد. نزد اطفال خوردسن، هر انتان (مثلاً التهاب گوش متوسط)؛ درد بطنی را بار آورده میتواند.

درد های مزمن و عود کننده بطنی نیز بسیار معمول اند. اکثریت مریضان از سؤهاضمه و وظیفوی که با فشار های روانی (stress) ارتباط دارد؛ رنج میبرند. کرم ها و دیزانتری آمیبیک مزمن میتواند درد بطنی مزمن مشابه را بار آورد.

سؤهاضمه (DYSPEPSIA) (درد ناحیه اپی گستریک)

سؤهاضمه عبارت از درد یا ناراحتی قسمت علوی بطن است. این درد مزمن ناحیه اپی گستریک، احساس توسعه بطن، یا سوزش معده و بعضاً همراه با استفراغ بسیار معمول است. سؤهاضمه اکثراً برای ماه ها و سالها دوام مینماید. بعض اوقات اعراض آن شدید بوده میتواند. یک تعداد زیاد این مریضان مصاب سؤهاضمه وظیفوی (functional dyspepsia) اند که از باعث فشار های روانی بوجود میآید. سایر اسباب ممکنه آنرا بی نظمی های اسید یا حساسیت مخاطی و تأخیر در تخلیه معده تشکیل میدهد. تداوی سؤهاضمه وظیفوی مشکل بوده و عموماً یک حالت مزمن ونکس کننده میباشد. اسباب عضوی آن چون قرحه پپتیک (peptic ulcer) (قرحات معدی و یا اثنا عشری) در مقایسه با سؤهاضمه وظیفوی نادر اند. معده جهت هضم غذا اسید ها را تولید مینماید. بعض اوقات اسید از باعث فکتور های دیگر؛ جدار معده یا اثنا عشر را تخریب نموده قرحات را بار میآورد. فکتور های عمده که قرحات پپتیک را بار میآورند عبارت اند از: انتان هلیکوباکتر پایلوری (*Helicobacter pylori*)؛ استفاده از ادویه ضد التهابی غیر ستیروئیدی (NSAIDs) و دود نمودن سگرت.

اختلالات قرحات پپتیک عبارت اند از:

- تثقب قرحه (صفحه ۱۲۷ دیده شود).
- تفرح اوغیه دموی همراه با خونریزی بد داخل معده یا اثنا عشر. مریض یا اینکه خون را استفراغ مینماید (haematemesis) یا اینکه خون هضم شده سیاه رنگ را با مواد غایطه دفع مینماید (melaena). اگر ضیاع خون خفیف و مزمن باشد؛ مریض صرف کمخون میشود.

در مرحله مقدم حمل اختفائی؛ لازم است تا با سقط تهدیدی (threatened abortion) تشخیص تفریقی شود (سقط؛ صفحه ۲۴۸ دیده شود). در ectopic pregnancy در ابتدا درد (معمولاً کولیکی) بوجود آمده بعداً خونریزی خفیف و افزازات نصولاری رنگ بوجود میآید. در سقط؛ خونریزی مهیلی در ابتدا واقع شده و بعداً درد بوجود میآید. خونریزی غالباً شدید میباشد.

تعداد زیاد خانم های حامله با حمل اختفائی؛ میتوانند به صورت مقدم تشخیص شده درحالت غیر عاجل تداوی شوند.

معاینات

التراسوند حوصلی جهت مشخص ساختن موقعیت جنین (داخل رحم یا خارج رحم).

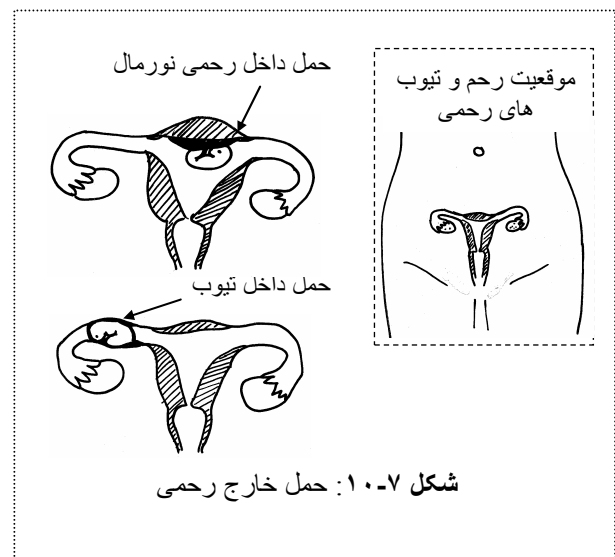
تظاهرات کلینیکی

نزد هر خانمی که اعراض ذیل را داشته باشد؛ به حمل خارج رحمی مشکوک شوید:

- تاخیر در سیکل عادت ماهوار برای تقریباً ۷ روز.
- احساس گنسیت، ضعیفی و نفس کوتاهی.
- درد قسمت سفلی بطن؛ که با خونریزی خفیف مهیلی تعقیب میشود.
- علائم مؤخر:
- شاک
- بطن سخت و انتفاخی

اهتمامات

جراحی عاجل



۲. **مريضانی که عمدتاً اعراض سؤهاضمه دارند مگر اعراض هوشدار دهنده ندارند:**

الف. به مريض بگوئيد تا فکتور هايپرا که سؤهاضمه را بار میآورند به حد اقل تقليل دهند:
• دود نمودن سگرت را توقف دهند! • اسپرين يا NSAID ها را نگیرند!

ب. انتی اسيد (مثلاً aluminium hydroxide) را بدهيد. مريض باید آنها را حدود یک ساعت بعد از هر غذا و در هنگام خواب برای ۳ هفته همراه با ranitidine به مقدار 300 mg در هنگام خواب برای ۸ هفته بخورد.

ج. کرم ها را تداوی نمائيد (پائين دیده شود).

د. اگر درد بعد از سه هفته تسکين نشود؛ تداوی ضد هلیکوباکتر پیلوری (Helicobacter pylori) را تطبيق نمائيد:

Omeprazole را به مقدار 20 mg روزانه ۲ مرتبه + amoxicillin به مقدار 500 mg روزانه ۳ مرتبه (يا clarithromycin به مقدار 500 mg روزانه ۲ مرتبه) + metronidazole به مقدار 400 mg روزانه ۳ مرتبه برای یک هفته بدهيد. بعداً تداوی را با omeprazole به مقدار 20 mg روزانه ۱-۲ مرتبه برای ۴ هفته (يا ranitidine به مقدار 300 mg در هنگام شب برای ۸ هفته يا cimetidine) ادامه دهيد.

نوت: نگرانی وجود دارد کسانی که H₂ blocker ها (مثل ranitidine و cimetidine) يا proton pump inhibitor ها (مثل omeprazole) را میگیرند؛ در معرض خطر بلند مصابيت به محرکه و اسهالات قرار دارند، چه در معده آنها؛ اسيد وجود ندارد تا پتوجن های مرضی را که داخل معده میشوند؛ از بين ببرد.

و. اگر بهبودی حاصل نشود: مريضان بالاتر از ۵۵ سال را برای انجام گستروسکوپی (gastroscopy) معرفی نمائيد. مريضان کمتر از ۵۵ سال را به شکل سؤهاضمه وظيفوی تداوی نمائيد. اگر تداوی اعراض را بهبود نبخشيد لازم نیست تا تداوی ضد هلیکوباکتر پیلوری (Helicobacter pylori) را که در بالا ذکر شد دوباره تکرار نمائيم. به مريض اطمینان دهيد که اعراض او از باعث کدام مرض خطرناک نبوده بل از باعث فشار های روانی میباشد. به مريض توصیه نمائيد تا حد امکان از تعداد کمتر دوا ها استفاده نماید. ممکن شیر جوش داده شده برای مريض کمک کننده باشد.

نوت: metoclopramide برای ۲ هفته يا دواي ضد افسرده گی (amitriptyline يا imipramine)

• نادر: penetration قرحه بداخل جدار خلفی معده و اثنا عشر. این حادثه درد قسمت خلف بدن را که از بين نمیروند؛ بار میآورد.

هرچند در یک تعداد زیاد کتب طبی هنوز هم بیان شده که یک تعداد اعراض خاص؛ دقیقاً قرحه پپتیک را مشخص میسازند؛ اما تحقیقات نشان داده است که این موضوع درست نیست. تشخیص تفریقی میان سؤهاضمه وظيفوی و قرحه پپتیک با اخذ تاریخچه و معاینه کلينيکی امکان پذیر نمیشود. بناً اهتمامات آن به اساس تظاهرات خطری اضافی و سن اتخاذ میشود (پائين دیده شود).

کانسر معده (gastric cancer) در مريضان کمتر از ۵۵ سال بسیار نادر است. کانسر معده را نزد مريضان پير؛ دارای سؤهاضمه که جدیداً نزد شان تاسس نموده؛ خصوصاً اگر ضیاع وزن و کمخونی وجود داشته باشد؛ مد نظر داشته باشيد.

در **reflux oesophagitis** اسيد های معدی بداخل مری عبور نموده التهاب را بار میآورد که در واقعات مزمن ندبات مری را سبب میشود. اعراض آن به صورت وصفی احساس سوزش در ناحیه اپی گستریک و خلف عظم قص میباشد. اعراض آن به تعقیب خوردن غذا، نوشابه های داغ و خم شدن به قدام يا دراز کشیدن شدت کسب مینماید. انتی اسيد ها اعراض را به صورت گذری تسکين مینمایند.

اهتمامات اعراض سؤهاضمه

مريض را معاینه نموده و اسباب خاص (مثلاً درد راجعه از قلب، کبد، امعاء، کیسه صفرا و استفاده از NSAIDs) را رد نمائيد.

اگر کدام سبب خاص را نمیابيد؛ پس تصميم بگيريد که مريض شما به کدام یکی از ۳ گروپ مربوط شده و مطابق آن مريض را تداوی نمائيد:

۱. **مريضانی را که اعراض هشدار دهنده دارند (چوکات دیده شود):**

اعراض هوشدار دهنده در سؤهاضمه

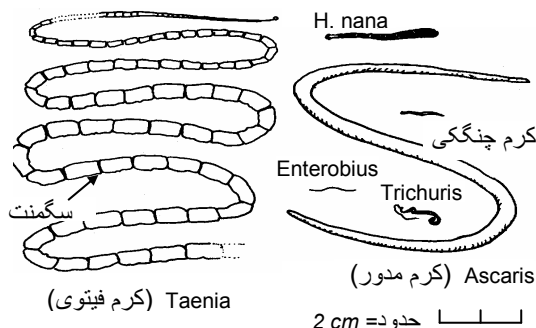
- * مشکلات بلع (dysphagia)
- * ضیاع وزن با سبب نامعلوم
- * کمخونی يا سایر فکتور های نشان دهنده خونریزی معدی معانی
- * استفراغ معند
- * مريضان بالاتر از ۵۵ سال؛ در صورتیکه سؤهاضمه شروع آنی داشته و اعراض آن برای بیشتر از ۴ هفته تعدد نموده باشد.
- * موجودیت کتله در قسمت علوی بطن

برای گستروسکوپی (gastroscopy) يا barium meal معرفی نمائيد.

بعض اوقات اطفال ماوف از ناراحتی های بطنی مزمن و بی اشتتهائی شکایت مینمایند. هر چندانتان کرم ها اکثراً واضح نمیشدند. پرابلم های خاص را که کرم های مختلف بوجود میآورند در جدول دیده میتوانید.

خطر عمده:

کرم ها انکشاف اطفال را متاثر میسازند!



برای ۶ هفته امتحانی داده شود. مگر معمولاً موفقیت زیاد بدست نمی آید برعکس حمایت روانی از بیمار مؤثر بوده است.

۳. مریضانی که عمدتاً اعراض ریفلوکس ازافگیتس (reflux oesophagitis) دارند:

الف. به مریض بگوئید تا فکتور های بوجود آورنده reflux را به حد اقل رسانند: • از خوردن غذا های زیاد جلوگیری نمایند! • سگرت کشیدن را توقف دهند! • در هنگام شب طوری خواب نمایند؛ که سرو صدر شان؛ خفیفاً بلند تر باشد. • همیشه تابلیت ها را با مقادیر زیاد آب بخورند.

ب. انتی اسید ها (مثلاً aluminium hydroxide) را بدهید. انتی اسید ها در موقع ضرورت یا هم ۳۰-۶۰ دقیقه بعد از هر غذا و در هنگام استراحت خورده شود.

ج. اگر مریضی شدید باشد، ranitidine را به مقدار 300 mg از طرف شب برای ۸-۱۲ هفته بدهید. اگر بسیار شدید باشد 150 mg روزانه ۴ مرتبه (یا cimetine) داده شود. omeprazole فمی دوی بدیل است که قیمت آن بلند تر است به مقدار 20 mg روزانه یک مرتبه برای ۴ هفته داده شده و در صورتیکه التیام کامل نباشد با 20 mg روزانه برای ۴-۸ هفته دیگر ادامه داده میشود. اگر به 20 mg بهبود حاصل نشود؛ 40 mg روزانه یک بار برای ۸ هفته داده میشود. تداوی دراز مدت التهاب مری (oesophagitis) که التیام نموده باشد با ranitidine به مقدار 150 mg روزانه ۲ مرتبه صورت میگردد.

کرم ها (HELMINTHS)

در حالاتی که سطح حفظ الصحه پائین باشد؛ خطر منتن شدن با کرم ها نسبت به منتن نشدن با آنها؛ بیشتر معمول میباشد. اطفال ۵-۱۴ ساله در معرض خاص خطر منتن شدن با کرم ها قرار دارند. اکثریت کرم ها در امعا زنده گی نموده و تخمگذاری مینمایند که در معاینه میکروسکوپی مواد غایبه تخم ها دریافت شده میتوانند. دریافت تخم کرم ها بدان معنی نیست که اعراض از باعث همان کرم بوجود آمده است. اینکه کرم ها اعراض را بوجود میآورند یا خیر؟ وابسته به تعداد کرم های است که در امعا زنده گی مینمایند (بار کرم ها). معمولترین اثر انتان کرم ها را؛ محدود شدن انکشاف فیزیکی نورمال تشکیل میدهد. نزد اطفال نواقص تغذیوی زمینوی (مثلاً فقدان آهن، یا سوتغذی انرژی و پروتین) بوجود میآید و طفل به طورشاید وباید نشو نمو نمی کند. بر علاوه انتان کرم ها انکشاف دماغی طفل را متاثر ساخته و طفل به بطانت میآموزد.

اهمیت کلینیکی	
معمولترین نوع کرم درافغانستان بوده و معمولاً بدون اعراض میباشد؛ مگر تعداد زیاد آنها ممکن حالات ذیل را به وجود آورند: • دردهای بطنی مزمن، انتفاخ بطنی و خرابی اشتها • انسداد قسمی یا تام معائی؛ زیرا بعض اوقات کتلات وسیع کرم های منور یک کتله توپ مانند را ساخته و امعا را مسدود میسازند. ندرتاً، کرم های منور ممکن امعا رقیقه را ترک گفته و وارد معده، حنجره و یا قنات صفاوی شوند.	Ascaris (کرم منور)
دومین کرم معمول در افغانستان میباشد. موجودیت تعداد زیاد شان ممکن ناراحتی های بطنی مزمن را نزد اطفال بار آورند.	Hymenolepis nana (کرم فیتوی کوتاه)
انتان به تعقیب قدم زدن با پای برهنه واقع میشود. مافیت به این کرم ها کمخونی شدید را بار آورده میتوانند.	Hookworm (کرم چنگکی)
مافیت به کرم های شلاق مانند نزد کاهلان اعراض را بار میآورد. این کرم ها نزد اطفال باعث ایجاد اسهالات خوندار شده و زمینه پرولاپس مقعد را مساعد میسازند.	Trichuris (کرم شلاق مانند)
معمولترین عرض آن خارش مقعدی از طرف شب و مزاحمت در خواب اطفال میباشد. ریشه کن سازی این کرم ها مشکل است زیرا تخم این کرم ها معمولاً در گرد و خاک خانه وسیعاً منتشر میباشد. بناء تمام اعضای خانواده را، حتی به شمول کسانی که اعراض ندارند؛ در یک وقت تداوی نمایند. روکش و روجایی مریض باید در زمان تداوی شستشو شوند و ناخن های مریض باید کوتاه شود.	کرم سنجاقی (enterobius, oxyuriasis) Pin worm
Strongyloides ها معمولاً اعراض را بار نمیآورند. مگر نزد اشخاصی که سیستم معافیتهی شان شدیداً ضعیف باشد؛ این کرم ها ممکن به تمام بدن منتشر شده و انتان شدید و اکثراً کشنده را بار آورد.	سترانگیلاید (strongyloides)
تحت عنوان امراض کیدی دیده شود، صفحه ۱۴۳-۱۴۴	مرض هیداتید (echinococcus)

یک دوز واحد (در انتان کرم چنگکی شدید روزانه یک مرتبه برای ۴ روز). mebendazole یا albendazole را برای اطفال کمتر از یک سال ندهید برای هایمینولپس نانا (*Hymenolepis nana*) یا کرم های فیتوی دیگر niclosamide بدهید و به کدام رژیم غذایی خاص ضرورت نیست.

تداوی منظم کرم ها پیشنهاد میشود. یک دوز واحد mebendazole را برای اطفال مکتب و اطفال بین ۱-۵ ساله هر شش ماه بعد (اطفال ۱-۲ سال 250 mg، اطفال بالاتر از ۲ سال 500 mg) بدهید.

چگونه میتوان از کرم ها جلوگیری نمود؟

اساسات وقایه از کرم ها مشابه به اساسات وقایه از اسهالات میباشد (صفحه ۱۱۸-۱۱۹ دیده شود). به مردم در مورد سیکل حیاتی کرم ها توضیحات دهید.

درد های زمان عادت ماهوار (DYSMENORRHOEA)

درد های زمان عادت ماهوار؛ بعضی اوقات نسبت به paracetamol به آسپرین (*acetylsalicylic acid*) به خوبی جواب میدهند. به صورت بدیل از تابلیت های پلان خانواده گی جهت منظم ساختن سیکل عادت ماهوار بدهید که بدین ترتیب درد های عادت ماهوار را تقیص میدهد.

نوت: ergometrine ندهید. لذا این دوا صرف برای خونریزی های بعد از ولادت است و بالای عادت ماهوار اثر ندارد.

مرض التهابی حوصلی (PELVIC INFLAMMATORY DISEASE)

تمام خانم های را که از نظر جنسی فعال اند و از درد قسمت های سفلی بطن شاکلی اند از نظر موجودیت **salpingitis** یا (*pelvic inflammatory disease - PID*) **endometritis** معاینه نمایند. مرض التهابی حوصلی معمولاً از باعث انتان گونوری (*gonorrhoea*) و کلامیدیا (*chlamydia*) بوجود میآید.

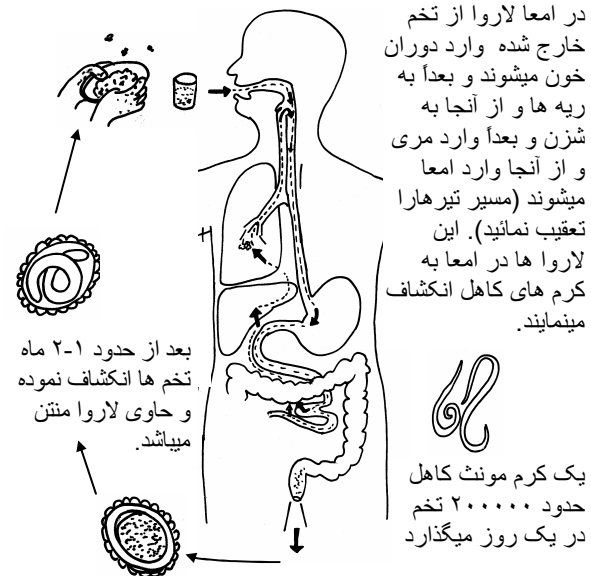
در حالات ذیل احتمال موجودیت PID میرود:

- حساسیت نفیر ها در معاینه مهلی • علایم انتان طرق تناسلی سفلی (مثلاً افزایشات عنق رحم) یا • حساسیت عنق رحم در هنگام حرکت. بعضی اوقات یک کتله حساس حوصلی را جس نموده میتوانید. تمام خانم ها تب نمیداشته باشند.

امراض مهمی که باید PID با آنها تشخیص تفریقی شود عبارتند از: حمل اختفائی (*ectopic pregnancy*) و اپندیسیت.

کرم ها برخلاف باکتری ها در داخل عضویت انسان تکثر نموده نمیتوانند. یک بخش از حیات آنها خارج از عضویت انسان سپری میشود. هر نوع کرم؛ طرز مشخص سیکل حیات را که مختص به خودش است؛ دارا است و قبل از آنکه به کرم کاهل تبدیل شود تخم ها مرحله لاروا (شفیره) را سپری مینمایند. اشخاص منتن تخم کرم ها را در مواد غایطه شان دفع مینمایند. اشخاص دیگر بوسیله خوردن غذا یا گرد و خاک که در تماس با مواد غایطه منتن آمده اند؛ منتن میشوند (شکل ۸-۱۰ دیده شود). حادثه زمانی واقع میشود که مواد غایطه در تشناب دفع نشده و خاک را ملوث سازد یا مگس ها تخم های کرم ها را بر مواد غذایی انتقال دهند. در کرم های چنگکی (*hookworm*) و سترانگیلاید (*strongyloides*) ها لاروا کرم؛ در خاک نشوونمو نموده زمانیکه شخص با پای برهنه برخاک ملوث راه میرود از طریق جلد به بدن وی نفوذ مینماید.

تخم های حاوی لاروای منتن با آب یا غذای ناپاک بلع میشوند.



تخم ها همراه با مواد غایطه به خارج اطراح میشوند. این تخم ها حاوی پوش ضخیم که تخم را از خشک شدن محافظه مینماید، میباشدند. این تخم ها برای مدت طولانی زنده باقی مینمانند مگر اشعه مستقیم آفتاب و گرمی آنها را از بین میبرند.

شکل ۸-۱۰: سیکل حیاتی کرم اسکاریس

چگونه میتوان کرم ها را تداوی نمود؟

Mebendazole را به مقدار 500 mg به یک دوز واحد بدهید (یا 100 mg روز ۲ مرتبه برای ۳ روز). ادویه های بدیل: albendazole به مقدار 400 mg به یک دوز واحد (در *strongyloides* ها روزانه یک مرتبه برای ۳ روز)، levamisole به مقدار 2.5 mg/kg به یک دوز واحد (در انتان کرم چنگکی شدید، یک دوز دومی را ۷ روز بعد بدهید)، یا pyrantel به مقدار 10 mg/kg به

اهتمامات:

واقعات خفیف مرض را با یکی از **انتی بیوتیک های که برای تداوی گونوری اند** (صفحه ۱۶۰ دیده شود) + **doxycycline** به مقدار 100 mg از طریق فمی روزانه ۲ مرتبه برای ۱۴ روز (یا **tetracycline** به مقدار 500 mg از طریق فمی روزانه ۴ مرتبه) + **metronidazole** به مقدار 400 mg روزانه ۲ مرتبه برای ۱۴ روز تداوی نمائید.

واقعات شدید مریضی را با **ceftriaxone** به مقدار 250 mg از طریق عضلی روزانه یک مرتبه + **doxycycline** به مقدار 100 mg روزانه ۲ مرتبه + **metronidazole** فمی به مقدار 400 mg روزانه ۲ مرتبه برای حد اقل الی دو روز بعد از آنکه مریض بهبود مییابد؛ تداوی نمائید. بعداً **doxycycline** یا **tetracycline** را برای ۲ هفته دیگر ادامه دهید.

ادویه بدیل: **ciprofloxacin** از طریق فمی به مقدار 500 mg روزانه ۲ مرتبه + **doxycycline** + **metronidazole** ادامه و دوام تداوی با **doxycycline** مشابه بالا است.

یا **clindamycin** به مقدار 900 mg از طریق وریدی هر ۸ ساعت بعد + **gentamicin** به مقدار 1.5 mg/kg هر ۸ ساعت بعد. ادامه و دوام تداوی با **doxycycline** مشابه بالا است.

پرابلم های کیسه صفرا

سنگ های کیسه صفرا (**gallstones**) در افغانستان معمول میباشند. این سنگ ها التهاب مزمن یا انسداد طرق صفراوی را همراه با کولیک و التهاب حاد کیسه صفرا بار میآورند. ندرتاً کرم اسکاریس داخل سیستم صفراوی شده و کولیک صفراوی؛ التهاب حاد کیسه صفرا (**acute cholecystitis**) و پانکراتیت حاد (**acute pancreatitis**) را بار میآورد.

التراسوند بطنی جهت معاینه پرابلم های کیسه صفرا کمک کننده است.

● **کولیک صفراوی** زمانی واقع میشود که یک کرم یا سنگ صفراوی فوحه خروجی کیسه صفرا را مسدود نماید. حادثه درد های بطنی کولیکی یا دوامدار قسمت علوی طرف راست بطن، استفراغات و بعض اوقات یرقان را بار میآورد. تداوی درد با **diclofenac** عضلی به مقدار 75 mg و **hyoscine butylbromide** (Buscopan) عضلی به مقدار 20 mg صورت میگیرد. مریض را برای جراحی راجع سازید.

● **التهاب حاد کیسه صفرا** سبب ایجاد درد همراه با حساسیت ریبوند (**rebound tenderness**) و گاردنگ

(**guarding**) در قسمت علوی طرف راست بطن، استفراغات، تب و بعض اوقات یرقان میشود. ممکن کیسه صفرا ریچر نموده پریتونیت یا یک آبسه را بار آورد. واقعه را به مانند پریتونیت تداوی نمائید.

● **التهاب حاد پانکراس** سبب ایجاد تدریجی یا حاد درد در ناحیه اپی گستریک یا ساحه مرکزی بطن میشود. درد به خلف انتشار مینماید. استفراغات معمول است. امیلاز سیروم بلند است (بیشتر از ۵ برابر حد نورمال).

تورم بطنی (abdominal swelling)

تورم بطنی میتواند از باعث مایع، هوا، یک عضو ضخاموی و کتلالت ابنورمال به وجود آید (چوکات دیده شود). با انجام معاینه فزیکی قادر خواهید بود تا سبب بزرگ شدن بطن را مشخص سازید. تاریخچه و وضعیت عمومی مریض به شما معلومات بیشتر در قسمت اسباب احتمالی تورم میدهند. تورم حاد که در ظرف چند ساعت یا چند روز ایجاد میشود معمولاً حادثه وخیم بوده به واقعه عاجل جراحی دلالت مینماید؛ خصوصاً اگر با استفراغ و درد بطنی همراه باشد.

هوا: در قرع فرط طبلیت وجود دارد. آواز آن مشابه به نواختن؛ در یک دهل است. معمولترین سبب آنرا اسهالات تشکیل میدهد که در آن بطن به سبب ازدیاد گازات معائی توسع مینماید. همیشه مهم است تا انسداد معائی رد شود.

ضخامه یا بزرگ شدن ارگان ها: (شکل ۹-۱۰ دیده شود). قرع بر بالای ارگان های ضخاموی یا کتلالت؛ اصمیت را نشان میدهد.

کتلالت: در موجودیت کتله حوصلی؛ شما دست تان را در تحت کتله برده نمیتوانید.

حبن (ascites): (شکل ۱۰-۱۰ دیده شود) حبن عبارت از تجمع مایع در داخل جوف بطن است. حبن ممکن از باعث تجمع مایع ناشی از التهاب پریتون (اکزودات - exudate) بوجود آید یا هم از باعث تجمع مایعاتی که از

اسباب مهم تورم بطنی

- مملو شدن بطن با هوا (گاستروانتریت، انسداد معائی، الیوس فلجی (**paralytic ileus**))
- بزرگی یا ضخامه اعضای بطن (کبد، طحال، کلیتات عقداات لمفاوی، مئانه به شمول حاملگی)
- بی اشتھائی
- ضیاع وزن
- مملو شدن بطن با مایع (حبن)
- کتلالت (تومور، آبسه ها، کیست هیداتید)
- مملو شدن بطن با کرم ها (مقدار های زیاد کرم اسکاریس)
- تورم جدار بطن (عمومی: شحم، موضعی: فتق، **lipoma**، انتان)
- اطفال: ضعیف بودن جدار بطن در سوتغذی

ترانسودیت (transudate)	اکزودات (exudate)	
پائین (کمتر از 30 g/l)	بلند (بیشتر از 30 g/l)	پروتئین
یک تعداد کم حجرات	یک تعداد زیاد WBC، غالباً یک تعداد حجرات سرخ خون	حجرات
خون وجود ندارد	بعض اوقات؛ خون قابل دید	خون
<ul style="list-style-type: none"> نفروتیک سندروم مراحل اخیر امراض کبدی عدم کفایه قلبی 	<ul style="list-style-type: none"> توبرکلوز پریتونیت کمتر معمول: کانسر 	اسباب

نوت: تلون مایع حبنی از نظر AFB (بسیل توبرکلوز) جهت معاینه توبرکلوز حتی اگر حبن از باعث توبرکلوز بطنی نیز بوجود آمده باشد، غالباً منفی میباشد. بنا این معاینه کمک کننده نمیشد.

- شروع بطنی در ظرف چند روز یا هفته در توبرکلوز؛ مریض غالباً ضیاع وزن و تب دارد.
- اذیمای وجه و بلند بودن محتوی پروتئین در ادرار در نفروتیک سندروم.
- تاریخچه یرقان و علائم دیگر بیماری کبدی در عدم کفایه کبدی.
- سایر علائم امراض قلبی در عدم کفایه قلبی.

هرگاه در مورد تشخیص مشکوک هستید؛ مایع حبن را از نظر پروتئین و حجرات جهت مشخص ساختن اینکه اکزودات است یا ترانسودیت (transudate)؟ معاینه نمائید. معاینات بیشتر و اهتمامات؛ مربوط به تشخیص احتمالی میباشد. اگر مریض شدیداً ناراحت باشد؛ حدود 500-1000 ml مایع را بذل نمائید (صفحه ۳۳۰ دیده شود).

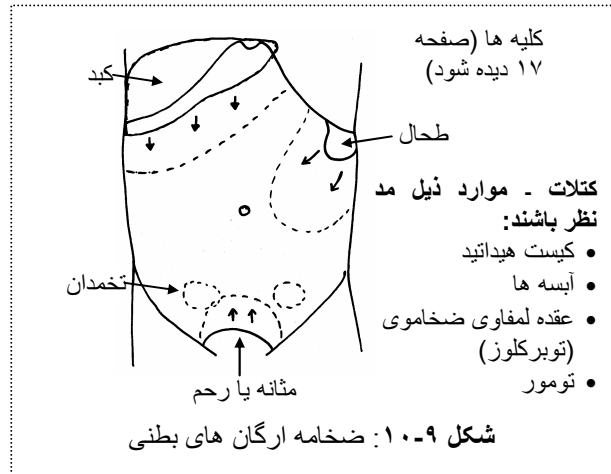
ضعیف بودن عضلات بطنی. معمولترین سبب آن را نزد اطفال سو تغذی تشکیل میدهد. زیرا نزد این اطفال بطن شان بزرگ معلوم میشود سو تغذی عضلات جدار بطن شان را ضعیف ساخته و امعای آنها به قدام میآید. موجودیت مقدار زیاد کرم ها؛ در بوجود آمدن چنین حالت همکاری مینماید.

توبرکلوز بطنی

توبرکلوز از طریق عقدات لمفاوی معائی یا از باعث بلع بلغم منتن نزد اشخاص مصاب توبرکلوز ریوی به بطن انتشار مییابد. منتن شدن از طریق شیر بسیار نادر است (bovine TB).

تظاهرات کلینیکی

نزد تمام مریضانی که تب و ضیاع وزن دارند و از درد بطنی شاکی اند؛ توبرکلوز بطنی را مد نظر داشته باشید. احتمال قوی توبرکلوز بخصوص درحالاتی



چطور باید حبن را ارزیابی نمود؟

- تفتیش: نواحی کلیوی برجسته
- قرع: عملیه را از قسمت مرکزی شروع نموده و بطرف محیط قرع نمائید.
- امواج مایع: شخص دیگر با دست خود بر قسمت مرکزی بطن فشار وارد میکند.
- با انگشت تان قرع کنید.
- Shifting dullness: مریض را به یک پهلو خوابانیده بطن وی را قرع نمائید. نقاطی را که آواز dull میشود نشانی نمائید. بعداً مریض را بطرف دیگر بخوابانید. در صورت موجودیت حبن نقطه که آواز dull میشود تغیر مینماید.

شکل ۱۰-۱۰: طرز معاینه موجودیت حبن

سیستم وعائی بداخل جوف بطن ضایع میشوند ترانسودیت (transudate) (جدول دیده شود). سبب حبن را معمولاً میتوان با اخذ تاریخچه و دریافت های فیزیکی واضح نمود:

- شروع حاد حبن همراه با علائم پریتونیت در تثقب بطنی. شخص بسیار مریض است.

۲. مریضان که قبضیت تام دارند (خطرناک است). مریض هیچ گاز و مواد غایبه را دفع نمی‌نماید. این یک علامه انسداد معانی می‌باشد (بالا دیده شود).

چگونه میتوان قبضیت ناتام را تداوی نمود؟

۱. سبب مرض را شناسائی نمائید.
 ۲. اخذ مقادیر زیاد مایع و فعالیت فیزیکی را توصیه نمائید. تطبیق روتین؛ مسهلات استطبیب ندارند، خصوصاً نزد اطفال. در صورت ضرورت صرف یک مسهل را برای چند روز استعمال نمائید (مثلاً bisacodyl به مقدار 5-10 mg از طرف شب یا magnesium hydroxide).

۳. به مریض اطمینان دهید که اگر همه روزه دفع مواد غایبه ننماید، برایش عملیه خطرناک نیست.

میرود که حبن موجود باشد یا اگر شما کتله بطنی (عقدات لمغای بطنی) را جس نمائید.

تظاهرات کلینیکی در تشخیص تفریقی اینکه حبن از باعث توبرکلوز بوجود آمده یا عدم کفایه کبدی؟ کمک مینماید:

توبرکلوز	عدم کفایه کبدی	حساسیت بطنی
بلی	نخیر	کتله بطنی
بعض اوقات	نخیر	اذیمای پاها
خفیف یا وجود ندارد	بلی	آیا حبن با spironolactone بهبود حاصل مینماید؟
نخیر	بلی	

اهتمامات

به حیث کتگوری اول مطابق به رهنمایی های تداوی، تداوی نمائید (صفحه ۵۲ دیده شود).

موجودیت خون در مواد غایبه

دریابید که آیا خون در قسمت خارجی مواد غایبه قرار دارد یا با مواد غایبه مخلوط است؟ (چوکات دیده شود). رکت مریض را معاینه نمائید. مواد غایبه بدبوی سیاه‌رنگ (قیرمانند) علامه خونریزی قسمت های علوی سیستم معدی معانی (مثلاً معده) می‌باشد. پرابلم های زمینوی را تداوی نمائید.

فیسور های مقعدی و هموروئید

مقعد توسط نسج و عائی پوشیده شده است. این انساج مقعدی میتوانند سست شوند و یک کتله توپ مانند را که تمایل به خونریزی دارد؛ بسازد. فیسور مقعدی میتواند در هنگام وارد شدن فشار از باعث عبور مواد غایبه سخت بوجود آید. تداوی هر دو حالت با هم مشابه اند:

اسباب مواد غایبه خون آلود

موجودیت خون سرخرنگ در قسمت خارجی مواد غایبه

- هموروئید (معمولاً بدون درد، غالباً آمدن خون به شکل قطره قطره)
- فیسور های مقعدی (دردناک)
- کانسر رکتومی (مریضان پیر - تغییر عادت دفع مواد غایبه، افزازات)

موجودیت خون مخلوط با مواد غایبه اسهالی

- دیزانتری باسیلر یا آمیبیک

موجودیت خون مخلوط با مواد غایبه اسهالی یا نورمال

- امراض التهابی معانی
- کانسر کولون (مریضان پیر)

مواد غایبه سیاه‌رنگ

- خونریزی قسمت های علوی معدی معانی

قبضیت (constipation)

زمانیکه شخص مواد غایبه را درمدتیکه برایش درحد نورمال است؛ دفع ننماید مصاب قبضیت گفته میشود. قبضیت یک عرض معمول را؛ نزد مریضی تشکیل میدهد که به مقدار کافی نمیخورد و نمی نوشد. برای تشخیص تفریقی چوکات دیده شود. دریابید که مریض تان شامل کدام یک از دو گروپ ذیل میشود:

۱. مریضانیکه قبضیت ناتام دارند (خطرناک نیست). مریض به دفعات کمتر از حد نورمال مواد غایبه خود را دفع مینماید ولی قادر به دفع مواد غایبه میباشد.

اسباب قبضیت

قبضیت ناتام

معمولترین سبب:

- عدم اخذ مقدار کافی غذا و مایعات
- دردناک بودن خروج مواد غایبه (مثلاً فیسورهای مقعدی یا درد های بعد از عملیات)
- انسداد ناتام امعا
- عوارض جانبی ادویه (مثلاً amitriptyline, ferrous sulphate, codeine یا morphine)
- سواستفاده از مخدرات
- وابسته به فشار روانی (irritable bowel syndrome)
- تفریط فعالیت غده درقیه (هایپوتائروئیدیزم)
- هایپوکلیمیا (hypokalaemia)

قبضیت تام

- انسداد معانی
- الیوس فلجی (paralytic ileus)
- اسباب نادر: • کانسر های پیشرفته کولون اطفال: • سوئتشکلات ولادی

امعا را کشف نمائید؛ دردو سوم متباقی آن ممکن انگشت تان بدان رسیده نتواند.

تشخیص مرض توسط اماله باریم (barium enema) یا کولونوسکوپی (colonoscopy) صورت میگیرد. تداوی آن جراحی است. غالباً سرطان امعا به صورت مؤخر تشخیص شده و انذار آن خراب میباشد.

مشکلات بلع (dysphagia)

بلع درد ناک در انتانات گلو معمول است. یک تعداد مریضان مصاب هستریا (dissociation) از پرابلم های بلع شاکی اند. درین واقعات، مریض در حقیقت بلعیده و نوشیده میتواند مگر طوری احساس مینماید که بلع نموده نمیتواند.

تاریخچه اخذ دوا را نزد مریض گرفته وی را از نظر موجودیت جاغور و علایم امراض سیستمیک که ممکن عسرت بلع شامل آن باشد، به صورت دقیق معاینه نمائید. به گلو و گردن مریض توجه خاص مبذول دارید.

انجام معاینه با باریم (barium meal) یا oesophago-gastroscopy ضرورت انجام جراحی مری را نشان خواهد داد. در صورتیکه به آفت ریوی مشکوک شدید توصیه chest x-ray را نمائید.

عسرت بلع واقعی بدون موجودیت انتان گلو غالباً علایم خطرناکی است (چوکات دیده شود). در جریان معاینه مریض مصاب عسرت بلع؛ جواب سوالات ذیل را دریابید:

۱. عسرت بلع به صورت آنی شروع نموده است یا تدریجی؟

– شروع حاد: جسم اجنبی

– شروع تدریجی: تومور یا تضیق سلیم (تندب)

۲. وقتی پرابلم شروع نموده؛ آیا مریض پرابلم بیشتر با بلع مایعات داشته یا مواد جامد؟

– در ابتدا؛ صرف مایعات: اسباب بلعومی

– در ابتدا؛ صرف موادغذائی جامد: اسباب مری

اسباب عسرت بلع (dysphagia)

- انتان گلو (تانسلیت، دیفتری)
- اجسام اجنبی در مری
- التهاب مری
- کانسر مری
- تضیق سلیم مری
- اسباب نیورولوژیک (مثلاً تیتانوس، ستروک (stroke) و مرض سگ دیوانه)
- اظهار سایکولوژیک فشار های روانی (dissociation)
- عقدات لمفاوی منصفی ضخاموی یا جاغور خلف عظم قص (retrosternal goitre)

۱. به مریض توصیه نمائید که مقادیر های زیاد مایع بنوشد و فعالیت فزیکي نماید تا از قبضیت جلوگیری شود.

۲. اگر مریض قبضیت دارد، یک مسهل (laxative) برای ۵ روز بدهید.

۳. به مریض توصیه نمائید که در هنگام دفع مواد غایطه به عوض بالای دو پاه نشستن بالای چیزی بنشیند (مثلاً بالای یک سطل)

۴. کریم هاو شیاف های ضد هیموروئید که حاوی لیدوکائین (lidocaine) اند، اگر قبل از رفع حاجت استعمال شوند؛ درد را تنقیص میدهند.

۵. اگر خونریزی از هیموروئید شدید باشد؛ لازم است تا عملیه جراحی صورت گیرد.

مرض التهابی امعا

(INFLAMMATORY BOWEL DISEASE)

مرض التهابی امعا (Crohn's disease و ulcerative colitis) نادر است. اگر نزد یک شخص کاهل یا طفل با سن بلند اسهال خوندار مزمن عود کننده، ضیاع وزن، درد مفصلی، التهاب قزحیه (آیرایتیز - iritis) و قرحات دهن موجود باشد؛ به مرض التهابی امعا (inflammatory bowel disease) مشکوک شوید. نزد بعض مریضان فیستول ها و آبسه ها تاسس مینماید. امراض التهابی امعا توسط زگموئیدوسکوپی (sigmoidoscopy) و کولونوسکوپی (colonoscopy) با انجام بیوپسی یا اماله باریم (barium enema) تشخیص میشود.

مریضی که اعراض حاد دارد بوسیله ستیروئید های فمی یا rectal تداوی میشوند. تداوی دراز مدت آن با sulphasalazine (اعراض حاد 3-4 g/day و تداوی وقایوی دراز مدت 2-3 g/day) میشود. بعض اوقات در صورتیکه ستیروئید ها و sulphasalazine اعراض را کنترل نموده نتوانند immunosuppressant ها داده میشود. در یک تعداد واقعات اختلاطی آن؛ به جراحی ضرورت میافتد.

کانسر امعا (BOWEL CANCER)

کانسر امعا نزد اشخاص پیر به وقوع می پیوندد. علایم مقدم آنرا قبضیت ها و اسهالات عود کننده و بعض اوقات موجودیت خون در مواد غایطه تشکیل میدهد. بعداً تومور ممکن انسداد امعا، ضیاع وزن و کمخونی را بار آورد. ممکن یک کتله بطنی را جس نمائید. با انجام معاینه رکتومی ممکن حدود یک سوم کانسر های

نوت: در صورتیکه اسباب زمینوی استفراغ را تداوی نموده بتوانید معمولاً به ادویه ضد استفراغ (anti-emetics) ضرورت نمیباشد. استعمال این دوا ها ندرتاً نزد اطفال استطبیب دارد. استفراغات که در مراحل اول حامله گی دیده میشود معمولاً ایجاب تداوی دوائی را نمی نماید.

در صورت ضرورت به ادویه ضد استفراغ، ادویه انتخابی اول مربوط به سبب یا حالت مریضی زمینوی میباشد:

- ادویه انتخابی اول برای اکثر حالات: antihistamine (به طور مثال promethazine).
- استفراغ که با پرابلم های معدی معائی و کبدی همراه باشد: metoclopramide (به اطفال خوردسال داده نشود). معمولاً در gastroenteritis بدان ضرورت نمیباشد.
- استفراغات شدید در مراحل اخیر سرطان ها: chlorpromazine یا haloperidol.
- استفراغات بعد از عملیات های جراحی: metoclopramide، در صورتیکه موثر نباشد با antihistamine ها یکجا داده شود.
- مریضی سفر (travel sickness): antihistamine ها: chlorpromazine و metoclopramide موثر نیستند.

موجودیت خون در استفراغ (هیماتمزس - haematemesis)

معمولترین سبب هیماتمزس (haematemesis) را پاره شدن مری مریض به تعقیب استفراغات شدید (Mallory-Weiss) تشکیل میدهد. این معمولاً خطر ناک نمیباشد.

نزد مریضی که خون استفراغ مینماید، جواب سوالات ذیل را پیدا نمائید:

۱. آیا خون استفراغ شده از معده مریض آمده است؟ یا او خونی را که بلع نموده است دوباره استفراغ نموده؛ مثلاً بعد از خونریزی بینی؟ یا آیا خون با سرفه مریض آمده است؟ در هیماتپتوزس (haemoptysis) - آمدن خون با سرفه، رنگ خون معمولاً سرخ روشن میباشد؛ در هیماتمزس (haematemesis) خون اکثراً رنگ نصواری دارد. مگر در صورتیکه مریض به مقدار های زیاد؛ خون را استفراغ نماید این خون نیز سرخ روشن خواهد بود.
۲. آیا علایم شاک نزد مریض موجود است؟
۳. مریض چند بار خون استفراغ نموده است؟

– مشکلات با هردوی آن؛ مایعات و مواد غذائی جامد: اسباب عصبی

۳. آیا فعل بلع دردناک است؟ (تومور، oesophagitis)
۴. آیا مریض کدام جسم اجنبی را بلع نموده است؟

استفراغات (vomiting)

استفراغ یک عرض غیر وصفی و بسیار معمول است (چوکات دیده شود). این عرض معمولاً وخیم نمیباشد. تعداد زیاد انتانات حاد؛ با استفراغ شروع شده که ایجاب کدام تداوی خاص را نمینمایند. استفراغ غالباً با اسهالات همراه میباشد.

اسباب وخیم زمینوی استفراغ را جستجو نموده بیمار را مطابق آن تداوی نمائید. اعراض ذیل نشان دهنده سبب وخیم استفراغ میباشد:

- ✗ استفراغات معد و دوامدار (بطن حاد).
- ✗ استفراغ و انتفاخ بطنی (انسداد امعا).
- ✗ خواب آلودگی و گنسیت غیرنورمال (انتان دماغ).

چگونه میتوان استفراغ را تداوی نمود؟

۱. از دیهیدریشن جلوگیری نموده در صورت موجودیت آنرا تداوی نمائید.
۲. اسباب استفراغ را تداوی نمائید.

اسباب مهم استفراغ

انتانات

- گستروانتریت، تسمم غذائی
- انتانات ویروسی (به شمول هپاتیت)
- انتانات طرق بولی
- سپیس
- انتانات دماغی (التهاب سحایانی، انسفالیت)
- ملاریا

اسباب غیر انتانی

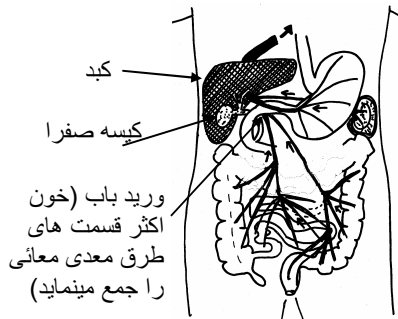
- انسداد معائی
- سوهاضمه وظیفوی ویا قرحات پپتیک
- امراض سفر
- عوارض جانبی دوا ها (مثلاً انتی بیوتیک ها، chloroquine, digoxin, opiates, NSAIDs, theophylline ادویه ضد صرع)
- فشار های روانی (مثلاً ترس زمینوی، ناخرسندی، فشار های بعد از ترضیضات)
- اپندیسیت حاد
- حامله گی
- تسمم
- جروحات راس، ازدیاد فشار داخل قحف
- عدم کفایه کلیوی

یک تعداد مریضان مصاب امراض مزمن کبدی بدون عرض اند. سایر این مریضان یک یا چندین عرض ذیل را از خود نشان میدهند:

- درد بطنی در قسمت علوی طرف راست بطن که از سبب بزرگ شدن کبد میباشد.
- تورم یا بزرگ شدن بطن از سبب حبن.
- تورم عنق القدم از باعث احتباس مایعات.
- خارش عمومی.
- در خانم ها: amenorrhoea (عدم موجودیت خونریزی ماهوار). در مرد ها: تورم ثدیه ها (gynaecomastia) و از بین رفتن موهای بدن.
- آشفته گی مغزی و گنسیت.
- استفراغ نمودن خون از سبب خونریزی معدی معانی.

وظایف عمده کبد:

- تولید پروتئین ها و اکثر فکتور های تحتری خون
- حفظ سوبه گلوکوز خون
- تولید بیلروبین از تجزیه کریوات سرخ خون
- برطرف نمودن و خنثی نمودن یک تعداد زیاد دوا ها و توکسین ها
- دفاع معافیتی در مقابل انتانات؛ خصوصاً در مقابل بکتری ها و ویروس هائیکه که از طریق سیستم معدی معانی وارد میشوند.



شکل ۱۰-۱۱: کبد و وظایف عمده آن

اسباب خروج خون با استفراغ (haematemesis)

اسباب معمول

- انشقاق مری بعد از استفراغ از هر سببی که باشد (Mallory-Weiss)

اسباب کمتر معمول

- قرحات پپتیک یا خونریزی معدی (غالباً از سبب NSAIDs)
- خونریزی از واریس های مری در سیروز کبدی

اسباب نادر

- کانسر معدوی
- تشوشات خون

۴. چه مقدار خون را استفراغ نموده است؟

۵. سبب احتمالی خونریزی چه بوده است؟ (چوکات دیده شود).

علام خطر: در صورت موجودیت حالات ذیل؛ حیات مریض به خطر مواجه است:

✗ مریض بیشتر از ۳۰۰ ملی لیتر (یک و نیم پیاله چای) خون را استفراغ نموده است.

✗ چندین مرتبه خون استفراغ نموده است.

✗ وقتی مریض از باعث ضیاع خون در شاک بوده یا انیمیک باشد.

اهتمامات

در صورتیکه مریض؛ هر یک از علائم خطری بالا را داشته باشد:

۱. فوراً برای مریض مایعات وریدی (Ringer-Lactate یا 0.9% sodium chloride) را شروع نمایید.

۲. یک تیوب انفی معدوی (nasogastric tube) را تطبیق نموده معده را کاملاً تخلیه نمایید.

۳. مریض را فوراً به شفاخانه بفرستید.

امراض کبدی

امراض کبدی معمول اند زیرا کبد؛ خون ایرا که از دوران ورید باب؛ به کبد میآید؛ فلتتر مینماید. بنا کبد به یک تعداد زیاد ویروس ها، باکتری ها، پرازیت ها و توکسین ها مواجه است. وظایف مختلفی را که کبد انجام میدهد در شکل ۱۰-۱۱ دیده میتوانید.

مریضانی که مصاب امراض حاد کبدی اند؛ ممکن بدون عرض باشند یا ممکن از خسته گی، بی اشتها، تب یا استفراغ شکایت نمایند. یرقان و ضخامه کبدی (hepatomegaly) زمانی تاسس مینماید که مرض پیشرفت نماید. این مریضان عرضی؛ غالباً مصاب هیپاتیت ویروسی اند.

چگونه میتوان مریضانی را که به داشتن امراض کبدی مشکوک اند؛ ارزیابی نمود؟

وقتی مریض ایرا که به داشتن امراض کبدی مشکوک است؛ معاینه مینمائید سایر علائم امراض کبدی را جستجو نمائید (شکل ۱۰-۱۲ دیده شود):

- آشفته گی مغزی؟
- یرقان؟

ارقام نورمال تست های اساسی کبدی

Alkaline phosphatase	اطفال 130-600 U/l کاهلان 30-300 U/l
Bilirubin	کاهلان و اطفال بالاتر از ۵ روز: کمتر از 1.0 mg/dl (17 micromol/l)
(ALT) GPT	کاهلان و اطفال بالا تر از ۱ ماه: 5-35 U/l

جهت اندازه گیری پیشرفت مرض؛ مکرراً انجام دهید. اندازه های نورمال آنرا در جدول ببینید.

- تعداد مجموعی و تفریقی حشرات سفید خون (WBC). WBC بلند علامه انتان است. سویه نورمال یا پائین WBC غالباً در هیپاتیت ویروسی دیده میشود.
- سیرولوژی هیپاتیت A, B, C.
- گلوکوز (glucose) و البومین (albumin) خون.

- التراسوند که ممکن (۱) ابنورمالتی های ساختمانی کبدی (۲) کتله یا کیست و (۳) قنات صفاوی متوسع در یرقان های خارج کبدی (extra-hepatic jaundice) را نشان دهد.

ضخامه کبدی (hepatomegaly)

حالات متعدد و مختلف؛ ضخامه کبدی را بار میآورند (جدول دیده شود). ضخامه کبدی یکی از دریافت های گذری در یک تعداد زیاد انتانات حاد از قبیل هیپاتیت ویروسی، تب محرکه سپس میباشند. درین واقعات، ضخامه کبدی بعد از ۴-۸ هفته از بین میرود.

با در نظرداشت تظاهرات کلینیکی و اینکه آیا کبد حساس است یا خیر میان اسباب معمول ضخامه کبدی تشخیص تفریقی نمائید (چوکات دیده شود).

یرقان (زردی - jaundice)

بیلیروبین (bilirubin) محصول زردرنگ است که از اثر تخریب کریوات سرخ پیر بوجود میآید. بیلیروبین در کبد به میتابولیزم رسیده (مزدوج - conjugation) و از طریق قنات صفاوی به امعا اطراح میشود.

بیلیروبین؛ مسئول رنگ نصواری مواد غایطه نورمال است. جهت ارزیابی یرقان قسمت سفید چشم را در روشنی کامل مشاهده نمائید. علایم کلینیکی یرقان را زمانی دریافته میتوانیم که سویه بیلیروبین بالا تر از 3 mg/dl شود.

سه نوع یرقان وجود دارد (شکل ۱۰-۱۳ دیده شود).

○ حبن؟

○ بطن:

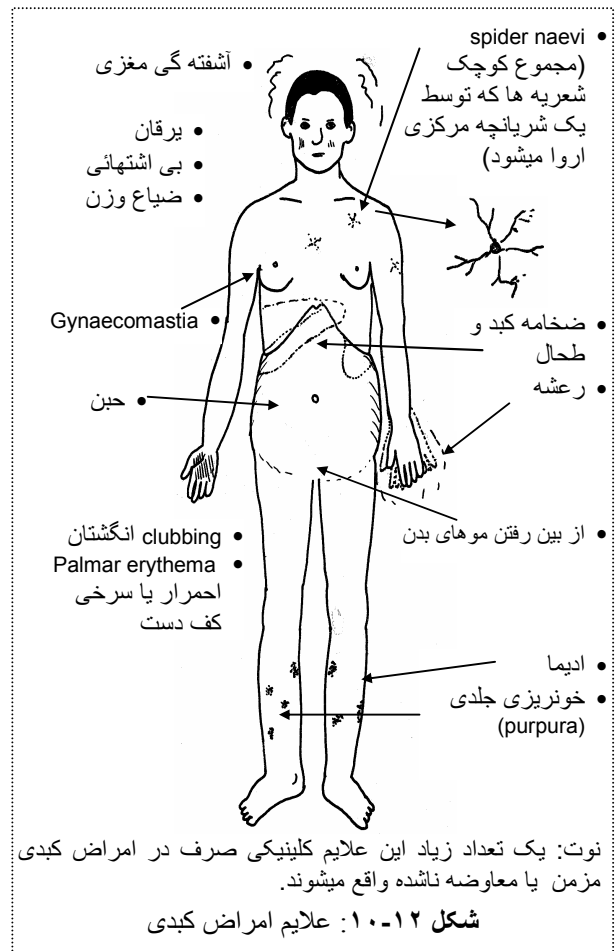
- آیا کبد مریض بزرگ شده است؟ آیا کبد مریض حساس است؟ آیا قوام کبد نرم است یا محکم و سخت؟ آیا کدام کتله را در کبد جس نموده میتوانید؟

- آیا کتلات قابل جس در بطن وجود دارند؟ (این حادثه احتمال بیشتر توپرکلوز را نسبت به امراض کبدی نشان میدهد).

- آیا طحال مریض ضخاموی شده است؟

- آیا gynecomastia (در مرد ها تورم ثدیه ها) وجود دارد؟ آیا موهای بدن مریض از بین رفته است؟ آیا کلبینگ (clubbing) انگشتان وجود دارد؟ (علایم سیروز کبد اند).

- آیا اذیمای پاها وجود دارد؟



معاینات

اجرای معاینات؛ مربوط به پرابلم کبدی میباشد.

- تست های وظیفوی کبدی (alkaline phosphatase, GPT/ALT, bilirubin) را جهت ارزیابی وظیفه کبد و

اسباب ضخامه کبدی به اساس تظاهرات کلینیکی مترافقه

ضخامه کبدی + معمولاً با یرقان

اسباب معمول

- امراض کبدی: هیپاتیت ویروسی، سیروز کبدی، عکس العمل دوانی

اسباب کمتر معمول

- ملاریا، سپس

اسباب نادر

- لمفوما، لوکیمی، کانسر حجرات کبدی

ضخامه کبدی + بدون یرقان

- امراض ویروسی غیر وصفی، سپس، عدم کفایه قلبی، توبرکلوز، تب محرقة، آبسه های آمیبیک کبدی، مرض هیداتید

اسباب نادر

- کانسر حجرات کبدی

ضخامه کبدی + ضخامه طحال

- ملاریا، بروسیلوز، یک تعداد امراض ویروسی، توبرکلوز، تب محرقة و ندرتاً لوکیمی یا لمفوما

ضخامه کبدی + سوتغذی شدید

- سوتغذی

کبد حساس

- هیپاتیت ویروسی
- انتان بکتریائی سیستمیک
- آبسه های آمیبیک کبدی
- بروسیلوز

کبد غیر حساس

- سیروز کبدی
- مرض هیداتید
- سوتغذی
- کانسر کبدی

اسباب ضخامه کبدی (hepatomegaly) انتانات

- هیپاتیت ویروسی
- یک تعداد زیاد امراض ویروسی غیر وصفی
- تب محرقة
- ملاریا
- سپتیمی
- توبرکلوز

اسباب کبدی

- هیپاتیت مزمن
- آبسه های آمیبیک کبدی

امراض قلبی

- عدم کفایه قلبی

امراض خون

- لوکیمی
- لمفوما

سایر اسباب

- کواشیورکور
- امراض هیداتید
- اسباب نادر: امراض ارثی ذخیری میتابولیک

۱. **یرقان همولایتیک (haemolytic) (pre-hepatic jaundice).** از سبب از دیاد تخریب کریوات سرخ که باعث از دیاد بیلیروبین میگردد؛ بوجود میآید. یرقان همولایتیک معمولاً خفیف است.
۲. **یرقان کبدی (hepatocellular jaundice).** کبد دچار مرض بوده؛ نمیتواند بیلیروبین را به صورت نورمال به میتابولیزم برساند و آنرا اطراح نماید.
۳. **یرقان انسدادی (extra-hepatic jaundice).** قنات صفراوی خارج کبدی مسدود شده و بیلیروبین به امعا اطراح شده نمیتواند.

اسباب یرقان (زردی) یرقان همولایتیک یا قبل الكبدی (prehepatic)

- همولیز (مثلاً ملاریا، فقدان انزایم G6PD، زهر مار، عکس العمل های ترانسفیژن خون)
- نوت: وقوع یرقان خفیف نزد اطفال نورمال است.

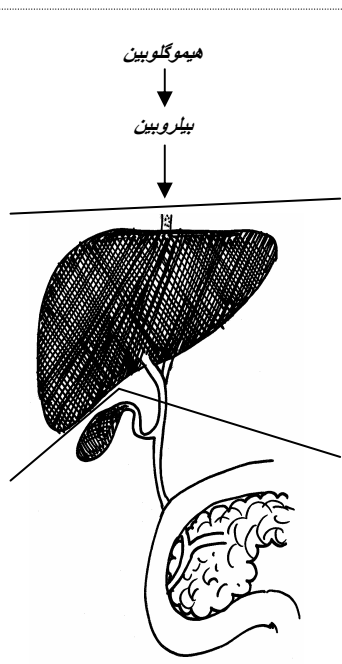
یرقان کبدی، تخریب حجرات کبدی

- هیپاتیت ویروسی
- انتان شدید ویروسی یا بکتریائی
- سیروز کبدی
- هیپاتیت ناشی از تطبیق ادویه (مثلاً از اثر isoniazid, rifampicin, pyrazinamide, ethambutol, دوز های بلند paracetamol و griseofulvin)
- هیپاتیت ناشی از حامله گی
- هیپاتیت الکولی

یرقان بعدالکبدی، یرقان انسدادی

اسباب نادر

- انسداد قنات صفراوی بوسیله کرم اسکاریس
- انسداد قنات صفراوی بوسیله سنگ
- کانسر قنات صفراوی یا قنات پانکراسی



شکل ۱۳-۱۰: سه نوع یرقان و اسباب آن

معمولاً نزد اطفال دیده شده ندرتاً باعث ایجاد اختلالات و هپاتیت مزمن میشود. اکثریت کاهلانی که انتان HAV داشته اند؛ معافیت حاصل مینمایند. دوره تفریح انتان HAV حدود ۴ هفته است.

● **Hepatitis B virus** (هپاتیت ویروسی B: HBV): اساساً از طریق (۱) خون؛ مثلاً از اثر استعمال سوزن های غیر معقم، ترانسفیوژن خون، یا تماس مستقیم با خون (۲) از مادری که ناقل مزمن ویروس است به طفل نوزاد او، یا (۳) از طریق مقاربت جنسی سرایت مینماید. هپاتیت B میتواند به عدم کفایه حاد یا مزمن کبدی و سیروز پیشرفت نماید. هپاتیت B معمولترین سبب عدم کفایه کبدی است. دوره تفریح HBV ۱-۶ ماه است.

● **Hepatitis C virus** (هپاتیت ویروسی C: HCV): به طریق مشابه به HBV انتشار مینماید. ۸۰٪ واقعات HCV به هپاتیت مزمن تبدیل میشود.


● **Hepatitis E virus** (هپاتیت ویروسی E: HEV): به مانند HAV انتشار مینماید. این مرض در مقایسه با دیگرانواع آن نادر است؛ مگر ممکن هپاتیت حاد وخیم را؛ خصوصاً در زمان حامله گی؛ بار آورد.

تظاهرات کلینیکی

علایم مقدم هپاتیت غیر وصفی بوده و معمولاً تا زمانی تشخیص نمیشود که نزد مریض یرقان تاسس نماید (شکل ۱۴-۱۰ دیده شود).

در جریان هفته اول:

- خسته گی، بی اشتها، دلبدی و استفراغ
- تب خفیف
- درد خفیف بالای کبد
- عدم موجودیت یرقان



- بعض اوقات تب
- بعد از چند روز یرقان تاسس نموده و مریض احساس بهبودی مینماید.
- دیدن و بوی غذا سبب استفراغ میشود.
- بعض اوقات درد در قسمت علوی طرف راست بطن موجودمیشود.
- زمانیکه یرقان تاسس مینماید رنگ ادرار مریض نسواری و رنگ مواد غایبه اش سفید رنگ میشود.

● مریض نمیخواهد غذا بخورد و یا سگرت دودنماید.

شکل ۱۴-۱۰: هپاتیت حاد

معمولاً تشخیص تفریقی میان یرقان هیمولایتیک از دو نوع دیگر آن با پرسیدن رنگ مواد غایبه و ادرار به آسانی صورت میگیرد (جدول دیده شود). در انیمی هیمولایتیک غالباً طحال ضخاموی میباشد. انسداد خارج کبدی عموماً نسبت به یرقان هیمولایتیک و کبدی کمتر معمول است.

در صورتیکه در مورد نوع یرقان مشکوک بودید (۱) ادرار را از نظر bilirubin و urobilinogen معاینه نمائید (۲) تست های وظیفوی کبدی و هیموگلوبین را انجام دهید. و (۳) معاینه التراسوند را جهت دریافت توسع قنات صفراوی، که یک علامه انسداد قنات صفراوی است؛ انجام دهید.

نکات عملی در تفکیک اسباب مختلف یرقان

معاينه كلينيكي	یرقان هیمولایتیک	تخریب حجرات کبدی و یرقان انسدادی
رنگ مواد غایبه	سیاه	سفید - خاکی
رنگ ادرار	نورمال	نسواری سیاه رنگ مانند چای سیاه
جس بطن	ضخامه طحال	ضخامه کبدی
معاينات لابراتواری:		
ادرار		
● بیلروبین	0	++++
● یوروبیلینوجن	++++	0
خون	نورمال	غیر نورمال
● تست های وظیفوی کبد		GPT, GOT alkaline phosphatase بلند رفته میباشدند.

امراض بالخاصه کبدی

هپاتیت ویروسی (VIRAL HEPATITIS)

هپاتیت ویروسی یک سبب مهم بیماری و مرگ و میر میباشد. انواع مختلف هپاتیت ویروسی شناخته شده اند. تظاهر کلینیکی آنها با هم مشابه اند. اما تفاوت عمده آنها را طریق سرایت و وخامت مرضی شان تشکیل میدهد. یک تعداد از ویروس ها سبب هپاتیت وخیم و عدم کفایه حاد کبدی میشوند. یک تعداد از مریضان قادر به ازبین بردن ویروس ها؛ حتی بعد از آنکه شفا میشوند؛ نمیشوند. نزد این مریضان هپاتیت مزمن تاسس مینماید که بعداً سبب سیروز کبدی و عدم کفایه کبدی میگردد. هپاتیت های ویروسی ذیل از نظر کلینیکی با اهمیت اند:

● **Hepatitis A virus** (هپاتیت ویروسی A: HAV) به نام هپاتیت انتانی نیز یاد میشود و از طریق غایطی- فمی (faecal-oral) انتقال می یابد. این انتان

حدود ۱-۲ هفته بعد:**هیپاتیت مزمن**

پرهیز از غذاها و مصرف ویتامین ها در تداوی هیپاتیت مزمن B و C کمک کننده نیستند. تداوی با interferon alpha تکثر ویروس ها را متوقف میسازد و حتی بهبودی مرض را باعث میشود. هر چند تداوی (۱) بسیار قیمت است، (۲) با عوارض جانبی قابل ملاحظه همراه است و (۳) صرف در ۵۰٪ فیصد تمام مریضان موثر است. حتی اگر مریضان به تداوی با interferon بهبود یابند یک تعداد زیاد واقعات دوباره نکس نموده به تداوی دوباره ضرورت دارند.

وقایه

- حفظ الصحه خوب غذائی را تشویق نمائید.
- انتشار مرض توسط خون راه؛ در شفاخانه ها و مراکز صحتی توقف دهید:
- تمام وسایل جراحی را تعقیم نمائید.
- صرف از سوزن های معقم، جهت تطبیق زرقیات استفاده نمائید.
- خون غیر مصئون را تطبیق ننمائید.
- با جلوگیری از تماس مستقیم با خون (تا حد امکان دستکش بدست نمائید) خود را در مقابل هیپاتیت محافظه نمائید.
- افراد صرف با خانم و یا شوهر خود مقاربت جنسی نمایند.
- واکسیناسیون در مقابل هیپاتیت B ممکن در آینده؛ بخش از پروگرام معافیت دهی گردد.

نوت: تجرید مریض کمک کننده نیست؛ طور مثال یک مریض مصاب HAV قبل از ظهور یرقان ساری است و حالانکه بعد از تظاهر یرقان؛ صرف برای کمتر از ۱ هفته ساری میباشد.

سیروز کبدی (LIVER CIRRHOSIS) - مرض مزمن کبدی

در سیروز کبدی؛ حجرات کبدی تخریب شده جای آنها را نسج ندبی (scar) میگیرد. هر چند حادثه مربوط به سرعت تخریب حجرات بوده و معمولاً بعد از چند سال واقع می شود اما به حدی حجرات کبدی تخریب می شوند که دیگر کبد وظیفه خود را بصورت درست انجام داده نمی تواند. اسباب معمول سیروز کبدی را انتان هیپاتیت مزمن B و C و سوءاستعمال الکول تشکیل میدهد.

تظاهرات کلینیکی

تظاهرات کلینیکی آن متفاوت اند. یک تعداد مریضان بدون عرض اند، در یک تعداد دیگر آنها صرف تست

● یرقان ظاهر شده و معمولاً در ظرف ۲ هفته از دیداد میابد. بعداً یرقان به صورت بنفسهی در ظرف چندین هفته از بین میرود. زمانیکه یرقان تظاهر مینماید؛ مریض احساس بهبودی مینماید. مریض غالباً برای چندین ماه احساس ضعیفی مینماید.

● رنگ ادرار تاریک و رنگ مواد غایطه خاسف شده و تب تخفیف مییابد.

نوت: یرقان همراه با تب؛ معمولاً از باعث هیپاتیت نمیشد.

● ضخامه خفیف و حساسیت کبدی.

نوت: اطفال غالباً اعراض خفیف را نشان میدهند.

اختلالات

عدم کفایه حاد کبد (در HBV به وقوع پیوسته ولی در HCV و HEV نیز دیده میشود).

- آشفته گی مغزی
- حبن
- خطر انتان وخیم
- خونریزی و کبودی بنفسهی
- تست های وظیفوی کبدی (GPT) بسیار بلند
- تنقیص شکر خون

امراض مزمن کبدی

غالباً کبد بزرگ و حساس بوده مگر اعراض و علایم دیگر وجود ندارند. اگر هیپاتیت مزمن پیشرونده باشد و تعداد بیشتر حجرات کبدی تخریب شوند؛ تست های وظیفوی کبدی بسیار بلند (GPT بیشتر از ۱۰ مرتبه بلند از نورمال) و یرقان را دریافته میتوانید. مریض احساس خسته گی شدید نموده ممکن اعراض و علایم مرض کبدی مزمن را طوریکه در فوق تذکر داده شد، داشته باشد.

اهتمامات**هیپاتیت حاد**

۱. کدام تداوی خاص؛ برای هیپاتیت حاد وجود ندارد. درجریانی که یرقان واضح وجود داشته باشد بعض اوقات استراحت بستر توصیه میشود مگر احتمالاً بالای سیر مرض کدام تغییری وارد نمیکند. ضرورتی برای محدود نمودن غذای مریض وجود ندارد. مریض باید غذای عادی و مغذی بخورد. ویتامین ها مفید نیستند.

۲. برای اهتمامات عدم کفایه حاد کبدی؛ بخش "سیروز کبدی" را در ذیل ببینید.

۲. به مریض بگویند تا از خوردن دوا های غیر ضروری اجتناب نماید؛ زیرا یک تعداد دواها عدم کفایه کبدی را بار میآورد.

۳. فکتور هائیرا که ممکن سبب خراب شدن وظیفه کبدی شوند؛ تداوی نمائید (مثلاً انتان یا خونریزی).

اهتمامات عدم کفایه کبدی

۱. مصرف پروتین را محدود ساخته به مریض از مسهلات دهید تا روزانه ۲-۳ مرتبه دفع مواد غایطه نماید.

۲. از دادن دواهای که وظیفه کبدی را خراب میسازند؛ جلوگیری نمائید (مثلاً از sedative ها و paracetamol). هر فکتور را که وظیفه کبدی را خراب میسازد؛ تداوی نمائید (مثلاً انتانات).

۳. وزن، تست های وظیفوی کبدی، گلوکوز، البومین، تحثر (INR)، creatinine (یا urea) و الکترولیت ها را کنترول نمائید. علایم انتان را جستجو نمائید.

۴. در صورت موجودیت حین و انیما:

الف. به مریض استراحت بستر را توصیه نموده اخذ مایعات را به کمتر از ۱,۵ لیتر در روز محدود سازید.

ب. spironolactone را به مقدار 100 mg از طریق فمی روزانه یک مرتبه (اطفال 2-3 mg/kg/day به سه دوز کسری) بدهید. در صورتیکه موثر نباشد، هر دو روز بعد دوز دوا را به اندازه 100 mg الی 400 mg افزایش دهید. در صورتیکه هنوز هم جواب قناعت بخش نباشد، furosemide فمی را به مقدار 120-20 mg روزانه یک مرتبه علاوه نمائید.

ج. موثریت تداوی را به صورت منظم اندازه نمائید: • مریض را وزن نمائید. هدف را کم شدن وزن مریض به مقدار 0.5 kg روزانه الی رسیدن وزن مریض به حد نورمال تشکیل میدهد (ازدیاد در وزن نشان دهنده ازدیاد حین و اذیما میباشد). • محیط بطن را در سویه سره اندازه نمائید.

بعد از چند ماه یا سال؛ حتی دوز های بلند دیورتیک ها حین و اذیما را تنقیص داده نمیتوانند.

۵. در صورت موجودیت آشفته گی مغزی (encephalopathy): neomycin فمی بدهید. یا streptomycin (پودر زرقی) را از طریق فمی یا تیوب انفی معدی به مقدار 1 g هر ۶ ساعت بعد الی بهبود مریض بدهید. streptomycin را از طریق فمی بدهید نه از طریق زرقی!

های وظیفوی کبدی غیر نورمال اند و یک تعداد دیگر مریضان با مرحله اخیر عدم کفایه کبدی تظاهر مینمایند. تظاهرات و اختلالات احتمالی سیروز کبدی قرار ذیل اند:

• خسته گی و ضعیفی

• آشفته گی مغزی، لرزه، بیهوشی (خونی که از کبد میگذرد و محصولات توکسیک، خصوصاً محصولات میتابولیزم پروتین؛ مستقیماً به دماغ عبور مینمایند.)

• به آسانی کبود شدن جلد (کبد مقدار کافی فکتور های علقه خون را تولید نمینماید.)

• اذیما و حین (کبد مقدار کافی البومین را تولید نمیکند.)

• تغیر خصوصیات جنسی، مثلاً انکشاف ثدیة در مردها (gynaecomastia) و رفتن موهای بدن

• ضخامه طحال

• خونریزی معدی معائی از varicose veins در مری (از اثر بلند بودن فشار در ورید باب) یا عدم موجودیت پروتین های تحثری.

نوت: کبد ضخاموی نمیباشد زیرا نسج ندبی باعث تکمش کبد میشود. یرقان الی مراحل موخر مریضی معمول نمیباشد؛ مگر آنکه مریض مصاب عدم کفایه حاد کبدی بدون سیروز باشد.

معاینات

• با در نظر داشت فعالیت سیروز GOT/GPT (AST/ALT) ممکن نورمال باشند. معمولاً این تست ها خفیفاً بلند میباشند. در سیروز کبدی معاوضه ناشده تمام تست های کبدی خون غیر نورمال اند.

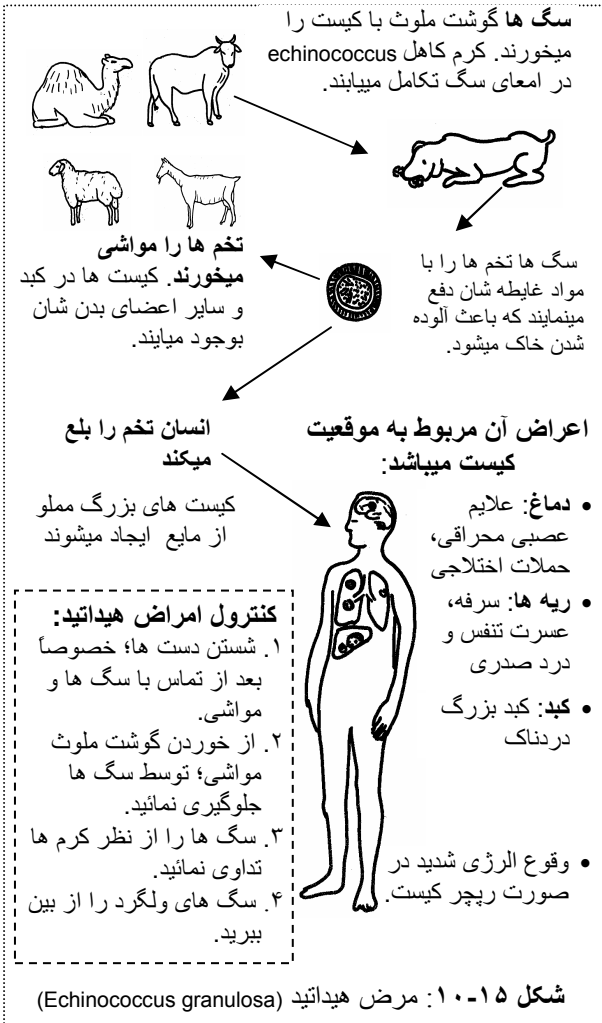
• البومین (albumin) بهترین نشان دهنده وظیفه کبد میباشد. اگر البومین پائینتر از 25 g/l باشد، پس وظیفه کبدی به طور واضح مختل بوده و انداز مرض خراب است.

• الٹراسوند (ultrasound) میتواند تغیرات سایز و ساختمان نسج کبد را نشان دهد و میتواند برای تشخیص سرطان های اولیه کبدی استعمال شود.

اهتمامات سیروز کبدی غیر اختلاطی

برگشت به حالت اولیه و معالجه سیروز کبدی امکان پذیر نیست. اعراض و اختلالات را زمانیکه واقع میشوند، تداوی نمائید تا مریض احساس بهبودی نماید.

۱. به مریض مشوره دهید تا غذای غنی از پروتین را بخورد مگر در آن نمک علاوه ننماید. مریض باید الکھول ننوشد.



۶. در صورت موجودیت هایپوگلاسمی: مریض را مطابق توضیحات صفحه ۲۷۳ تداوی نمائید. دادن 10% glucose را به مقدار ۱ لیتر در ۱۲ ساعت مدنظر داشته باشید.

۷. در صورت موجودیت وقوع آسان کبودی ها و خونریزی: ویتامین K (phytomenadione) را به مقدار 10 mg از طریق وریدی روزانه برای ۲-۳ روز بدهید. این ویتامین را به نسبت موجودیت خطر هیماتوم از طریق عضلی ندهید!

۸. در صورت موجودیت خونریزی معدی معائی: در صورتیکه تداوی بالخاصه درشفاخانه برای مریض قابل دسترس نباشد، مریض از باعث ضیاع خون و شاک فوت مینماید.

۹. در صورت موجودیت عدم کفایه کلیوی: صفحه ۱۵۵-۱۵۷ دیده شود.

امراض هیداتید (ECHINOCOCCOSIS)

امراض هیداتید از باعث لاروا کرم فیتوی سگ (اکینوکاکس - echinococcus) بوجود میآید. اشخاص از طریق مواد غایبه؛ سگ که با اکنوکوکس (echinococcus) ملوث باشد، منتن میشوند. منتن شدن یا از طریق تماس با سگ منتن یا تماس با گرد و خاک منتن صورت میگیرد. در مرحله اولیه، لاروا در امعا از تخم خارج شده، جدار امعا را عبور نموده و در اکثر واقعات به کبد میرسد. هر چند ممکن است که به ریه ها، دماغ یا سایر محلات خود را برسانند. کیست های مملو از مایع ایجاد شده که حاوی یک تعداد زیاد لاروا میباشند. سایز کیست ها به آهسته گی از دیاد کسب مینمایند (۱-۵ سانتی متر در یک سال). در اکثر مریضان (۸۰-۹۰%) صرف یک ارگان ماؤف میباشند.

معاینات

التراسوند جهت تأیید تشخیص بکار برده میشود. حدود ۳۰% مریضان در معاینات تفریقی کریوات سفید خون شان ایوزنوفیلیا (eosinophilia) دارند.

اهتمامات

هیچ وقت کیست را بذل نکنید زیرا ممکن اختلالات مشابه به پاره شدن کیست را بار آورد.

تداوی کیست های هیداتید کبد؛ جراحی بوده که صرف باید توسط یک جراح با تجربه صورت گیرد. *albendazole* انذار مرض هیداتید؛ به شمول کیست های غیر قابل جراحی؛ را خوب میسازد:

• قبل از جراحی *albendazole* را برای ۴ هفته بدهید؛ بعداً برای ۱۴ روز ندهید. تداوی را یک بار دیگر نیز تکرار نموده بعداً عملیات نمائید.

• در صورتیکه مریض قبل از جراحی *albendazole* را اخذ ننموده باشد؛ *albendazole* را برای ۴ هفته بدهید بعداً برای ۱۴ روز ندهید. تداوی را یک بار دیگر نیز تکرار نمائید.

تظاهرات کلینیکی

انتان همیشه در مراحل مقدم خود بدون عرض میباشند. معمولاً ماه ها و سالها را در بر میگیرد که اعراض ایجاد شود. اعراض کلینیکی در موارد ذیل نمایان میشوند (۱) در صورتیکه کیست نشو نمو کننده باعث ایجاد درد یا تشوش وظیفوی از باعث تحت فشار قرار دادن انساج مجاور گردد. اعراض وابسته به محل ماوفه است. کبد ارگانی است که معمولاً ماوف میشود. شکل ۱۵-۱۰ دیده شود، (۲) در صورتیکه کیست پاره شود؛ ممکن است به صورت خودبخودی واقع شود یا در جریان عمل جراحی. پاره شدن کیست ممکن سبب یک عکس العمل الرژییک شدید یا انتشار لاروا از طریق دوران خون به نقاط مختلف و ایجاد کیست های متعدد جدید گردد، (۳) کولیک صفاوی در واقعات ماوفیت کبد، یا (۴) علاوه شدن انتان بکتریائی بر کیست.

روز بدهید. (اطفال ۱-۵ سال 100 mg روزانه ۳ مرتبه، اطفال ۶-۱۲ سال 200 mg روزانه ۳ مرتبه، کاهلان 400 mg روزانه ۳ مرتبه).

۲. زمانیکه نداوی با metronidazole تکمیل شد، از diloxanide فمی به مقدار 20 mg/kg/day به سه دوز کسری برای ۱۰ روز بدهید (اطفال ۶-۱۲ سال 250 mg روزانه ۳ مرتبه، کاهلان 500 mg روزانه ۳ مرتبه).

۳. بذل یا تخلیه آبهه صرف در موارد ذیل انجام میشود: (۱) در صورتیکه آبهه به نداوی با metronidazole بعد از ۷۲ ساعت جواب ندهد. (۲) در صورتیکه آبهه بسیار بزرگ بوده و نزدیک به پاره شدن باشد.

آبهه های باکتریائی کبد

باکتری ها؛ گاه گاهی سبب ایجاد آبهه های کبدی حاد میگردند. شخص شدیداً مریض بوده، تب، نبض سریع، کمخونی و ضیاع وزن میداشته باشد. یرقان معمول نیست. ممکن است ایفیوژن پلورائی در طرف راست و نومونیای ریه طرف راست بوجود آید. تشخیص مرض به وسیله التراسوند صورت میگیرد. در صورت عدم انجام نداوی جراحی و نداوی با انتی بیوتیک، معمولاً مریض فوت مینماید.

سرطان کبد (LIVER CANCER)

کانسر اولیه کبد (hepatoma) ممکن نزد مریضان مصاب سیروز کبد؛ بعد از چندین سال بوجود آید. یک تعداد زیاد سرطان ها به کبد انتشار نموده ممکن آفات ستاره مانند (metastases) را بار آورند.

ماخذها

1. Awashi S, Bundy DAP, Savioli, L. Helminthic infections. *British Medical Journal* 2003; 327: 431-433.
2. Bewes P. *Surgery*. 2nd edition (script received personally from the author 2001).
3. British Society of Gastroenterology. *Dyspepsia Management Guidelines*. 2002.
4. Cook GC, Zumla A. *Manson's Tropical Diseases*. 21st edition. London: WB Saunders 2003.
5. Crofton J, Horne N, Miller F. *Clinical Tuberculosis*. 2nd edition. London: Macmillan 1999.
6. Ebrahim GJ. *Paediatric Practice in Developing Countries*. 2nd edition. London: Macmillan 1993.
7. Eddleston M, Pierini S. *Oxford Handbook of Tropical Medicine*. Oxford: Oxford University Press 1999.
8. Longmore M, Wilkinson I, Török E. *Oxford Handbook of Clinical Medicine*. 5th edition. Oxford: University Press 2001.
9. Illingworth RS. *Common Symptoms of Disease in Children*. 9th edition. London: Blackwell 1988.
10. Ministry of Health. *National Child Health Policy*. Kabul: 2004.
11. Ritzmann P. Chronic inflammatory bowel disease. *Pharma-Kritik* 2003; 25: 65-68 (in German).
12. Schull CR. *Common Medical Problems in the Tropics*. 2nd edition. London: Macmillan 1999.

● در صورتیکه جراحی امکان نداشته باشد، albendazole را برای ۴ هفته بدهید، بعداً برای ۱۴ روز ندهید و سیکل نداوی را دو بار دیگر تکرار نمائید بعداً در صورت ضرورت سیکل ها دوباره تکرار شود.

دوز albendazole به مقدار 15-10 mg/kg/day به دو دوز کسری است (اطفال ۲-۵ سال 50-100 mg دو بار در روز، اطفال ۶-۱۲ سال به مقدار 100-200 mg روزانه ۲ مرتبه، کاهلان به مقدار 200-400 mg روزانه ۲ مرتبه).

آبهه های آمیبی کبد

کبد؛ معمولترین محل امراض آمیبیک خارج معائی را تشکیل میدهد. اشکال فعال آمیب (trophozoites) از طریق سیستم وریدی از امعا به کبد انتقال میشوند و در آنجا یک آبهه را ایجاد مینمایند. اختلاطات مرض از باعث تحت فشار قرار گرفتن نسج کبدی یا تنقب آبهه بوجود میآیند. آبهه های کبدی آمیبیک نسبت به اطفال؛ نزد کاهلان بیشتر معمول اند.

تظاهرات کلینیکی

- معمولاً شروع حاد یا آنی اعراض.
- حساسیت قسمت علوی طرف راست بطن همراه با ضخامه دردناک کبد. درد غالباً شدید و دوامدار است و بعض اوقات به شانه راست انتشار مییابد. غالباً مسافه بین اضلاع سفلی طرف راست صدر حساس اند (حساسیت بین الضلعی).
- تب و وضعیفی
- غالباً موجودیت رال ها و کرپیتیشن ها (crepitations) در قسمت سفلی ریه طرف راست.
- معمولاً یرقان موجود نیست.
- معمولاً عدم موجودیت اعراض دیزانتری آمیبیک.

معاینات

- غالباً تعداد کریوات سفید خون (WBC)، alkaline phosphatase و GPT بلند میباشند.
- معاینه التراسوند تشخیص را تأیید مینماید.
- معاینه مواد غایطه کیست های آمیب را صرف در کمتر از نصف مریضان نشان میدهد بناً در تشخیص کمک کننده نمیباشد.

اهتمامات

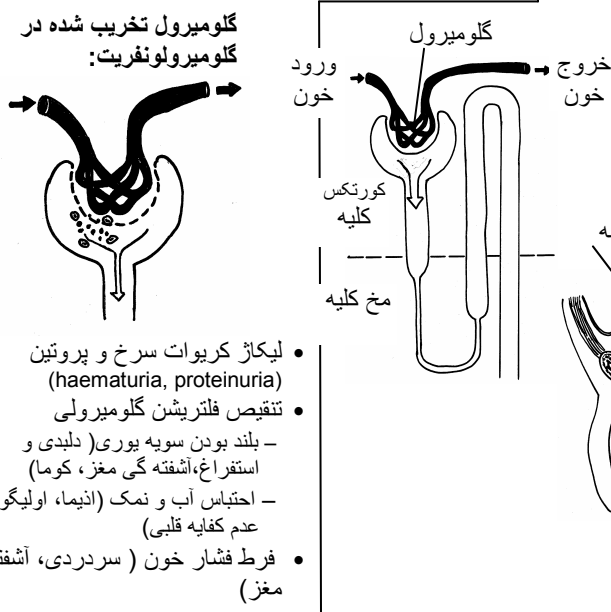
۱. Metronidazole را از طریق فمی به مقدار 20-30 mg/kg/day به سه دوز کسری برای ۱۰

16. Thomas SH, Silen W. Effect on diagnostic efficiency of analgesia for undifferentiated abdominal pain. *British Journal of Surgery* 2003; 90: 5-9.
17. World Health Organization. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. Geneva: WHO 2001.
13. Scottish Intercollegiate Guideline Network. *Dyspepsia Guidelines*. Edinburgh: SIGN 2003.
14. Silbernagl S, Lang F. *Pocket Atlas of Pathophysiology*. Stuttgart: Thieme 1998 (in German).
15. Talley NJ, Phung N, Kalantar JS. ABC of the upper gastrointestinal tract - Indigestion: When is it functional? *British Medical Journal* 2001; 323: 1294-1297.

۱۱. پرابلم های طرق بولی و تناسلی

مثال های از پرابلم های طرق بولی

- اثر دیهیدریشن: اگر بدن مصاب دیهیدریشن باشد؛ مقدار کافی آب جهت دور نمودن مواد فاضله موجود نمیباشد. بناً مواد فاضله صرف در یک مقدار کم آب حل میشود. غلظت ادار زیاد شده و رنگ آن تاریک میشود. نزد یک تعداد مریضان؛ مواد فاضله تماماً منحل نشده سبب ایجاد سنگ ها در کلیه یا مثانه میشوند.
- اگر دیهیدریشن شدید باشد؛ ممکن مقدار کم ادار تولید شود و در نتیجه عضویت نمیتواند مواد فاضله و نمک را طرح نماید و غلظت آنها در خون بلند میروند. این حادثه بنام عدم کفایه یاد میشود. همچنان عدم کفایه کلیه از اثر حالاتی که سبب تخریب شدید کلیه که در آن کلیه نتواند به درستی کار نماید؛ نیز بوجود میآید.
- تخریب گلو میرویل ها: گلو میرویل ها آن بخش از کلیه اند که اکثراً از باعث امراض تخریب میشوند. تغییرات حاصله بنام گلو میرویلونفریت یاد میشوند. در نتیجه تخریبات گلو میرویلی وظیفه فلتر به درستی صورت نگرفته و ممکن پروتین ها و حشرات سرخ خون وارد ادار شوند. گلو میرویلونفریت از نظر کلینیکی با پروتین یوری nephrotic syndrome؛ هیماتوری، التهاب حاد (nephritic syndrome) و عدم کفایه حاد یا مزمن کلیه تظاهر نموده میتواند.

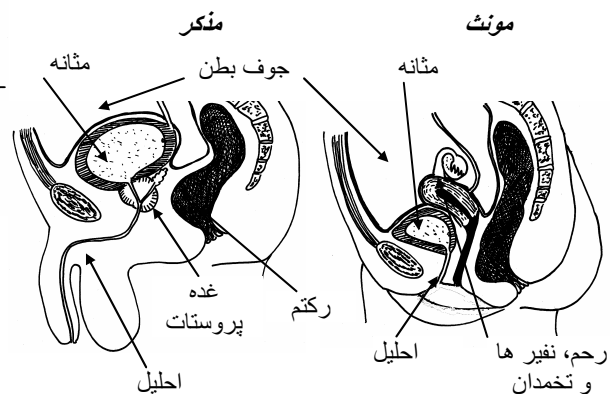
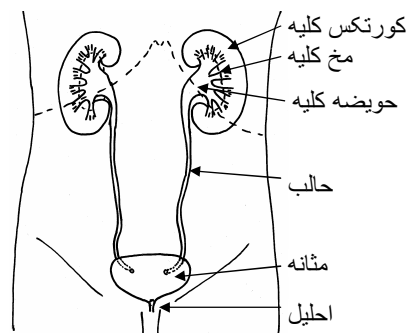


- لیکاز کریوات سرخ و پروتین (haematuria, proteinuria)
- تنقیص فلتریشن گلو میرویلی
- بلند بودن سوبه یوری (دلیدی و استفراغ، آشفته گی مغز، کوما)
- احتباس آب و نمک (اذیما، اولیگوری، عدم کفایه قلبی)
- فرط فشار خون (سردردی، آشفته گی مغز)

وظایف عمده طرق بولی:

دور نمودن محصولات فاضله: حشرات بدن محصولات فاضله را تولید مینماید. اکثر این مواد بوسیله کلیه ها از خون برطرف میشوند. یوری محصول فاضله عمده بوده و میتوان اندازه آنرا در خون تعیین نمود. خون در گلو میرویل ها فلتر شده و محصولات فاضله آن در آب منحل میشوند؛ که آنرا ادار مینامند. همچنان ادار حاوی آب و نمکی میباشد که عضویت بدان ضرورت نمیداشته باشد. در حالت نورمال ادار حاوی گلوکوز و پروتین نمیشد. برای دور نمودن مقادیر نورمال مواد فاضله؛ بدن در یک روز به مقدار 800 ml آب در ادار ضرورت دارد.

اناتومی طرق بولی:



شکل ۱-۱۱: اناتومی، فزیولوژی و پتوفیزیولوژی اساسی طرق بولی

چگونه میتوان مریضی را که احتمالاً مصاب پرابلم طرق بولی است؛ ارزیابی نمود؟

اساسات ارزیابی طرق بولی در صفحه ۱۶-۱۷ توضیح شده است. آنچه در ذیل است یک خلاصه نکات عمده ارزیابی در هنگام مشکوک شدن به پرابلم احتمالی طرق بولی میباشد. این صفحه را باید با صفحه ۱۶-۱۷ یکجا مطالعه نمایند.

هرگاه مریض از موجودیت اعراض در زمان تبول (micturition) مثل تغییر رنگ ادار، درد بطنی و کمر شکایت داشته باشد؛ به پرابلم های بولی مشکوک شوید. نزد یک تعداد مریضان اعراض عمومی چون تب، فشار بلند خون یا اذیما تظاهر مینماید؛ پس درین حالت نیز امکان پرابلم های کلیوی را مد نظر داشته باشید.

تاریخچه بگیرید

اگر به پرابلم طرق بولی مشکوک میشوید؛ سوالات ذیل را از مریض بپرسید:

- "آیا فعل تیول دردناک است؟"
- "آیا به دفعات مکرر ادرار مینماید؟" "درجریان شب چند مرتبه؟"
- "ادرار تان چه رنگ دارد؟" "آیا در ادرار تان خون را دیده اید؟"
- "آیا افزایشات احلیلی (urethra) وجود دارد؟"
- "آیا درد بطن و کمر دارید؟"

مریض را معاینه نمائید.

- آیا شخص خوب است یا مریض به نظر میرسد؟
- آیا تورم اطراف چشمان وجود دارد؟ آیا اذیما وجود دارد؟
- بطن و نواحی کمر را از نظر موجودیت حساسیت کلیه ها، کتله های کلیوی و بزرگ شدن مثانه معاینه نمائید. در مرد ها؛ اعضای تناسلی و پروستات را معاینه نمائید.

- فشار خون مریض را اندازه نمائید.

معاینات:

- **معاینه ادرار.** جهت جلوگیری از نتایج غلط؛ اطمینان حاصل نمائید که نمونه ادرار به طریقه پاک گرفته شده و در ظرف یک ساعت معاینه شده باشد (شکل ۲-۱۱)

۱. **شفافیت ادرار را ببینید** (ادرار مکدر؛ ممکن از باعث خون، انتان یا کریستال ها بوجود آید)
۲. **رنگ ادرار را ببینید:**

تفسیر	رنگ ادرار
نورمال	زرد روشن
ادرار غلیظ و متراکم (دیهایدریشن)	نصواری زرد رنگ
● قیج (انتان) ● کریستال های فوسفات که نشان دهنده مرض نیست.	ادرار مکدر
صفر (یرقان در صفحه ۱۳۸-۱۴۰ دیده شود)	نصواری سیاه رنگ
● خون (هیماجوریا - haematuria) ● rifampicin	سرخ
metronidazole	سیاه

۳. ادرار مریض را با strip (سترپ) های تست کننده معاینه نمائید (هوای گرم یا استعمال strip های تاریخ گذشته ممکن نتایج غلط را بار آورد):

تفسیر نتایج غیر نورمال	تست
پروتین بوری (proteinuria) (جدول دیده شود)	پروتین (protein)
هیماجوریا (haematuria)	خون (blood)
انتان طرق بولی. در %۹۰ انتانات طرق بولی نایتريت ها مثبت میباشد.	نایتريت ها (nitrites)
کمخونی هیمولایتیک (یرقان هیمولایتیک)	یوروبیلینوجن (urobilinogen)
یرقان انسدادی (یرقان انسدادی)	بیلروبین (bilirubin)
دیابت شکر یا تنقیص قابلیت کلیوی در جذب دوباره گلوکوز (مثلاً عدم کفایه مزمن کلیوی و سیس). گلوکوز خون را جهت جستجو دیابت اندازه نمائید!	شکر (glucose)
علامه اسیدوز، دیهایدریشن و فاقه گی که نشان دهنده آنست که بدن از نخایر خود جهت تولید انرژی مصرف مینماید. مهم نیست.	کتون ها (ketones)
	pH

۳. معاینه میکروسکوپی ادرار را انجام دهید (شکل ۳-۱۱):

تفسیر نتایج غیر نورمال	اندازه های نورمال	دریافت ها
در صورت تعداد بلند تر؛ التهاب: انتان طرق بولی یا آلوده گی از سبب افزایشات مهیلی	کمتر از ۵-۱۰ در هر ساحه	قیج (حجرات سفید خون) pus cells (WBC)
در صورت تعداد بلندتر، هیماجوریا (haematuria)	کمتر از ۳-۵ در هر ساحه	کریوات سرخ خون (RBC)
اگر بکتری وجود داشته باشد: انتان طرق بولی یا ملوث شدن نمونه ادرار	هیچ	بکتری ها (bacteria)
مهم نیست	تعداد کم	حجرات اپیتلیل (epithelial cells)
مهم نیست. این ها؛ سنگ کلیه را نشان نمیدهند! غالباً در ادرار سرد و کهنه دیده میشود.	تعداد متغیر	کریستال ها (crystals)
اگر دریافت شود:		کاست ها (CASTS)
مهم نیست. غالباً به تعقیب تب و ثمرینات دیده میشوند.	متغیر	کاست های هیالین (hyaline casts)
گلو میر و نفریت، فرط فشار خبیث خون	هیچ	کاست های کریوات سرخ خون (RBC casts)
پیلونفریت	هیچ	کاست های کریوات سفید خون (WBC casts)
پرابلم های کلیوی؛ خصوصاً گلو میر و لوفنفریت یا نکروز توبولر	هیچ	کاست های گرانولر (granular casts)

اسباب پروتین یوری (proteinuria)

مقدار های زیاد پروتین (++++/+++)

- امراض کلیوی (نفروتیک سندروم، گلومیرولنفریت - glomerulonephritis, nephrotic syndrome)
- اکلپسیا (eclampsia) شدید

مقدار کمتر پروتین (+)

اسباب کلیوی

- انتان طرق بولی
- هیماٹوری
- عدم کفایه مزمن کلیوی

اسباب غیر کلیوی

- به تعقیب تمرینات (مثلاً قدم زدن طولانی)
- سوخته گی ها
- مخاط مهبلی
- تب
- حامله گی: پری- اکلپسیا (pre-eclampsia)
- انتان مقاربتی
- عدم کفایه قلب
- فرط فشار خون
- مرض شکر (diabetes mellitus)

هر اندازه که این ها بلند باشند به همان اندازه اختلال کلیوی شدید تر میباشد. متوجه باشید که کریاتینین و یوری الی زمانی که وظایف کلیوی به کمتر از ۴۰-۵۰٪ تنقیص نیابد نورمال میباشد. هم چنان یوری زمانی که مریض مصاب فاقه گی باشد یا مقدار های زیاد غذای غنی از پروتین را خورده باشد؛ بلند میروند. اندازه های نورمال: کریاتینین 0.7-1.5 mg/dl، یوری (70-118 mmol/l)، یوری 15-40 mg/dl (2.5-6.7 mg/dl).

- **الکترولیت (electrolytes) ها** (پتاسیم و سدیم - sodium و potassium) در عدم کفایه کلیه معاینه میشوند. اگر لابراتوار آنها را اندازه نتواند؛ شما میتوانید معاینه ECG را که تغییرات وصفی را در صورت بسیار بلند بودن پتاسیم نشان میدهد، انجام دهید (شکل ۴-۱۱ دیده شود). مگر تغییرات زمانی واقع میشود که مریض در معرض خطر اریتمی قرار دارد.

اکسری (x-rays)

- **اکسری ساده بطنی (plain abdominal x-ray)** برای تثبیت سنگ های طرق بولی انجام میشود. شما با در نظر داشت کیفیت اکسری ممکن اندازه کلیه ها را مشخص نموده و تکلسات (calcification) غیر نورمال را که ممکن نشان دهنده توبرکلوز باشد؛ ببینید.
- **Urography (IVU, IVP)** یک رشته کلیشه های اکسری است که همراه با زرق مواد کثیفه انجام

چگونه باید نمونه پاک ادرار را گرفت؟

۱. یک بوتل دهن کلان را پاک نمائید.



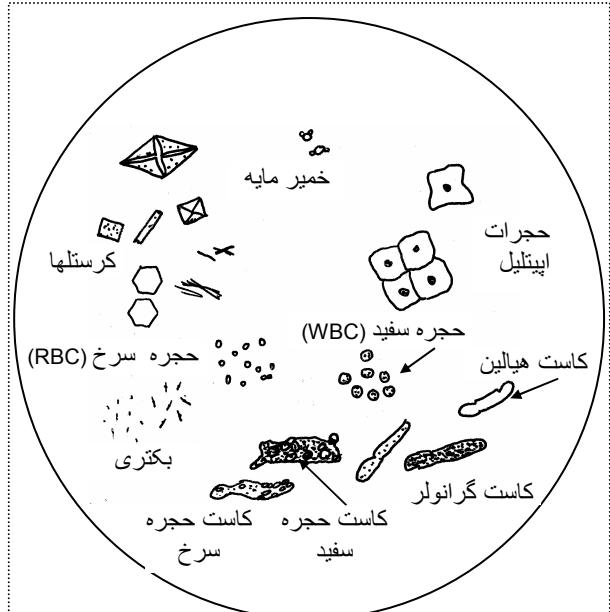
۲. فوچه احلیل را پاک نمائید. مثلاً با آب و صابون

۳. قسمت وسطی [متوسط ادرار را بگیریید mid-stream urine]



۴. نمونه ادرار را سرد نگهداشته؛ در ظرف یک ساعت معاینه نمائید.

شکل ۲-۱۱: طرز گرفتن نمونه پاک ادرار.



شکل ۳-۱۱: دریافت های معاینه میکروسکوپی ادرار

۴. **کلچر ادرار** در موارد ذیل اجرا میشود: (۱) در صورتیکه مریض مصاب انتانات مکرر طرق بولی گردد. یا (۲) در صورتیکه انتانات طرق بولی با تداوی با انتی بیوتیک ها جواب ندهد. کلچر ادرار میتواند انتان را تثبیت نماید؛ عامل مرضی را مشخص نموده و تعیین نماید که کدام انتی بیوتیک موثر است. کیفیت راپور دهی آن غالباً قناعت بخش نمیشود. راپور خوب باید شامل نام عامل مرضی، حساسیت آن به مقابل انتی بیوتیک های معمول و تعداد باکتری ها در یک ملی لیتر باشد. موجودیت تعداد بیشتر از 10^5 بکتري در یک ملی لیتر؛ انتان را تثبیت می کند.

تست های خون:

- **معاینه کریاتینین (creatinine) و یوری (urea)** در صورتی انجام میشود که به تشوشات وظیفوی کلیوی مشکوک باشید. زیرا در تشوشات وظیفوی کلیوی این ها بلند میروند. به

اسباب دیسوری (dysuria)

- انتان طرق بولی
- خانم ها: سندروم احلیلی (ناشی از فشار روانی یا سردی)
- سنگ ها و تومور های مثانی
- کرم های سنجاکی
- تخریشات و قرحات ناحیه تناسلی
- انتانات مقاربتی
- روانی (فشار)

اسباب تکرر ادرار و ادرار شبانه (frequency, nocturia)

خروج مقادیر کم ادرار به دفعات مکرر



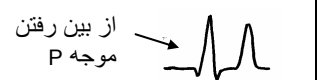

- انتان طرق بولی
- مردان پیر: ضخامه پروستات
- عدم کفایه کلیوی حاد
- سنگ و تومور مثانی
- نورمال: در حامله گی
- اسباب روانی
- خروج مقادیر زیاد ادرار به دفعات مکرر (از دید تولید ادرار)
- عدم کفایه قلبی
- دیابت شکر
- دیورتیک ها
- عدم کفایه کلیوی مزمن

قبیل تکرر ادرار (frequency)، urgency (ضرورت عاجل به تخلیه ادرار) و تب همراه باشد نمایانگر آفت انتانی طرق بولی بوده می تواند.

یک تعداد زیاد اشخاص؛ در حالیکه مریض اند و مقدار کم مایع نوشیده و ادرار غلیظ را اطراح مینمایند، از dysuria شاکی میباشند. هر قرحه یا آفت ناحیه تناسلی میتواند در هنگام فعل تبول درد و سوزش را بار آورد. و این دلیلی است که اطفال مصاب کرم های سنجاکی (pinworm) ممکن از dysuria شاکی باشند. یک تعداد خانم ها از urgency، تکرر ادرار (frequency)، dysuria، شاکی میباشند؛ اما معاینات ادرار شان نورمال میباشد. اعراض آنها احتمالاً از باعث فشار های روحی و سردی هوا میباشد.

Nocturia (برخاستن در هنگام شب از برای تبول) ممکن یک علامه عدم کفایه قلبی باشد. جهت مشخص نمودن سبب تکرر ادرار (frequency) و nocturia؛ دریابید که آیا مریض مقدار های زیاد ادرار را اطراح مینماید یا مقدار های کم. چوکات دیده شود.

نوت: اعراض تخریشی را در صورت عدم موجودیت شواهد واضح انتان؛ با انتی بیوتیک تداوی ننمائید!

تغییرات عمده در گراف قلب (ECG)	پتاسیم سیروم (mmol/l)
	3.5-5.0 (نورمال)
	5.5-6.5
	6.5-7.5
	7.0-8.0
اریتمی بطینی، توقف سیستول (asystolie)	بالا تر 8.0

شکل ۴-۱۱: تغییرات ECG در هایپرکلیمیا

میشود. IVU ساختمان های اناتومیکی را نشان داده در واقعات توبرکلوز کلیوی مشکوک، سنگ های کلیوی و ابنورمالتی های اناتومیکی کلیه کمک کننده میباشد.

- **التراسوند (ultrasound)** در عدم کفایه کلیه، جهت جستجو انسداد طرق بولی؛ که با توسع حالب نشان داده میشود و یک سبب قابل برگشت عدم کفایه کلیه است؛ انجام میشود. همچنان این معاینه در قسمت ارزیابی بیشتر هیماجوریا (haematuria) کمک کننده است.

چگونه میتوان به یک تشخیص کاری رسید؟

اعراض مختلف؛ نشان دهنده گروپ های مختلف امراض میباشد. اولاً دریابید که مریض شما در کدام گروپ قرار میگیرد و بعداً تشخیص تفریقی احتمالی را با جزییات بیشتر مد نظر بگیرید.

۱. **اعراض تخریشی، التهاب و تخریش احتمالی طرق بولی** را نشان میدهند. این اعراض عبارتند از دیسوری (dysuria) (احساس درد و سوزش در هنگام تبول) و (frequency) و nocturia (تکرر فعل تبول و برخاستن در هنگام شب از برای تبول). برای مطالعه اسباب مرض چوکات دیده شود.

تمام اشخاصی که از این اعراض شاکی اند؛ مصاب انتان نیستند. صرف ۲۵%-۵۰ تمام مریضانی که دیسوری (dysuria) دارند؛ مصاب انتان اند. dysuria زمانیکه با سایر اعراض تخریش مثانی از

ذیل در قسمت دریافت سبب احتمالی کمک مینماید (چوکات دیده شود):

الف. آیا هیمآچوریا (haematuria) واقعی است؟ (با استفاده از ستیک ها (dipstick) و میکروسکوپی (microscopy) خون را در ادرار تثبیت نمائید. ب. زمانی که مریض ادرار مینماید، آیا ادرار در تمام مدت سرخ رنگ است یا صرف در ابتدا یا اخیر فعل تبول؟

- صرف در آغاز فعل تبول: خونریزی احلیلی یا اعضای تناسلی

- در تمام جریان فعل تبول: خونریزی حالبی یا کلیوی

- صرف در اخیر فعل تبول: خونریزی از مثانه

ج. آیا تبول دردناک است؟

د. آیا مریض در گذشته کدام هیمآچوریا (haematuria) داشته است؟

اسباب haematuria (موجودیت خون در ادرار)

haematuria در رنناک

- انتان طرق بولی
- سنگ های طرق بولی

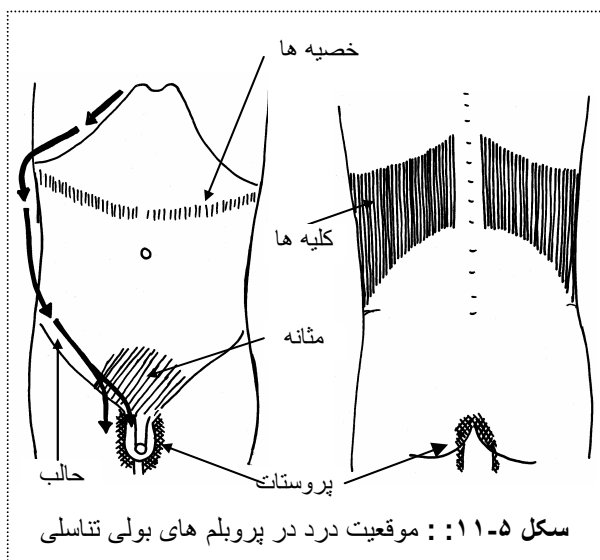
haematuria بدون درد

- گلوبولونفریت
 - توبرکلوز
 - تومور های کلیوی و مثانی
 - کمخونی هیمولایتیک و تشوشات تحثری خون
 - تروما
 - کیست های هیداتید کلیوی
 - موجودیت خون عادت ماهوار در ادرار
- نوت: در صورتیکه هیماتوری با انسداد، مثلاً از باعث علقه خون، همراه باشد، ممکن دردناک باشد.

۲. درد (شکل ۵-۱۱ و چوکات دیده شود). درد ناشی از امراض کلیوی معمولاً در ناحیه کمر احساس میشود. دردهای حاد شدید و کولیکی که ممکن به ناحیه مغبنی انتشار نماید، از سبب انسداد کلیه معمولاً از باعث سنگ های حالبی بوجود میآید. درد پیالونفریت حاد نیز شدید بوده ولی ثابت است و مریض تب میداشته باشد.

انسداد مزمن ناراحتی های کمتر را بار آورده و غالباً کدام ناراحتی موجود نمی باشد. عدم کفایه مزمن کلیه درد ندارد. اکثرآ؛ درد های ناحیه کمر از باعث امراض کلیوی نبوده و دردهای راجعه عضلی اسکلتی یا دردهای خود کمر میباشد. یک تعداد زیاد انتانات درد های عضلی را بار میآورند که در ناحیه کمر احساس میشوند. اگر درد کمر از باعث پرابلم های کلیه باشد؛ قرع ناحیه کمر بسیار دردناک میباشد.

نزد مرد ها درد های ناحیه عجان و رکتد دلالت به التهاب پروستات مینماید.



۴. اعراض انسدادی عبارتند از hesitancy (تاخیر قبل از شروع آمدن ادرار)؛ جریان ضعیف در هنگام تبول و ضرورت تبول دوباره به زودی بعد از خاتمه یافتن تبول. این اعراض؛ انسداد جریان ادرار از مثانه را نشان میدهند. علت عام آنرا نزد مردان مسن؛ پرابلم پروستات میسازد. احتمال دیگر، خصوصاً نزد اطفال؛ را سنگ های مثانی تشکیل میدهد.

۵. اعراض انتانات منتقله از اثر مقاربت جنسی (sexually transmitted infections) عبارت اند از dysuria، افزازات احلیلی، قرحات و تورمات تناسلی در ناحیه مغبنی (صفحه ۱۶۰-۱۶۱ دیده شود).

۶. عدم اقتدار ادار (incontinence) نزد مردها معمولاً از باعث ضخامه پروستات بوجود میآید. مثانه کاملاً تخلیه شده نمیتواند و ادرار به طور قطره، قطره خارج میشود. موجودیت انتانات را رد نمائید. جهت

اسباب درد ناحیه کلیوی (loin pain)

- عضلی اسکلتی، غالباً درد های راجعه از ستون فقرات
- سنگ های کلیوی
- هایدرونفروز
- پیالونفریت
- توبرکلوز کلیوی

اسباب نادر

- تشوشات تحثری خون
- تومور کلیوی

۳. هیمآچوریا (haematuria) (موجودیت خون در ادرار) میتواند از هر قسمت طرق بولی منشأ بگیرد. معمولترین اسباب آنرا انتانات و سنگ های طرق بولی تشکیل میدهد. دانستن جواب سوالات

مطالعه اسباب عدم اقتدار ادار (incontinence) نزد خانم ها صفحه ۲۶۶-۲۶۷ دیده شود.

۱. انتی بیوتیک مناسب را بدهید:

• cystitis (انتان مثانی) نزد خانم های غیر حامله. *co-trimoxazole* فمی را به مقدار 1920 mg (۴ تابلت 480 mg) یا amoxicillin فمی را به مقدار 3 g به یک دوز واحد بدهید (بعد از ۱۲ ساعت تکرار شود).

• *Cystitis* (انتان مثانی) در زمان حامله گی: *amoxicillin* فمی را به مقدار 500 mg ۳ مرتبه در روز برای ۷ روز بدهید (یا cephalixin یا cephadrine فمی) بدهید. در صورت عود مرض؛ آنرا دو باره تداوی نموده و تداوی وقایوی را با nitrofurantoin فمی به مقدار 50 mg از طرف شب الی زمان ولادت مد نظر داشته باشید.

• پیالونفریت (*pyelonephritis*) و UTI نزد مردها و اطفال بزرگتر از ۱ سال: *co-trimoxazole* فمی را برای ۱۰ روز بدهید (یا ceftriaxone).

• اشخاص شدیداً مریض (به شمول خانم های حامله) یا اطفال کمتر از ۱ سال: *gentamicin* را از طریق عضلی یا وریدی روزانه یک مرتبه یا به تنهایی یا همراه با *ampicillin* از طریق عضلی یا وریدی برای ۷ روز تطبیق نمائید (یا *ceftriaxone* یا *cefotaxime*).

• پروستاتیت (*Prostatitis*). *doxycycline* فمی را به مقدار 100 mg روزانه ۲ مرتبه برای ۲-۴ هفته (یا *co-trimoxazole*) فمی بدهید. اگر موثر نباشد از ciprofloxacin فمی به مقدار 250 mg روزانه ۳ مرتبه برای ۲ هفته بدهید.

۲. مشوره های عمومی را ارائه نمائید.

• مقدار زیاد آب نوشیده شود.
• بعد از تبول؛ ۵ دقیقه بعد تربیمار یکبار دیگر ادرار نماید. (double voiding)

۳. اگر مریض ۴۸ ساعت بعد از شروع تداوی بهبودی حاصل ننمود؛ انتی بیوتیک را تبدیل نمائید. مقاومت دوائی در UTI به سبب استفاده وسیعاً نادرست انتی بیوتیک ها معمول است. انتی بیوتیک دومی برای کاهلان ciprofloxacin یا ofloxacin فمی، برای اطفال nalidixic acid فمی و برای اشخاص شدیداً مریض ceftriaxone عضلی یا وریدی است.

۴. معاینات (۱) اکسری ساده بطنی - جهت جستجوی سنگ های کلیوی و مثانی (۲) التراسوند کلیوی - جهت رد انسداد و (۳) کلچر ادرار را نزد مریضان ذیل انجام دهید:

• تمام مردان و نزد اطفال کمتر از ۵ سال.

امراض بالخاصه بولی و تناسلی

انتان طرق بولی

(URINARY TRACT INFECTION - UTI)

Cystitis (انتان مثانی) نزد خانم ها بسیار معمول است. انتان مثانی ممکن به طرف بالا رفته و پیالونفریت (انتان کلیه - *pyelonephritis*) را بار آورد. علائم انتان صاعده عبارت اند از تب و درد ناحیه کمر. در حالت عادی مردها به انتان طرق بولی مصاب نمیشوند. مردانی که مصاب انتان طرق بولی اند معمولاً یک ابنورمالتی زمینوی (سنگ، انسداد یا ضخامه پروستات)، تویرکلوز یا انتان ناقله جنسی (sexually transmitted infection) میباشند.

تظاهرات کلینیکی

تظاهرات کلینیکی مرض وابسته به موقعیت انتان است:

نزد کاهلان:

• *Cystitis* (انتان مثانی): dysuria, urgency, تکرر ادرار (frequency)، درد قسمت های سفلی بطن. ادرار ابری بوده و در آن خون یا قیح (کریوات سفید خون) دیده میشود.

• پیالونفریت (*pyelonephritis*): اعراض cystitis (انتان مثانی) + تب، احساس مریض بودن، درد ناحیه کمر، دلبدی و استفراغ.

• پروستاتیت (*prostatitis*): اعراض cystitis (انتان مثانی) + درد شدید ناحیه عجان و مقعد با حساسیت شدید غده پروستات در معاینه جس مقعدی.

نزد اطفال:

غالباً اعراض آن غیر وصفی میباشد. در هر طفل خوردسالی که تب داشته باشد؛ خصوصاً طفلی که مخرش بوده و استفراغ داشته باشد؛ UTI را مد نظر داشته باشید. بعض اوقات اطفال مصاب سؤتغذی دچار UTI مزمن میباشند.

معاینات

معاینه ادرار: منحیث یک قاعده عمومی به یاد داشته باشیم که: اگر ادرار شفاف معلوم شود؛ احتمالاً شفاف میباشد!

نوت: معاینه ادرار از نظر باکتری توبرکلوز (AFB = acid fast bacilli) کمک کننده نمیباشد زیرا ادرار معمولاً حاوی یک تعداد زیاد (acid fast bacilli) میباشد که عامل توبرکلوز نمیباشند.

اهتمامات

واقعه را به حیث کتگوری اول؛ صنف بندی نموده و مطابق آن؛ آنرا تداوی نمائید (صفحه ۵۲ دیده شود).
اعراض معمولاً در ظرف ۱۰ روز به طرف بهبودی میروند.

سنگ های طرق بولی

سنگ های طرق بولی معمول میباشند. این سنگ ها در کلیه یا مثانه از باعث حملات مکرر اسهال همراه با دیهادریشن یا از باعث اخذ مقدار های ناکافی مایعات در جریان موسم گرم سال بوجود میآیند. سنگ ها هیچ وقت به خودی خود از بین نمیروند مگر سنگ های کوچک با ادرار به خارج دفع شده میتوانند.

تظاهرات کلینیکی

• درد:

- **سنگ های کلیه** درد های ناحیه کمر را بار میآورند. بعض اوقات حتی سنگ های بزرگ کلیوی کدام درد را بار نمیآورند.
- **کولیک های کلیوی** زمانی بوجود میآیند که سنگ حالب را مسدود نماید. درد بسیار شدید بوده و معمولاً در یک طرف کمر حس شده، به طرف پائین به خصیه ها یا ناحیه مغبنی همان طرف انتشار مینماید. درد به صورت وصفی به صورت هجمه ها آمده و مریض جهت آرام شدن درد به دور خود میچرخد. اکثر سنگ های حالبی به صورت خود بخودی از حالب عبور مینمایند.
- **سنگ های مثانی** یک احساس شدید و دردناک را جهت تبول بوجود آورده اما ادرار عبور نموده نمیتواند. سنگ های مثانی نزد اطفال معمول اند.

• هیماجوریا (haematuria)

• انتانات مکرر طرق بولی

معاینات

اکسری ساده بطنی (plain abdominal x-ray) حدود ۹۰٪ سنگ ها را نشان میدهد.
نوت: در صورتیکه از پلیت های کهنه اکسری استفاده شود؛ شما ممکن خیالاتی را ببینید که با سنگ ها مغالطه شوند! به اکسری دیگر که با عین پلیت اخذ شده است نگاه نمائید؛ زیرا این خیالات همیشه در فلم

- خانم های که با انتی بیوتیک دومی بهبود کسب نمیکنند (در صورت حامله بودن؛ اکسری انجام نشود!).
اگر معاینات نورمال باشد؛ احتمال توبرکلوز کلیوی را مد نظر داشته باشید.

اطفالی را که مصاب UTI عود کننده اند
co-trimoxazole فمی (یا nitrofurantoin) به نصف دوز نورمال به صورت وقایوی؛ در هنگام شب الی زمانیکه طفل ۵ ساله میشود؛ بدهید. این کار از تندب کلیوی جلوگیری مینماید.

توبرکلوز طرق بولی

توبرکلوز طرق بولی؛ تظاهر موخر توبرکلوز بوده که معمولاً نزد کاهلان دیده میشود. باسیل توبرکلوز از طریق دوران خون به کلیه میرسد. انتان در قسمت خارجی کلیه (کورتکس) بوجود میآید. بعداً از طریق حالب به مثانه انتقال مینماید؛ که ممکن مثانه نیز مصاب مرض شود.

تظاهرات کلینیکی

- نزد تمام مریضانی که علایم و اعراض سنگ یا انتان کلیوی یا مثانی را دارند اما در مقابل تداوی با انتی بیوتیک ها جواب نمیدهند به توبرکلوز مشکوک شوید.
- **توبرکلوز کلیوی:** معمولاً صرف چند عرض دارد. بعض اوقات درد ناحیه کمر، کولیک کلیوی یا هیماجوریا (haematuria) بدون درد وجود میداشته باشد.
- **توبرکلوز مثانی:** شروع تدریجی تکرر ادرار (frequency) و دیسوری (dysuria). غالباً مریضان با انتی بیوتیک ها برای التهاب مثانی (cystitis) تداوی میشوند، اما اعراض آن بهبود حاصل نمینماید.
- بعض اوقات شما در پروستات و بربخ (epididymis) یک کتله ناهموار را جس نموده میتوانید.

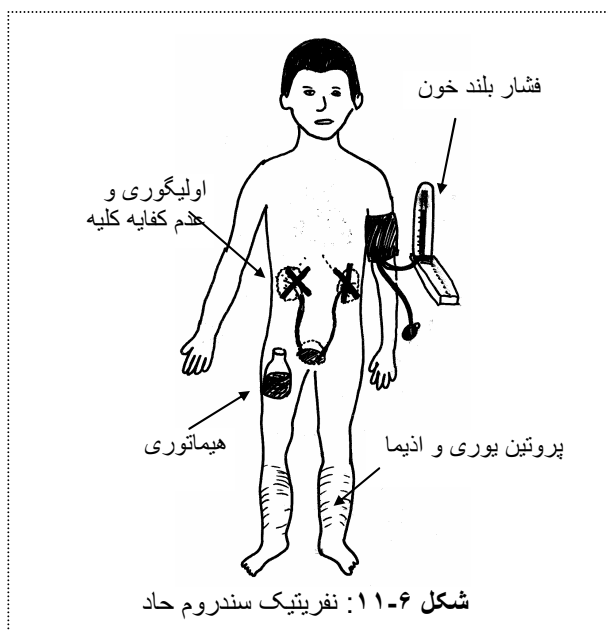
معاینات

- معاینه ادرار: قیح (حجرات سفید خون) دیده شده اما در کلچر کدام انتان نشوونمو نمینماید. نایتزایت (nitrite) ها منفی میباشد.
- تعیین یوری (urea) و کریاتینین (creatinine) خون؛ جهت ارزیابی اینکه آیا کلیه ها بصورت نورمال فعالیت مینمایند یا خیر؟
- IVU
- اکسری صدی غالباً نورمال میباشد.

تظاهرات کلینیکی

اعراض کلینیکی نفریتیک سندروم حاد قرار ذیل اند:
(شکل ۶-۱۱ دیده شود).

- هیماچوریا (haematuria)
- پروتین یوری (proteinuria) که سبب ایجاد hypoproteinaemia (کم شدن پروتین خون) و اذیما؛ خصوصاً در وجه میشود.
- فرط فشار خون
- عدم کفایه کلیوی همراه با oliguria (صرف مقدار های کم ادرار اطراح میشود)، دلبدی و استفراغ.



معاینات

- معاینه ادرار با دپ ستک (dipstick): خون +++++، پروتین ++
- معاینه مایکروسکوپیک: حجرات سرخ خون، کاست های گرانولر و کاست های سرخ خون.
- یوری یا کریاتینین خون: بلند میرود.
- پتاسیم و سدیم
- در صورت امکان؛ معاینه انتی بادی های ضد انتی جن سترپتوکوکال (ASOT-titre) و HBsAg جهت مشخص نمودن سبب مرض.

اهتمامات

۱. *penicillin V* فمی را برای ۱۰ روز جهت از بین بردن سترپتوکوک های باقی مانده در گلو و جلد بدهید.
۲. فشار خون مریض را کمتر از 140/90 mmHg نگه دارید؛ تا از تخریبات بیشتر کلیه جلوگیری شود.

اکسری که در یک پلیت اکسری اخذ شده باشد، در عین جا وجود میداشته باشد.

اهتمامات

۱. بیماران اخذ مایعات را به ۳-۴ لیتر در روز افزایش دهند.
۲. در صورت موجودیت کولیک کلیوی، *diclofenac* را به مقدار 75 mg همراه با *hyoscine butylbromide* (Buscopan) به مقدار 10 mg از طریق عضلی (یا *atropine*) برای تسکین درد بدهید. در صورت مسدود شدن جریان ادرار عمل جراحی استتباب دارد.
۳. در صورت موجودیت سنگ های مثانی، مریض را به جراحی معرفی نمائید.
۴. تداوی طولی المدت سنگ های کلیوی را؛ تداوی انتان و درد در زمان وقوع آنها تشکیل میدهد. به مریض مشوره دهید تا مقدار های زیاد مایعات را خصوصاً در موسم گرما بنوشد.

وقایه

۱. توصیه نمائید تا در جریان موسم گرما مقادیر زیاد مایعات نوشیده شود. شخص باید به اندازه ای مایع بنوشد که روزانه ۲ لیتر ادرار نماید.
۲. در جریان اسهالات از دیهایدریشن با شروع مصرف محلول ORS فمی، همراه با اولین مواد غایطه آبگین؛ جلوگیری نمائید.

نفریتیک سندرم حاد

(ACUTE NEPHRITIC SYNDROME)

نفریتیک سندروم از اثر التهاب حاد گلو میرول ها بوجود میآید. نفریتیک سندروم یک تظاهر کلینیکی گلو میرونفریت (glomerulonephritis) میباشد. نفریتیک سندروم از باعث انتانات بوجود نیامده بلکه یک عکس العمل معافیتی غیر نورمال است. به طور مثال؛ این عکس العمل میتواند ۲-۳ هفته بعد از انتانات جلدی یا آفات سترپتوکوکول گلو میرونفریت (post-streptococcal glomerulonephritis)؛ یا هیپاتیت B بوجود آید. عکس العمل؛ گلو میرول را تخریب مینماید عضویت پروتین و خون را از دست میدهد زیرا این ها از طریق گلو میرول های تخریب شده بدخل ادرار عبور مینمایند. در صورت تخریب یک تعداد زیاد گلو میرول ها؛ کلیه به عدم کفایه دچار میشود. عدم کفایه؛ مزمن کلیه زمانی واقع میشود که یک تعداد زیادتر گلو میرول ها به طور پیشرونده تخریب شوند. نفریتیک سندروم حاد معمولاً اطفال بزرگتر از ۳ سال و کاهلان جوان را ماوف میسازد.

این حالت عدم کفایه حاد کلیه، هایپوولیمیا و شاک را بار آورده میتواند. مریض را با haemaccel از طریق وریدی که با furosemide تعقیب میشود، تداوی نمائید.

- **ترومبوز ورید کلیوی:** هرگاه مریض از درد بطنی شاکی باشد و نزد وی عدم کفایه حاد کلیوی و هیماتوری (haematuria) بوجود آید، به ترومبوز ورید کلیوی مشکوک شوید.

معاینات

- معاینه ادرار جهت تشخیص تفریقی میان اسباب اذیما (جدول دیده شود)
- معاینه خون: سویه البومین پائین میباشد (کمتر از $2.5\text{g/dl} = 25\text{g/l}$; اندازه نورمال آن $3.5\text{-}5.0\text{g/dl}$ است)

اسباب اذیما	
اسباب	معاینه ادرار
<ul style="list-style-type: none"> ● نفروتیک سندروم ● حامله گی: eclampsia شدید 	پروتین +++/++++
<ul style="list-style-type: none"> ● گلومیرولونفریت 	پروتین ++ خون +++/++++
<ul style="list-style-type: none"> ● عدم موجودیت پرابلم کلیوی: ● کمخونی شدید ● سوءتغذی ● عدم کفایه قلبی ● عدم کفایه کبدی 	منفی بودن پروتین +/-

اهتمامات

۱. **نزد کاهلان؛ prednisolone** را به مقدار 20 mg روزانه ۲ مرتبه برای ۲ هفته بدهید. اگر proteinuria کمتر نمیشود و اذیما بهبود نمییابد؛ در آنصورت گفته میشود که نفروتیک سندروم در مقابل prednisolone مقاوم است. prednisolone را به صورت تدریجی قطع نموده صرف اعراض را تداوی نمائید.

نزد اطفال؛ prednisolone را به مقدار 2 mg/kg/day به ۳ دوز کسری بدهید (اطفال ۱-۵ سال 5-10 mg ۳ مرتبه، ۶-۱۲ سال 10-20 mg ۳ مرتبه در روز). دوز ادویه باید از 80 mg در روز بلند تر نشود. دوا را به این دوز برای ۴ هفته بدهید. معمولاً اذیما و پروتین یوری در ظرف ۵-۱۰ روز تنقیص مییابد.

مریض را بعد از ۴ هفته دوباره ارزیابی نمائید:

– در صورت بهبودی؛ دوز مشابه دوا را هر یک روز بعد برای ۴ هفته دیگر بدهید (مجموع تداوی ۸ هفته).

۳. اختلالات دیگر را طوری که تحت عنوان عدم کفایه حاد کلیه (acute renal failure) توضیح شده؛ تداوی نمائید.

انذار:

انذار مرض نزد کاهلان متغیر بوده و غالباً خراب شدن پیشرونده فعالیت های کلیوی و فرط فشار معند خون دیده میشود. در اطفال مصاب گلومیرولونفریت؛ که به تعقیب انتان سترپتوکوک بوجود آمده باشد؛ انذار مرض خوب بوده و گلومیرولونفریت معمولاً بعد از چند هفته برطرف میشود.

نفروتیک سندروم (NEPHROTIC SYNDROME)

نفروتیک سندروم نسبت به نفروتیک سندروم حاد کمتر معمول است. در نفروتیک سندروم مقدار زیاد پروتین از طریق گلومیرول های تخریب شده بداخل ادرار عبور مینماید؛ که باعث ایجاد اذیما، پروتین یوری (proteinuria)، و تنقیص سویه پروتین در خون میگردد. سبب دقیق نفروتیک سندروم دانسته نشده است. دو نوع نفروتیک سندروم وجود دارد:

۱. **امراض گلومیرولی اولیه (primary glomerular disease)** که معمولاً اطفال را مآوف میسازد. ۹۰٪ واقعات در مقابل تداوی با ستیروئید ها (prednisolone) جواب میدهند. باوجود عود مرض انذار آن خوب است.

۲. **نفروتیک سندروم ثانوی (secondary nephritic syndrome)** به تداوی با ستیروئید ها جواب نمیدهد. غالباً کاهلان مصاب شده و انذار آن خراب است؛ زیرا سبب ایجاد عدم کفایه پیشرونده کلیوی میشوند.

تظاهرات کلینیکی

- اذیما (oedema)؛ که ابتدا در اطراف چشمان و بعداً در تمام بدن بوجود میآید. در صورتیکه شدید باشد؛ حبن و انصباب پلورائی (pleural effusions) را بار میآورد.

- Oliguria (کم شدن مقدار ادرار)

- پروتین یوری (proteinuria) (موجودیت پروتین در ادرار)

اختلالات:

- افزایش خطر انتان

- شاک از باعث هایپوولیمیا. پروتین ها با مایعات وصل شده و حجم خون را تنظیم مینمایند. زمانیکه پروتین ها ضایع شوند؛ حجم خون تنقیص مییابد.

اسباب anuria و oliguria

قبل الكلوی

- دیهیدریشن
- شاک
- سپسیس sepsis
- عدم کفایه شدید قلب

کلوی

- بیالونفریت حاد
- گلو میرولونفریت
- نفروتیک سندروم
- عدم کفایه مزمن کلیه
- توبرکلوز کلیه
- عوارض جانبی دوا ها (rifampicin, gentamicin, streptomycin ، ادویه ضد درد)

بعد الكلوی

- انسداد خروج ادرار: سنگ های مثانه، ضخامه پروستات، علقه خون
- عصبی (تخریب عصب فوچه مثانه ، مثلاً بعد از صدمات نخاعی)

صرف مقدار های بسیار کم ادرار طرح میشود (در کاهلان کمتر از 400 ml در ۲۴ ساعت؛ در اطفال کمتر از 1 ml/kg/hour (در ساعت). اسباب مرض در چوکات دیده شود. دریافت های لابراتواری را بلند بودن کریاتینین یا یوری و اکثراً تشوش الکتروولیت ها (سویه های بلند یا پائین سودیم و بلند پتاسیم) تشکیل میدهد.

در صورتیکه مریض مقدار کافی ادرار را اطراح نکند، بدان معنی است که مریض محصولات فضله را اطراح نکرده نزد مریض تسمم با ادرار (uraemia - یوریمی) ایجاد میشود. علایم یوریمیا قرار ذیل اند:

- آشفته گی مغزی
- دلبدی و استفراغ
- تنفس مریض بوی ادرار را دارد
- تورم وجه و پاها
- فرط فشار خون

چگونه میتوان سبب عدم کفایه حاد کلیه را دریافت نمود؟ در صورتیکه مریض مقدار کافی ادرار را طرح ننماید؛ در ابتدا دریابید که آیا مریض کدام پرابلم قبل الكلوی (pre-renal) دارد یا بعد الكلوی (post-renal)؟ زیرا این ها قابل تداوی و علاج اند. در صورتیکه نزد مریض علایم مرض کلیوی موجود باشد؛ احتمالاً عدم کفایه کلیه وجود داشته که به آسانی قابل تداوی نمیباشد.

۱. جواب سوالات ذیل را دریابید:

- آیا اخیراً دیهیدریشن، ضیاع خون یا انتان شدید وجود داشته است؟

– در صورت عدم جواب بعد از ۴ هفته، prednisolone را تدریجاً قطع نمائید زیرا نفروتیک سندروم در مقابل prednisolone مقاوم میباشد؛ پس صرف اعراض را تداوی نمائید.

۲. انتانات را تداوی و وقایه نمائید. *penicillin V* فمی را جهت وقایه pneumococcal peritonitis الی زمان موجودیت حین بدهید.

۳. دیورتیک ها را جهت کنترل اعراض بدهید. دیورتیک ها اذیما را تنقیص داده مگر تخریبات موجوده گلو میرولی را معالجه نمیتواند.

• نزد کاهلان؛ spironolactone را به مقدار 25-100 mg روزانه یک مرتبه دهید، در صورت موجودیت عدم کفایه کلیه داده نشود، زیرا خطر hyperkalaemia وجود دارد. در صورتیکه بهبودی حاصل نشود، furosemide فمی را به مقدار 20-80 mg روزانه یک مرتبه دهید.

• نزد اطفال؛ از دیورتیک ها بااحتیاط استفاده نمائید زیرا حجم خون قبلاً کم شده میباشد. دیورتیک ها تنقیص بیشتر حجم مایعات را باعث میشود و خطرات شاک را همراه دارد. دیورتیک ها را صرف زمانی بدهید که با وجود تداوی با ستیروئید ها اذیما زیاد شده برود یا باعث ناراحتی گردیده باشد. پس spironolactone فمی را به مقدار 2 mg/kg/day به دو دوز کسری بدهید. در صورت ضرورت، furosemide فمی را به مقدار 0.5-1 mg/kg/day یک مرتبه علاوه نمائید.

۴. به مریض مشوره دهید تا غذاهای غنی از پروتین بدون علاوه نمودن نمک بخورد و مقدار کم مایعات بنوشد (محدود ساختن مایع).

۵. پیشرفت حالت صحی مریض را مونیتور نمائید: (۱) مریض را به صورت هفته وار وزن نمائید. (۲) فشار خون مریض را اندازه نمائید و (۳) پروتین ادرار را معاینه نمائید. نتایج را جهت مونیتور پیشرفت وضعیت صحی مریض درج نمائید.

نکس نفروتیک سندروم معمول است. مریض را به مثل حمله اولی تداوی نمائید.

عدم کفایه حاد کلیه (acute renal failure)

در عدم کفایه کلیه؛ کلیه ها قادر به تنظیم تعادل مایعات و الکتروولیت ها نمیباشد. معمولترین و واضح ترین علامه آن oliguria میباشد. oliguria به مفهوم آنست که

اهتمامات عدم کفایه کلیه

در صورت تخریب کلیه ها معمولاً کدام تداوی خاص وجود ندارد. تداوی باید در شفاخانه انجام شده و متشکل است از: (۱) حفظ تعادل مایعات و الکترولیت ها (۲) در حالیکه آرزومند بهبود فعالیت کلیوی هستید، تداوی اختلالات، را نمائید انذار مرض وابسته به اسباب زمینی آن میباشد.

۱. **اخذ و اطراح مایعات را مونیتور نمائید.** اخذ مایعات را با در نظر داشت مقدار اطراح آن در ظرف ۲۴ ساعت گذشته محدود نمائید اخذ و اطراح مایعات را مونیتور نمائید بمقدار ادرار ۲۴ ساعته مریض را اندازه نمائید. این مقدار را همراه با مقدار اعاده ضایعات مایعات (مثلاً ضایعات ناشی از اسهال و استفراغ) + 500 ml (برای اطفال به مقدار 12 ml/kg) برای ۲۴ ساعت بعدی بدهید.

۲. **الکترولیت ها را مونیتور نمائید.** یک اختلاط معمول آن هایپرکلیمیا (hyperkalaemia) است که ممکن اریتمی قلبی را بار آورد. اگر تست های خون قابل دسترس نباشد؛ شما میتوانید هایپرکلیمیا (hyperkalaemia) شدید را با اجرای معاینه ECG تشخیص نمائید (شکل ۴-۱۱ دیده شود). اگر سوبه پتاسیم بیشتر از 6.5 mmol/dl باشد و یا ECG تغییرات وصفی را نشان دهد، calcium تغیرات وصفی را نشان دهد، calcium 10% gluconate را به مقدار 10 ml به آهسته گی از طریق وریدی در ظرف ۵ دقیقه تطبیق نمائید (اطفال 0.5 ml/kg). تطبیق این دوا غلظت پتاسیم را تنقیص نداده بلکه خطر اریتمی خطرناک قلبی را؛ تنقیص میدهد.

جهت تنقیص سریع پتاسیم از طریق راندن آن به داخل حجرات؛ dextrose 40% یا 50% را به مقدار 100 ml همراه با insulin 10 units (انسولین) با سرعت عمل سریع؛ علاوه نموده به آهسته گی از طریق وریدی بدهید. هایپوگلیسمی را؛ خصوصاً نزد اطفال؛ مونیتور نمائید.

Cation exchange resin (calcium resonium) پتاسیم را از عضویت دور میکند. اگر قابل دسترس باشد به مقدار 15-30 g از طریق فمی یا مقعدی روزانه ۲-۳ مرتبه بدهید.

۳. **از تطبیق هر دوایکه سبب تخریب بیشتر کلیه میشود (مثلاً، tetracycline، gentamicin، streptomycin، ibuprofen یا سایر NSAIDs ها، ACE inhibitors مثل captopril) خودداری نمائید.**

۴. **اختلالات را تداوی نمائید (مثلاً انتانات، فرط فشار خون و قرحات معدوی).**

○ آیا مریض درد دارد؟

○ آیا شخص مریض به نظر میرسد یا خوب؟

○ آیا مریض مقدار کم ادرار را اطراح مینماید (oliguria) یا هیچ ادرار را اطراح نمیکند (anuria)؟

○ آیا مثانه مریض قابل جس است؟

○ آیا مریض مصاب کدام مرض شناخته شده کلیوی است؟ یا مریض کدام علامه مرض کلیوی دارد (به طور مثال پروتینوری و هیماجوریا (haematuria) - و اگر چنین باشد احتمال پرابلم کلیوی میرود.

۲. بعداً تصمیم بگیرید:

پرابلم قبل الکلیوی (pre-renal) (کلیه ادرار تولید نمیکند).	پرابلم بعد الکلیوی (post-renal) (ادرار تولید شده اما به سبب انسداد خارج شده نمیتواند).
تاریخچه دیهیدریشن، ضیاع خون یا انتان شدید.	
شخص معمولاً بسیار مریض معلوم میشود.	مریض غالباً درد دارد.
مثانه بزرگ شده نمیشد.	مثانه بزرگ میباشد.
مقدار کم ادرار اطراح میشود (oliguria).	ادرار خارج نمیشود (anuria).

در صورتیکه سبب عدم کفایه کلیه معلوم نباشد؛ کنتیربولی را تطبیق نمائید (صفحه ۳۳۲ دیده شود). در صورتیکه مقدار کم ادرار تخلیه شود یا هیچ تخلیه نشود؛ به احتمال زیاد پرابلم انسدادی وجود نمیداشته باشد.

اهتمامات عدم کفایه قبل الکلیوی:

در صورتیکه دهنه (output) ادرار بعد از اصلاح نقیصه مایع زیاد نشود؛ از furosemide به مقدار (40 mg) اطفال 1-2 mg/kg از طریق وریدی به آهسته گی تطبیق نمائید. در اکثر واقعات این کار سبب ازدیاد واضح دهنه ادرار در ظرف ۲ ساعت میشود. در غیر آن واقعه را به حیث عدم کفایه کلیه تداوی نمائید، (ذیلاً دیده شود).

اهتمامات عدم کفایه بعد الکلیوی:

۱. **انسداد را با تطبیق کتیر، تطبیق سوزن در ناحیه فوق عانه و نفروستومی برطرف نمائید.** اگر یک مرد از سبب بزرگی پروستات تبول نتواند؛ از مریض بخواهید تا دریک ظرف آب گرم نشست و کوشش کند ادرار نماید. اگر این کار کمک نکند یا امکان پذیر نباشد؛ برای مریض کتیر تطبیق نمائید.

۲. **اگر علایم انتان طرق بولی وجود داشته باشد؛ آنرا تداوی نمائید.**

کلیوی مزمن، مونیتور وظایف کلیوی و جستجوی اختلالات کمک کننده باشد.

● معاینه ادرار:

– موجودیت خون دلالت به گلوبولونفریت مینماید.

– موجودیت پروتین دلالت به گلوبولونفریت مینماید؛ هم چنان مقدار های کم پروتین در حادثات انتانی نیز دیده میشود.

– گلوکوز غالباً مثبت میباشد مگر صرف سویه بلند گلوکوزخون جهت تشخیص دیابت بکار رفته میتواند.

– بلند بودن تعداد کریوات سفید خون (WBC): انتان، توبرکلوز.

● معاینه خون

– یوری (urea) و کریاتینین (creatinine) جهت اندازه وظایف کلیوی

– WBC، هیموگلوبین (Hb)، گلوکوز (glucose)، کلسیم (calcium) و یوریک اسید (uric acid).

● معاینه التراسوند سائز کلیوی را نشان داده جهت تشخیص هایپرونفروز بکار رفته میتواند.

● اکسری بطنی جهت رد سنگ های کلیوی که در التراسوند معلوم نشوند.

اهتمامات

۱. اسباب قابل علاج را که میتواند بالای وظایف کلیوی اثر داشته باشد (مثلاً انتان طرق بولی، فرط فشار خون، دیابت، توبرکلوز، انسداد، و ادویه نفروتوکسیک) تدای نمایند. فشار خون باید کمتر از 130/80 mmHg باشد.

۲. در مورد رژیم غذایی مشوره دهید. مریض باید غذای غنی از الکترولیت ها را اخذ نماید (مثلاً کچالو) مگر در صورت بلند بودن فشار خون، خوردن نمک محدود گردد. مریض باید مقدار کمتر پروتین اخذ نماید زیرا پروتین ها منبع عمده متابولیت های توکسیک را تشکیل میدهد. مریض باید مقدار زیاد آب بنوشد.

۳. اگر مریض کمخون باشد؛ برای مریض یک دوره ferrous sulphate بدهید. اگر بعد از ۲ هفته سویه هیموگلوبین بلند نشود؛ آنرا قطع نمائید.

۴. مریض را به صورت منظم وزن نموده و آنرا یادداشت نمائید. اگر وزن او زیاد میشود؛ ممکن احتباس مایعات را نشان دهد.

۵. هایپریوریسمیا (hyperuricaemia) را که ممکن درد های مفصلی را بار آورد، با allopurinol تدای نمائید.

۵. جهت مونیتور وظایف کلیوی، کریاتینین (یا یوری) و وزن مریض را به صورت مکرر ارزیابی نمائید.

اگر وظایف کلیوی بهبود مییابند، متوجه باشید که به تعقیب مرحله oliguric (زمانیکه مریض مقدار کم ادرار را اطراح مینماید) مرحله polyuric (که در جریان آن مقادیر های زیاد ادرار طرح میشود) واقع میشود. بناً مونیتور؛ اخذ و دفع مایعات را الی زمان ثابت شدن دهنه ادرار؛ ادامه دهید.

۶. اگر وظیفه کلیوی بهبودی حاصل نمیکند؛ جهت جلوگیری و تدای یوریمیا به دیالیز ضرورت میباشد.

عدم کفایه کلیوی مزمن (chronic renal failure)

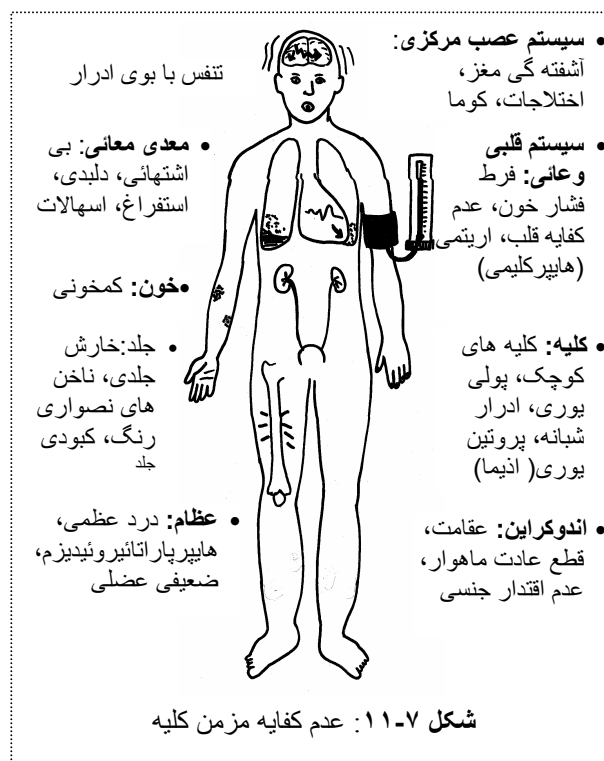
اگر تخریب دائمی کلیه ها واقع شده باشد؛ کلیه ها نمیتوانند تمام محصولات فضلّه را که در عضویت تولید شده اند وارد ادرار نمایند. زمانیکه مقدار محصولات فضلّه در عضویت از دیاد یابد، نزد مریض اعراض کلینیکی بار میآید.

تظاهرات کلینیکی

هر گاه نزد مریض هریک از علایم که در شکل ۷-۱۱ نشان داده شده اند وجود داشته باشد؛ به عدم کفایه کلیوی مزمن مشکوک شوید:

معاینات

معاینات ممکن در قسمت دریافت سبب عدم کفایه



شکل ۷-۱۱: عدم کفایه مزمن کلیه

۶. اگر سویه کلسیم پائین است؛ برای مریض مستحضرات کلسیم بدهید.

عقامت (infertility)

از جمله ۱۰ جفت زن و شوهر؛ یک زوج آنها در قسمت حامله شدن؛ مشکلات دارند. بعضی اوقات صرف یک طرف آنها پرابلم دارد؛ غالباً هر دو جانب اینورمالتی های دارند که حامله شدن را برای زن؛ مشکل تر میسازد. این حالت اندوه و پریشانی بزرگ را برای فامیل بار میآورد. عقامت اسباب زیاد دارد: یک تعداد آن قابل علاج بوده و یک تعداد دیگر آن قابل علاج نمیباشد. مثال های از اسباب آن قرار ذیل اند:

مرد ها	خانم ها
• تعداد ناکافی اسپرم	• عدم تبیض (ovulation)
• مسدود بودن حبل منوی به تعقیب توبرکلوز یا انتان ناشی از مقاربت جنسی	• مسدود بودن تیوب ها (نفیرها) (اکثراً از باعث توبرکلوز)
• واریکوسل scrotum	• مریضی های مزمن عمومی شدید
• فکتور های جنییتیکی	• فکتور های جنییتیکی
• دود نمودن سگرت	

زمانیکه مرد خود را بخاطر پدر شدن زیر فشار حساس مینماید؛ غالباً معاینه تعداد اسپرم را انجام میدهد. نمونه برای معاینه تعداد اسپرم (sperm count) باید سه روز بعد از خودداری از مقاربت جنسی گرفته شده؛ در ظرف ۲ ساعت باید معاینه شود. در معاینه تعداد اسپرم معلومات ذیل مهم است: (۱) حجم آن حد اقل 2 ml، (۲) تعداد اسپرم در یک ملی لیتر حد اقل ۲۰ میلیون، (۳) متحرک بودن حد اقل ۷۵% اسپرم ها، (۴) حد اقل ۷۵% مورفولوژی نورمال داشته باشد.

اهتمامات

بحث در مورد تمام موضوعات خارج از محدوده این کتاب است. مگر؛ توضیحات ذیل به یک تعداد زیاد زوج ها کمک مینماید تا به آرزوی خویش برسند، زیرا تمام زوج های که به شما مراجعه مینمایند؛ به صورت کامل عقیم نمیباشند:

۱. به آنها مشوره دهید در زمانی با هم نزدیک شوند که خانم در حالت باروری باشد. یک مرد میلیون ها اسپرم را تولید مینماید ولی یک خانم در یک ماه صرف یک تخمه را آزاد مینماید. بناً اینها باید در زمانی کوشش پیدا شدن طفل را نمایند که خانم همان تخمه را آزاد مینماید. این زمان بنام زمان باروری یاد میشود. از روز اول عادت ماهوار ۱۰ روز را محاسبه نمائید. در بین روز دهم تا شانزدهم دوره باروری است. مشوره دهید تا درین دوره با همدیگر نزدیک شوند. هم چنان خانم

میتواند پریرود باروری خود را با چک نمودن مخاطی که از عنق رحم وی افزاز میشود، مشخص نماید. این مخاط بسیار شفاف و مرطوب بوده و در بین انگشتانش کش شده میتواند. بعد از مقاربت جنسی؛ خانم باید برای مدت ۱۵ دقیقه دراز بکشد تا اسپرم زمان شنا بدخل رحم و یافتن تخمه را داشته باشد.

۲. پرابلم های صحی دیگر را تداوی نمائید. خصوصاً کمخونی و انتان را نزد خانم تداوی نمائید.

۳. به مرد مشوره دهید تا سگرت کشیدن را متوقف سازد.

۴. به مرد و خانم اطمینان دهید که حتی نزد زوج های کاملاً نورمال؛ غالباً حدود ۸-۱۲ ماه را در بر میگیرد تا خانم حامله شود.

نوت: هورمون ها، ویتامین ها، و سایر دواهاییکه بصورت معمول برای خانم ها و آقایان ایکه مشکلات در نداشتن اولاد دارند؛ توصیه میشوند؛ تقریباً همیشه بی فایده بوده؛ کدام اساس علمی ندارند.

تورم سفن (scrotal swelling)

در وقایع تورم سفن، باید تدور خصیه از نظر تان دور نماند، زیرا به تعویق افتیدن تداوی جراحی باعث از دست رفتن خصیه از سبب نکروز میشود.

جواب سه سوال ذیل را دریابید (شکل ۸-۱۱ دیده شود):

۱. آیا تورم دردناک است؟

۲. آیا انگشتان را بالای تورم برده میتوانید؟

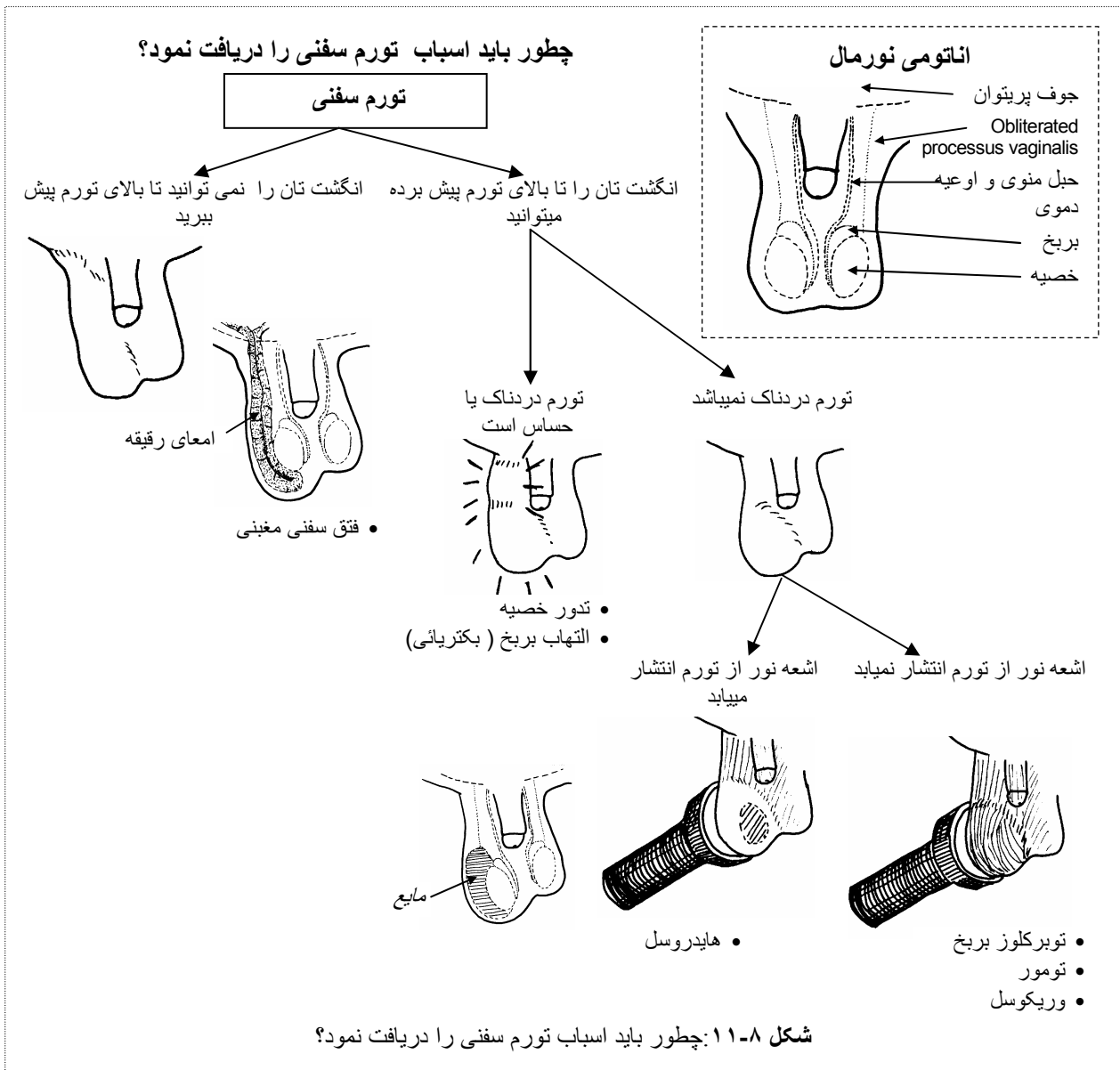
۳. آیا در هنگام تاباندن یک چراغ دستی در آنطرف تورم؛ تورم روشن میشود؟

تدور خصیه (TORSION OF THE TESTIS)

تدور خصیه جریان دموی خصیه را مختل نموده و در صورتیکه بصورت عاجل عملیات جراحی صورت نگیرد، باعث نکروز و ضیاع خصیه میشود. تدور خصیه به شکل یک تورم آنی و دردناک سفن تظاهر مینماید. این حادثه معمولاً در سنین بین ۹-۲۵ سال واقع میشود. اگر به تدور خصیه مشکوک میشوید؛ مریض را تحت مشاهده قرار نداده و فوراً او را برای عمل جراحی بفرستید.

فتق مغبنی (INGUINAL HERNIA)

صفحه ۱۳۴-۱۳۵ دیده شود.



التهاب بربخ غیر توبرکلوز (non-tuberculosis epididymitis)

نزد اشخاصی که از نظر جنسی فعال اند اکثراً از باعث باکتری کلامیدیا (chlamydia) و گونوری (gonorrhoea) و بعضی اوقات باکتری های یکه انتان طرق بولی را بار میآورند، بوجود میآید. کتله متورم بسیار حساس و گرم است. ممکن مریض تب داشته باشد.

احلیل را از نظر موجودیت افرازات معاینه نموده یک نمونه ادرار را معاینه نمایند.

۱. مریض را برای کلامیدیا (chlamydia) و گونوری (gonorrhoea) طوریکه در ذیل تحت عنوان "افرازات احلیلی" توضیح شده است؛ تدای نمایند.

۲. تدای آن با انتی بیوتیک های صورت میگیرد که در تدای انتان طرق بولی استفاده میشوند.

هایدروسل (HYDROCELE)

هایدروسل به صورت وصفی دردناک نمیباشد و در صورت تاباندن اشعه چراغ؛ روشن معلوم میشود. هایدروسل خطر ناک نیست. هایدروسل از باعث پر شدن کیسه پریتون (peritoneal pouch) بداخل سفن توسط مایع بوجود میآید. اگر هایدروسل در زمان ولادت وجود داشته و جسامت آن تغییر ننماید، در ظرف ۴-۶ ماه از بین میرود. و اگر بعد تر بوجود آمده باشد و سایز آن متغیر باشد؛ احتمال آن نمیرود که به صورت خود بخودی شفا شود و ایجاب تدای جراحی را مینماید.

التهاب بربخ (EPIDIDYMITIS)

دو سبب عمده التهاب بربخ وجود دارند که به آسانی تشخیص شده میتوانند:

از داشتن روابط جنسی صرف با همسر شرعی میباشند. هم چنان استعمال درست و مداوم کاندوم نیز شخص را در مقابل این انتانات محافظه مینماید.

تداوی سندرومیک انتاناتی که از طریق مقاربت جنسی سرایت مینمایند

چون معمولاً برای تشخیص درست؛ تسهیلات در دسترس نمیباشد؛ بناً تداوی سندرومیک میباشند. این بدان معنی است که اگر کسی با افرازات احلیلی مراجعه نماید؛ شما تمام عوامل مرضی ممکنه را که ممکن افرازات احلیلی را بار آورده باشند؛ تداوی نمائید.

افرازات احلیلی (URETHRAL DISCHARGE)

مریض را برای دریافت افرازات احلیلی و قرحات ناحیه تناسلی معاینه نمائید. احلیل را جهت تثبیت موجودیت افرازات بدوشید (مثل شیر دوشیدن).

گونوری (gonorrhoea) و کلامیدیا (chlamydia) را تداوی کنید و برای تداوی هریکی آنها؛ یکی از antibiotic های تجویز شده را بکار برید.

انتخاب تداوی بیماری کلامیدیا (chlamydia)	انتخاب تداوی بیماری گونوری (gonorrhoea)
doxycycline 100 mg فمی روز ۲ بار برای ۷ روز	به یک دوز واحد از طریق فمی ciprofloxacin 500 mg
azithromycin 1 g فمی به یک دوز واحد	یا به یک دوز واحد از طریق فمی azithromycin 2 g
amoxicillin 500 mg فمی روز ۳ بار برای ۷ روز	یا به یک دوز واحد از طریق زرق عضلی ceftriaxone 125 mg
erythromycin 500 mg فمی روز ۳ بار برای ۷ روز	یا در صورتیکه امکان تداوی با یک دوز واحد دواهای بالا میسر نباشد برای ۳ روز هر روز یک بار ۱۰ عدد co-trimoxazole 480 mg مصرف گردد.

نوت: doxycycline و ciprofloxacin در زمان حمل مصاد استطباب بوده و مصونیت azithromycin در زمان حمل ثابت نه شده است.

قرحات تناسلی (GENITAL ULCER)

مریض را برای دریافت قرحات تناسلی، عقدات لمفاوی مغبنی و افرازات احلیلی معاینه نمائید. در صورتیکه کدام قرحه را درمییابید، تداوی امراض ذیل را اجرا کنید:

التهاب توبرکلوزیک بربخ (tuberculous epididymitis): بربخ (epididymis) بزرگ شده سخت و نامنظم میشود. بربخ صرف کمی حساس میشود. این کتله به یک آبه که از طریق جلد به خارج تخلیه میشود؛ تبدیل میشود. در زمان معاینه، پروستات نیز نامنظم جس میشود. ۴۰٪ مریضان علایم توبرکلوز طرق بولی نیز دارند.

نوت: همیشه تدور خصیه را مد نظر داشته باشید؛ خصوصاً نزد اطفال ۹-۱۲ ساله زیرا ممکن است تظاهرات کلینیکی آنها مشابه باشد.

کانسر خصیه

در صورتیکه یک کتله سخت و غیر حساس را در خصیه دریابید؛ به کانسر خصیه مشکوک شوید. مرض مرد های جوان را نیز ماوف ساخته میتواند. کتلاتی را که شما در قسمت های بالاتر از حبل منوی جس نمائید؛ معمولاً کانسر نمیباشند.

انتاناتی که از طریق مقاربت جنسی

سرایت مینمایند

(sexually transmitted infections: STIs)

این انتانات از طریق مقاربت جنسی از یک شخص به شخص دیگر انتقال میابند. اگر این انتانات تداوی نشوند، میتوانند پرابلم های جدی صحت؛ مثلاً عقامت؛ را بار آورند. STIs نمایانگر موجودیت روابط جنسی غیر مصون بوده و برخی STIs (قرحات تناسلی) شخص منتن را به ابتلای HIV خیلی مساعد می سازد. مگر تمام انتانات طرق تناسلی از طریق مقاربت جنسی منتقل نمیشوند. بعض اوقات مرد ها از افرازات یا خارج شدن مایع منوی (semen) در جریان تیول شکایت مینمایند. این افرازات عبارت از ادرار مترکم شده؛ همراه با یک تعداد کریستل ها بوده و افرازات واقعی احلیلی نمیباشد.

یک بخش مهم تداوی انتاناتی که از طریق مقاربت جنسی سرایت مینمایند؛ تداوی جانب مقابل مریض میباشند؛ هر چند اگر او بدون عرض باشد که این کار از نظر اجتماعی مشکل بوده میتواند.

وقایه STIs و ایدس (AIDS)

بهترین وسیله وقایه از انتاناتی که از طریق مقاربت جنسی (به شمول HIV/AIDS) سرایت مینمایند؛ عبارت

تداوی انتخابی برای lymphgranuloma venerum	تداوی انتخابی برای granuloma inguinale	تداوی انتخابی برای chancroid	تداوی انتخابی برای سفلیس syphilis
doxycycline 100 mg فمی روز ۲ بار برای ۱۴ روز یا erythromycin 500 mg فمی روز ۴ بار برای ۱۴ روز یا tetracycline 500 mg فمی روز ۴ بار برای ۱۴ روز	تداوی را تا التیام کامل تمامی آفات ادامه دهید. azithromycin 1 g فمی روز اول بعداً 500 mg روزانه یا doxycycline 100 mg فمی روز ۲ بار یا erythromycin 500 mg فمی روز ۴ بار یا tetracycline 500 mg فمی روز ۴ بار یا co-trimoxazole 960 mg فمی روز ۲ بار	ciprofloxacin 500 mg فمی روز ۲ بار برای ۳ روز یا azithromycin 1 g فمی یک دوز واحد یا erythromycin 500 mg فمی روز ۴ بار برای ۷ روز	benzathine benzylpenicillin (1.44 g) 2.4 million IU به یک دوز واحد زرق عضلی همزمان (در دو ناحیه مجزا) یا procaine benzylpenicillin 1.2 million IU زرق عضلی روز یک بار برای ۱۰ روز یا doxycycline 100 mg فمی روز ۲ بار برای ۱۵ روز یا tetracycline 500 mg فمی روز ۴ بار برای ۱۵ روز

نوت: tetracycline و doxycycline، ciprofloxacin در زمان حمل مضاد استتباب اند مصونیت از azithromycin در زمان حمل ثابت نشده است.

غیر قابل انتقال از طریق مقاربت جنسی:

- داشتن افزات سفید توأم با خارش و درد دلالت به کاندیدیاز مهلی (vaginal thrush) نموده با تابلیت های مهلی nystatin تداوی می شود.
- داشتن افزات زیاد از حالت عادی توأم با بوی ماهی و خارش خفیف نشان دهنده bacterial vaginosis بوده با یک dose واحد 2 metronidazole g تداوی می گردد.

قابل انتقال از طریق مقاربت جنسی غالباً اعراض نداشته اما گاهی با افزات نمایان می گردند:

- افزات حاکی رنگ کف دار، بدبو و خارش کننده در trichomonas دیده شده با یک دوز واحد 2 g metronidazole تداوی گردد.
- افزات زرد یا سبز رنگ که گاهی با تب و درد حوصلی یکجا می باشد و یا هم اصلاً علامه ندارد به موجودیت گونوری و کلامیدیا دلالت می کند.

HIV و AIDS (ایدس)

انتان HIV (human immunodeficiency virus) عمدتاً از طریق مقاربت جنسی، سوزن های ناپاک، تطبیق خون، از مادر به طفل در جریان حمل یا ولادت، و از طریق شیر مادر سرایت مینماید. در یک تعداد زیاد کشورها مثلاً در افریقا و آسیای شرقی، ایدس (AIDS) پرابلم صحتی درجه اول را تشکیل میدهد. در افغانستان اطلاعات واقعی در دسترس مینماید، اما به اساس راپور سازمان صحتی جهان (WHO) ۱۰ واقعه تثبیت شده ایدس در سال ۲۰۰۲ در افغانستان وجود داشته است. از نظر شیوع (HIV) "افغانستان در سطح پایین قرار داشته اما خطر زیاد انتشار انتان HIV در آن موجود می باشد" (وزارت صحت).

افزات مهلی (VAGINAL DISCHARGE)

کاندیدیاز مهلی و باکتریل واگینوسس (bacterial vaginosis) از طریق مقاربت جنسی انتقال نمی یابند. درین دو مرض؛ تداوی همزمان جانب مقابل لازم نیست. صرف افزات مهلی ناشی از انتان تریکومانس (trichomonas)؛ از طریق فعالیت جنسی انتقال میشود. بناً زنان زیادیکه؛ افزات مهلی دارند مصاب مرضیکه از طریق مقاربت جنسی سرایت مینماید، نمیشوند.

در صورت موجودیت خطر مرضی که از طریق مقاربت جنسی سرایت مینماید، یا اگر افزات از عنق رحم خارج شود (cervicitis) و صرف از مهبل (vaginitis) نباشد؛ مریض را برای گونوری و کلامیدیا تداوی نمائید (تحت عنوان افزات احلیلی دیده شود).

اگر افزات از عنق رحم خارج نشود و گونوری و کلامیدیا محتمل نباشد؛ مریض را برای حالات ذیل تداوی نمائید:

۱. **کاندیدیاز مهلی** (از طریق مقاربت جنسی سرایت نمیکند). تابلیت های nystatin مهلی را بدهید!

۲. **باکتریل واگینوسس (bacterial vaginosis)** (از طریق مقاربت جنسی سرایت نمیکند) و تری کومانس (trichomonas) (از طریق مقاربت جنسی سرایت میکند). هر دو مرض توسط metronidazole به مقدار 2 g به یک دوز واحد تداوی میشود.

مقدار کم افزات مهلی پدیده عادی می باشد. این افزات به هنگام عادت ماهوار تغیر یافته و در زمان حمل بیشتر می شود. تغیر رنگ، بو یا خارش مسأله غیر عادی بودن افزات را نشان میدهد و بدین معنی است که خانم منتن شده است.

از نظر افزات مشکل است گفته شود که عامل مرض کدام انتان می باشد. در ذیل بعضاً اشاره شده است:

معاینات

تست خون برای انتی بادی های ضد HIV. بعد از آنکه یک شخص مصاب HIV میشود، ۱۲ هفته را در بر میگیرد تا تست نزدش مثبت شود.

اهتمامات

در اهتمامات آن بالای (۱) تداوی اعراض (۲) حمایه و مشوره به مریض و فامیل او، و (۳) جلوگیری از انتشار بیشتر ایدس در اجتماع؛ از طریق تعلیمات صحی؛ تمرکز صورت میگیرد. دوا های جدید قوی و قیمتی (anti-retrovirals) که میتواند طول عمر یک تعداد زیاد اشخاص مصاب HIV را طولانی سازد، معمولاً در دسترس نمیباشد.

زمانیکه ویروس HIV داخل عضویت انسان میشود، یک تعداد حجرات مشخص سیستم معافیتی بدن را از بین میبرد که عضویت دیگر نتواند در مقابل ویروس از خود دفاع نماید. تعداد زیاد اشخاص برای مدت ۵-۱۰ سال یا بیشتر بعد از مصاب شدن به HIV احساس خوبی مینمایند. درین مدت زمان این اشخاص برای دیگران ساری و خطر ناک اند. بالأخره سیستم معافیتی دیگر تعداد کافی حجرات دفاعی را جهت مقابله با انتانات نداشته و نزد شخص AIDS بوجود میآید.

تظاهرات کلینیکی

علائم ایدس (AIDS) نزد اشخاص مختلف؛ متفاوت میباشد. غالباً مریضان؛ مصاب امراض معمولی اند که برای مدت بسیار طولانی دوام مینمایند. در صورت موجودیت تظاهرات ذیل نزد یک شخص؛ به انتان HIV مشکوک شوید:

● ضیاع وزن

● یک مریضی معمولی که بهبودی کسب نکرده و به صورت غیر معمولی شدید میباشد.

● Lymphadenopathy عمومی (عقدات لمفاوی حاوی ضخامت بیشتر از ۱ سانتی متر در بیشتر از ۲ ناحیه برای مدت بیشتر از ۳ ماه).

سایر تظاهرات ایدس نزد شخصی که تست HIV اش مثبت است عبارتند از:

● ضیاع شدید وزن

● اسهالات مزمن

● تب معند

● لمفوماها

● توبرکلوز

● نومونیا

● کاندیدیاز مری

● انسفالوپتی و سایر انتانات دماغی

● التهاب شبکی (retinitis)

ماخذها

1. Anwar T, Cuevas LE, Shears P. Neisseria gonorrhoea infection among pregnant women in Peshawar, Pakistan: prevalence and risk factors. *Tropical Doctor* 2000; 30: 81-84.
2. Burns AA, Lovich R, Maxwell J, Shapiro K. *Where Women Have No Doctor*. Berkeley: The Hesperian Foundation 1997.
3. Craig JC, Hodson EM. Treatment of acute pyelonephritis in children (editorial). *British Medical Journal* 2004; 328: 179-180.
4. Crofton J, Horne N, Miller F. *Clinical Tuberculosis*. 2nd edition. London: Macmillan 1999.
5. Dawson C, Whitfield H. *ABC of Urology*. London: BMJ Publishing Group 1997.
6. Eddleston M, Pierini S. *Oxford Handbook of Tropical Medicine*. Oxford: Oxford University Press 1999.
7. Hull D, Johnston DI. *Essential Paediatrics*. 3rd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1993.
8. Illingworth R S. *Common Symptoms of Disease in Children*. 9th edition. London: Blackwell Scientific Publications 1988.
9. King M (Editor). *Primary Surgery*, Volume 2, Trauma. Oxford: Oxford University Press 1987.
10. Kumar P, Clark M. *Clinical Medicine*. 5th edition. Edinburgh: WB Saunders 2002.
11. Longmore M, Wilkinson I, Török E. *Oxford Handbook of Clinical Medicine*. 5th edition. Oxford: University Press 2001.
12. Ministry of Health, Transitional Islamic Government of Afghanistan. *HIV/AIDS & STI National Strategic Plan for Afghanistan 2003-2007*. Kabul: 2003.
13. Schull CR. *Common Medical Problems in the Tropics*. 2nd edition. London: Macmillan 1999.
14. Stanfield P. *Child Health*. 2nd edition. Nairobi: African Medical and Research Foundation, Reprinted with revisions 2001.
15. World Health Organization. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. Geneva: WHO 2001.
16. World Health Organization. *Model Prescribing Information. Drugs used in bacterial infections*. Geneva: WHO 2001.

۱۲. پرابلم های خون و طحال

اسباب کمخونی

اسباب معمول

- فقدان آهن
- حمل های مکرر

اسباب کمتر معمول

- ملاریا
- فقدان فولیک اسید
- خونریزی مزمن یا حاد
- کرم های چنگکی و سایر پرازیت های معدی معانی

اسباب نادر

- تالاسمی (thalassaemia)
- عدم کفایه مزمن کلیه
- فقدان آنزیم G6PD
- aplastic anaemia ناشی از تطبیق ادویه
- لوکیمی

شخص را بیشتر مساعد به انتانات میسازد. کمخونی در اطفال خورد سال؛ حتی کمخونی های خفیف؛ تکامل فزیک و دماغی طفل را مختل میسازد. کمخونی در زمان حاملگی بسیار خطرناک است؛ زیرا خونریزی حتی به مقدار های کم در جریان ولادت؛ ممکن شاک و حتی مرگ مادر را بار آورد.

زمانی که شخص مصاب کمخونی باشد، قلب او مجبور است تا به شدت کار نماید تا دهنه قلبی را جهت اکمال اکسیجن به حجرات بدن حتی با هیموگلوبین محدود، از دیاد بخشد. اگر کمخونی شدید باشد؛ ممکن است عدم کفایه قلبی بوجود آید.

کمخونی مرض نبوده بلکه یک علامه کلینیکی است. بنا کافی نیست که بگوئیم مریض مصاب کمخونی است؛ بلکه باید دلیل کمخونی شخص را پیدا نمائید تا بعداً هم کمخونی و هم سبب یا اسباب آنرا تداوی نمائید (چوکات دیده شود).

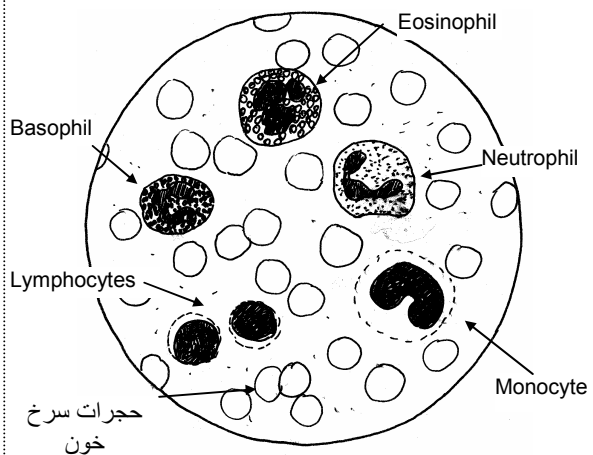
دانستن سه میکانیسم ذیل که منجر به کمخونی میشوند؛ در قسمت دریافت سبب کمخونی کمک مینماید. غالباً بیشتر از یک فکتور مسئول کمخونی میباشد.

۱. تنقیص تولید هیموگلوبین (Hb) یا کریوات سرخ خون (RBC):

- فقدان مواد غذائی جهت تولید Hb: معمولترین آن فقدان آهن و کمتر معمول آنرا فقدان فولیک (folic acid) و ویتامین B₁₂ تشکیل میدهد. فقدان آهن معمولاً از باعث بیشتر از یک فکتور (مثلاً غذای حاوی مقدار کم آهن، ضیاع مزمن خون و کرم های چنگکی - hookworm) بوجود میآید.

خون:

خون از حجرات خون، صفيحات دمويه و قسمت مایع که بنام پلازما یاد میشود، ترکیب شده است. پلازما حجرات خون و سایر مواد، مثلاً پروتین ها، قند، هورمون ها و نمک ها را انتقال میدهد. نمک حجم خون را تنظیم مینماید. اکثریت حجرات خون و صفيحات دمويه در مخ عظم تولید میشوند. سایر نواحی تولید کننده خون عبارت اند از طحال و کبد. همچنان طحال حجرات خون مسن را تخریب مینماید. شما میتواند مقدار حجرات خون و سایر مواد (مثلاً شکر خون) را در خون اندازه نمائید. همچنان میتوانید حجرات خون را در سلايد خون مشاهده نمائید:



حجرات سرخ خون (RBC) حاوی هیموگلوبین بوده و اکسیجن را انتقال میدهد. اگر حجرات سرخ خون بسیار کم باشد، شخص مصاب کمخونی میباشد.

حجرات سفید خون (WBC) علیه انتانات مقابله مینمایند. حجرات سفید خون متشکل از گرانولوسیت ها یا لوکوسیت های پولی مورف (neutrophils, eosinophiles, basophils) و اگرانولوسیت ها (lymphocytes, monocytes) میباشد. اگر تعداد کریوات سفید بسیار کم باشد، خطر انتان را نشان میدهد.

صفيحات دمويه با همدیگر چسبیده یک صفيحه را جهت توقف خونریزی میسازند. اگر تعداد صفيحات دمويه بسیار پائین باشد، سبب خونریزی میشود (دو میکانیسم دیگر که سبب توقف خونریزی میشوند عبارت اند از: تقیض او عیه دموی و پروسه های مغلق تحثر)

شکل ۱-۱۲: اساسات مربوط به خون

کمخونی (انیمی) Anaemia

کمخونی یکی از معمولترین پرابلم های صحی؛ خصوصاً نزد اطفال و خانم های حامله است. Anaemia یا کمخونی یک کلمه لاتین بوده به مفهوم عدم موجودیت خون است. در کمخونی، تعداد کافی حجرات سرخ خون وجود ندارد و یا حجرات سرخ خون فاقد هیموگلوبین (Hb)؛ که اکسیجن را انتقال میدهد، میباشد؛ کمخونی عواقب متعدد را در قبال دارد: کمخونی

- آیا قبلاً ادویه اخذ نموده است؟
- رژیم غذایی- مریض چه میخورد؟
- نزد خانم ها: آیا خانم حامله است یا اخیراً ولادت نموده است؟ آیا خونریزی های شدید و تکرار زود-زود عادت ماهوار وجود دارد؟
- عدم کفایه مخ عظم در تولید حشرات سرخ خون از باعث انتانات مزمن (مثلاً تویرکلوز)، عدم کفایه مزمن کبد و کلیه، اثرات ادویه توکسیک (مثلاً metamisol) یا اینورمالتی های ولادی مخ عظم (مثلاً thalassaemia).

۲. ضیاع خون از باعث خونریزی معدی معائی، جروحات و خونریزی های شدید عادت ماهوار.

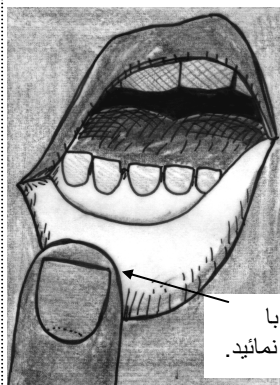
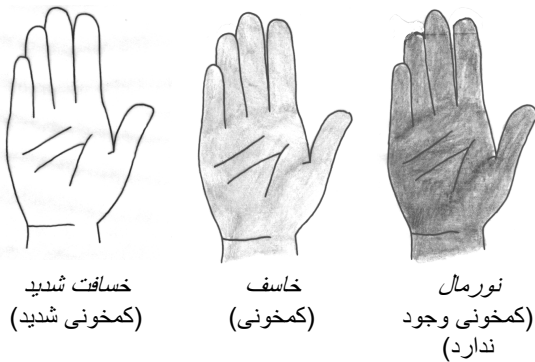
۳. تخریب قبل از ميعاد کريوات سرخ خون (هيمولیز - haemolysis) از باعث ملاریا، نقص ولادی انزایم (G6PD) یا میکانیزم های معافیتی. طحال خیلی ضخاموی؛ نیز کريوات سرخ خون را تخریب مینماید.

مریض را معاینه نمائید

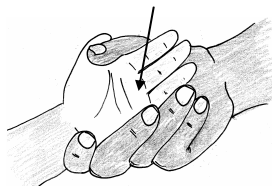
- آیا علایم کلینیکی کمخونی وجود دارد؟ (شکل ۲-۱۲ دیده شود)
- آیا علایم کمخونی شدید وجود دارد؟ (چوکات دیده شود)
- آیا علایم کلینیکی که کدام سبب خاص را نشان دهد، وجود دارد؟ (سوتغذی، ضخامه طحال، یرقان، علایم انتان، ناخن های قاشق مانند، پهن بودن عظام وجهی و جبهی)

چگونه میتوان مریض مصاب کمخونی را ارزیابی نمود؟

خسافت کف دست یک علامه بسیار قابل اعتبار کمخونی است:



رنگ کف دست مریض را با کف دست خود مقایسه نمائید.



رنگ لب ها و بیره های مریض را با رنگ ناخن خود(بستر ناخن) مقایسه نمائید.

نوت: خسافت منضمه های چشم مریض؛ علامه قابل اعتبار کمخونی نمیشود! رنگ منضمه به اثر فکتور های متعدد غیر از کمخونی تغیر مینماید.

شکل ۲-۱۲: چطور باید کمخونی را ارزیابی نمود؟

مریض ممکن با اعراض ناشی از کمخونی نزد شما مراجعه نماید (مثلاً خسته گی، نفس تنگی) یا ممکن است در جریان معاینه مریض برای پرابلم دیگر، کمخونی را مشاهده نمائید. همیشه علایم کمخونی را خصوصاً نزد هر طفل و تمام خانم های که درس باروری اند؛ جستجو نمائید.

در صورت موجودیت هر یک از موارد ذیل؛ نزد مریض به کمخونی مشکوک شوید.

- گنسیت و خسته گی
- بی اشتهائی
- خوردن خاک (pica)
- نفس تنگی در هنگام فعالیت فزیک
- خسافت (pallor)
- ادیما (oedema)
- علایم کمخونی شدید:
- ✗ نفس تنگی در زمان استراحت
- ✗ سایر علایم عدم کفایه قلبی (ادیما، نبض سریع یا کبد ضخاموی و نرم)

تاریخچه بگیرید

در صورتیکه معاینات کلینیکی کمخونی را تائید نماید؛ موارد ذیل را سوال نمائید.

- آیا تاریخچه واضح ضیاع خون وجود دارد؟
- آیا نفس تنگی وجود دارد؟
- اعراض معدی معائی (سوهاضمه، درد بطنی و خارج شدن کرم ها)

علایم کمخونی شدید

- ✗ خسافت شدید کف دست ها و وجه داخلی لب ها
- ✗ عسرت تنفس در هنگام استراحت
- ✗ بزرگ شدن قلب (بعد ها عدم کفایه قلبی)
- ✗ هیموگلوبین کمتر از 7.0 g/dl

معاینات

چگونه میتوان مریض مصاب کمخونی را تداوی نمود؟

۱. معاینه هموگلوبین (Hb = haemoglobin) به سه دلیل ذیل کمک کننده است:

تداوی همیشه شامل دو بخش میباشد:

۱. تداوی کمخونی

۲. دریافت و تداوی سبب یا اسباب کمخونی. در صورتیکه سبب مرض را تداوی ننمائید، کمخونی ممکن بهبودی حاصل ننماید، یا ممکن مریض بهبود حاصل نماید ولی بزودی بعد از قطع تداوی دوباره کمخون شود.

جهت اتخاذ تصمیم به اهماتمات خوب، جواب سوالات ذیل را دریابید:

۱. آیا کمخونی شدید است یا خیر؟ در صورتیکه هر یک از علایم کمخونی شدید را دریابید یا هموگلوبین (Hb) کمتر از 7.0 g/dl باشد، کمخونی شدید است (جدول دیده شود).

۲. آیا مریض حامله است؟

۳. سبب احتمالی کمخونی چیست؟

اخذ تاریخچه و معاینه غالباً سبب احتمالی را نشان میدهد. تست های خون رهنمائی های اضافی را فراهم میسازد. متوجه باشید که غالباً چندین سبب کمخونی نزد یک مریض؛ وجود میداشته باشد.

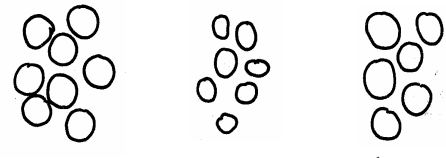
تاریخچه و تظاهرات کلینیکی	تشخیص احتمالی
سوءتغذی	سوءتغذی، خصوصاً کمبود آهن و فولیک اسید
خانم های که درین اواخر ولادت نموده باشند، یا چندین طفل را دروقفه های کمتر از ۲ سال ولادت داده باشند، یا خونریزی شدید عادت ماهوار داشته باشند.	کمخونی کمبود آهن
ضخامه طحال (splenomegaly)	ملاریا، تالسمیا یا حادثات خبیثه خون (نادر است)
یرقان غالباً همراه با ضخامه طحال	کمخونی همولولیتیک (haemolytic anaemia)
ناخن های قاشق مانند	کمخونی ناشی از کمبود مزمن آهن
هموار یا مسطح بودن عظام وجه و پیشانی	تالسمیا

- تشخیص کمخونی را تأیید مینماید.
- شدت کمخونی را نشان میدهد.
- مبدأ اندازه گیری جهت ارزیابی موفقیت تداوی شده میتواند.

اندازه یا قیمت های Hb	
بیشتر از 12.0 g/dl (در حاملگی بیشتر از 11.0 g/dl) نوت: هموگلوبین در زمان ولادت بیشتر از 13.5 g/dl بوده و به صورت نورمال به اندازه 1 g/dl در نوزد مردها نسبت به خاتم ها بلند تر میباشد.	هموگلوبین (Hb) نورمال
7.0-12 g/dl	کمخونی خفیف
کمتر از 7.0 g/dl	کمخونی شدید
کمتر از 5.0 g/dl	کمخونی بسیار شدید

۲. اندازه نمودن (MCV) mean cell volume یا دیدن سلاید خون در قسمت تصنیف نوع کمخونی؛ کمک مینماید (شکل ۳-۱۲ دیده شود).

MCV پائین (کمتر از 80 fl)	MCV نورمال (80-100 fl)	MCV بلند (بیشتر از 100 fl)
میکروساینتیک (microcytic)	نارموساینتیک (normocytic)	مکروساینتیک (macrocytic)
تشخیص احتمالی: • کمبود آهن • تالسمیا • امراض مزمن	تشخیص احتمالی: • ضیاع حاد خون • امراض مزمن • انتان • کانسر • همولیز	تشخیص احتمالی: • کمبود ویتامین B ₁₂ • کمبود فولیت • الکھول • همولیز شدید



نوت: بر علاوه فوق؛ در معاینه سلاید خون میتوان اینورمالتی های دیگر را در شکل حجرات سرخ و سفید خون مشاهده نمود.

شکل ۳-۱۲: شکل کریوه سرخ خون در سلاید خون

اهتماتمات کمخونی خفیف

۱. اسباب خاص کمخونی را تداوی ننمائید. در صورتیکه عامل پرا که ایجاب تداوی خاص را نماید؛ دریافت نتوانید؛ مریض را برای کمخونی فقدان آهن طوریکه در ذیل توضیح شده است؛ تداوی ننمائید.

۳. تعداد مجموعی و تفریقی کریوات سفید خون (WBC) جهت کشف کریوات غیر نورمال (لوکیمیا) و جهت دریافت اینکه کمخونی یک پرابلم مجرد خون است. در صورتیکه تعداد کریوات سفید بسیار پائین باشد (کمتر از 1500/L) نشان دهنده آنست که مخ عظم به صورت عموم حجرات خون را تولید نمیکند.

ارزیابی نمائید. علایم کلینیکی بهبودی مریض را متوجه باشید. در صورتیکه تداوی موثر باشد، مریض کمتر احساس خستگی نموده بیشتر فعال میشود.

با وجودیکه در ظرف چند هفته شما علایم بهبودی را دیده میتوانید، تداوی را جهت پر شدن ذخایر آهن بدن مریض برای ۳ ماه دیگر ادامه دهید. خانم های حامله باید به اخذ *ferrous sulphate* و *folic acid* در تمام دوره حامله گی و تا سه ماه بعد از حمل ادامه دهید.

اگر یک مریض بهبودی حاصل ننماید چه باید کرد؟ در صورتیکه مریض بهبودی حاصل نمینماید؛ موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

الف. آیا مریض تابلیت های آهن را اخذ نموده است؟ عدم همکاری در اخذ تابلیت ها؛ یک سبب معمول ناکامی تداوی را تشکیل میدهد. زمانیکه *ferrous sulphate* درد ناحیه اپی گستریک و دلبدی را بار میآورد مریضان غالباً اخذ تابلیت را متوقف میسازند. در صورتیکه موضوع ازین قرار باشد، دوز دوا را تنقیص داده به مریض بگوئید تا آنرا با غذا یکجا بخورد.

ب. انتانات مزمن (مثلاً توبرکلوز) را مد نظر داشته و مطابق آن معاینات نمائید.

ج. نادر: تالاسیمیا را مد نظر داشته و تظاهرات کلینیکی وصفی آنرا جستجو نمائید. در تالاسیمیا؛ تطبیق آهن مضاد استتباب است.

صرف در صورتیکه مریض تابلیت های خود را به دوز درست اخذ نموده باشد و امکان انتان زمینوی یا سایر پرابلم های دیگر وجود نداشته باشد؛ فرض نمائید که مریض مصاب سؤجذب است و آنرا قرار ذیل تداوی نمائید:

الف. هیموگلوبین مریض را اندازه نمائید.

ب. مستحضر *iron dextran* (امپول آن حاوی 50 mg/ml است) را از طریق زرق عمیق عضلی تطبیق نمائید. این دوا را نزد اطفال تطبیق ننمائید. زرقیات دواى مذکور قیمت و دردناک است. متوجه خطر عکس العمل شدید انافلاکتیک باشید! در صورتیکه مریض شدیداً مریض باشد یا تب داشته باشد *iron dextran* را تطبیق ننمائید. حد اقل یک ساعت قبل از تطبیق دوز تراپیوتیک دوا؛ یک دوز امتحانی آنرا تطبیق نمائید. ادرینالین را آماده نگهدارید مبدا نزد مریض عکس العمل شدید الرژیک واقع شود.

- در صورتیکه شخص کاهل کمتر از 40 kg وزن داشته باشد؛ روزانه به مقدار 5 ml برای ۶ روز بدهید.

۲. به مریض آهن فمی خالص (اطفال 3-6 mg/kg/24 hours ، کاهلان 120-180 mg در ۲۴ ساعت) حد اقل برای مدت ۳ ماه بدهید. معمولاً از *ferrous sulphate* استفاده میشود. 60 mg آهن خالص فمی = 200 mg *ferrous sulphate*؛ برای تهیه اقسام دیگر به چوکات دیده شود.

دوز *ferrous sulphate* ازینقرار است: اطفال ۲-۶ ماهه 50 mg یک مرتبه روزانه، اطفال ۷-۱۲ ماهه 50 mg دو مرتبه در روز، اطفال ۱-۵ ساله 100 mg دو مرتبه در روز، اطفال ۶-۱۲ ساله 100-200 mg دو مرتبه در روز، کاهلان 200 mg دو تا سه مرتبه در روز) بدهید.

به مریض بگوئید که تابلیت ها را یک ساعت قبل از غذا بخورد.

همچنان از *folic acid* (۶ ماهه الی ۱۲ ساله به مقدار 1-5 mg، کاهلان 4-5 mg) و در صورتیکه تابلیت های حاوی هر دو عنصر آهن (65 mg) و *folic acid* (0.25 mg) در دسترس باشد بدهید.

مستحضرات آهن

- **Ferrous sulphate** یک تابلیت 200 mg آن حاوی 60 mg آهن عنصری است
- **Ferrous fumarate** یک تابلیت 200 mg آن حاوی 66 mg آهن عنصری است
- **Ferrous gluconate** یک تابلیت 300 mg آن حاوی 36 mg آهن عنصری است

۳. در صورتیکه مریض حامله نباشد از *mebendazole* به مقدار 100 mg روزانه ۲ مرتبه برای ۳ روز بدهید تا کرم های چنگکی *hookworms* و کرم های دیگر تداوی شوند.

۴. تداوی مالاریا را مد نظر داشته باشید.

۵. مریض را در مورد تهیه غذا های غنی از آهن بیاموزانید (بخش وقایه کمخونی دیده شود). به خانم های حامله در مورد مراقبت های قبل از ولادت و خطرات کمخونی در زمان حاملگی مشوره دهید.

۶. سیر بهبودی مریض را کنترل نموده او را بعد از ۴ هفته دوباره ارزیابی نمائید. به صورت ایدیال، قبل از شروع تداوی هیموگلوبین مریض را اندازه نمائید، بعداً مریض را برای ۴ هفته تداوی نموده دوباره هیموگلوبین او را معاینه نمائید. با انجام تداوی باید سویه هیموگلوبین حدود 0.5-1 g/dl در هر هفته از دیاد حاصل نماید. بناً بعد از ۴ هفته تداوی سویه هیموگلوبین باید حد اقل به مقدار 2 g/dl یا بیشتر بلند شده باشد.

در صورتیکه اندازه نمودن هیموگلوبین ممکن نباشد؛ مریض را تداوی نموده بعد از ۴ هفته دوباره

در حامله گی:

- هیموگلوبین کمتر از 5.0 g/dl در هر زمان حامله گی.
- هیموگلوبین کمتر از 7.5 g/dl در مراحل اخیر حامله گی (بیشتر از ۳۶ هفته گی).

قواعد تطبیق مصئون خون:

۱. مقدار مورد ضرورت را محاسبه نمائید. یک یونت خون معمولاً سویه هیموگلوبین را نزد کاهلان به اندازه 1-1.5 g/dl بلند میبرد:

مقدار مورد ضرورت خون کامل (به ml) =

وزن مریض (به kg) X ۵ X مقدار بلند شدن مورد نظر Hb (به g/dl).

نوت: یک ml خون کامل = ۲۰ قطره

تطبیق خون را الی زمانیکه سویه هیموگلوبین بلند تر از 5.0 g/dl (یا بلند از 7.5 g/dl در مراحل اخیر حمل) گردد؛ ادامه دهید. بعداً تداوی را با ferrous sulphate و folic acid فمی مطابق آنچه در فوق ذکر شده؛ ادامه دهید.

۲. صرف از خونی استفاده نمائید که تعیین گروپ خون و cross-match آن به صورت درست انجام شده باشد. هیچگاهی خونی را که در خارج از یخچال برای مدت بیشتر از ۶ ساعت نگهداری شده است، تطبیق ننمائید. به صورت ایدیال، خون باید قبل از استفاده از نظر هیپاتیت B و C، ملاریا و HIV تست شود.

۳. متوجه عکس العمل های تطبیق خون باشید: درجه حرارت، سرعت نبض، سرعت تنفس، و فشار خون مریض را قبل از شروع تطبیق خون، ۱۵ دقیقه بعد از تطبیق خون و بعداً هر یک ساعت یادداشت نمائید.

هر گاه نزد مریض سقوط فشار خون، نبض سریع، عسرت تنفس، درد کمر، ناراحتی، تب و rash رخ های جلدی بوجود آید، تطبیق خون را فوراً متوقف سازید. به مریض chlorphenamine به مقدار 8 mg از طریق وریدی (یا promethazin به مقدار 50 mg از طریق وریدی) تطبیق نمائید. در صورت ضرورت شاک و عکس العمل های الرژیک وخیم را تداوی نمائید.

وقایه کمخونی

۱. تغذیه با شیر مادر را تشویق نموده و غذا های حاوی مقدار کافی آهن، فولیک اسید و پروتین را توصیه نمائید. دو گروپ غذا ها وجود دارند که غنی از آهن اند:

- در صورتیکه شخص کاهل بیشتر از 40 kg وزن داشته باشد، روزانه به مقدار 5 ml برای ۱۰ روز بدهید.
- در صورتیکه مریض حامله باشد؛ بر علاوه مقدار فوق برای دو روز اضافی داده شود.

ج. هیموگلوبین مریض را ۳ هفته بعد دوباره ارزیابی نمائید. هیموگلوبین باید در حدود نورمال رسیده باشد.

اهتمامات کم خونی شدید

جواب دو سوال ذیل را دریابید:

۱. آیا علایم عدم کفایه قلب نزد مریض وجود دارد؟ (عسرت تنفس در حالت استراحت، نبض سریع، اذیما و کبد بزرگ و نرم)
۲. آیا مریض حامله است؟

اهتمامات کمخونی شدید بدون عدم کفایه قلب و بدون حامله گی

در صورتیکه مریض عدم کفایه قلبی نداشته و حامله نباشد؛ او را با آهن فمی و folic acid طوریکه در فوق توضیح شد تداوی نمائید.

اهتمامات کمخونی شدید همراه با عدم کفایه قلب یا حامله گی

۱. اعراض عدم کفایه قلب را تداوی نمائید.
۲. نقل الدم (transfusion) را مد نظر داشته باشید. خون را صرف در حالاتی که استتباب قوی و نجات دهنده حیات داشته باشد، تطبیق نمائید زیرا تطبیق خون خطرات قابل ملاحظه در قبال دارد (چو کات دیده شود). تطبیق خون (transfusion) بعضی اوقات به صورت غیر ضروری در کمخونی های شدید مزمن صورت میگیرد. استتبابات تطبیق خون قرار ذیل اند:

- هیموگلوبین (Hb) کمتر از 5.0 g/dl + عدم کفایه قلبی یا سایر مریضی های شدید.

پرابلم ها و خطرات تطبیق خون (ترانسفیوژن)

- در صورت خراب بودن وضعیت تسهیلات لابراتواری؛ خطر عدم تطابق گروپ های خون و آلوده شدن آن موجود میباشد.
- انتقال مرض هیپاتیت (خصوصاً نوع B و C)، ملاریا، ویروس ایس و سایر.
- خطر نشوونمای بکتریائی و تخریب حجرات خون در صورتیکه تسهیلات ذخیره خون در وضعیت خراب باشد؛ وجود دارد (خون را میتوان در یخچال به حرارت ۴-۱۰ درجه سانتی گراد الی ۱۰ روز نگهداری نمود).
- تطبیق خون قیمت است.

• گروپی که خوب جذب نمیشوند: حبوبات، سبزیجات حاوی برگ های سبز تاریک، قسمت زردی تخم (سفیدی تخم جذب آهن را تنقیص میدهد). چون آهن این غذاها؛ به خوبی جذب نمیشود بناً باید با غذا های غنی از ویتامین C (مثلاً میوه جات و سبزیجات) خورده شوند تا جذب آهن افزایش یابد. از نوشیدن چای جلوگیری شود زیرا جذب آهن را تنقیص میدهد.

• گروپی که خوب جذب میشوند: شیر مادر و مواد غذایی که قیمت بوده و برای اکثریت اشخاص محتاج؛ قابل دسترس نمی باشد مثل گوشت، جگر، گرده، مرغ و ماهی.

۲. توصیه نمائید تا بین حمل ها وقفه وجود داشته باشد. حداقل به دو سال ضرورت است تا ذخایر آهن بعد از یک بار حامله گی دوباره پر شود. هم چنان موجودیت فاصله بین ولادت ها به صحت طفل نیز مفید است.

۳. به تمام خانم های متأهل که در سن باروری اند از تابلیت های آهن به صورت روتین بدهید. به فامیل ها توضیح بدارید که خوردن این تابلیت ها صحت خانم را خوب میسازد، نه تابلیت های مولتی ویتامین!

۴. با توصیه آغاز مقدم تغذی طفل با شیر مادر و تطبیق فوری ergometrine (یا oxytocin) بعد از ولادت خونریزی های بعد از ولادت را تنقیص دهید.

۵. ملاریا را بصورت مقدم تداوی نمائید.

۶. جهت جلوگیری از کرم های چنگکی (hookworms)؛ مردم را از قدم زدن با پایهای برهنه منع نموده ایشان را تشویق نمائید تا مواد غایبی را به صورت مصئون جابجا نمایند.

کمخونی فقدان آهن

(IRON DEFICIENCY ANAEMIA)

فقدان آهن معمولترین سبب کمخونی را تشکیل میدهد. دلایل آنرا پائین بودن اخذ آهن، خالی بودن ذخایر آهن نزد خانم ها از سبب حمل های مکرر و ضیاع مزمن خون (مثلاً مصابیت با کرم های چنگکی یا خونریزی های شدید عادت ماهوار) تشکیل میدهد. ضیاع مزمن خون ممکن در کانسر واقع شود. در صورتیکه سویه هیموگلوبین را در یک حادثه خونریزی حاد اندازه مینمائید، متوجه باشید که مدت ۱-۲ روز را در بر میگیرد تا سویه هیموگلوبین سقوط نماید و شما بتوانید رقم درست آنرا بدست آورید.

تظاهرات کلینیکی

• خسته گی، ضعیفی، خرابی اشتها، خوردن خاک و سایر اعراض عمومی کمخونی؛ طوری که در بالا ذکر شدند.

• نزد یک تعداد مریضان ناخن های قاشق مانند یا قرحات زبان و درد در هنگام بلع دیده میشود (در صورت مزمن بودن فقدان آهن).

معاینات

• MCV پائین.

• در سلاید خون: microcytosis، anisocytosis، hypochromia، poikilocytosis (خصوصاً حجرات پنسل مانند (pencil cells))

اهتمامات

طوریکه در بالا ذکر شد.

تالاسیمیا (THALASSAEMIA)

تالاسیمیا؛ مرض ارثی است که در آن مخ عظم مقدار کافی هیموگلوبین را تولید نتوانسته مریض کمخون میشود. تالاسیمیا میتواند به شکل شدید و خفیف تظاهر نماید یعنی اشکال heterozygous و homozygous.

تظاهرات کلینیکی

تالاسیمیای خفیف (شکل heterozygous یا trait) سبب ایجاد اعراض نمیشود. کمخونی خفیف مشابه به کمخونی فقدان آهن بوده ولی با تداوی با آهن بهبود نمییابد. لازم خواهد بود تا جهت رد نمودن کمخونی فقدان آهن مترافقه تداوی کوتاه مدت با آهن فمی صورت گیرد. مگر کورس های طویل مدت آهن تطبیق نشود.

اطفال مصاب تالاسیمیای شدید (homozygous) معمولاً قبل از سن ۳۰ ساله گی فوت مینمایند زیرا مقدار های بیش از حد آهن؛ از باعث تطبیق دفعات متعدد خون در ارگان های شان؛ تجمع مینماید (haemosiderosis). بیماران کمخونی شدید داشته و با تطبیق آهن بهبودی حاصل مینمایند. طحال شان ضخامی شده و بالاخره بسیار بزرگ میشود. عظام قحفی و وجهی نیز بزرگ میشوند.

جهت رد کمخونی های مترافقه ناشی از فقدان آهن و فولیت از آهن و folic acid برای مدت ۲ هفته تطبیق شود.

کمخونی اپلاستیک (APLASTIC ANAEMIA)

کمخونی اپلاستیک؛ به مفهوم آنست که مخ عظم خالی بوده حجرات خون را تولید نمیکند. در مرض صرف کریوات سرخ ماوف نبوده بلکه کریوات سفید و صفیحات دمویه نیز ماوف میشوند. اسباب شناخته شده آن را (۱) دوا های مشخص (مثلاً chloramphenicol، sulphonamide ها مثلاً co-trimoxazole و باریتورات ها مثلاً phenobarbital) و (۲) یک تعداد انتانات (مثلاً هیپاتیت) تشکیل میدهد. کمخونی اپلاستیک میتواند کشنده باشد؛ مگر بعض اوقات مریض به صورت خود بخودی شفا میشود. کمخونی اپلاستیک کشنده ممکن نزد مریضانی بوجود آید که با chloramphenicol تدایوی شده اند؛ و به همین دلیل است که chloramphenicol باید صرف در انتانات شدید و به دوز درست آن داده شود. هر گاه در جریان تدایوی با chloramphenicol یا کدام دوا دیگر؛ کمخونی بوجود میآید؛ باید تدایوی فوراً متوقف شود. کمخونی اپلاستیک هم چنان یک اختلاط معمول (metamizol, Analgin, Dipyron, Novalgin) بوده و یک دلیل اینکه چرا این دوا ها در یک تعداد زیاد ممالک جهان منع شده اند، میباشد. بهر صورت غالباً سبب کمخونی اپلاستیک ناشناخته باقی میماند.

کمخونی میکروساینتیک (MACROCYTIC ANAEMIA)

کمخونی میکروساینتیک معمولاً از باعث فقدان فولیت و (بعضاً) از باعث فقدان ویتامین B₁₂ یا امراض کبدی بوجود میآید. هیمولایز عود کننده (مثلاً تالاسیمیا) یا تدایوی دوامدار با phenobarbital اسباب دیگر فقدان فولیت را تشکیل میدهند. کمخونی میکروساینتیک غالباً با کمخونی فقدان آهن؛ به خصوص نزد اطفال مصاب سوتغذی؛ همراه میباشد. فولیت در سبزیجات برگدار سبز، جگر و گرده یافت میشود. ویتامین B₁₂ در تمام محصولات حیوانی (مثلاً گوشت، شیر و تخم) یافت میشود. نوشیدن منظم الکل ممکن است میکروساینتوز را با یا بدون کمخونی بوجود آورد.

تظاهرات کلینیکی

یک تعداد زیاد مریضان بدون عرض میباشد. بر علاوه اعراض عمومی کمخونی؛ تظاهرات ذیل نیز دیده میشود:

- ضیاع وزن
- بیرقان خفیف

معاینات

- MCV پائین.

- در معاینه سلاید خون hypochromia، microcytosis و target cells دیده میشوند. الکتروفوریز هیموگلوبین (Hb electrophoresis) غیر نورمال میباشد.

اهتمامات

۱. به مریض آهن ندهید چه مقدار های بیش از حد آهن در عضویت این مریضان؛ تجمع نموده میباشد. دادن آهن سبب تخریب بیشتر قلب و ارگان های دیگر گردیده مرگ را تسریع میسازد.
۲. در صورتیکه مریض در یک ساحه اندیمیک ملاریا زنده گی مینماید، باید او را به صورت پروفلاکتیک به صورت منظم در مقابل ملاریا تدایوی نمائید.
۳. به مریض تا آخر عمر روز یک بار folic acid 5 mg دهید.
۴. مریضان مصاب تالاسیمیای شدید جهت زنده ماندن؛ به تطبیق منظم خون ضرورت دارند. مریضان کاهل به ۲-۳ یونت خون در هر ۴ هفته ضرورت دارند. در صورتیکه به تطبیق خون هر ۲ هفته بعد یا زودتر نیاز داشته باشند مساله splenectomy را بررسی نمائید، هر چند این موضوع با خطرات (مثلاً سپسیس) مترافق میباشد. موضوع را زیر عنوان hypersplenism (فرط فعالیت طحال) مطالعه نمائید.

کمخونی ناشی از امراض مزمن

زمانیکه یک پروسه التهابی برای مدت طولانی ادامه مییابد، تولید کریوات سرخ در مخ عظم به انحطاط دچار میشود. کمخونی ناشی از امراض مزمن میتواند از باعث انتانات مزمن (مثلاً اوستیومیالیت مزمن، توبرکلوز)، امراض مزمن التهابی (مثلاً آرتریت روماتیزمل) و کانسر بوجود آید.

تظاهرات کلینیکی

مشابه بالا می باشد.

معاینات

- هیموگلوبین معمولاً حدود 9-10 g/dl میباشد.
- MCV معمولاً نورمال بوده بعض اوقات پائین میباشد.

اهتمامات

سبب کمخونی را تدایوی نمائید. این شکل کمخونی با تدایوی با آهن جواب نمیدهد. با ارزش خواهد بود تا

اهتمامات

اسباب زمینوی را تداوی نمائید.

● قرحات زبان

● نیوروپاتی (معمولاً فقدان ویتامین B₁₂).

معاینات

● MCV بلند.

● معاینه سلاید خون: میکروسایتوز بیضوی الشکل (oval macrocytosis) و موجودیت هسته های حاوی چندین سگمنت در کریوات سفید خون.

اهتمامات

تشخیص تقریبی میان فقدان فولیت و ویتامین B₁₂ بدون دسترسی به اندازه نمودن سویه سیروم؛ مشکل است. با آنهم؛ در عدم موجودیت اعراض و علائم عصبی؛ مناسب است تا مریض را اولاً با فولیت تداوی نمائیم زیرا فقدان فولیت نظر به ویتامین B₁₂ بیشتر معمول است.

فقدان فولیت: فولیک اسید (folic acid) به مقدار 5 mg روزانه یک مرتبه برای ۴ ماه داده شود.

فقدان ویتامین B₁₂: hydroxycobalamin به مقدار 1 mg از طریق زرق عضلی (اطفال 0.25 mg-1 mg) هر یک روز بعد برای ۸ روز و بعداً یک بار هر ۳ ماه در طول عمر داده شود.

کمخونی هیمولایتیک

(HAEMOLYTIC ANAEMIA)

طول عمر کریوات سرخ خون به صورت نورمال از ۱۲۰ روز کوتاهتر میشود. این مدت زمان در کمخونی هیمولایتیک به سبب چندین دلیل کوتاه تر میشود:

- انتان (ملاریا؛ پرازیت سبب انفجار یا ترکیدن کریوه سرخ میشود- و سپس)س)
- ارثی(فقدان انزایم G6PD و تالاسیمیا)
- عکس العمل های مضره تطبیق خون
- سوخته گی ها
- عکس العمل در مقابل ادویه

معاینات

Hb، سلاید خون و بیلیروبین (bilirubin)

تظاهرات کلینیکی

برعلاوه اعراض عمومی کمخونی اعراض ذیل نیز دیده میشود:

- یرقان
- ضخامه طحال (در صورت موجودیت هیمولایز های مزمن و ولادی).

کمخونی فقدان G6PD

فقدان G6PD فقدان ارثی انزایمی میباشد. تخمین شده است که حدود ۷-۱۰٪ نفوس افغانستان این نقیصه را به ارث برده اند. اکثر اوقات؛ تعداد کریوات خون نزد این اشخاص کاملاً نورمال میباشد. مگر، زمانیکه این ها؛ دوا های مشخصی را میگیرند، ۱-۳ روز بعد نزد شان کمخونی هیمولایتیک همراه با یرقان و haemoglobinuria (موجودیت هیموگلوبین در ادرار که در آن؛ رنگ ادرار سرخ میشود) بوجود میآید. این کمخونی ۳-۱۰ روز بعد از قطع دوا ی سببی به صورت بنفسی از بین میرود. بعض اوقات به تطبیق خون ضرورت میباشد. اطفالی که در هنگام ولادت مصاب فقدان G6PD باشند؛ غالباً نزد شان یرقان دوره نوزادی طولانی تر میباشد.

در فقدان G6PD از تطبیق دوا های ذیل جلوگیری بعمل آید: Aspirin) acetylsalicylic acid (به دوز های بلند، sulfadoxine + pyrimethamine، co-trimoxazole، Fansidar) quinolones، nalidixic acid (مثلاً nitrofurantoin، probenecid، dapson، ciprofloxacin، primaquine و ویتامین K.

لوکیمی و لمفوما (leukaemia و lymphoma)

لوکیمی عبارت از سرطان مخ عظم است. مخ عظم حجرات غیر نورمال خون را تولید مینماید. در تشخیص لوکیمی دریافت حجرات غیر نورمال مهم است، نه تعداد مجموعی حجرات سفید خون. تولید کریوات سرخ خون و صفیحات دمویه (برای توقف خونریزی مهم اند) توسط مخ عظم؛ نیز متأثر میشود. حجرات سفید غیر نورمال خون؛ موثریت خود را در مقابله با انتانات از دست داده نزد مریض ممکن انتانات مکرر شدید تظاهر نماید. مریض کمخون بوده و تمایل به خونریزی های بنفسی دارد.

لوکیمی با ادویه سایتوتوکسیک (cytotoxic) تداوی میشود. این دوا ها خیلی قیمت بوده مگر به درجات خوب؛ معالجه را بار میآورد. بناً مهم است تا لوکیمی را به صورت مقدم تشخیص نموده مریض مصاب لوکیمی را به شفاخانه ئی که معاینات بیشتر و تداوی لازم برایش انجام شده بتواند؛ معرفی نمود.

اسباب ضخامه طحال (splenomegaly)

ضخال خفیف طحال (در کاهلان کمتر
از ۵ سانتی متر پائینتر از کنار اضلاع)

- **انتانات:** ملاریا، سپیس، هیپاتیت
- امراض ویروسی، تب محرقة، بروسیلوز، تویرکلوز
- **سایر اسباب:** آرتریت روماتیزمل، سوئغذی

ضخامه متوسط طحال (در کاهلان: به اندازه ۵-۱۰ سانتی متر پائینتر از کنار اضلاع)

- **همیولایز:** ملاریای نکس کننده، فقدان انزایم G6PD
- فرط فشار ورید باب از سبب سیروز کبد
- لوکیمی، لمفوما

ضخامه کتلوی طحال (در کاهلان بیشتر از ۱۰ سانتی متر پائینتر از کنار اضلاع)

- **تالاسیمیا**
- **تومورها**

فرط فعالیت طحال (HYPERSPLENISM)

اگر طحال بسیار بزرگ باشد؛ نه تنها حجرات فرسوده را تخریب مینماید بلکه حجرات سرخ، کریوات سفید و صفیحات دمویه سالم را نیز تخریب مینماید. این حالت بنام hypersplenism شناخته شده و کمخونی، انتانات و خونریزی را بار آورده میتواند. طحال نیز در خطر بزرگ پاره شدن قرار دارد.

اختلالات را تدای نمود، اسباب زمینوی را دریافته تدای کرده و splenectomy را مد نظر داشته باشید. مرضی که طحال وی برداشته شده در معرض خطر بلند انتانات شدید؛ خصوصاً از باعث بکتری pneumococcus و ملاریا قرار دارد. مرض باید penicillin V به مقدار 250 mg روزانه ۲ مرتبه (یا erythromycin به مقدار 250 mg روزانه ۲ مرتبه) به شکل و قلیوی الی سن ۲۰ ساله گی بیگیرد و تدابیر و قلیوی در مقابل ملاریا اتخاذ نمایند. در صورت موجودیت؛ واکسین های pneumococcal، meningococcal و haemophilus influenza B را برای مرض تطبیق نمایند.

ماخذها

1. Cook GC, Zumla A (ed.). *Manson's Tropical Diseases*. 21th edition. London: WB Saunders 2003.
2. Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*. Issue 2, 2002.
3. Stoltzfus RJ, Dreyfuss ML. *Guidelines for the Use of Iron Supplements to Prevent and Treat Iron Deficiency Anemia*. Washington: INACG 1998.
4. Toghiani, PJ. *Examining Patients - An Introduction to Clinical Medicine*. 2nd edition. London: Edward Arnold 1995.
5. World Health Organization. *The clinical use of blood in Medicine, Obstetrics, Paediatrics, Surgery & Anaesthesia, Trauma & Burns*. Geneva: WHO 2002.
6. World Health Organization. *Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention, and Control - A guide for programme managers*. Geneva: WHO, UNICEF 2001.

لمفوما عبارت از سرطان عقدات لمفاوی است. تظاهرات کلینیکی آنرا ضخامه یک یا چند عقده لمفاوی که بدون درد میباشد، تشکیل میدهد. بعض اوقات کبد و طحال نیز بزرگ شده و ممکن مریض از ضیاع وزن، خارش و عرق شبانه شکایت نماید. تشخیص مرض با بیوپسی عقده لمفاوی صورت میگردد. تدای مرض با شیموترابی در یک مرکز اختصاصی صورت میگردد.

خونریزی غیر نورمال

غالباً اشخاص از خونریزی های غیر نورمال نگران اند مگر خونریزی واقعی غیر نورمال؛ نادر است. علایم خونریزی غیر نورمال واقعی عبارت از خونریزی بنفسهی از بیره ها و بداخل جلد (purpura) یا کبودی های بیش از حد بعد از ترضیضات کوچک میباشد. تست های خاص برای تأیید سبب خونریزی های غیر نورمال و جهت مشخص ساختن اینکه کدام بخش از سیستم های که خونریزی را متوقف میسازد، ماوف شده است؛ ضرورت میباشد. خونریزی های غیر نورمال؛ از باعث فقدان صفیحات دمویه یا ابنورمالتی های پروتین های تحثری بوجود آمده میتواند. اگر این خونریزی ها با امراض کبدی مترافق باشد؛ برای مریض ویتامین K بدهید.

نزد یک تعداد مریضان یک پرابلم حاد تحثری (disseminated intravascular coagulation) از باعث سپیس (مثلاً انتان میننگوکوکال یا viral haemorrhagic fever) یا ترومای شدید بوجود میآید. این پرابلم به مراقبت جدی نیاز دارد و معالجه آن با تدای پرابلم های زمینوی و در صورت وقوع خونریزی شدید، با تطبیق خون صورت میگردد.

ضخامه طحال (splenomegaly)

طحال (۱) حجرات فرسوده سرخ را از دوران خون دور مینماید، (۲) در تولید لمفوسیت ها و انتی بادی ها با سایر انساج لمفونید سهم گرفته و (۳) ممکن حجرات سفید و سرخ خون را تولید نماید.

ضخامه طحال یک علامه کلینیکی معمول میباشد زیرا بزرگی طحال با یک تعداد زیاد امراض انتانی و تشوشات خون همراه میباشد. مریض ممکن است با ناراحتی بطنی از باعث ضخامه طحال یا با اختلالات ناشی از hypersplenism تظاهر نماید.

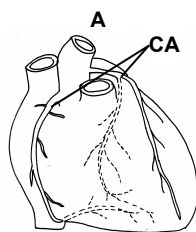
اگر شما درجه ضخامه طحال را مشخص نمائید در قسمت دریافت سبب ضخامه طحال کمک مینماید (چوکات دیده شود).

۱۳. پرابلم های قلبی

وظایف عمده سیستم قلبی وعائی:

سیستم قلبی وعائی شامل قلب و اوعیه دموی میباشد. قلب (H) با انجام تقلص؛ خون را بداخل شریان اساسی (ابهر = AO) که به شریان های کوچکتر (A) تقسیم میشود؛ پمپ مینماید. هر شریان کوچک به شعریه های باریک (C) تقسیم میشود که در آنها اکسیجن، مواد غذایی، هورمون ها و محصولات فاضله بین خون و حجرات بدن تبادل میشوند. ورید ها (V) خونی را که به سبب کمی مقدار اکسیجن رنگ آن تاریکتر میباشد؛ دوباره به قلب برمیگرداند. قلب خون مذکور را به ریه ها (L) پمپ مینماید که در آنجا کاربن دای اکساید از خون خارج و اکسیجن تازه داخل آن میشود (تبادل گازات). بدین ترتیب سیکل مذکور ادامه مییابد و خون به صورت دائم در بدن دوران میکند.

شراین اکلیلی:



یک تعداد خاص شریان ها را که از شریان ابهر راساً بعد از خروج آن از قلب؛ منشأ میگیرند؛ بنام شراین اکلیلی یاد مینمایند. این شراین اکسیجن عضله قلبی را تامین مینمایند. انسداد این شراین خناق صدی یا احتشای عضله قلبی را بار میآورد.

دسامات قلبی:

دسامات قلبی (HV) از جریان خون به طرف عقب جلوگیری مینمایند.

مثال های از پرابلم های دسامی:

- اگر یک دسام قلبی تضیق نموده باشد؛ قسمت های از قلب که پیشتر از تضیق قرار دارند باید کار بیشتر را انجام دهند تا بر مقاومت مذکور فایق آیند.
- اگر دسام به درستی مسدود نشود؛ ممکن یک مقدار خون دوباره به قلب برگشته و حجم خون را در قلب بلند ببرد. جریان غیرنورمال خون شخص را در معرض خطر اندوکاردیت قرار میدهد.
- ممکن دسامات قلبی طفل؛ در هنگام ولادت غیرنورمال باشد و یا هم ممکن بعد ها؛ اکثرآ از باعث تب روماتیزم؛ تخریب شوند.

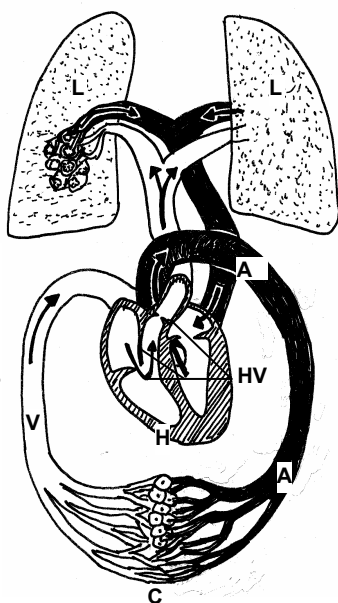
مثال های از پرابلم های قلبی وعائی:

اگر خون در بدن دوران نداشته باشد؛ حجرات بدن به درستی کار نخواهند کرد.

- **عدم کفایه قلبی:** قلب نمیتواند خون را به سرعت کافی به بدن پمپ نماید.
- **شاک:** درین حالت مقدار کافی خون در اوعیه دموی موجود نمیشد تا قلب آنرا به بدن پمپ نماید که این حالت ممکن از باعث ضیاع خون و مایعات باشد یا از باعث توسع اوعیه دموی.
- **مرض ریوی:** مقادیر کافی اکسیجن از ریه ها اخذ نمیگردد.
- **کمخونی:** تعداد کافی حجرات خون یا مقدار کافی هیموگلوبین جهت انتقال اکسیجن موجود نمیشد.

عوامل خطری برای اوعیه دموی:

اوعیه دموی از باعث فرط فشار خون، دود نمودن سگرت، سویه بلند کولسترول و مرض شکر تخریب میشوند. این عوامل plaques atheromatous را بار میآورند. پلاک های مذکور انسداد قسمی اوعیه را بار آورده و در صورت پاره شدن پلاک؛ ترومبوز و انسداد اوعیه دموی بوجود میآید که در نتیجه واقعه عاجل قلبی وعائی، مثلاً احتشای میوکارد یا stroke را بار میآورد.



شکل ۱-۱۳: سیستم قلبی وعائی: آناتومی، فزیولوژی و بتوفزیولوژی اساسی

- اضطراب و مشکلات تنفسی بعد از جهد
- نبض سریع، ضعیف یا بی نظم



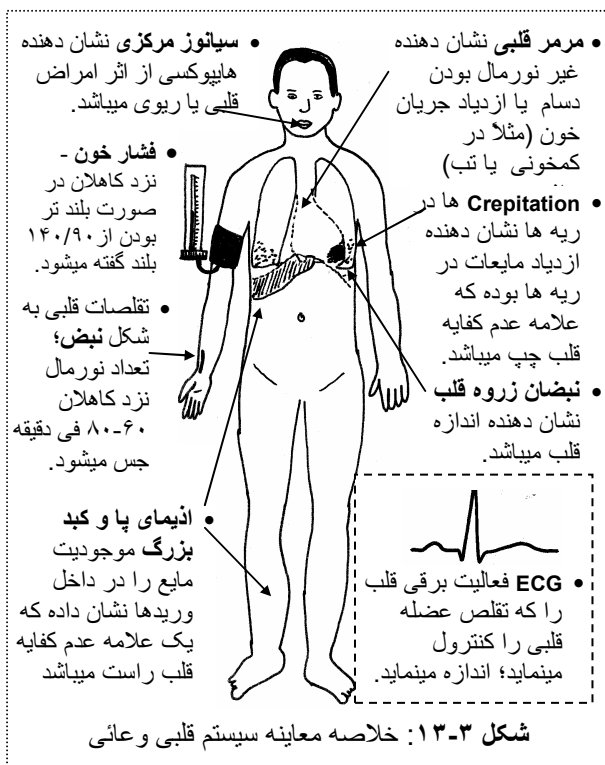
- درد شدید آبی در صدر و شانه چپ که به تعقیب جهد بوجود میآید. درد؛ بعد از استراحت برای چند دقیقه؛ از بین میرود (خناق صدی) یا با استراحت از بین نمیرود (احتشای میوکارد)
- اندیمای پاها

• مشکلات تنفسی به هنگام دراز کشیدن (به وضعیت خواب)

شکل ۲-۱۳: اعراض امراض قلبی

میزان مرگ ومیر از باعث امراض قلبی وعائی رو به افزایش است. امراض قلبی وعائی (مثل حمله قلبی یا ستروک stroke) سبب عمده مرگ را در کشورهای غربی تشکیل میدهد. دود نمودن وسیع سگرت یکی از دلایل است که چرا امراض قلبی وعائی یک پرابلم صحتی مهم در کشورهای فقیر مثلاً افغانستان میگردد. بناً لازم است تا طرز شناخت و تداوی پرابلم های قلبی وهمچنان چگونه گی پائین آوردن خطر بروز امراض قلبی وعائی را نزد یک شخص بدانید.

اعراض پرابلم های قلبی شامل عسرت تنفس، ادیمای درد صدی و تپش قلبی میباشد (شکل ۲-۱۳ دیده شود). هر چند این اعراض توسط یک تعداد زیاد امراض غیر قلبی نیز بوجود آمده میتواند. مرض قلبی وعائی معمولاً الی زمانیکه اختلاطی نشده باشد سبب ایجاد اعراض نمیشود.



چگونه میتوان مریض مصاب پرابلم های قلبی را ارزیابی نمود؟

ارزیابی سیستم قلبی و عائی در صفحه ۱۳-۱۴ توضیح گردیده است. صفحه متذکره را همراه با این صفحه مطالعه نمائید. در ذیل خلاصه دیده میشود که بالای تفسیر دریافت های غیر نورمال تمرکز مینماید (شکل ۳-۱۳ دیده شود). اگر بر موجودیت پرابلم قلبی مشکوک میشوید؛ همیشه معاینات مکمل مریض خصوصاً معاینات صدی را؛ نزدش انجام دهید.

تاریخچه مریض را اخذ نمائید.

- در مورد جزئیات پرابلم سوال نمائید.
- مریض چند ساله است؟
- اگر درد صدی موجود باشد؛ آیا این درد مرکزی است یا غیر مرکزی؟
- پرابلم بالای زنده گی مریض چگونه اثر میگذارد؟ آیا مریض در جریان قدم زدن عسرت تنفس میداشته باشد؟ تا چه مسافتی قدم زده میتواند؟ (این حالت شدت مرض را نشان میدهد).
- آیا مریض سگرت دود مینماید؟ آیا مریض مرض دیابت دارد؟ (هردوی اینها فکتورهای خطر برای مرض قلبی و عائی میباشد).
- آیا مریض تا حال کدام تداوی اخذ نموده است؟ چه تداوی اخذ نموده است؟

مریض را معاینه نمائید

تفتیش نمائید:

- شخص مریض به نظر میرسد یا صحت مند؟
- آیا مریض عسرت تنفس دارد؟
- آیا مریض سیانوز مرکزی دارد؟
- آیا مریض کمخونی دارد؟
- آیا تنفس مریض سریع است؟ (سرعت تنفس مریض را حساب نمائید)

جس نمائید:

- نبض مریض را جس نمائید (چوکات دیده شود)
- حجم: قوی یا ضعیف؟
- سرعت: نورمال، بطی یا سریع؟
- ریتم: منظم یا غیر منظم؟

- آیا ضربه زروه قلب انحراف نموده است؟ (صفحه ۱۳ دیده شود)
 - آیا کبد مریض بزرگ و حساس شده است؟
 - آیا اندیمای عجزی و قدم وجود دارد؟
 - فشار خون مریض را اندازه نمائید (چوکات دیده شود)
- اصفا نمائید:**
- مرم قلبی وجود دارد؟
 - ریه ها را اصفا نمائید: آیا کریپیتیشن ها (crepitations) وجود دارد؟

معاینات

معاینات وابسته به تشخیص کاری شما بوده و در بخش های مناسب این فصل توضیح گردیده اند.

گراف برقی قلب و معاینات اختصاصی قلبی. گراف برقی قلب (ECG) در تشخیص، مثلاً احتشای مایوکارد (myocardial infarction)، اریتمی های قلبی (cardiac arrhythmias)، ضخامه عضله قلبی و هایپرکلیمیا کمک مینماید. گراف برقی قلب ممکن در عدم کفایه قلبی نورمال باشد. توضیح جزئیات تفسیر گراف برقی قلب خارج از حدود هدف این کتاب میباشد. سایر تست های اختصاصی عبارت از ECG exercise test (برای تشخیص امراض اسکمیک قلبی)، کنترل ۲۴ ساعته گراف برقی قلب (جهت دریافت

خواب برخیزد (paroxysmal nocturnal dyspnoea).
 مریضی که اذیما ریوی (pulmonary oedema) دارد
 ممکن در هنگام شب از خواب برخاسته عسرت شدید
 تنفس داشته و با سرفه خود بلغم کفدار گلابی رنگ را
 خارج نماید. مریض جهت آرامش مجبور است بنشیند
 یا ایستاده شود. برای تشخیص تفریقی عسرت تنفس
 صفحه ۱۰۶ دیده شود.

درد صدري (chest pain)

مشخص سازید که آیا درد مرکزی است (خلف قص) یا
 غیر مرکزی (چوکات دیده شود).

● **درد صدري مرکزی.** مهمترین سبب قلبی و عائی
 درد صدري مرکزی را اسکمی قلبی (cardiac
 ischaemia) (اکمال ناکافی اکسیجن به عضله قلبی)
 تشکیل میدهد. درد اسکمیک به صورت وصفی در
 هنگام جهد بوجود آمده در قسمت متوسط صدر در
 خلف عظم قص احساس میشود. مریضان غالباً درد
 را به شکل فشرده شدن (crushing) توصیف
 مینمایند. درد ممکن به بازوی چپ یا فک مریض
 انتشار نماید. در خناق صدري (angina) این درد
 برای مدت تقریباً ۱۵ دقیقه دوام نموده فوراً با
 استراحت یا اخذ glyceryl trinitrate آرام میشود. در
 احتشای مایوکارد (myocardial infarction) درد
 فشار دهنده به مدت بیشتر از ۳۰ دقیقه دوام نموده با
 استراحت و اخذ نایتريت ها آرام نمیشود. پریکاردیت
 (pericarditis) میتواند درد مشابه را تولید نماید.
 درد پریکاردیت به صورت وصفی با تنفس و دراز
 کشیدن تشدید میشود. این درد با نشستن و خم شدن به

اسباب نبض غیر نورمال

نبض بطی: (bradycardia) کمتر از 50/minute

- نورمال: در حالت خواب
- عوارض جانبی ادویه (مثلاً بیتابلاکر ها)
- هایپوترمی
- بلاک قلبی
- هایپوتایروئیدیزم (myxoedema)
- حملات vasovagal

نبض سریع: (tachycardia) زیادتر از 100/minute

- نورمال: جهد، استرس، اضطراب، درد
- دیهیدریشن
- ضیاع خون، شاک
- تب
- سپس
- عدم کفایه قلبی
- امراض شدید ریوی
- کمخونی شدید
- عوارض جانبی ادویه (مثلاً aminophylline)
- تایروتوکسیکوز

نبض غیر منظم

- extra beats یا فیریلیشن اذینی (atrial fibrillation)

نبض ضعیف

- فشار خون پائین، شاک

اسباب فشار خون غیر نورمال:

فشار بلند خون

- فرط فشار خون (اسباب آن در صفحه ۱۷۹ دیده شود)
- اضطراب و درد
- به تعقیب ستروک (stroke)

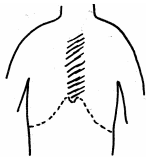
فشار خون پائین

- شاک
- عدم کفایه قلبی
- عوارض جانبی دوا ها

اسباب درد صدري

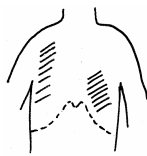
درد صدري مرکزی

- امراض اسکمیک قلبی
- التهاب مری (oesophagitis)
- اسباب نادر: پریکاردیت



درد قلبی غیر مرکزی

- درد صدري غیر وصفی (از باعث اضطراب یا فشار های روانی)
- درد پلورائی (مثلاً نومونیا، انصباب پلورائی، و ندرتاً: امبولی ریوی)
- درد عظمی و عضلی (مثلاً کسر اضلاع، کشش های عضلی)
- درد جذر عصبی
- هرپس زوستر (Herpes zoster)
- اسباب غیر معمول: امراض اسکمیک قلبی
- اسباب نادر: امراض کیسه صفرا یا امراض پانکراسی



اریتمی)، echocardiography (جهت تشخیص
 ابنورمالتی های ساختمانی دسامات و عضله قلبی
 و تشخیص عدم کفایه قلبی)، cardiac catheterization و
 myocardial scintigram میباشند.

عسرت تنفس (dyspnoea)

معمول ترین سبب عسرت تنفس را؛ امراض ریوی
 تشکیل میدهد. عسرت تنفسی که از باعث عدم کفایه
 قلبی بوجود میآید در قدم اول در هنگام جهد (مثلاً در
 هنگام قدم زدن) دیده میشود. اگر عدم کفایه قلبی
 پیشرفت نماید عسرت تنفس حتی در هنگام استراحت
 بوجود میآید، که این عسرت تنفس در وضعیت خوابیده
 شدید میآید (orthopnoea). به صورت وصفی مریض
 ممکن در جریان شب به منظور تنفس هوای کافی از

اسباب تپش قلبی (palpitations)

- اضطراب و فشارهای روانی
- نبض غیر منظم یا سریع (اسباب آن در چوکات صفحه ۱۷۴ دیده شود)
- آگاه بودن از ضربان نورمال قلب
- هایپرتایروئیدیزم

مینمایند و باید از نظر تایروتوکسیکوز (thyrotoxicosis) مورد ارزیابی قرار گیرند.

امراض بالخاصه**عدم کفایه قلبی (HEART FAILURE)**

عدم کفایه قلبی زمانی واقع میشود که قلب؛ نمیتواند خون را جهت تهیه مقدار کافی اکسیژن؛ برای حجرات وارگان های بدن؛ به سرتاسر بدن پمپ نماید. عدم کفایه قلبی ممکن حاد یا مزمن باشد. عدم کفایه قلبی به میکانیزم های مختلف بوجود میآید (چوکات دیده شود). همیشه دلیل بروز عدم کفایه قلب را نزد مریض دریابید چه اشتباه است اگر سبب عدم کفایه قلب جستجو نشود و صرف اعراض آن تداوی شود!

تظاهرات کلینیکی

تظاهرات کلینیکی مرض مربوط به آن است که آیا بطن راست به عدم کفایه دچار شده یا بطن چپ؟ هرچند معمولاً هر دو طرف قلب به عدم کفایه دچار بوده شما اعراض عدم کفایه هر دو طرف راست و چپ را درمییابید. مشخص ساختن کلینیکی اینکه آیا طرف راست قلب دچار عدم کفایه است یا طرف چپ از نظر تداوی عرضی عدم کفایه قلبی مهم نمیشد مگر برای بررسی سبب عدم کفایه؛ کمک کننده میباشد. عدم کفایه

میکانیزم ها و اسباب عدم کفایه قلبی**قلب غیرنورمال (ناتوانی قلب در پمپ نمودن مقدار کافی خون)**

- عضله قلبی تخریب شده: مرض اسکیمیک قلبی، احتشای میوکارد، کاردیومیگالی
- تب روماتیزمل حاد
- مریضی مصاب عدم کفایه قلبی که تداوی خود را قطع نماید.
- اریتمی (سرعت نبض بسیار بطنی است، بسیار غیر منظم است یا بسیار سریع است)

کار بیش از حد برای قلب نورمال

- کمخونی شدید
- ازدیاد مایعات به تعقیب تطبیق مقادیر زیاد مایعات وریدی
- انتانات شدید (سپس، تب محرقه)
- تایروتوکسیکوز
- قلب باید خون را در مقابل فشار بلند پمپ نماید.
- قلب چپ: فشار بلند خون، تضییق ابهر
- قلب راست: امراض ریوی حاد یا مزمن

قدام آرام میشود. اگر درد صدی مرکزی از باعث التهاب مری (oesophagitis) بوجود آمده باشد به صورت وصفی با دراز کشیدن، صرف غذا ها یا نوشابه های داغ تشدید میشود.

● **درد صدی غیر مرکزی.** درد اسکیمیک معمولاً با درد های صدی غیر وصفی که معمولاً از سبب اضطراب و فشار های روانی بوجود میآیند؛ مغالطه میشود. این درد کاملاً در طرف چپ صدر موقعیت داشته و با جهد ارتباط نزدیک ندارد.

دردی که به هنگام شهیق تشدید میشود معمولاً از اثر التهاب پلورا مثلاً در نومونیا یا ایفیوژن پلورائی (pleural effusion) بوجود میآید.

اکثراً درد های صدی دردهای راجعه میباشد که از عضلات یا ستون فقرات منشا میگیرند. این درد عضلی اسکلیتی به صورت وصفی با حرکات تشدید میشود. در جس شما ممکن حساسیت موضعی عضلات را دریابید.

هرپس زوستر (herpes zoster) سبب کمتر معمول این درد ها را تشکیل میدهد. جلد مریض چند روز قبل از آنکه رش های وصفی ظاهر شود درد ناک میباشد.

ادیما (oedema)

ادیما ممکن است از باعث اسباب ذیل بوجود آید: (۱) ازدیاد فشار وریدی مثلاً در عدم کفایه قلب راست یا ترومبوز اورده عمیق (۲) تنقیص پروتین های مایع مثلاً در سیروز کبدی یا گلوپروپروتین. در ادیما که از سبب عدم کفایه قلب بوجود آمده باشد ممکن سایر علایم مرض قلبی را دریابید. معاینه ادرار از نظر پروتین در قسمت تشخیص تفریقی سریع کمک مینماید (صفحه ۱۵۴ دیده شود).

تپش قلبی (palpitations)

تپش قلبی (palpitations) به مفهوم آنست که شخص ضربان قلب خود را احساس مینماید. این احساس غالباً علامه اضطراب میباشد. هرچند بعض اوقات شخص ضربان قلب خود را به طور بسیار سریع، بسیار بطنی یا غیر منظم احساس مینماید. این حالت ممکن یا به صورت دوامدار یا به صورت اشتدادی واقع شود که در شکل اشتدادی گاهگاهی برای دوره های کوتاه واقع میشود (چوکات را برای اسباب حادثه ملاحظه نمائید). در مورد اینکه مریض کدام دوا را اخذ میدارد بپرسید. بعض مریضان ایجاب اخذ گراف برقی قلب (ECG) را

نوت: گراف برقی قلب (ECG) نمیتواند برای تشخیص عدم کفایه قلبی استعمال شود مگر میتواند در قسمت دریافت سبب مرض کمک کننده باشد (مثلاً احتشای قلبی). بهترین معاینه عبارت از echocardiography میباشد.

اهتمامات:

۱. عدم کفایه حاد بطین چپ (pulmonary oedema - ادیمای ریوی) را فوراً تداوی نمائید (دوز ها برای کاهلان بیان شده اند):

- استراحت بستر به وضعیت نشسته
- تطبیق اکسیجن به مقدار ۲-۴ لیتر فی دقیقه
- تطبیق فوری *furosemide* به مقدار 40 mg از طریق ورید (برای اطفال 1-0.5 mg/kg، حد اکثر 20 mg)
- در صورت لزوم؛ بعد از ۳۰ دقیقه تکرار شود و مقدار آن در صورت ضرورت به 80 mg بالا برده شود. بعداً تداوی با *furosemide* فمی به مقدار 20-40 mg الی با ثبات شدن حالت مریض ادامه داده شود.
- *Glyceryl trinitrate* تحت لسانی به مقدار 0.5-1mg (= یک تابلیت یا ۱-۲ پف) (یا *isosorbide dinitrate* 5-10 mg تطبیق شود. هرگاه فشار سیستولیک پائینتر از 90 mmHg باشد از تطبیق این دوا اجتناب شود.
- *Morphine* از طریق وریدی به مقدار 5-10 mg به آهسته گی یکجا با *metoclopramide* به مقدار 10 mg از طریق وریدی تطبیق گردد.

نوت: بعض اوقات تشخیص تفریقی ادیمای ریوی، استما ونومونیا (سینه بغل) صرف با انجام معاینات کلینیکی؛ مشکل میباشد. اگر مشکوک شدید؛ مریض را از نظر هر سه مرض به صورت همزمان تداوی نمائید. این بدان مفهوم است که *salbutamol* انشاقی (یا *aminophylline* وریدی به صورت آهسته) و *amoxicillin* فمی (یا *ampicillin* وریدی) را بر پلان تداوی فوق علاوه نمائید.

۲. در صورت امکان سبب عدم کفایه قلبی را تداوی نمائید (چوکات دیده شود). خصوصاً کم خونی، فرط فشار خون و انتان را مد نظر داشته باشید.

نوت: عدم کفایه قلبی ممکن در هنگام تطبیق مقادیر زیاد مایعات به مریض؛ یا تطبیق بسیار سریع مایعات؛ به وجود آید. این حالت معمولاً در صورت تطبیق مایعات یا نقل الدم برای اطفال مصاب سوتغذی یا خورد سن واقع میشود. کار اضافی پمپ نمودن این مایع اضافی سبب عدم کفایه قلب

طرف راست از سبب امراض ریوی یا در نتیجه عدم کفایه طرف چپ قلب به وجود میآید. عدم کفایه طرف چپ معمولاً از باعث امراض روماتیزمل قلبی، امراض اسکمیک قلبی، فرط فشار خون یا امراض ولادی قلبی به وجود میآید.

در عدم کفایه طرف راست قلب؛ خون از عضویت به سرعت بیشتر از آنچه بطین راست بتواند دوباره آنرا به خارج پمپ نماید به طرف راست قلب برگشت مینماید. آورده مابعد از قلب متحمل بار اضافی شده مایع از جدار ورید خارج و بداخل انساج نفوذ نموده و ادیمار بار میآورد.

- خستگی، دلبدی و ناراحتی بطنی
 - ادیمای محیطی، بزرگ و حساس شدن کبد، و در واقعات شدید حبن.
- در عدم کفایه طرف چپ قلب خون از عضویت به سرعت بیشتر از آنچه بطین چپ آنرا به خارج بتواند پمپ نماید به طرف چپ قلب برگشت مینماید. آورده ریوی مابعد طرف چپ قلب متحمل بار اضافی میشود. یک مقدار مایع به داخل ریه ها نفوذ نموده و باعث ادیمای ریوی میشود که با عسرت تنفس تظاهر مینماید.

- خستگی
- عسرت تنفس در هنگام جهد (و در صورت شدید بودن در هنگام استراحت)، *orthopnoea*، سرفه، بعض اوقات ویز (*wheeze*).
- نبض سریع، تنفس سریع، کرپیتیشن ها (*crepitations*) در قاعده ریه ها، قلب بزرگ (ضربه زروه قلب بیجا شده میباشد)، سیانوز، ایفیوژن پلورائی (*pleural effusion*).

- در اطفال: عرق و عسرت تنفس در هنگام تغذیه
- نوت: فشار خون مریض ممکن بلند، نارمل یا بسیار پائین باشد. مرم علامه عدم کفایه قلب نمیباشد.

معاینات:

- تعیین سویه هیموگلوبین (Hb) برای رد کمخونی منحیث سبب عدم کفایه یا فکتور تشدید کننده عدم کفایه قلب
- تعیین سویه کریاتینین (*creatinine*) و الکترولیت ها (*electrolytes*) جهت فراهم سازی اساس تداوی با دیورتیک ها (*diuretics*) و ممکن ACE-inhibitor ها.
- اکسری صدی (*chest x-ray*) نشان دهنده قلب بزرگ و علایم ممکنه ادیمای ریوی میباشد (شکل ۴- ب در صفحه ۳۳۶ دیده شود).

دوا های ارزانتر (diuretics و digoxin) که نتیجه نسبتاً خوب میدهند تجویز نمائید.

• دوا های ACE-inhibitor سبب عدم کفایه کلیه شده میتوانند و نباید آنها را بدون اجرای معاینات وظیفوی کلیتان (urea یا creatinine) قبل از شروع تداوی و ۷-۱۰ روز بعد از تداوی تجویز نمایید.

• تطبیق دوز اول یا دوم ACE-inhibitor ها میتوانند سبب تنقیص شدید فشار خون خصوصاً نزد اشخاصی گردد که دیورتیک اخذ مینمایند. بناً تمام دیورتیک ها چند روز قبل از آغاز این دوا ها قطع شده یا دوز آنها کم ساخته شود. ACE-inhibitor ها همیشه باید به دوز پائین شروع شود و بعد از چند روز دوز آنها بلند برده شود.

Captopril: این دوا را به مقدار 6.25-12.5 mg روزانه یک مرتبه آغاز نمائید. دوز معمول مینتانس آن 25 mg روز دو مرتبه میباشد (دوز اعظمی آن 50 mg روزانه ۳ مرتبه میباشد).
Enalapril: این دوا را به مقدار 5-2.5 mg روز یک مرتبه آغاز نمائید. دوز معمول مینتانس آن 10-20 mg روز یک مرتبه میباشد.
Lisinopril: این دوا را به مقدار 2.5 mg روز یک مرتبه آغاز نمائید. دوز معمول مینتانس آن 5-20 mg روز یک مرتبه میباشد.

چطور باید digoxin را تطبیق نمود؟ (digitalisation)

در هنگام تطبیق digoxin موارد ذیل را مد نظر داشته باشید:

۱. دوز digoxin نزد هر مریض باید عیار شود.
۲. دوز تداوی کننده دوا با دوز سمی آن بسیار نزدیک است.
۳. خطر سمیت دوا در هایپوکالمی (کم بودن سویه پتاسیم) بلند میرود.
۴. متوجه علائم ازدیاد دوز دوا باشید. در صورت وقوع علائم سمیت، تطبیق دوا را متوقف سازید.
علائم مقدم سمیت:
دلبدی، استفراغ، بی اشتهایی
علائم موخر سمیت:
پرابلم های دید، آشفته گی مغزی، اریتمی یا بلاک های قلبی همراه با پائین بودن سرعت نبض (بلاک AV)

DIGITALISATION

• digitalisation نورمال:

مقدار 0.125-0.5 mg (125-500 microgram) را از طریق فمی روزانه یک مرتبه بدهید. اگر مقدار روزانه آن از 0.25 mg (250 microgram) بیشتر باشد؛ آنرا به ۲ دوز کسری تطبیق نمائید.

• digitalisation سریع:

اگر به جواب سریع ضرورت باشد و مریض در جریان هفته گذشته دوا را اخذ ننموده باشد؛ به مقدار 0.5 mg (500 microgram) را هر ۸ ساعت بعد برای یک روز تطبیق نمائید و بعداً آنرا با digitalization نورمال ادامه دهید.
نوت: تطبیق بسیار سریع digoxin از طریق ورید تقریباً هیچ وقتی توصیه نمیشود!

میگردد. تطبیق مایع را فوراً قطع نموده برای مریض furosemide از طریق وریدی یا عضلی تطبیق نمائید.

۳. اعراض عدم کفایه قلبی را تداوی نمائید.

تداوی غیر دواایی:

الف. استراحت بستر به وضعیت نشسته در صورتیکه عدم کفایه قلبی به صورت درست کنترل نشده باشد.

ب. محدود ساختن اخذ نمک. مریض نباید غذا های نمکی بخورد و نیز نباید در هنگام خوردن غذا؛ نمک اضافی را به غذای خود علاوه نماید.

ج. جلوگیری از اخذ ادویه ضد التهابی غیر ستیروئیدی (NSAIDs) مثلاً ibuprofen: زیرا این دوا سبب احتباس مایعات میشوند.

تداوی دواایی. اگر سبب عدم کفایه قلبی معالجه شده نتواند مریض مجبور است جهت تداوی خود الی اخیر عمر دوا اخذ نماید. بناً دوا های را انتخاب نمائید که مریض آنرا خریده بتواند و همیشه قابل دسترس باشد.

الف. دیورتیک ها (diuretics). عمده ترین ادویه؛ جهت بهبود اعراض مریضی میباشد. برای مریض hydrochlorothiazide به مقدار 25-50 mg (تا 100 mg) (یا bendrofluazide به مقدار 5-10 mg) هر صبح تجویز نمائید.

اگر مرض به صورت درست کنترل شده نتواند برای مریض furosemide به مقدار 20-80 mg ملی گرام (بعضاً به مقدار 160 mg ضرورت میافتد) از طرف صبح تطبیق نمائید. مقدار دوا را در صورت ضرورت بلند ببرید. (برای اطفال به مقدار 0.5-2 mg/kg، مقدار اعظمی 40 mg روزانه)

در صورتیکه عدم کفایه شدید یا هایپوکالمی (hypokalaemia) موجود باشد برای مریض spironolactone به مقدار 25-50 mg روزانه یک مرتبه توصیه نمائید.

ب. برای مریض digoxin تطبیق نمائید (به چوکات دیده شود).

نوت: تطبیق ادویه ACE-inhibitors برای مریضان عدم کفایه قلبی از موثریت قابل ملاحظه برخوردار میباشد. مگر قبل از توصیه آن به مریض نکات ذیل را مد نظر داشته باشید:

• دوا ACE-inhibitors قیمت مینمایند. مریض باید آنها را برای دراز مدت اخذ نماید. اگر مریض قدرت خرید آنها را نداشته باشد به آنها صرف

۳. طفل را در مقابل اندوکاردیت باکتریائی تداوی وقایوی نمائید.
۴. در صورت وقوع عدم کفایه قلبی آنرا تداوی نمائید.

فشار بلند خون (فرط فشار خون شریانی) (HIGH BLOOD PRESSURE)

فشار نورمال خون عبارت از فشار سیستولیک (systolic) 100-140 mmHg و دیاستولیک (diastolic) 60-85 mmHg میباشد. مگر تعداد زیاد افراد؛ خصوصاً از ساحات دهات؛ دارای فشار نورمال خون پایانتتر؛ از 100/60 mmHg میباشد. اگر اینها احساس صحت مندی میکنند؛ نبض شان نورمال است و ادرار نورمال دارند پس کدام پرابلم صحی وجود ندارد.

فشار بلند خون توسط اندازه فشار سیستولیک 140 mmHg یا بالاتر از آن ویا فشار دیاستولیک 90 mmHg یا بالاتر از آن مشخص میشود. (شکل ۴-۱۳ دیده شود). فشار بلند خون را تداوی نمائید زیرا سبب تخریب او عیه دموی کوچک میگردد واین به مثابه تخریب تیوبی است که فشار بلند تراز آنچه تیوب مقاومت آنرا دارد به آن وارد میشود. فرط فشار خون یک فکتور خطر برای حملات قلبی و ستروک (stroke) میباشد. فرط فشار خون قلب را وامیدارد تا کار بیشتر نماید و میتواند سبب عدم کفایه قلبی گردد. فرط فشار خون ممکن سبب تخریب کلیه ها و چشم ها گردد. اگر شخص بیشتر از یک فکتور خطر قلبی و عائی داشته باشد تداوی فرط فشار خون نزدش بیشتر مهم میباشد (پائین دیده شود).

نوت: در مورد potassium chloride این دوا را به صورت روتین برای تمام مریضانی که دیورتیک اخذ مینمایند، تجویز نمائید. به مریضان رژیم غذایی غنی از potassium (مثلاً بادنجان رومی و کچالو) توصیه نمائید. تطبیق مقدار 2-4 g (1-2 tablets = 25-50 mmol) را برای یک مرتبه در روز؛ نزد مریضانی که همزمان digoxin و furosemide اخذ میدارند مد نظر داشته باشید که این کار خطر بروز اریتمی ناشی از digoxin و سویه های پائین potassium را پائین میآورد. مگر بهتر است جهت جلوگیری از هایپوکلیمیا یک potassium-sparing diuretic مثلاً (spironolactone 25 mg یک مرتبه در روز) به تداوی مریض علاوه گردد. این دوا را در عدم کفایه؛ کلیه استعمال نمائید!

نوت: کاردیولوژیست ها بعض اوقات از بیتا بلاکر ها نیز جهت تداوی عدم کفایه شدید قلبی استفاده مینمایند.

۴. مریض را نظارت نمائید. وی را به صورت منظم وزن نموده تاریخ ووزن او را یادداشت نمائید. اگر وزن مریض زیاد شود ممکن احتباس مایعات را نشان دهد. پس دوز دیورتیک ها را بلند ببرید.

بصورت ایدیال هر زمانی که دوز دیورتیک ها و ACE-inhibitor ها را بلند؛ میبرید اندازه urea، creatinine و potassium و sodium مریض را معاینه نمائید!

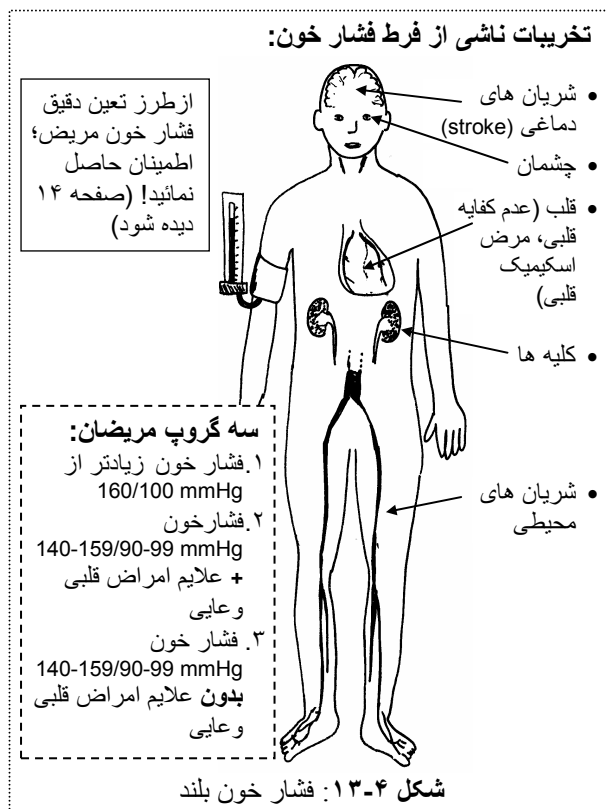
امراض ولادی قلبی

(CONGENITAL HEART DISEASE)

یک تعداد اطفال با قلب های غیرنارمل ولادت می نمایند. ممکن حالات ذیل موجود باشد: (۱) ارتباط غیر نورمال میان قلب راست و چپ یا بین قلب و او عیه دموی کبیره، (۲) تنقیص غیر نورمال جریان خون از قلب، (۳) اشتراک دو حالت فوق. اطفالی که حالات فوق نزد شان موجود باشد معمولاً به درستی نشوونمو نکرده یا انتانات مکرر طرق تنفسی نزد شان دیده میشود. یک تعداد آنها سیانوتیک بوده؛ نزد شان مرمر بلند را میشنویید. خطرات ابنورمالتی های قلبی ولادی؛ شامل عدم کفایه قلبی و اندوکاردیت میباشد. معمولاً به نسبت عدم موجودیت تسهیلات عملیات مریضان امکان پذیر نمیشد.

اهتمامات

- تمام حالاتی را که کار قلبی؛ ودر نتیجه خطر عدم کفایه قلبی را بلند میبرند (مثلاً انیمی، تب بلند و ملاریا) وقایه و تداوی نمائید.
- اطمینان حاصل نمائید که طفل به صورت کامل واکسین شده باشد.



از اسباب عمده فرط فشار خون امراض کلیوی میباشد مگر نزد حدود ۷۰٪ مریضان کدام سببی دریافت شده نمیتواند. (چوکات دیده شود).

اسباب فرط فشار خون

اسباب معمول

- اسباب نامعلوم

اسباب کمتر معمول

- امراض کلیوی
- پری-اکلمپسی (pre-eclampsia)
- کوشنگ سندروم

تظاهرات کلینیکی

اکثریت مریضان مصاب فرط فشار خون؛ الی زمانی که اختلالات واقع نشود؛ بدون اعراض میباشد. سایر مریضان از اعراض غیر وصفی ذیل که توسط امراض دیگر نیز بوجود آمده میتوانند شاکی میباشد:

- ضعیفی و گسیت
- سردردی های مکرر
- تپش قلبی (palpitations)
- بعضاً درد های صدی که به بازو انتشار مینماید.

معاینات

این معاینات در قسمت (۱) دریافت سبب فرط فشار خون، (۲) ارزیابی سایر فکتور های خطر قلبی و عایی، (۳) انتخاب بهترین دوا برای مریض و (۴) کنترل عوارض جانبی؛ کمک مینماید.

• معاینات خون

- کلوگوز (glucose) (دیابت شریخ یک فکتور دیگر خطر قلبی و عایی میباشد).
- یوری یا کریاتینین (creatinine یا urea) (عدم کفایه کلیوی یک سبب فرط فشار خون میباشد) و الکترولیت ها

- معاینه ادرار از نظر پروتین و خون (گلو میرولونفریت)

- گراف برقی قلب (ECG) جهت دریافت اینکه آیا فشار خون سبب strain قلبی گردیده است یا خیر؟

در شرایطی که امکانات محدود نباشد کولسترول خون معاینه میشود. اگر کولسترول خون (cholesterol) بلندتر از 200 mg/dl باشد این حالت نیز منحصی یک فکتور خطر قلبی و عایی تلقی میشود.

اهتمامات

در اهتمامات یا تداوی فرط فشار خون؛ دو اشتباه معمول وجود دارد:

اشتباه اول: over-diagnosis (تشخیص اضافی). فشار بلند خون به کثرت تشخیص و تداوی میشود؛ زیرا فقط در اولین مرتبه که فشار خون بلند؛ دریافت میشود ادویه توصیه میگردد. بعض اوقات افراد مسلکی صحی تعریف فشار بلند خون را به وضاحت مد نظر نمیداشته باشند. شما باید صرف زمانی تشخیص فشار بلند خون را بگذارید که اندازه فشار خون در سه معاینه جداگانه در حالی که مریض به حالت استراحت باشد فشار سیستولیک وی بلند تر از 140 mmHg یا فشار دیاستولیک بلند تر از 90 mmHg باشد. بصورت ایدیال این اندازه گیری فشار باید در ظرف چند هفته صورت بگیرد.

اشتباه دوم: under-treatment (کاستی معالجه). فشار بلند خون به صورت درست تشخیص شده اما به صورت درست تداوی نمیشود. یا اینکه مریض نمیداند که او باید دواى خود را تا اخیر عمر اخذ نماید یا آنکه داکتر ادویه قیمتی را تجویز نموده است که مریض نمیتواند آنرا همیشه خریداری نماید یا آنکه ادویه همیشه قابل دسترس نمیشود. بناً مریض دواى خود را بصورت غیر منظم واکثراً به دوز های ناکافی اخذ میدارد و نزد دکتوران مختلف مراجعه مینماید که دوا های مختلف را برایش تجویز مینمایند.

سه گروپ از مریضان وجود دارند واهتمامات آن وابسته به گروپی میشود که مریض در آن قرار میگیرد.

– **گروپ اول:** فشار سیستولیک 160 mmHg یا بلند تر از آن یا فشار دیاستولیک 100 mmHg یا بلند تر از آن (که این اندازه ها در سه معاینه جداگانه در ظرف ۱-۲ هفته بدست آمده باشد).

– **گروپ دوم:** فشار سیستولیک 140-159 mmHg یا فشار دیاستولیک 90-99 mmHg همراه با علائم موجودیت تخریبات قلبی و عایی (حملات قلبی قبلی یا stroke) یا دیابت.

– **گروپ سوم:** فشار سیستولیک 140-159 mmHg یا دیاستولیک 90-99 mmHg بیون علائم تخریب قلبی و عایی یا فکتور های خطر.

مریضانی را که شامل گروپ های اول و دوم میشوند با دوا ها تداوی نمائید. هدف تان آن باشد تا فشار سیستولیک مریض به پائینتر از 140 mmHg و فشار دیاستولیک او به پائینتر از 90 mmHg پائین آورده شود و فشار مریضانی که امراض قلبی و عایی، دیابت یا عدم کفایه مزمن کلیوی دارند به 130/80 mmHg پائین آورده شود.

مریضانی را که در گروپ سوم قرار میگیرند مشوره های تعلیمی داده آنها را بعد از ۳-۶ ماه مورد ارزیابی

دوایهیکه برای تداوی فرط فشار خون (BP) استعمال میشوند:

مطالعات اخیر نشان داده که دوایهای جدید و قیمت تر؛ معمولاً نسبت به دوایهای سابقه و ارزان تر؛ موثریت بیشتر ندارند. دیورتیک های تیازاید و بیتا بلاکر ها انتخاب اول در تداوی فشار بلند خون اند.

دوایهای زیر ارزان اند:

- **Hydrochlorothiazide** به مقدار 25-12.5 mg (تا به 50 mg) روزانه یک مرتبه (یا یک دیورتیک تیازاید دیگر)
- **Atenolol** به مقدار 50-25 mg روزانه یک مرتبه (یا propanolol به مقدار 80 mg روزانه دومرتبه). بیتا بلاکر ها برای مریضان مصاب امراض اسکیمیک قلبی انتخاب اول اند. تطبیق تمام بیتا بلاکر ها نزد مریضان مصاب استما، و بلاک قلبی مضاد استطبیب است. misprolol و bisoprolol از جمله بیتا بلاکر های جدید تر و قیمت تراند. این دوایها برای تداوی فرط فشار خون بهتر از atenolol نیستند.
- **Methyldopa** به مقدار 250 mg روزانه ۲ یا ۳ مرتبه. دوز دوا را در صورت ضرورت هر ۲ روز بعد تا دوز مجموعی 3 g در روز؛ به مریضان پیر تا 2 g؛ بالا ببرید.

دوایهای قیمت تر قرار نایل اند:

- **ACE blockers** (مثلاً enalapril و captopril) برای مریضان مصاب فرط فشار خون همراه با مرض دیابت و یا عدم کفایه قلبی و برای مریضان جوانتر مفید اند. این دوایها در عدم کفایه کلیوی و حامله گی مضاد استطبیب اند.
- **Calcium channel blockers of dihydropyridine group** (مثلاً nifedipine). nifedipine صرف باید به شکل مستحضر طولیل-التاثر روزانه یک مرتبه استعمال شود. مستحضرات کوتاه تاثیر آن؛ با تغییرات وسیع فشار خون همراه بوده و میتواند مضر باشد.
- **Calcium channel blockers of rate limiting group** (مثلاً verapamil). هیچگاهی بیتا بلاکر ها را با آن یکجا ندهید و نیز آنها را برای مریضان عدم کفایه قلبی ندهید!
- **Alpha-blocker** (مثلاً doxazosin). تطبیق این دوا برای مریضان ذکور مصاب prostatism مفید میباشد.

مینمایید. تداوی را بایک دوز پائین شروع نمائید. به مریض بگوئید که فشار خون او به صورت تدریجی پائین میآید.

۳. مریض را بعد از چهار هفته ارزیابی نموده فشار خون او را معاینه نمائید.

- اگر هنوز هم فشار مریض بلند باشد دوز دوا را به آهسته گی بلند ببرید و مریض را بعد از ۴ هفته دوباره ارزیابی نمائید.
- اگر فشار مریض را با یک دوا کنترل نموده نمیتوانید دوی دومی را علاوه نمائید. یک تعداد زیاد مریضان مصاب فرط فشار خون جهت کنترل فشار بلند خون شان به بیشتر از یک دوا ضرورت دارند. به مریض یک دیورتیک و یک بیتا بلاکر توصیه نمائید. یک طرز تداوی خوب مگر قیمت تر عبارت از اشتراک یک دیورتیک تیازاید و ACE-inhibitor میباشد. اشتراک خوب

قرار دهید. اگر این مریضان بعداً در گروپ ۱ یا ۲ قرار گرفتند آنها را مطابق گروپ شان تداوی نمائید و اگر هنوز هم در گروپ سوم باقی ماندند معاینات آنها را تعقیب نموده مریض را سال یک مرتبه ارزیابی نمائید.

نوت: بحرانات حاد فرط فشار خون (فرط فشار خون همراه با اعراض کلینیکی خطر ناک؛ بطور مثال عدم کفایه قلبی یا اختلاجات، (پایان دیده شود) و فرط فشار خون زنان در زمان حامله گی (به صفحه ۲۴۶-۲۴۸ مراجعه شود) در گروپ سوم شامل ساخته نمیشوند. این رهنمود صرف به مریضان مصاب فرط فشار خون مزم تطبیق میشود.

هدف تداوی را فشار سیستولیک پائینتر از 140 mmHg و فشار دیاستولیک پائینتر از 90 mmHg تشکیل میدهد.

۱. آموزش. مریض باید نکات ذیل را بداند:

- با وجودیکه او اعراض ندارد اما در صورتیکه فشار خون او تداوی نشود در معرض خطر بروز اختلاطات قرار دارد.
- فرط فشار خون یک حالت مزم است که ممکن با تداوی کنترل شود اما کاملاً از بین نمیرود. بناً ایجاب تداوی در تمام طول عمر را مینماید.
- مریض خودش میتواند یکمقدار کار هائیرا انجام دهد. اگر او از مشوره های شما پیروی نماید (چوکات دیده شود) فشار خون او احتمالاً پائین آمده؛ خطر بروز حملات قلبی و ستروک (stroke) نزدش تنقیص مییابد.

۲. تداوی دوایی. از ارزانترین تداوی که مصرف روزانه آن یکبار باشد؛ استفاده نمائید. (چوکات دیده شود). سازمان صحتی جهان (WHO) استعمال یک دیورتیک تیازاید (thiazide diuretic) را توصیه

چطور باید خطر حملات قلبی و یا ستروک را پائین آورد؟

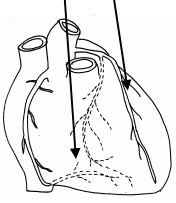
به مریضان توصیه نمائید تا:

۱. دود نمودن سگرت را متوقف سازند!
۲. از خوردن غذاهای نمکی یا علاوه نمودن نمک در غذا؛ هنگام صرف آن؛ جلوگیری نمایند!
۳. از خوردن مقادیر زیاد شحم حیوانی خودداری نموده برعکس از حبوبات، سبزیجات و میوه ها همه روزه استفاده نمایند!
۴. تمرینات فزیکتی نموده؛ حداقل هفته چهار بار هر بار برای ۲۰ دقیقه سریع قدم بزنند!
۵. اگر وزنش بیشتر از نورمال باشد؛ وزن خود را کم نماید!
۶. دوی خود را مطابق هدایت داکتر اخذ نماید!

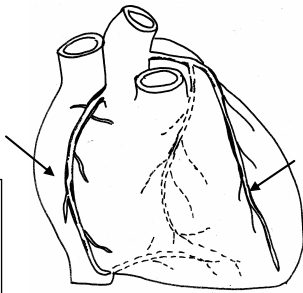
نکات مهم تداوی برای دوکتوران:

۱. acetylsalicylic acid (aspirin) را به مقدار 75-100 mg روزانه به تمام مریضان مصاب امراض قلبی اسکیمیک؛ یا کسانی که در گذشته stroke داشته اند، بدهید.
۲. فشار بلند خون را؛ به صورت درست تداوی نمائید!
۳. مرض شکر را؛ به صورت درست تداوی نمائید!

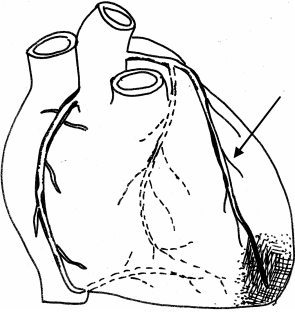
شراین اکلیلی



خناق صدی:
شراین اکلیلی به صورت قسمی مسدود میباشند:



احتشای میوکارد:
شریان های اکلیلی به صورت مکرر مسدود شده نکرور عضلی قلبی بوجود میآید:



فکتور های خطر برای امراض اسکیمیک قلبی:


- سگرت کشیدن
- فشار خون بلند
- کولسترول بلند
- دیابت شکری
- فقدان تمرینات

اختلالات مهم و خطرناک احتشای میوکارد:

- اریتمی قلبی
- عدم کفایه قلبی

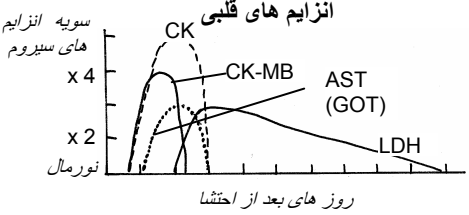
طرز تشخیص احتشای میوکارد:

تغییرات ECG احتشای میوکارد بعد از چند ساعت بوجود میآید. اگر میخواهید آنرا رد نمایند باید ۲ گراف را در فاصله ۲۴ ساعت اخذ نمایند.



ماه ها هفته ها روزها ساعت ها نورمال

انزایم های قلبی



سویه انزایم های سیروم

روز های بعد از احتشا

شکل ۵-۱۳ امراض اسکیمیک قلبی

مسدود شده و یک مقدار کم خون به عضله قلبی میرسد. زمانیکه قلب کار زیاد ننماید کدام مشکلی ایجاد نمیشود. مگر شخص اگر کار فیزیکی ثقیل می نماید یا قدم میزند درین صورت قلب مقدار کافی خون را بدست آورده نمیتواند؛ این کمبود خون (ischaemia) باعث درد میگردد که بنام **خناق صدی (angina pectoris)** یاد میشود. درد در قسمت مرکزی صدر آغاز شده ممکن به بازوی چپ انتشار نماید. زمانیکه شخص استراحت نماید درد از بین رفته؛ مگر وقتی به سطح مشابه؛ جهد اجرا شود؛ درد دوباره برگشت مینماید.

۳ دوا عبارت است از **بیتا بلاکر (یا ACE-inhibitor) + دیورتیک تیزاید (nifedipine +)**

- اگر فشار خون مریض کنترل نمیشود به مریض بگوئید که اخذ دوا های خود را ادامه دهد و باید جهت ارزیابی دوباره هر ۶ ماه بعد؛ نزد شما مراجعه نماید!

حالات خاص

- **فرط فشار خون و ستروک (stroke).** فرط فشار خون غالباً زمانی دریافت میشود؛ که نزد مریض ستروک (stroke) واقع شده باشد. در گذشته ها تداوی این حالت فشار بلند خون یک کار معمول بود؛ مگر شواهد اخیر نشان داده که تداوی فوری این حالت به نسبت تنقیص بیشتر اروای دماغی مضر واقع میشود. غالباً فشار بلند خون؛ در نتیجه جواب عضویت به مقابل ستروک (stroke)؛ به وجود میآید. در صورتیکه فشار مریض بلند باقی میمانند تداوی نباید الی مدت یک هفته شروع شود!

- **بحران فرط فشار خون (فرط فشار خون خبیث - hypertensive crisis).** این حالت با عدم کفایه قلبی حاد، سردردی بسیار شدید، اختلاجات و فشار خون بسیار بلند تظاهر مینماید. بعضی اوقات تشخیص تفریقی آن با ستروک (stroke) مشکل میباشد.

الف. **استراحت بستر** به وضعیت نشسته

ب. **furosemide** به مقدار 40-80 mg از طریق ورید تطبیق گردد. **nifedipine** دیگر توصیه نمیشود چه سبب تنقیص غیر قابل کنترل فشار خون میشود.

ج. **atenolol** به مقدار 50 mg روزانه یک مرتبه آغاز شود (به استثنای حالت استما، درین واقعات برای مریض یک دیورتیک یا یک دوا دیگر ضد فشار خون شروع شود).

نوت: تطبیق وریدی ادویه ضد فشار خون؛ صرف در واقعات انسفالوپتی (encephalopathy)؛ ضرورت میباشد. در غیر آن تنقیص بطی فشار خون در ظرف ۲-۳ روز ترجیح داده میشود. اگر فشار خون دفعتاً سقوط نماید؛ خطر تخریب عضو و ستروک (stroke) موجود میباشد.

مرض اسکیمیک قلبی

(ISCHAEMIC HEART DISEASE - IHD)

مرض اسکیمیک قلبی بنام مرض اکلیلی قلبی (coronary heart disease) نیز یاد میشود (شکل ۵-۱۳ دیده شود). شریان هائیکه اکسیجن را به عضله قلبی نقل میدهند (شریان های اکلیلی) به صورت قسمی

ضرورت دوباره تکرار شود. از عوارض جانبی معمول وبی خطر این دوا سردردی میباشند.

• اگر حملات درد بیشتر از ۲ مرتبه در هفته واقع شود برای مریض یک beta blocker (مثلاً *atenolol*)، که در استما مضاد استنطباب است به مقدار 100 mg روز یک مرتبه) داده شود.

• اگر هنوز هم درد کنترل نشود *isosorbide dinitrate* به مقدار 15-60 mg روزانه ۲ بار (یا *long-acting nifedipine* به مقدار 20-40 mg روزانه ۲ بار) در رژیم تداوی علاوه شود.

نوت: ادویه پائین آورنده کولسترول (statins) و مداخلات جراحی ممکن استنطباب داشته باشند؛ مگر غالباً قابل دسترس نمیباشند.

اهتمامات عاجل احتشای میوکارد

۱. مریض را وادارید تا استراحت نموده؛ بنشیند یا دراز بکشد.

۲. به مریض اکسیجن تطبیق نمایند.

۳. به مریض فوراً *Aspirin acetylsalicylic acid* به مقدار 300 mg بدهید.

۴. برای مریض *glyceryl trinitrate* به مقدار 0.5-1 mg (یا *isosorbide dinitrate* به مقدار 5-10 mg) تحت لسانی تطبیق نموده اجازه دهید تا به آهسته گی حل شود. اگر هنوز هم درد مریض بعد از ۱۵ دقیقه دوام نماید در صورتیکه فشار سیستولیک مریض بالاتر از 90 mmHg باشد دوز دیگر دوا را برای مریض تطبیق نمایند. سردردی عارضه جانبی معمول وبی خطر این دوا میباشند.

۵. اگر درد شدید باشد. برای مریض *morphine* به مقدار 5-10 mg از طریق وریدی به طور آهسته همراه با *metoclopramide* به مقدار 10 mg (برای جلوگیری از استفراغ) تطبیق نمایند. در صورت ضرورت دوا را تکرار نمایند.

۶. یک *بیتا بلاکر* (مثلاً *atenolol*) به مقدار 10 mg از طریق وریدی و بعداً 50 mg فمی روزانه) برای مریض بدهید.

۷. اختلالات را تداوی نمایند:

• *اریتمی ها*. اگر نبض کمتر از ۴۵ ضربه فی دقیقه باشد برای مریض *atropine* به مقدار 0.5 mg از طریق ورید تطبیق نمایند. در صورت ضرورت دوا را بعد از ۵ دقیقه تکرار نمایند. شما میتوانید *atropine* را یک ساعت بعد و بعداً هر چند ساعت بعد تا حد اعظمی 3 mg در یک روز تطبیق

در صورتیکه یک شریان اکلیلی؛ به صورت کامل مسدود شود عضله قلبی که این شریان؛ آن را اروا مینماید به مرگ مواجه میشود. این حادثه بنام **احتشای میوکارد (myocardial infarction)** یاد میشود. مریض ممکن درد مشابه به خناق صدی داشته ولی این درد برای ساعت ها دوام نموده از بین نمیرود. مریض از سبب *اریتمی*، عدم کفایه قلبی یا شاک به خطر مرگ مواجه میباشند. این حادثه نزد مردم روستایی بسیار معمول نمیباشد. اشخاص با سن متوسط و پیر که سگرت دود مینمایند یا فکتور های خطر قلبی و عائی دارند در معرض خطر قرار دارند.

جدول ذیل تشخیص تفریقی خناق صدی و احتشای میوکارد را نشان میدهد:

احتشای میوکارد (myocardial infarction)	خناق صدی (angina pectoris)
درد برای بیشتر از ۳۰ دقیقه دوام نموده با اخذ نایتریت ها آرام نمیشود.	درد صرف برای چند دقیقه دوام نموده با استراحت یا اخذ نایتریت ها آرام میشود.
نوت: نزد مریضان مسن و کسانی که دیابت دارند ممکن است احتشای میوکارد بدون درد باشد.	نوت: نزد مریضان مسن و کسانی که دیابت دارند ممکن است احتشای میوکارد بدون درد باشد.
غالباً دلیدی، استفراغ، عرق، خسافت یا عسرت تنفس موجود میباشند.	غالباً دلیدی، استفراغ، عرق، خسافت یا عسرت تنفس موجود میباشند.
تغیرات وصفی گراف برقی قلب (ECG) و افزایش انزایم های قلبی.	در خناق صدی؛ گراف برقی قلب (ECG) در بین حملات؛ غالباً نورمال میباشند.

اهتمامات خناق صدی

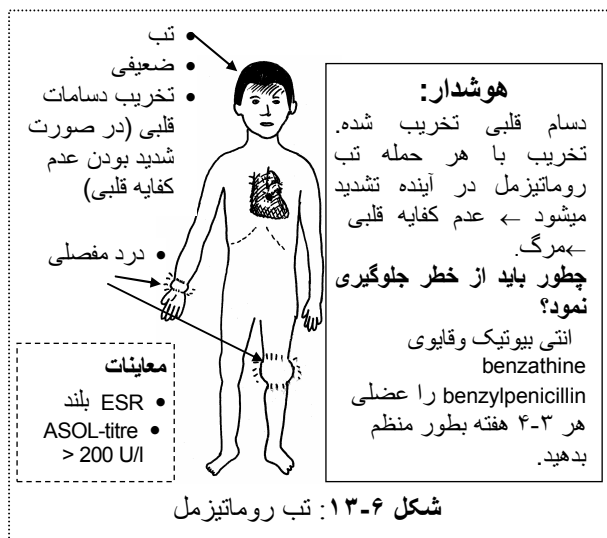
۱. فکتور های خطر را تقیص دهید. بخش وقایه مرض مطالعه شود.

۲. سایر حالاتی را که سبب میشود تا قلب کار بیشتر نماید جستجو و تداوی نمایند:

- کمخونی
- عدم کفایه قلبی
- *اریتمی قلبی* (اگر نبض غیر منظم باشد مریض را به کار دیولوژست معرفی نمایند).

۳. تداوی دواوی:

- برای مریض *acetylsalicylic acid* (Aspirin) به مقدار 75-100 mg یک مرتبه در روز برای مدت طولانی تجویز نمایند (این دوا تشکل علفات خون را؛ در شریان ها مانع میشود).
- اگر درد خناق واقع میشود، مریض باید از *glyceryl trinitrate* (به مقدار 0.5 mg از تابلیت های تحت لسانی که در زیر زبان حل میشود یا (۱-۲ پف سپری) استفاده نماید. همچنان مریض باید قبل از انجام کارهای که او میداند؛ معمولاً سبب درد صدی میشود از *glyceryl trinitrate* استفاده نماید. دوز دوا میتواند در صورت



نمائید. هدف آنست تا سرعت قلب بالاتر از ۶۰ ضربه فی دقیقه شود.

اگر نبض غیر منظم و سریع (بالاتر از ۱۴۰ ضربه فی دقیقه) باشد؛ digoxin را آغاز نمائید.

- عدم کفایه قلبی. بالا دیده شود. آغاز یک ACE-inhibitor برای مریض؛ ۲۴ ساعت بعد از احتشای حاد؛ مرگ و میر را تنقیص میدهد.

نوت: thrombolysis، stenting و غیره معمولاً قابل دسترس نمیباشند.

اهتمامات طویل‌المدت بعد از احتشای میوکارد

اکثریت مرگ‌ها؛ در ظرف چند ساعت بعد از احتشای میوکارد؛ واقع میشود. بناً؛ اگر مریض از روز اول زنده بدر آید چانس خوبی وجود دارد که او به آهسته گی بهبودی حاصل نماید. بادر نظر داشت وضعیت مریض؛ او باید حدود ۲ هفته بعد از احتشا تحرکیت را آغاز نماید و میتواند ۲-۳ ماه بعد؛ برگشت به وظیفه را مورد ملاحظه قرار دهد. او در آینده در معرض خطر احتشای میوکارد بیشتر باقی میماند. جهت تنقیص این خطر:

۱. به مریض در مورد تنقیص فکتورهای خطر قلبی وعائی مشوره دهید (چوکات دیده شود).

۲. به مریض *atenolol* به مقدار 50 mg روزانه یک بار برای حد اقل ۳ سال تجویز نمائید.

۳. به مریض *Aspirin* به مقدار 75-100 mg روزانه یک بار الی اخیر عمرش تجویز نمائید.

تب روماتیزم (RHEUMATIC FEVER)

مرض روماتیزم قلبی؛ یک پرابلم عمده قلب میباشد. این مرض یک تعداد زیاد اطفال و کاهلان جوان را؛ ناتوان ساخته واز بین میبرد. با وجود اهتمامات خوب حمله حاد مرض؛ یک ضعیفی خاص؛ در تداوی آن عبارت از دشواری وقایه عود مرض میباشد (شکل ۶-۱۳ دیده شود).

تظاهرات کلینیکی

حمله اولی تب روماتیزم معمولاً در دوره طفولیت بین سنین ۵-۱۵ ساله گی واقع میشود. این حمله غالباً ۲-۶ هفته بعد از انتان باکتریای سترپتوکوکوس (*streptococcus*) گلو رخ میدهد. مگر حدود ۳۰٪ واقعات آن بدون موجودیت کدام انتان قلبی واضح واقع میشود. باکتری سترپتوکوکوس عکس العمل معافیتهی خاص را آغاز مینماید که التهاب عمدتاً مفاصل و قلب؛ را بار میآورد. التهاب مفاصل تخریبات دایمی را از خود بجا نگذاشته در حالیکه ماوفیت قلب سبب التهاب

حاد قلب و تخریب دایمی دسامات قلبی میگردد. به طور معمول دهنه دسامات تنگ گردیده و سبب انسداد جریان خون از طریق قلب میگردد. تب روماتیزم تمایل به عود دارد خصوصاً در سه سال اول بعد از حمله اولی. این عود های مرض میتواند با تطبیق انتی بیوتیک های وقایوی جلوگیری شود. هر حمله بیشتر تب روماتیزم؛ تخریب دسام را تشدید مینماید.

تظاهرات کلینیکی عمده حمله حاد مرض عبارت اند از:

• تب و ضعیفی

• **اعراض مفصلی:** به صورت وصفی مفاصل بزرگتر (غالباً مفصل زانو، قدم، بند دست، شانه یا حرقفی) دردناک و متورم میشوند. بعد از یک هفته درد و تورم مفصل رشف شده مفصل دیگر دردناک میشود. این حادثه بنام آرتریت مهاجرتی (migratory arthritis) یاد میشود.

• **اعراض قلبی.** در واقعات شدید؛ عدم کفایه حاد قلبی دیده میشود. در واقعات کمتر شدید عمدتاً نبض سریع دیده میشود. در یکتعداد مریضان شما ممکن یک سوفل قلبی یا آواز جدید را بشنویید که علامه تخریب دسام قلبی و مختل شدن جریان خون میباشد. مهم است تا میان مرمر های ناشی از اینورمالتی های قلبی و مرمر های بی ضرر که کدام مرض قلبی را نشان نمیدهد؛ تشخیص تفریقی صورت گیرد. مرمر بی ضرر (innocent) در مریضانی که تب یا کمخونی دارند ممکن از باعث ازدیاد جریان خون از طریق قلب معمول باشد. خصوصیات مرمر های بی ضرر قرار ذیل اند:

- کدام ترل (thrill) قابل جس نمیشد.
- ملایم و کوتاه میباشد.
- به عنق، ابط یا زروه انتشار نمیکند.
- صدای مرمر در هنگامی که شما آنرا برای مدتی اصغا نمائید یا در معاینات تکراری تغیر مینماید.

نوت: علائم جلدی و عصبی تب روماتیسم نادر اند.

معاینات

- ESR بلند
- تیتراژ ASOT بلندتر از 200 U/ml
- اگر قلب ماوف شده باشد اکسری صدی و گراف برقی قلب را اجرا نمائید.

اهتمامات

۱. اگر علائم ماوفیت قلبی (تکی کاردی، مرمر جدید یا عدم کفایه قلبی) موجود باشد برای مریض استراحت بستر به مدت حد اقل دو هفته بعد از نورمال شدن ESR که نشان دهنده التهاب جاری میباشد؛ توصیه نمائید این کار ممکن تا سه ماه را دربر گیرد.

اگر عدم کفایه شدید قلبی وجود داشته باشد علاوه *prednisolone* فمی برای ۲ هفته توصیه نمائید.

۲. برای رفع درد؛ دوا های ضد التهاب را تجویز نمائید. واضح نمیشد که آیا این دوا سیر مرض را تغیر میدهد. *aspirin* (acetylsalicylic acid) را به مقدار 100 mg/kg/day به ۴ دوز کسری برای ۲ روز و بعداً به مقدار 70 mg/kg/day به ۳-۴ دوز کسری برای ۶ هفته تجویز نمائید. اثرات مصرف بیش از حد دوز salicylic را در نظر داشته باشید. اولین علائم آن *tinnitus* و فرط تهویه (hyperventilation) میباشد.

۳. جهت از بین بردن تمام باکتری های باقی مانده streptococcus برای مریض؛ *penicillin* بدهید. دوز واحد (برای اطفال ۶-۱۲ ساله ها 600,000 IU = 0.36g) و برای کاهلان 1.2 million IU = 0.72g) یا *penicillin V* فمی برای ۱۰ روز بدهید. بر صورت موجودیت حساسیت به مقابل *penicillin* برای مریض erythromycin فمی برای ۱۰ روز بدهید.

۴. اعراض عدم کفایه قلبی را تداوی نمائید.

چگونه میتوان تخریبات بیشتر را جلوگیری نمود؟

بعد از تکمیل تداوی توسط *penicillin*؛ تداوی وقایوی را آغاز نمائید. این تداوی از تشدید تخریباتی که تاحال واقع شده است؛ جلوگیری مینماید. ناکامی در شروع یا ادامه تداوی وقایوی؛ دلیل وقوع حملات عود یا تکرار تب روماتیسم نزد مریضان میباشد. عود مرض سبب تخریب بیشتر وظیفه قلبی شده مرگ ومیر ومعیوبیت های ناشی از مرض روماتیسم قلبی را بلند میبرد.

توصیه میشود تا تداوی وقایوی برای مدت ۵ سال بعد از آخرین حمله مرض یا الی زمانیکه مریض به سن ۱۸ ساله گی میرسد؛ البته هرکدام آن که دیرتر است؛ ادامه داده شود. چون حملات مرض بعد از ۵ سال نیز واقع میشود مصئونتر است اگر تداوی وقایوی برای مدت ۱۰ سال بعد از آخرین حمله ادامه داده شود. نزد مریضانی که پرابلم قلبی تاسیس نموده است تداوی وقایوی باید الی سن ۴۵ ساله گی ادامه داده شود.

یک زرق *benzathine benzylpenicillin* از طریق عضلی هر ۳-۴ هفته بعد (دوز آن مطابق آنچه در بالا گفته شد) داده شود. اگر در مقابل *penicillin* حساسیت وجود داشته باشد؛ erythromycin فمی (برای اطفال ۵-۱۲ ساله 250 mg ۲ بار در روز، برای کاهلان 500 mg ۲ بار در روز) یا *sulfadiazine* فمی (برای اطفال ۵-۱۲ ساله 500 mg روزانه یک بار؛ برای کاهلان 1 g یک بار در روز) داده شود. تداوی وقایوی در جریان حمل ادامه داده شود. (به استثنای *sulfadiazine* که در هنگام حمله گی مضاد استتباب است و باید توسط کدام دوا دیگر تعویض شود).

اندوکاردیت باکتریایی

(BACTERIAL ENDOCARDITIS)

اندوکاردیت باکتریایی یک انتان حاد یا تحت الحاد دسام غیر نورمال قلبی میباشد. انتان معمولاً زمانی واقع میشود که مریضی که دسام قلبی او تخریب شده است تحت پروسیجر جراحی، کشیدن دندان یا تطبیق کتیرر طرق بولی بدون اخذ انتی بیوتیک وقایوی برای اندوکاردیت؛ قرار میگردد.

تظاهرات کلینیکی

- تظاهرات عمده: تب + مرمر قلبی جدید
- سایر تظاهرات: ضعیفی، کمخونی، هیماچوریا (haematuria)، ضخامه کبدی (hepatomegaly) و بعض اوقات علائم عدم کفایه قلبی.

اهتمامات

اگر به اندوکاردیت باکتریایی مشکوک میشوید، کلچر خون مریض را انجام دهید. *benzylpenicillin* + *gentamicin* را از طریق وریدی برای مدت ۲ هفته تطبیق نمائید بعداً آنرا با *amoxicillin* فمی برای مدت ۲-۴ هفته ادامه دهید. در اندوکاردیت حاد *cloxacillin* را نیز علاوه نمائید.

وقایه تداوی وقایوی اندوکاردیت

برای تمام مریضانی که نزد شان امراض شناخته شده روماتیسم قلبی؛ ولادی قلبی یا مرمر قلبی وجود داشته

ماخذها

1. British Cardiac Society. Joint British recommendations on prevention of coronary heart disease in clinical practice. *British Medical Journal* 2000; 320: 705-708.
2. Cook GC, Zumla A. *Manson's Tropical Diseases*. 21st edition. London: WB Saunders 2003.
3. Eddleston M, Pierini S. *Oxford Handbook of Tropical Medicine*. Oxford: Oxford University Press 1999.
4. Hobbs FDR, Davis RC, Lip, GYH. Clinical Review. ABC of heart failure - Heart failure in general practice. *British Medical Journal* 2000; 320: 626-629.
5. Hood Jr WB, Dans AL, Guyatt GH et al. Digitalis for treatment of congestive heart failure in patients with sinus rhythm (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester: John Wiley & Sons 2004.
6. Howson CP, Reddy S, Ryan TJ, Bale, JR (ed.). *Control of Cardiovascular Diseases In Developing Countries*. Washington DC: National Academy Press 1998.
7. Kumar P, Clark M. *Clinical Medicine*. 5th edition. Edinburgh: WB Saunders 2002.
8. Khunti K, Baker R, Grimshaw G. Diagnosis of patients with chronic heart failure in primary care: usefulness of history, examination and investigations. *British Journal of General Practice* 2000; 50: 50-55.
9. Lemogoum D, Seedat Y et al. Recommendations for prevention, diagnosis and management of hypertension and cardiovascular risk factors in sub-Saharan Africa. *Journal of Hypertension* 2003; 21: 1993-2000.
10. Manyemba J, Mayosi BM. Penicillin for secondary prevention of rheumatic fever (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester: John Wiley & Sons 2004.
11. Slama K. *Tobacco Control and Prevention - a guide for low-income countries*. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (ca. 1998).
12. Toghil PJ (ed.). *Examining Patients - An Introduction to Clinical Medicine*. 2nd edition. London: Edward Arnold 1995.
13. Unwin N. Taking poverty to heart. Non-communicable diseases and the poor. *Insights Health Issue #1* March 2001.
14. Williams B, Poulter NR et al. British Hypertension Society guidelines for hypertension management 2004 (BHS-IV): summary. *British Medical Journal* 2004; 328: 634-640.
15. World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. Statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension* 2003; 21: 1983-1992.

باشد؛ باید در هنگام پروسیجر های دندان، بولی تناسلی، معدی معائی یا طرق تنفسی علوی (مثلاً کشیدن دندان یا تانسکتومی) مداوی وقایوی اندوکار دیت شود.

● در پروسیجر های دندان که با انسئیزی موضعی یا بدون انسئیزی انجام میشوند از amoxicillin (برای اطفال ۶-۱۲ ساله به مقدار 1.5 g برای کاهلان به مقدار 3 g) یک ساعت قبل از اجرای پروسیجر بدهید.

● برای پروسیجر های که تحت انسئیزی عمومی اجرا میشوند؛ از ampicillin از طریق وریدی یا عضلی (برای اطفال ۶-۱۲ ساله به مقدار 500 mg، برای کاهلان به مقدار 1 g) دقیقاً قبل از پروسیجر بدهید و بعداً از amoxicillin فمی (برای اطفال ۶-۱۲ ساله به مقدار 250 mg، کاهلان به مقدار 500 mg) هر شش ساعت بعد بدهید.

اگر مریض در مقابل penicillin حساسیت داشته یا اگر مریض در ظرف ماه گذشته از penicillin گرفته باشد؛ به عوض ampicillin یا amoxicillin از clindamycin فمی بدهید (برای اطفال ۶-۱۲ ساله به مقدار 300 mg، برای کاهلان به مقدار 600 mg).

● برای مریضانی که تاریخچه اندوکار دیت سابقه دارند از ampicillin وریدی به مقدار 1 g + gentamicin به مقدار 120 mg از طریق وریدی در زمان تطبیق انسئیزی (induction) داده آنرا با amoxicillin به مقدار 500 mg ۶ ساعت بعد ادامه دهید.

۱۴. پرابلم های عظام و مفاصل

- آیا **شخی صبحانه** وجود دارد؟ (اگر شخی بیشتر از ۱ ساعت دوام نماید؛ ممکن نشان دهنده التهاب باشد).
- آیا **گرختی** وجود دارد؟ (نشان دهنده درد عصبی میباشد).
- آیا درین اواخر کدام صدمه وجود داشته؟ (اگر صدمه نی اضافه از یک هفته قبل بوده باشد و در آن زمان پرابلمی را بار نیاورده باشد؛ احتمال اینکه پرابلم فعلی از باعث آن باشد؛ موجود نمی باشد).

مریض را معاینه نمائید

- آیا شخص بسیار مریض است یا خوب؟
- آیا تب دارد؟
- معاینه مفاصل شامل مراحل ذیل میباشد: مشاهده، جس، حرکت و ارزیابی وظیفه. همیشه یک طرف را با طرف مقابل جهت دریافت تورم، ضیاع عضلی یا سواشکال مقایسه نمائید. اگر پرابلم مفصلی وجود داشته باشد، همیشه مفصل بالاتر و پائینتر از مفصل ماوفه را نیز معاینه نمائید.
- **مشاهده نمائید:**

- رفتار مریض چگونه است؟ آیا لنگش دارد؟ (چوکات را برای دریافت اسباب لنگش ببینید)
- آیا تورم یا سواشکال اطراف، مفاصل یا ستون فقرات وجود دارد؟
- آیا ضیاع عضلی وجود دارد؟

اسباب لنگش

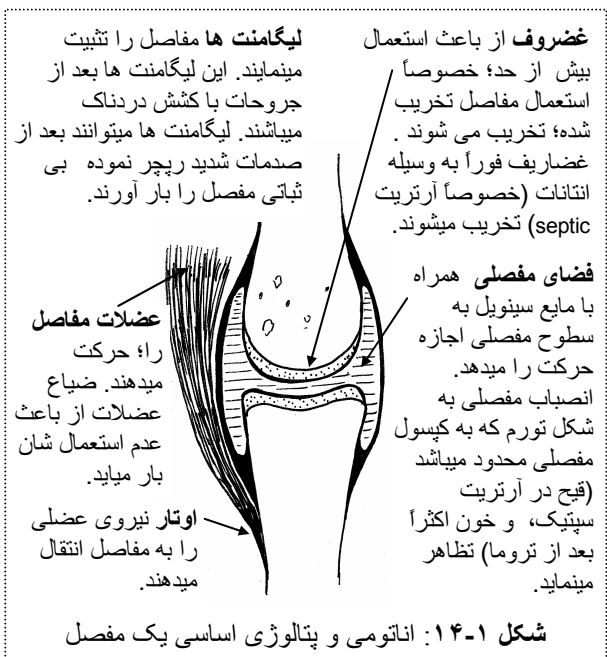
- یک پا؛ نظر به پای دیگر؛ کوتاهتر میباشد.
- امراض کمر، مفصل حرقفی فخذی، زانو یا عنق القدم
- ضعیفی عضلی (مثلاً فلج)
- پای مصنوعی

جس نمائید:

- آیا درد یا حساسیت وجود دارد؟ (محل را که بیشترین حساسیت را دارا است؛ دریابید)
- آیا تورم وجود دارد؟ (مشخص نمائید که آیا تورم در مفصل است یا در اطراف مفصل)
- آیا گرمی وجود دارد؟ (درجه حرارت ساحه ماوفه را با پشت دست خود حس نموده و با طرف سالم؛ مقایسه نمائید)

فعالتهای نورمال سیستم عضلی اسکلتی؛ برای حرکت و انجام کار ضروری اند. یکی از خطرات امراض عظام و مفاصل؛ آنست که ممکن معیوبیت دایمی را بار آورند. بناً همیشه منحیت بخش از اهتمامات؛ چگونگی جلوگیری از معیوبیت ها را؛ مدنظر داشته باشید.

سه تظاهر عمده پرابلم های عظمی و مفصلی عبارت اند از (۱) درد، (۲) تورم و (۳) ضیاع وظیفوی (مریض حرکت نتوانسته یا مفصل خود را بکار برده نمیتواند).



شکل ۱-۱۴: آناتومی و پتالوژی اساسی یک مفصل

چگونه میتوان پرابلم های عظمی یا مفصلی را ارزیابی نمود؟

تاریخچه بگیرید

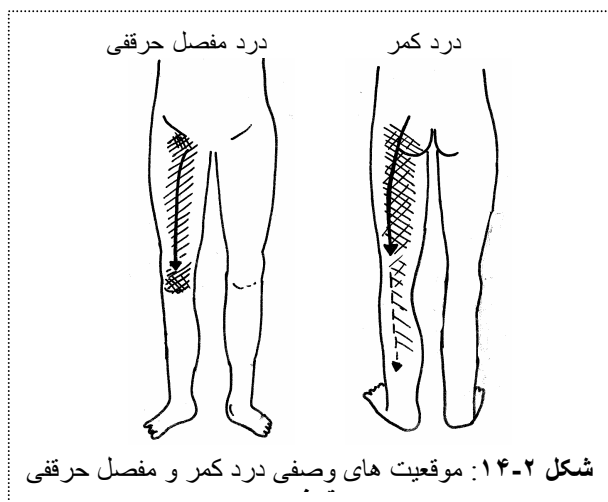
- آیا شروع آفت تدریجی بوده یا آنی؟ (پروبلم حاد، مزمن؟)
- آیا یک مفصل ماوف است یا بیشتر؟ (ابتلای مفصل بصورت متناظر است یا غیر متناظر؟)
- آیا درد وجود دارد؟ اگر بلی:
- موقعیت درد در کجا است؟ (از مریض بخواهید که موقعیت دقیق درد را نشان دهد)
- چه وقت درد مینماید؟ (درد ثابت در زمان استراحت نشان دهنده التهاب میباشد. درد های متقاطع در هنگام برداشتن وزن یا فعالیت فزینیکی نشان دهنده درد های میخانیکی است).

مفاصل یا عظام دردناک

یک تعداد متنوع پرابلم ها؛ درد مفاصل را بار میآورند. آرتريت ميتواند به خودی خود؛ یک مرض باشد و ميتواند یک عرض اضافی در یک تعداد زیاد پرابلم های غیر مفصلی باشد. یک تعداد زیاد تشوشات مفصلی مزمن (هم چنان کسور التیام یافته) در هوای سرد یا مرطوب تشدید میشوند. دلیل این موضوع واضح نمیباشد.

یک تعداد زیاد درد های مفصلی یا بدن؛ درد های بی ضرر عضلات و انساج رخوه میباشد که از سبب کار زیاد یا اضطراب و خسته گی بوجود میآیند. به این نوع درد ها زمانی مشکوک شوید که مریض به چندین ساحه دردناک اشاره نماید یا شما حساسیت را در چندین عضلهء شخصی؛ دریابید که مریض نیست و تب ندارد. به صورت وصفی این مریضان از یک تعداد زیاد اعراض شکایت داشته و شما کدام علامه کلینیکی را یافته نمیتوانید.

درد همیشه در محلی که پرابلم وجود دارد احساس نمیشود و ميتواند به شکل راجعه باشد. به طور مثال درد شانه ميتواند از نومونیای قاعده ریه یا آبسه کبدی منشا گیرد. پرابلم های حرقی فحذی اکثراً با درد زانو تظاهر مینمایند. هم چنان درد حرقی فحذی معمولاً در اطراف کشاله ران و در قدام ران حس میشود. درد سرین ها معمولاً از سبب پرابلم های کمر بوجود میآیند (شکل ۲-۱۴ دیده شوند).



هر گاه درد در یک مفصل به صورت حاد آغاز نموده باشد و با سرخی و حساسیت همراه باشد به آرتريت سپتیک مشکوک شوید.

دریافت جواب سه سوال ذیل در مشخص ساختن سبب دردهای مفصلی کمک مینماید (چوکات ها دیده شوند):

۱. مریض چند ساله است؟ (یک تعداد زیاد پرابلم ها در یک سن مشخص واقع میشوند)

مفصل را حرکت داده وظیفه آنرا ارزیابی نمائید:

○ آیا حرکات دردناک یا محدود شده اند؟ مفصل را بطور passive (شما آنرا حرکت میدهید) و active (مریض آنرا حرکت میدهد) حرکت دهید. این کار باید با ملایمت صورت گیرد: تا چه اندازه مریض مفصل خود را حرکت داده میتواند؟ چه چیزی مانع میشود که مریض مفصل خود را حرکت ندهد (به طور مثال درد یا شخی)؟ همیشه درجه حرکات را با دست یا پای مقابل مقایسه نمائید. اگر کدام پرابلم مفصلی وجود داشته باشد؛ درجه حرکات کمتر از درجه نورمال میباشد.

بخش عمده معاینه یک طفل را؛ که مصاب تب نامعلوم است؛ حرکت تمام مفاصل او؛ تشکیل میدهد. در جریان حرکت دادن مفاصل؛ به چهره طفل نگاه نمائید که آیا مریض درد را احساس مینماید یا خیر؟ اگر درد داشت، به انتان مفصلی یا عظمی مشکوک شوید.

آواز های که در هنگام حرکت دادن مفصل؛ شنیده میشوند از نظر کلینیکی معمولاً اهمیت ندارند چه تعداد زیاد اشخاص؛ آواز خفیف را که مضر نیست تولید نموده میتوانند. آواز های دیگر از سبب لغزش اوتار بر بالای بارزه های عظمی بوجود میآیند.

○ وظیفه مفصل را ارزیابی نمائید. شاید این کار مهمترین بخش معاینه باشد زیرا جلوگیری یا بهبود ناتوانی؛ هدف اصلی را؛ در اهتمامات پرابلم های مفصلی؛ تشکیل میدهد. از مریض سوال نمائید که کدام کار ها را با طرف ماوفه اش انجام داده نمیتواند. از مریض بخواهید تا آن را انجام دهد و بعداً مشاهده نمائید که چه چیزی مانع آن میشود (مثلاً درد یا شخی).

معاینات

● اکسری (x-rays). به خاطر داشته باشید که اکسری در مراحل مقدم اوستیومیلایت (osteomyelitis)، آرتريت سپتیک (septic arthritis) و آرتريت توبرکلوزیک نورمال میباشد. مگر گرفتن اکسری به صورت مقدم و بعد از ۲ هفته جهت جستجو تغیرات ایجاد شده کمک کننده میباشد. هم چنان گرفتن اکسری جهت رد یک کسر در واقعات مشکوک تروما استطبیب دارد.

● اسپیریشن مفصلی جهت مشخص نمودن اینکه ایفیوژن ایجاد شده با خود قیج دارد؟ (صفحه ۳۳۱ دیده شود).

● سرعت رسوب کریوات سرخ (ESR) جهت نشان دادن درجه التهاب.

۲. آیا پرابلم حاد است یا مزمن؟

۳. آیا یک مفصل ماوف است یا چندین مفصل؟

چگونه میتوان؛ مفاصل درد ناک را؛ تداوی نمود؟

در آرتریت حرکات مفصل؛ درد را بار می‌آورد. عضلات متشنج شده و مفصل نمیتواند به صورت نورمال حرکت نماید. بعداً این عضلات باریک و ضعیف میشوند (ضیاع عضلی) زیرا این عضلات استعمال نمیشوند. اگر درین مرحله مریض تمرینات و فزیوتراپی (physiotherapy) را شروع نکند عضلات، اوتار و کیسول مفصلی کوتاه شده به یک نسج ندبه مانند تبدیل میشوند. این باند ها کش شده نمیتوانند و مفصل را در وضعیت ابنورمال نگه میدارند این تغییرات عضلی و وتری را بنام کانترکچر (contracture) یاد میکنند. کانترکچر (contracture) ها شخص را شدیداً ناتوان میسازند زیرا شخص دیگر نمیتواند مفصل خود را استعمال نماید.

شما میتوانید ازین تغییرات جلوگیری نمائید. هرچند درد مفصلی از سبب پرابلم های مختلف؛ که ایجاب تداوی های خاص را مینمایند؛ بوجود میآیند؛ پرنسیب های عمومی ذیل به اکثریت مریضان تطبیق میشوند:

۱. **مفاصل دردناک را استراحت دهید:** به هر اندازه که مفصل بیشتر دردناک باشد به همان اندازه به استراحت بیشتر ضرورت دارد. اگر مفاصل متورم باشند؛ بلند نگهداشتن آنها کمک کننده میباشد.

۲. **از تطبیقات سرد و گرم برای ۱۰-۱۵ دقیقه روزانه چندین مرتبه استفاده نمائید.** این تطبیقات درد را تنقیص داده حرکات را سهولت میبخشد؛ امتحان نمائید که آیا گرمی برای مریض کمک کننده میباشد یا سردی؟

۳. **درد را تسکین دهید.** اگر التهاب وجود داشته باشد (سرخ و گرمی) یک دواى ضد درد که التهاب را نیز تنقیص دهد (مثلاً aspirin و ibuprofen) تطبیق نمائید. اگر التهاب وجود نداشته باشد، مثلاً در اوستیوآرتروس (osteoarthritis)، paracetamol راکه عوارض جانبی کمتر دارد؛ تطبیق نمائید (چوکات دیده شود).

نوت: **ستروئید ها (steroids)** استطبایات بسیار محدود دارند چه استعمال طویل المدت آنها با یک تعداد زیاد عوارض جانبی جدی؛ همراه میباشد.

۴. **به مریض تمرینات ذیل را بیاموزانید.** این تمرینات را بعد از تنقیص التهاب حاد آغاز نمائید. در حالات مزمن تمرینات را به صورت فوری آغاز نمائید:

اسباب درد مفصلی و عظمی

درد حاد یک مفصل

- آرتریت سپتیک
- وقوع اوستیومیالیت در نزدیکی یک مفصل
- تروما
- تب روماتیزمل (معمولاً ۱-۲ مفصل مصاب میگردد).
- نقرص (معمولاً مفصل میتاکارپل انگشت بزرگ پا ماوف میشود).

درد حاد چند مفصل

- درد مفصلی که با انتانات مترافق باشد (ملاریا، هیپاتیت B، یک تعداد زیاد ویروس ها، دیزانتری)
- بروسیلوز
- عوارض جانبی ادویه (مثلاً pyrazinamide)
- حساسیت
- کمبود ویتامین سی (scurvy)

درد مزمن یک یا یک تعداد کم مفاصل

- آرتریت توبرکلوزیک
- اوستیوآرتريت (معمولاً مفاصل حرقی فخذی و زانو)
- تومور عظمی و میتاستاز

درد مزمن یک تعداد زیاد مفاصل

- روماتوئید آرتریت
- آرتریت پسوریازز

اسباب غیر مفصلی که مد نظر باشند

- درد های عضلی
- سلولیت (التهاب جلدی)
- پایومیوزیتیس (pyomyositis)
- التهاب اوتار
- کارپل تیونل سیندرم (carpal tunnel syndrome)
- اسباب روانی (بیان فشار روانی)

پرابلم های معمول مفصلی با در نظر داشت سن مریض

این یک رهنمای اجمالی میباشد. مثلاً، هر چند اوستیومیالیت نزد اطفال و کاهلان جوان معمول است اما ممکن نزد اشخاص پیر نیز واقع شود.

اطفال

- تب روماتیزمل حاد
- ریکتس (rickets)
- اوستیومیالیت حاد
- آرتریت انتانی

کاهلان جوان

- روماتوئید آرتریت (اساساً نزد خانم ها)
- اوستیومالیسیا (osteomalacia) (اساساً نزد خانم ها)
- اوستیومیالیت حاد
- توبرکلوز
- tendonitis (التهاب وتر عضلی)
- اسباب نادر: تومور های عظمی

اشخاص پیر

- اوستیوآرتروز
- اوستیومالیسیا (osteomalacia) (اساساً نزد خانم ها)
- نقرص (عمدتاً نزد مردها)
- میتاستاز عظمی



• **تمرینات جهت جلوگیری از شخی** (تمرینات درجه حرکات) (شکل ۳-۱۴) دیده شود). مهم است تا مفاصل را تا محدوده کامل ممکنه حرکت شان؛ جهت جلوگیری از شخی و کانترکچر (contracture) حرکت دهید. هر مفصل را

همه روزه به آهسته گی حد اقل ۲ مرتبه حرکت دهید.

• **تمرینات جهت جلوگیری از ضعیفی عضلی** (شکل ۴-۱۴ دیده شود). مریض حتی بدون قات نمودن مفصل میتواند عضلات خود را بسته (قبض) نماید. درجریان این تمرین، او باید عضلات خود را تا زمانی محکم نگهدارد که یا عضله خسته شود یا به لرزه در آید. بیمار باید این تمرینات را روزانه ۲۰-۴۰ مرتبه انجام دهد؛ این تمرینات عضلات او را قوی میسازد.



شکل ۴-۱۴: تمرینات بدون حرکت جهت تقویه عضلات.

اوستیومیالیت (OSTEOMYELITIS)

اوستیومیالیت؛ انتان بکتریائی عظم است (شکل ۵-۱۴ دیده شود). انتان معمولاً در جایی شروع مینماید که قسمت shaft عظمی بداخل نهایت نشوونمو کننده عظم (metaphysic) فرو میرود. باکتری از طریق دوران خون یا از طریق یک جرحه باز (مثلاً جروحات ماین یا کسر باز) به عظم میرسد.

اوستیومیالیت مزمن از سبب تداوی نادرست اوستیومیالیت حاد بوجود میآید. اوستیومیالیت مزمن با توبرکلوز؛ بایست تشخیص تفریقی شود.

ادویه ضد درد برای درد مفاصل

در عدم موجودیت التهاب

Paracetamol را برای کاهلان به مقدار 1 g-500 mg روزانه ۳-۴ مرتبه بدهید.

در موجودیت التهاب

یکی از NSAID ها (ادویه ضد التهابی غیر ستیروئیدی) را بدهید.

۱. هر شخص در مقابل NSAID های مختلف جواب متفاوت را از خود نشان میدهد پس هر یکی آنرا قبل از تبدیلی آن به دیگرش برای ۱-۲ هفته بدهید.

۲. تداوی را با Ibuprofen که عوارض جانبی کمتر دارد؛ شروع نمائید.

۳. از توصیه اشتراک چند NSAID اجتناب نمائید.

۴. عوارض جانبی عمده آنرا پرابلم های معدی معائی تشکیل میدهد. ۵. به مریض مشوره دهید.

الف: اگر درد بطنی بوجود آید؛ دوا را باید قطع نموده جهت دریافت مشوره به داکتر مراجعه نماید.

ب: مواد غایطه سیاه رنگ؛ نشان دهنده خونریزی معدی معائی بوده میتواند. مریض باید ادویه NSAID را فوراً قطع نموده به داکتر مراجعه نماید.

چطور؛ باید خطر اختلالات معدی معائی را؛ تنقیص داد؟

اشخاصی که سابقه قرحه پپتیک و خونریزی معدی معائی دارند؛ مریضان پیر و کسانی که تاریخچه امراض قلبی وعائی دارند؛ در معرض خاص خطر اختلالات جدی قرار دارند. از استعمال NSAID نزد این اشخاص جلوگیری نمائید. اگر دادن NSAID حتمی باشد، از روز اول شروع تداوی یک دواى جلوگیری کننده از اختلالات معدی معائی را توصیه نمائید. به خاطر داشته باشید که هیچ دواى جلوگیری کننده از اختلالات معدی معائی، جلوگیری از وقوع اختلالات را تضمین نمیتواند.

• اگر خطر زیاد قرحه وجود داشته باشد و مریض مجبور باشد تا ادویه را اخذ نماید؛ پس برای وی همراه با آن **omeprazole** به مقدار 20 mg روزانه یک بار بدهید.

• **ranitidine** به دوز ستندرد (150 mg روزانه ۲ مرتبه) صرف خطر قرحات اثناعشری را تنقیص میدهد. دوز های بلند این دوا (300 mg روزانه ۲ مرتبه) هم قرحات معدی و هم اثناعشری را تنقیص میدهد.

• بعض اوقات دواى **misoprostol** قابل دسترس میباشد. تطبیق این دوا به مقدار 200 microgram روزانه ۴ مرتبه خطر اختلالات معدی معائی را تا ۴۰% پائین میآورد.

نوت: دادن انتی اسید ها (مثلاً **aluminum hydroxide**) یکجا با ادویه NSAID خطر اختلالات معدی معائی را تنقیص نمیدهد.

نوز NSAID های فمی نزد کاهلان

معمولاً عوارض جانبی کمتر دارند:

• **Ibuprofen** به مقدار 400-600 mg روزانه ۳-۴ مرتبه

• **Diclofenac** به مقدار 50 mg روزانه ۳ مرتبه ویا 75 mg روزانه ۲ مرتبه

• **Naproxen** به مقدار 500 mg روزانه ۱-۲ مرتبه

باعوارض جانبی بیشتر:

• **Acetyl salicylic acid (aspirin)** به مقدار 300-900 mg روزانه ۳-۴ مرتبه

• **Ketoprofen** به مقدار 50 mg روزانه ۳ مرتبه یا 100 mg روزانه ۲ مرتبه

• **Piroxicam** به مقدار 30-10 mg روزانه یک مرتبه

• **Indometacin** به مقدار 25-50 mg روزانه ۳ مرتبه

- اکثرأً تاریخچه انتان جلدی و صدمات عظمی در گذشته نزدیک؛ موجود میباشد.
- علایم مؤخر عبارت اند:
- تورم حساس، گرمی و سرخی در ناحیه عظمی که انتان در آن توضع دارد.
- سینوس های که قیح آنها از طریق جلد به خارج تخلیه میشود.

معاینات

- آسپیریشن آبنه های subperiosteal؛ اهمتات دیده شود.
- تغیرات رادیولوژیک؛ قبل از ۱-۲ هفته بعد از شروع مریضی؛ دیده نمیشوند. اکسری ممکن در رد نمودن کسر کمک کننده باشد اما اوستیومیالیت را در مراحل مقدم آن تشخیص داده نمیتواند. زمانی که تغیرات اکسری و آبنه یا تخلیه از طریق جلد دیده شوند؛ اوستیومیالیت مزمن قبلاً تاسس نموده میباشد.

نوت: معاینات خون کمک کننده نمیشاند!

اهمتات اوستیومیالیت حاد

انتی بیوتیک ها صرف زمانی موثر اند که از شروع اعراض؛ کمتر از ۲۴ ساعت گذشته باشد. بسیار نادر است تا مریضان بدین زودی به شما مراجعه نمایند! انتی بوتیک ها صرف مکروب های کنار قیح را از بین میبرند و زمانی که قیح تشکل نماید انتان را متوقف نموده نمیتوانند. در صورتیکه قیح به زودی تخلیه نشود؛ فشار آن ارواء دموی عظم را تحت فشار آورده عظم از بین میرود. زمانیکه این حادثه رخ دهد؛ پروسه التیام مدت طولانی را در بر میگیرد.

۱. **مریض را به جراحی معرفی نمایند.** در بالای عظم؛ در نقطه که بیشترین حساسیت وجود دارد؛ یک سوراخ برمه شود تا قیح قبل از تخریب عظم تخلیه گردد. این کار یک وسیله خوب تشخیصه در صورت مشکوک بودن به اوستیومیالیت نیز میباشد.
۲. **انتی بیوتیک های را که باکتری های ستافیلوکاکوس (staphylococcus) را که مسؤل ۹۰٪ واقعات انتانات عظمی میباشدند؛ تحت پوشش قرار دهند؛** شروع نمایند. در ابتدا الی زمانیکه تب و علایم حاد از بین میروند، انتی بیوتیک ها را از طریق وریدی تطبیق نمایند و بعداً تداوی را از طریق فمی ادامه دهید.

- اطفال کمتر از ۵ سال، **cloxacillin + ampicillin** را برای ۴-۶ هفته بدهید. gentamicin را در جریان هفته اول علاوه نمائید.

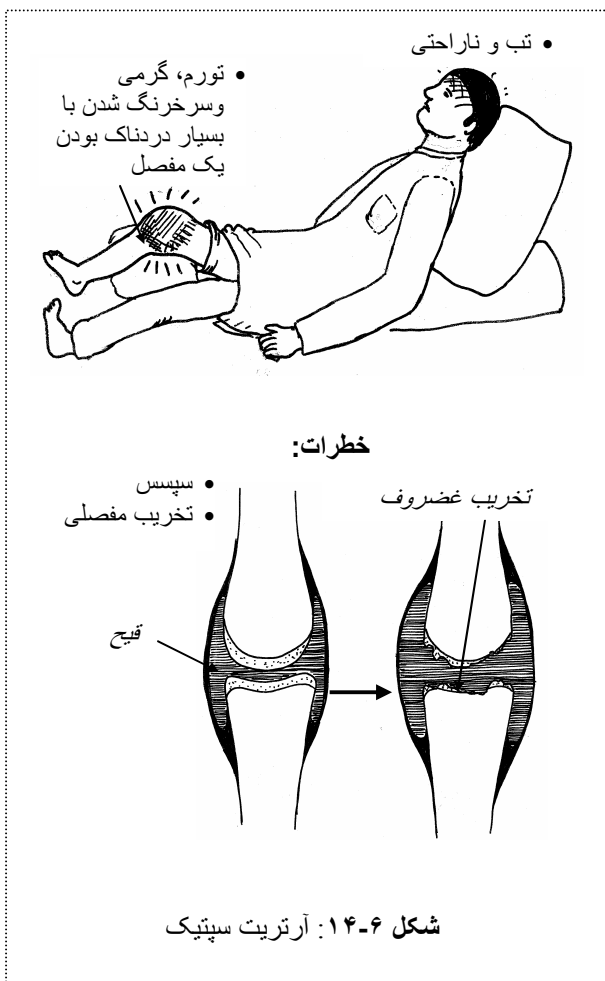
سیر طبیعی اوستیومیالیت:



شکل ۵-۱۴: اوستیومیالیت

تظاهرات کلینیکی

- تشخیص اوستیومیالیت حاد غالباً از نظر باز میماند.
- نزد هر مریضی؛ که درد یک طرف به صورت حاد؛ نزدش بوجود آمده و حساسیت عظمی همراه با تب داشته باشد به اوستیومیالیت حاد مشکوک شوید.
- سایر تظاهراتی که به اوستیومیالیت؛ دلالت میکنند:
- درد شدید و حساسیت عظمی در هنگام قرع بر ساحه که انتان قرار دارد. درد به سرعت شدید میشود.
- لنگش و ناتوانی در کاربرد طرف ماووف.
- در اطفال خورد سال ممکن صرف تب و ناآرامی داشته و درد مفصلی به هنگام ارزیابی دیده شود.



- کاهلان و اطفال بالاتر از ۵ سال؛ *cloxacillin* را برای ۴-۶ هفته بدهید. *gentamicin* را در جریان هفته اول علاوه نمایند.
- ادویه بدیل برای هر گروپ سنی عبارت از *benzylpenicillin + chloramphenicol* (یا *benzylpenicillin + cloxacillin*)؛ *clindamycin* (یا) تشکیل میدهد.

۳. طرف ماوفه را الی زمان برطرف شدن علائم حاد؛ که معمولاً ۱-۲ هفته را در بر میگیرد؛ با گذاشتن یک سپلنت استراحت دهید بعداً متحرک ساختن را شروع نمائید.

۴. مریض را بعد از سه ماه دوباره ارزیابی نمائید. یک اکسری را جهت جستجو *sequestration* عظمی که نشان دهنده تأسیس اوستیومیالیت مزمن است، اجرا نمائید.

اهتمامات اوستیومیالیت مزمن

زمانیکه عظم میمیرد و قیح از طریق سینوس ها تخلیه میشود؛ اوستیومیالیت مزمن تاسس نموده میباشد. یک تعداد زیاد مریضان به این شکل تظاهر مینمایند. انتی بیوتیک ها ممکن است مقدار قیح را تنقیص دهند ولی نمیتوانند شفا را بار آورند. یگانه تداوی مؤثر اوستیومیالیت مزمن را؛ دور نمودن سیکویستر (*sequester*) عظمی که توسط قیح احاطه شده است؛ تشکیل میدهد. این عملیات الی زمانی معطل شود تا عظم جدید که بنام انوالیوکروم (*involucrum*) یاد میشود تشکیل نماید. اگر عملیات بسیار مقدم انجام شود؛ ممکن است میان دو نهایت عظمی یک فاصله ایجاد شود. تشکل انوالیوکروم (*involucrum*) با متحرک ساختن طرف تنبه شده میتواند.

۱. صرف زمانی انتی بیوتیک را استعمال نمائید که مریض تب داشته باشد یا بسیار مریض باشد. درین حالت انتی بیوتیک باید از انتشار انتان به عظم سالم جلوگیری نموده؛ حملات حاد مرض را کنترل نماید.

۲. مریض را با اجرای اکسری تعقیب نمائید تا زمان مناسب عملیات تعیین گردد.

آرتریت مفصلی قیحی (SEPTIC ARTHRITIS)

آرتریت مفصلی قیحی؛ یک انتان بکتریائی مفصل است. بکتری از طریق جریان خون (مثلاً از یک اندفاع جلدی) یا از اثر اسپریشن(بذل) مفصل در تحت شرایط غیر معقم؛ به مفصل میرسد. آرتریت مفصلی قیحی نسبت به اوستیومیالیت کمتر معمول است. این حادثه یک واقعه عاجل است زیرا قیح میتواند مفصل را در ظرف ۲۴ ساعت تخریب نماید (شکل ۶-۱۴ دیده شود).

تظاهرات کلینیکی

◀ هر گاه یک مفصل واحد به صورت آنی بسیار دردناک شده با تورم و سرخی همراه باشد به آرتریت سپتیک مشکوک شوید.

- حالت مریض معمولاً خوب نبوده با تب همراه است.
- معمولاً صرف یک مفصل مصاب میباشد (در کاهلان معمولاً مفصل زانو).
- تمام حرکات مفصل منتن محدود بوده و شدیداً دردناک میباشد.

اختلاطات:

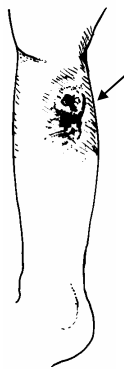
- آرتریت سپتیک میتواند سبب سپس، بخصوص نزد اطفال خورد سال شود. اختلاطات دراز مدت آنرا؛ تخریب مفصل همراه با ناتوانی دایمی و شروع مقدم اوستیوآرتروس تشکیل میدهد.

معاینات

- مایع اسپیری شده از مفصل؛ حاوی قیح همراه با تعداد زیاد حشرات سفید خون (WBC) میباشد. با انجام تلوین گرام یا کلچر؛ نوع باکتری مسؤل را مشخص نمائید (معمولاً *staphylococcus*).

چطور باید بین توبرکلوز عظمی و امراض دیگر عظمی تشخیص تفریقی نمود؟

توبرکلوز و اوستیومیالیت مزمن (سینوس های افزایی)



• **TB:** ضیاع شدید عضلی و خراب شدن فزاینده حالت مرضی. اوستیومیالیت (osteomyelitis): ضیاع عضلی خفیف و افزایات مزمن که بیشتر به خرابی میروند.

• **اکسری:** توبرکلوز: عظم جدید بسیار کوچک. اوستیومیالیت: کتله بزرگ عظم جدید (periosteal reaction)

توبرکلوز و آرتریت سپتیک:

• **TB:** شروع تدریجی در ظرف چند هفته. وضعیت مریض معمولاً خوب بوده بعد ها ضیاع عضلی دیده میشود. آرتریت سپتیک: شروع بسیار حاد دارد غالباً نزد اطفال خوردن دیده میشود. بیمار بسیار ناراحت می باشد.

توبرکلوز و اوستیوآرتروز:

• **توبرکلوز:** خراب شدن تدریجی حالت مزمن در ظرف هفته های ماه ها، موجودیت همه روزه درد. اوستیوآرتروز: معمولاً بعض اوقات درد کم بوده یا معدوم میباشد و بعض اوقات درد بدتر میشود.

• شروع بطی درد و تورم که به صورت تدریجی در جریان چندین هفته تشدید میشود. درد زمانی که مریض خسته است شدید بوده بعداً ثابت میشود.

• ضیاع شدید عضلی (muscle wasting)

• موخر: سینوس های اطراح کننده افزایات

مفاصل بالخاصه:

• **مفصل حرقفی فخذی** (معمولترین مفصل): بوجود آمدن تدریجی لنگش و درد در یک مفصل حرقفی فخذی. درد به مفصل زانو انتشار مینماید. ضیاع عضلی در عضلات ران و سرین.

• **مفصل زانو:** شروع بطی تورم (مایع در مفصل) که با درد تعقیب میشود. زانوی ماوف معمولاً نسبت به زانوی غیر ماوف گرمتر میباشد. ضیاع عضلی بالاتر از مفصل زانو دیده میشود.

• **قدم:** درد، تورم و لنگش. ضیاع عضلی عضلات ساق پا.

• **دست و بازو:** تورم و محدودیت حرکات، بعدتر درد و ضیاع عضلی.

معاینات

کلیشه اکسری غالباً در مرحله مقدم مرضی نورمال میباشد. مقایسه نمودن عضو با طرف مقابل آن جهت دریافت تغییرات ساختمان عظمی و باریک شدن مسافه مفصلی کمک کننده میباشد. در واقعات پیشرفته، مفصل تخریب میشود.

• **بلند رفتن ESR** (سرعت ترسب کریوات سرخ) جهت آگاهی از سیر مرض؛ کمک کننده می باشد.

نوت: تعداد حشرات سفید خون (WBC) غیر قابل اعتبار است و صرف در نصف مریضان در زمان شروع مرضی بلند میروند.

اهتمامات

۱. همیشه مفصل را بذل نمائید. این کار باید به منظور (۱) معاینه مایع (۲) آزاد شدن قیح و پائین آوردن خطر تخریب دائمی مفصل؛ انجام شود. در صورتیکه مایع دوباره تجمع مینماید؛ بذل مفصلی را تکرار نمائید (روزانه یک بار یا زیادتر).

۲. **انتی بیوتیک** های لازمی آن مشابه تداوی اوستیومیالیت اند (بالا دیده شود). انتی بیوتیک ها را از طریق وریدی برای حد اقل ۲ هفته (۲-۶ هفته) تطبیق نموده بعداً تداوی به شکل فمی برای ۴-۱۲ هفته ادامه یابد. تطبیق انتی بیوتیک ها را الی از بین رفتن اعراض و برگشت ESR به حالت نورمال توقف ندهید.

۳. **مفصل را با تطبیق سپانت** و بلند نگهداشتن آن الی برطرف شدن علائم حاد؛ که معمولاً ۱-۲ هفته را در بر میگیرد؛ استراحت دهید. بزودی بعد از آنکه اعراض حاد بهبودی حاصل نمودند؛ جهت جلوگیری از معیوبیت و شخی فزیوتراپی را آغاز نمائید. مریض باید الی رشف التهاب حاد بر مفصل ماوف خودباریا وزن را نیاندازد.

۴. **درد** را با (Aspirin) acetylsalicylic acid یا ibuprofen تداوی نمائید.

توبرکلوز عظام و مفاصل

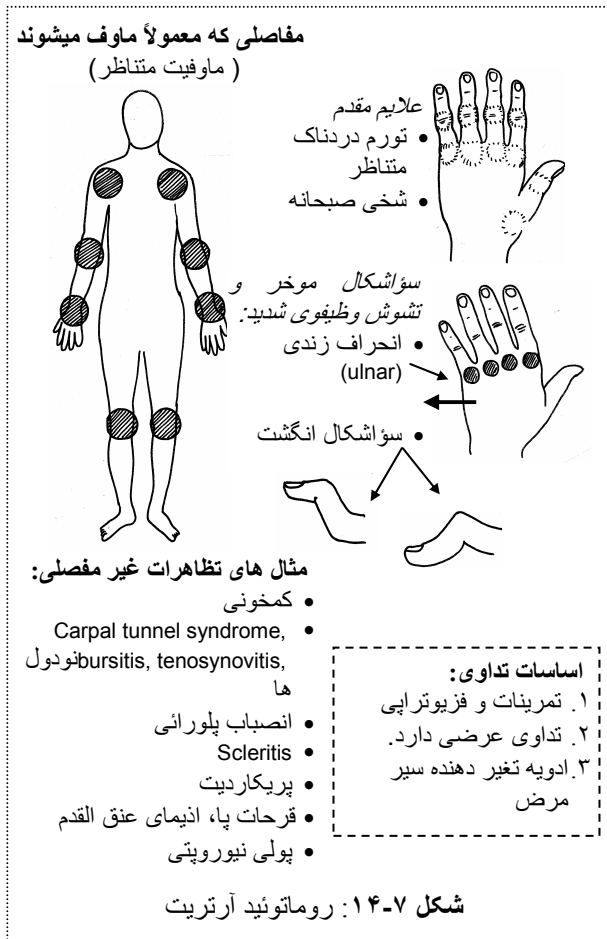
توبرکلوز میتواند از محراق اولیه ریوی به هر عظم یا مفصل انتشار نماید. اکثر امراض عظام و مفاصل در جریان سه سال بعد از انتان اولیه بوقوع میپیوندد. بنا اطفال و کاهلان جوان معمولاً ماوف میشوند. توبرکلوز میتواند هر عظم را منتن سازد مگر عظام که وزن را متحمل میشوند (ستون فقرات، حوصله، زانو و قدم) معمولاً بیشتر ماوف میشوند.

بعض اوقات تشخیص توبرکلوز از سایر اسباب پرابلم های عظمی و مفصلی، به طور مثال اوستیومیالیت مزمن؛ مشکل میباشد (چوکات دیده شود).

تظاهرات کلینیکی

تظاهرات عمومی:

• معمولاً اطفال و کاهلان جوان را ماوف میسازد مگر میتواند هر سن را ماوف سازد.



اهتمامات

۱. مطابق به رهنماهای ستندرد حادثه را به حیث کتگوری اول تداوی نمائید (صفحه ۵۲ دیده شود)
۲. توصیه های را که در بخش اهتمامات عمومی مفاصل دردناک بیان شده است؛ پیروی نمائید (صفحه ۱۸۸-۱۸۹ دیده شود)

آرتريت روماتيزمل (RHEUMATOID ARTHRITIS)

آرتريت روماتيزمل یک التهاب مزمن است که تمام بدن؛ خصوصاً مفاصل، را ماوف میسازد. البته این مرض یک حادثه انتانی نمیباشد (شکل ۷-۱۴ دیده شود).

تظاهرات کلينيکی

- معمولاً زنان جوان یا با سن متوسط ماوف میشوند؛ مگر آرتريت روماتيزمل میتواند در هر سن شروع شود.
- آرتريت متناظر (یک تعداد مفاصل در هر طرف ماوف میشوند) که در مفاصل کوچک دست ها (خصوصاً مفاصل اولی انگشتان که بنام مفاصل PIP یاد میشوند) و پاها شروع مینماید. بعدتر به مفاصل بزرگ (زانو، بنددست، یا آرنج) انتشار مینماید.

- تورم انساج رخوه اطراف مفصل (علامه مقدم).
- درد و شخی صبحانه برای بیشتر از ۱ ساعت دوام مینماید. شخی زمانیکه مفاصل برای یک مدتی به کار گرفته نشوند.
- علايم مرض پیشرفته: تخریب مفصل با سؤاشکل و معیوبیت.

- اکثراً کمخونی، احتمالاً مصاب بودن قلب (pericarditis)، ریه ها، اوعیه دموی و چشمان (scleritis).

- یک گروپ کوچک از مریضان مصاب آرتريت روماتيزم؛ به امراض ناتوان کننده شدید همراه با تخریب مفصلی و سؤاشکل پیشرفت می نمایند.

معاینات

آرتريت روماتيزمل توسط تظاهرات کلينيکی تشخیص میشود. کدام تست وجود ندارد که مرض را تشخیص نماید.

- ESR درجه التهاب را نشان میدهد.
- اکسری در مراحل مقدم مرض نورمال میباشد؛ بعدتر شما تخریبات ساییده گی سطوح مفصلی را دریافته میتوانید.

نوت: فکتور روماتوئید (rheumatoid factor: RF) صرف در ۷۰٪ مریضان مثبت میباشد. هم چنان این فکتور نزد یکتعداد زیاد اشخاصی که مصاب آرتريت روماتيزمل نمیشاند؛ مثبت میباشد. بناً فکتور روماتوئید؛ تست خاص برای تشخیص آرتريت روماتيزمل نمیشاند.

اهتمامات

هدف اساسی تداوی را وقایه از معیوبیت یا ناتوانی تشکیل میدهد.

۱. تمرینات منظم را آموزش دهید و مریض را به فزیوتراپی معرفی نمائید.

۲. **تداوی دوايي** شامل (۱) ادویه برای تسکین اعراض و (۲) ادویه که پیشرفت مرض را متوقف ساخته یا تنقیص میدهد (ادویه که سیر مرض را تغییر میدهد) میباشد.

ادویه تسکین دهنده اعراض بنام ادویه ضد التهاب غیر ستيروئیدی (NSAIDs) (چوکات در صفحه ۱۸۹ دیده شود) یاد میشود. به مریض توضیح دهید که این دوا ها برای تسکین اعراض مرض اند و او مجبور نیست در روزهای که اعراض وجود نداشته باشد از آن استفاده نماید.

مریض بگوئید که در صورت وقوع خونریزی، کبودی جلد؛ گلودردی و تب به داکتر مراجعه نماید.

- **Chloroquine** را میتوان به مقدار 2.5 mg/kg (chloroquine base) در روز؛ فمی (150 mg) استعمال نمود. این دوا نسبت به methotrexate یا sulfasalazine کمتر موثر است. عوارض جانبی معدی معائی آن معمول است. retinopathy نادر است. مریض باید سالانه یک بار چشمان خود را چک نماید.

- **Penicillamine** بعض اوقات در مریضان که تظاهرات رنج دهنده غیر مفصلی دارند؛ استعمال میشود. باوجودیکه نام آن مشابه به penicillin است اما خود penicillin نیست! نوت: به مریض زرقیات penicillin ندهید. چه آرتریت روماتیزم یک مرض انتانی نیست و نباید با تب روماتیزم مغالطه شود. تداوی با آهن در کمخونی ناشی از آرتریت روماتیزم توصیه نمیشود، مگر آنکه مریض کمخونی فقدان آهن نیز داشته باشد.

انتان بکتریایی عضله (PYOMYOSITIS)

انتان بکتریایی میباشد که غالباً سبب ایجاد آبسه های عمیق عضلی میشود. این حادثه ممکن به تعقیب جروح نافذ یا حوادث خوردکننده بوجود آید مگر غالباً انتان از طریق دموی انتشار مییابد (مثلاً از آرتریت قبیحی). این انتان معمولاً توسط باکتری ستافیلوکوکال به وجود میآید.

تظاهرات کلینیکی

- درد؛ علامه اول عضله ماوفه در حالت استراحت است. درد در هنگام کش نمودن عضله تشدید میشود. عضلات ران؛ عضلاتی اند که معمولاً ماوف میشوند (نوت: در آرتریت، تمام حرکات دردناک اند. در انتان بکتریایی عضله pyomyositis) صرف حرکتی که عضله ماوفه را کش مینماید دردناک است).

- بعد از چند روز شخص مریض شده و تب میداشته باشد.

- با جس: عضله سخت، حساس و دردناک است. شما ممکن تموج عضله را جس نتوانید زیرا آبسه در عمق عضله قرار دارد.

- اگر تداوی نشود؛ ممکن یک آبسه عضلی بزرگ تاسس نماید. و یا ممکن نزد مریض سپس وجود آید.

نوت: **ستیروئید** ها (prednisolone) را صرف زمانی به بیمار بدهید که اعراض مرض به صورت حاد بسیار شدید شود. از استعمال ستیروئید ها برای مدت طولانی جلوگیری نمائید زیرا عوارض جانبی جدی را بار میآورند. ستیروئید ها مؤثریت و وظیفوی یا کلینیکی مداوم را؛ بار آورده نمیتوانند.

ادویه که سیر مرض را تغییر میدهند و از تخریب مفصل جلوگیری مینمایند. این دواها ممکن عوارض جانبی جدی داشته باشند. در جائیکه تسهیلات یا مراکز صحی وجود داشته باشد این ادویه به زودی بعد از تائید تشخیص آرتریت روماتیزم به مریض شروع میشود. در شرایطی که منابع خوب وجود نداشته باشد؛ شروع این دوا ها را؛ در دو مورد ذیل مدنظر داشته باشید (۱) در صورتیکه مریض سه دوی NSAID را استعمال نموده اما کدام بهبودی حاصل نکرده است یا (۲) در صورتیکه تورم، درد و شخی صبحانه برای بیشتر از ۶ ماه دوام یافته اند. در یک وقت صرف یکی از آنها را امتحان نمائید. به مریض توضیح دهید که برای معلوم شدن اینکه آیا دوا آرتریت را بهبود بخشیده یا خیر ۶ هفته ضرورت است و تداوی دراز مدت میباشد.

- **Methotrexate**. به مقدار 7.5 mg فمی هفته یک بار (روزانه داده نمیشود!) داده شود. در صورت عدم موجودیت جواب، دوز دوا را بعد از ۴ هفته به 15 mg هفته یک بار افزایش دهید. folic acid به مقدار 5 mg هفته یک بار داده شود. مگر روز تطبیق آن نباید عین روز تطبیق methotrexate باشد. عوارض جانبی عمده آن را عوارض جانبی معدی معائی، بلند رفتن تست های وظیفوی کبدی، عدم کفایه کلیوی و لوکوپنی (تنقیص تعداد کریوات سفید خون) تشکیل میدهد. بناً تست های وظیفوی کبدی و WBC در ماه اول هفته یک بار و بعداً ماهانه یک بار انجام شود. به مریض بگوئید که در صورت وقوع خونریزی، کبودی جلد، گلودردی و تب به داکتر مراجعه نماید.

- **Sulfasalazine**. به مقدار 500 mg روز یک مرتبه داده شود. در صورتیکه جواب مناسب نباشد دوز دوا را میتوان تا 500 mg؛ ۲ مرتبه در هفته بعد از ۴ هفته بلند برد. عوارض جانبی عمده آن عبارت از سردردی، رش های جلدی، بلند رفتن تست های وظیفوی کبدی، لوکوپنی و thrombocytopenia (تنقیص صفيحات دمويه) میباشد. اینورمالتی های خون معمولاً در بین ۳-۶ ماه اول تداوی واقع میشوند. بناً WBC و تست های وظیفوی کبدی را هر ماه انجام دهید. به

معاینات

تظاهرات کلینیکی

- نزد مریضان پیر یا مریضانی که تخریب قبلی مفصلی داشته اند؛ دیده میشود.
- شروع بطی اعراض در ظرف چند ماه. معمولاً درد بعض اوقات کم بوده یا هیچ وجود نمیداشته باشد و بعض اوقات درد شدید میباشد.
- درد مفصلی در جریان یا بعد از کار. درد با استراحت بهبود کسب مینماید. در معاینه صرف یک حساسیت خفیف وجود میداشته باشد.
- تب و علائم مریضی عمومی؛ وجود ندارد.
- گاهی یفیوژن (مایع زرد شفاف) در صورت کار زیاد مفصل ماؤفه؛ موجودمی باشد.

معاینات

- اکسری (x-rays) تغیرات استحالوی مفصل ماوف را نشان میدهد. مگر این بدان معنی نیست که این تغیرات اعراض را بار آورده اند زیرا شما تغیرات اوستیوآرتروز را در معاینه اکسری اکثراً اشخاص پیر دریافته میتوانید. بناً؛ معمولاً به اکسری ضرورت نمیباشد و تشخیص مرض توسط تظاهرات کلینیکی صورت میگردد.
- ESR و WBC نورمال میباشد.
- در صورت موجودیت ایفیوژن مفصلی؛ مایع بذل شده شفاف وزردرنگ میباشد.

اهتمامات

۱. آنلجیزیک های ساده، مثلاً *paracetamol* داده شود.
۲. به مریض بگوئید از مفصل ماوفه خود تا حد امکان کمتر استفاده نماید. در صورت ماوفیت مفصل حرقفی فخذی یا زانو؛ به مریض توصیه نمائید تا از یک چوب دست استفاده نماید. او باید چوب را در دست مقابل خود بگیرد. به مریض تمریناتی را نشان دهید که عضلات را بدون آنکه بالای مفصل فشار وارد نماید؛ تقویه نماید (صفحه ۱۸۸-۱۸۹ دیده شود).
۳. در صورتیکه وزن مریض زیاد باشد؛ به او توصیه نمائید تا وزن خود را کم نماید.
۴. در واقعات بسیار شدید ممکن عملیه جراحی (*osteotomy* یا تعویض مفصلی) استطبیب داشته باشد.

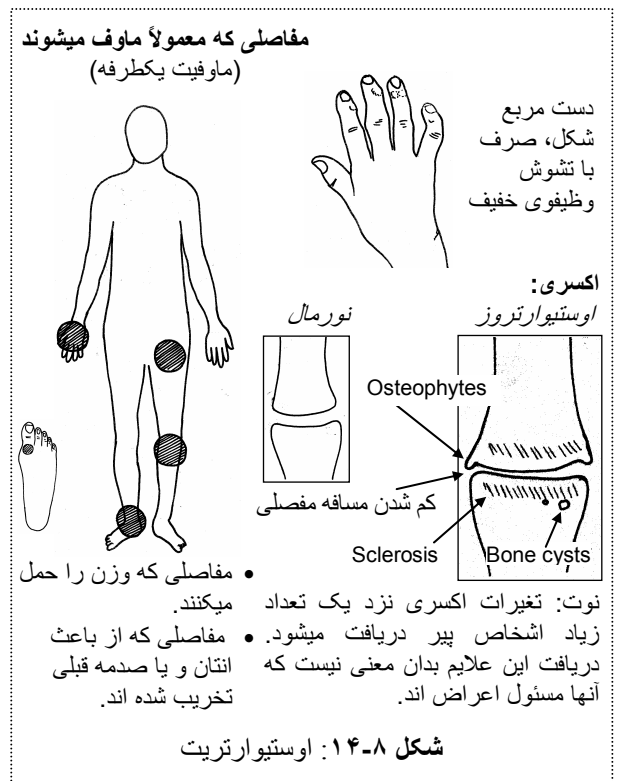
تشخیص انتان بکتریائی عضله (*pyomyositis*) همیشه آسان نمیباشد زیرا تجمع قیح در عمق عضله قرار دارد. اگر تشخیص واضح نباشد؛ با استفاده از یک سوزن با قطر بزرگ کوشش نمائید که قیح را از عضله بذل نمائید. قیح معمولاً از روز ۱۰ مریضی بذل شده میتواند.

اهتمامات

۱. اگر مرحله مقدم است و آبسه وجود ندارد؛ *cloxacillin* را از طریق عضلی یا وریدی الی زمان بهبود تطبیق نموده بعداً با *cloxacillin* فمی ادامه دهید.
۲. اگر آبسه تشکل نموده باشد مریض را به شفاخانه معرفی نمائید تا شق و تخلیه شده و تداوی بیشتر با انتی بیوتیک صورت گیرد.

اوستیوآرتروز (OSTEOARTHRISIS)

در اوستیوآرتروز سطح داخلی مفصل (غضروف) تخریب میشود (شکل ۸-۱۴ دیده شود). این حادثه در نتیجه انتان یا التهاب بوجود نمیآید. اوستیوآرتریس نزد اشخاص جوان در نتیجه تخریب قبلی مفصل یا انتان مفصلی بوجود آمده و نزد اشخاص پیر از باعث از بین رفتن غضاریف آنها بوجود میآید. به صورت وصفی اوستیوآرتروز در مفاصل حرقفی فخذی، زانو، ستون فقرات یا دست ها بوجود میآید زیرا این مفاصل بیشتر از دیگران استعمال میشوند و بار بیشتر را حمل مینمایند.



ریکتس و اوستیومالیسیا

(RICKETS و OSTEOMALACIA)

اختلالات:

ریکتس سواشکال عظمی را بار آورده میتواند که ممکن به یک پرابلم عمده تبدیل شود. مثلاً وقتی یک دختر جوان مصاب ریکتس است؛ ممکن نزدش سواشکال حوصلی تاسس نماید که بعدها عبور طفل را از حوصله نا ممکن میسازد.

معاینات

سویه بلند alkaline phosphatase (AP) - در کاهلان بلند تر از 300 IU/l) به اوستیومالیسیا دلالت میکند. اسباب دیگر بلند رفتن سویه alkaline phosphatase عبارتند از امراض کبدی و میتاستاز های عظمی. در صورت امکان سویه کلسیم خون را معاینه نمائید که ممکن نورمال یا پائین باشد.

علایم کلینیکی ریکتس نزد اطفال معمولاً وصفی بوده به کدام معاینه ضرورت ندارد.

اهتمامات

۱. ضرورت قرارگرفتن به اشعه آفتاب را توضیح نمائید. اشعه آفتاب به اطفال مریض مضر نیست. برای تداوی؛ وجه و دستان مریض باید روزانه برای مدت ۳۰ دقیقه در معرض شعاع آفتاب قرار داده شود.

۲. یا از دوز فمی ویتامین D (coleciferol یا ergocalciferol) به مقدار 2000-5000 units روزانه یک مرتبه برای ۳-۴ هفته بدهید یا یک دوز فمی واحد یا یک زرق (برای اطفال کمتر از ۵ سال به مقدار 100,000 units، برای اطفال بزرگتر و کاهلان به مقدار 300,000 units) بدهید. دوز دوا را ۳ هفته بعد تکرار نموده؛ بعداً تداوی را با دوز وقایوی ادامه دهید.

۳. در صورتیکه مقدار اخذ کلسیم پائین باشد؛ از محصولات شیر (شیر و پنیر) به صورت روزانه یا تابلیت های کلسیم توصیه نمائید.

وقایه

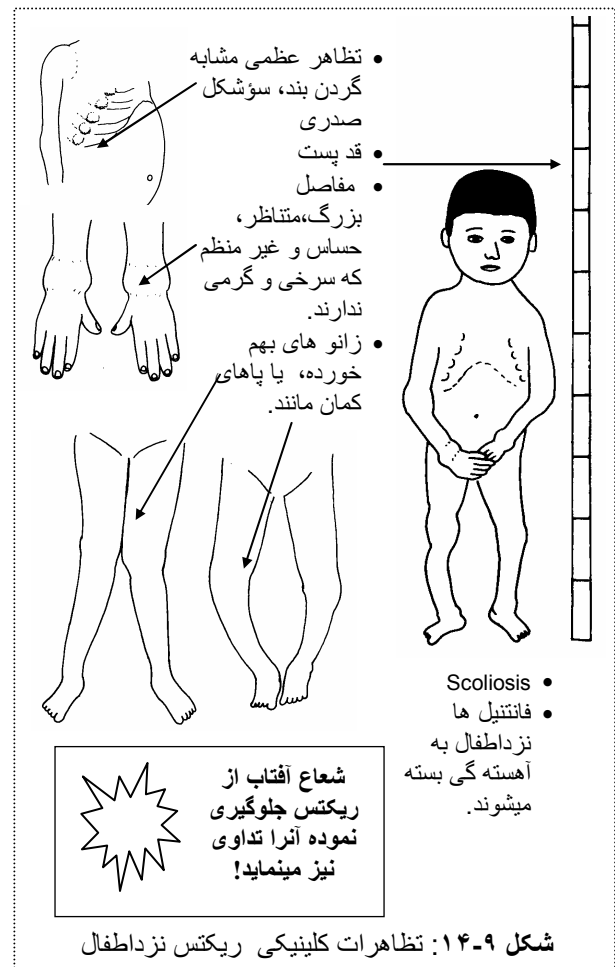
ریکتس و اوستیومالیسیا را میتوان به آسانی با معروض نمودن روزانه به شعاع آفتاب وقایه نمود. معروضیت دست ها و وجه به مدت ۱۰-۳۰ دقیقه در روز در معرض شعاع آفتاب برای وقایه کافی است. برای کسانی که در معرض خطر بلند قرار دارند از ویتامین D فمی (برای اطفال کمتر از ۵ سال به مقدار 100,000 units هر ۳ ماه بعد، اطفال بزرگتر و کاهلان به مقدار 300,000 units هر ۶ ماه بعد) بدهید.

ویتامین D جذب کلسیم (calcium) را که برای ایجاد عظام قوی ضرورت است؛ افزایش میدهد. ویتامین D به کمک نور آفتاب در جلد تولید میشود. در اطفال کمبود ویتامین D سبب ایجاد ریکتس میشود. در کاهلان، کمبود ویتامین D اوستیومالیسیا را بار میآورد. علی الرغم فراوانی اشعه آفتاب؛ یک تعداد زیاد اطفال و خانم ها از مرض ریکتس یا اوستیومالیسیا رنج میبرند.

تظاهرات کلینیکی

کاهلان:

- معمولاً نزد خانم های دیده میشود که با چادری خود را میپوشانند و به اشعه آفتاب خود رادر حویلی های شان معروض نمینمایند.
- درد کمر یا درد حرقی فحذی
- ضعیفی عضلات قسمت ران ها
- رفتار مرغابی مانند
- ندرتاً: تیتانی (سویه پائین کلسیم) یا کسر بنفسهی اطفال، شکل ۹-۱۴ دیده شود.



نقرص (GOUT)

نقرص از باعث بلند بودن سوبه یوریک اسید (uric acid) در خون (hyperuricaemia) و تراکم کرسنال ها در مفصل بوجود میآید. این مرض معمول نیست.

تظاهرات کلینیکی

- معمولاً مردها مصاب میشوند.
- در واقعات حاد؛ مفصل بسیار دردناک، سرخرنگ و متورم بوده غالباً مفاصل (proximal) قریبه انگشت کلان پا مصاب میشود.
- در حملات مکرر نقرص: تورم غیر متناظر انگشتان و قدم که ممکن تفرح نموده و پارچه های سفید از آن خارج شود.
- اختلالات مؤخر: تخریب مفصل

معاینات

سوبه uric acid در خون غالباً بلند رفته مگر امکان دارد حتی در جریان حمله حاد مرض نورمال باشد.

اهتمامات

۱. در مرحله حاد دوز های بلند NSAIDs (ادویه ضد التهابی غیر ستروئیدی؛ مثلاً ibuprofen) را بدهید. colchicine درین اواخر به نسبت عوارض جانبی مکرر آن غالباً استعمال نمیشود.
۲. به مریض مصاب حملات مکرر؛ *allopurinol* را به شکل پروفلاکتیک یا وقایوی روزانه یک مرتبه به مقدار 100-300 mg بدهید. مریض باید acetylsalicylic acid (Aspirin) و دیورتیک های thiazid اخذ ننماید زیرا سبب بروز حملات نقرص میشوند.
۳. اخذ مقادیر بلند مایعات را توصیه نمائید.

درد بدن (BODY PAIN)

درد منتشر بدن بسیار معمول است: غصه، اضطراب و خسته گی میتوانند کشش های عضلی را باعث شده درد های مزمن گردن، دست ها و پاها را بار آورند. کار دوامدار در یک وضعیت مشخص (مثلاً بالای دو پا نشستن) نیز اعراض عضلی میخانیکی مثلاً درد کمر را بار میآورند.

تظاهرات کلینیکی

- درد منتشر گردن، کمر، دست ها و پاها که مزمن بوده و تداوی آن مشکل میباشد.
- در جس، یک تعداد زیاد نواحی عضلی یا انساج رخواه حساس اند.

- علایم امراض وخیم و تب یا ضیاع وزن وجود ندارد. سؤاشکال، تورم مفاصل یا علایم عصبی وجود ندارند.

اهتمامات

۱. توضیح نمائید که اضطراب و خسته گی درد های بدن را بار آورده میتوانند.
۲. در زمان ضرورت درد را با *paracetamol* یا *acetylsalicylic acid* (Aspirin) تداوی نمائید و به مریض توضیح نمائید که درد دوباره برگشت مینماید.
۳. تظاهرات افسرده گی (depression) را جستجو نموده و مطابق آن تداوی نمائید.

تومور های عظمی

تومور های عظمی میتوانند تومور های اولیه سلیم یا خبیث که از عظم منشأ میگیرند؛ باشند یا هم میتوانند میتاستاز کانسری از یک موقعیت دیگر (تومور ثانوی) باشند.

تظاهرات کلینیکی

- درد عظمی که بهبود حاصل نمینماید.
- تورم سخت در عظم
- کسر پتالوژیک (pathological fracture). این کسر با یا بدون صدمه خفیف بوجود میآید؛ زیرا تومور جای عظم را میگیرد و آن قسمت عظم ضعیف شده به آسانی کسر مینماید.

معاینات

اکسری (x-rays) تغییرات عظمی را نشان میدهد. سوبه alkaline phosphatase در میتاستاز های عظمی بلند میروند.

اهتمامات

۱. درد را با NSAIDs (ادویه ضد التهابی غیر ستروئیدی؛ مثلاً ibuprofen) معمول تداوی نمائید.
۲. مریض را برای تشخیص و اهتمامات بیشتر رجعت دهید.

التهاب صفاق وتری (TENOSYNOVITIS)

Tenosynovitis؛ التهاب صفاق وتری آن اوتاری میباشد که انگشتان یا دست را قات نموده یا کش مینماید. حادثه غالباً از باعث کار زیاد بار میآید. حرکت دردناک بوده و صفاق وتری ماوف؛ حساس و متورم میباشد.

زانو تظاهر نماید (برای اسباب چوکات دیده شود). پرابلم های مفصل حرقفی؛ فخذی معمولاً در وقتیکه مفصل حرقفی فخذی مریض مصاب درد زانو؛ معاینه نشود، از نظر باز میماند. برای طرز معاینه مفصل حرقفی فخذی شکل ۱۰-۱۴ دیده شود.

دست را با قرار دادن آن در یک سپلنت و تطبیق ادویه ضد التهاب؛ تداوی نمائید. مرض حادثه انتانی نبوده بناً انتی بیوتیک ها تطبیق نمیشوند.

کارپل تیونل سیندرم

(CARPAL TUNNEL SYNDROME)

این سندروم معمولاً خانم ها را ماوف میسازد. این سندروم از باعث تحت فشار قرار گرفتن عصب median توسط carpal ligament در ناحیه بند دست؛ بوجود میآید. این سندروم سبب معمول درد دست در هنگام شب؛ را تشکیل میدهد. درد با کرختی انگشتان همراه میباشد که غالباً با تکان دادن دست بهبود مییابد.

دست مریض را از طرف شب در سپلنت بگذارید. اگر احتمال احتباس مایعات وجود داشته باشد، یک دیورتیک (مثلاً hydrochlorothiazide به مقدار 25-50 mg از طرف صبح) بدهید. اگر این کار صرف کمک نکند؛ زرق کورتیکوستیروئید در کارپل تیونل (توسط یک متخصص) یا جراحی ممکن توصیه شود.

تورم پاها

تورم یا اذیمای پاها در یک تعداد زیاد حالات مختلف که غالباً با پرابلم های عظمی و مفصلی ارتباط ندارند؛ واقع میشود. قدم اول رسیدن به تشخیص؛ عبارت از آن است تا مشخص شود که آیا (۱) یک پا متورم شده است یا (۲) هر دو پا (چوکات دیده شود).

اسباب تورم پا

هر دو پا و یا عنق القدم ها متورم اند

- اذیم (عدم کفایه قلبی، پری-اکلمپسی (pre-eclampsia)، سوتغذی شدید، نفرتیک سندروم، نفروتیک سندروم، عدم کفایه کبدی)
 - عدم تحرکیت
 - عوارض جانبی ادویه (مثلاً nifedipine)
- صرف یک پا متورم است:**
- جروحات
 - انتان جلدی، عظمی یا مفصلی
 - لیمفیدیم (lymphoedema) در انتانات مزمن
 - ترومبوز اورده عمیقه
 - اسباب نادر: تومور عظمی

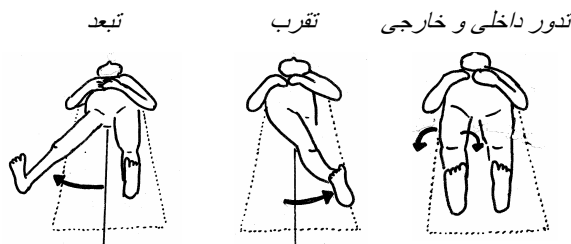
اسباب درد های حرقفی فخذی یا لنگش:

هر سببی که تحت عنوان درد مفصلی ذکر شده؛ میتواند درد حرقفی فخذی یا لنگش را بار آورد.

- انتان بکتریائی (ارتريت سپتیک)
- توبرکلوز
- تروما
- درد راجعه از ستون فقرات
- اوستیوآرتروز
- synovitis گذری (اطفال ۲-۱۰ ساله)
- مرض Perthes (اطفال ۴-۸ ساله)
- لغزش اپی فیز (اطفال ۸-۱۵ ساله)

چطور باید؛ پرابلم های حرقفی فخذی را؛ ارزیابی نمود؟

۱. در مورد اعراض سوال نمائید.
۲. جهت دریافت حساسیت، ساحه را جس نمائید.
۳. مفصل حرقفی فخذی را حرکت دهید (تقرب، تبعد، تنور به طرف داخل و خارج) در زمان حرکت دادن موجودیت درد و محدود شدن حرکت را از اثر آن ارزیابی نمائید. اگر حرکت محدود شده باشد، دریابید که آیا محدودیت از باعث درد است یا محدودیت های فیزیکی؟



۴. مفصل زانو را از نظر موجودیت تورم، سرخی، حساسیت و درد؛ در هنگام حرکت معاینه نمائید.

شکل ۱۰-۱۴: چطور باید مریض مشکوک به پرابلم های حرقفی فخذی را معاینه نمود؟

در کاهلان؛ پرابلم های حرقفی فخذی معمولاً از باعث انتان و در مریضان پیر از باعث اوستیوآرتروز بوجود میآید. در اطفال؛ بر علاوه انتانات یک تعداد زیاد پرابلم های حرقفی فخذی که وابسته به سن طفل میباشد؛ وجود دارند:

- **خلع مفصل حرقفی فخذی.** یک تعداد اطفال مصاب خلع ولادی مفصل حرقفی فخذی میباشدند. این بدان معنی است که رأس عظم فخذ از حفره حرقفی فخذی خارج شده می باشد (شکل ۱۱-۱۴ دیده شود). اگر پرابلم تشخیص نشود طفل در آینده با یکنوع قدم زدن مخصوص یعنی waddling (رفتار مرغابی یا با قدم های کوتاه) راه میرود و نزد وی

پرابلم های مفصل حرقفی فخذی

درد مفصل حرقفی فخذی؛ معمولاً در اطراف ناحیه حرقفی فخذی و قدام ران حس میشوند. پرابلم های مفصل حرقفی فخذی ممکن است به شکل لنگش یا درد

پرابلم های کمر (back problems)

مریضان مصاب پرابلم های قسمت ظهري یا عقبی بدن با درد ناحیه، سؤشکل ناحیه ظهري یا ضعیفی دست ها و بازو ها بحیث علامه تخریب نخاع شوکی؛ تظاهر مینمایند. اسباب درد ظهري در چوکات دیده شود.

اسباب درد کمر

- درد های میخانیکی کمر (کشش کمر، فرط استعمال)
- درد کمر از باعث فشار های روانی
- تویرکلوز ستون فقرات
- صدمات
- اوستیوارتروز ستون فقرات
- انتان (به شمول بروسیلوز)
- اوستیومالیسیا (osteomalacia)
- پیالونفریت
- انتان حوصلی

چگونه باید مریضی مصاب آفات قسمت ظهري بدن (back problem) را ارزیابی نمود؟

تاریخچه بگیریید

○ تاریخچه عمومی بگیریید. تنها در مورد قسمت ظهر (تیر پشت) سوال ننمائید. تاریخچه مکمل را طوری که در فصل دوم توضیح شده بگیریید زیرا درد های ظهر بدن میتواند از باعث یک تعداد زیاد پرابلم های دیگر مثلاً امراض کلیوی، بروسیلوز، پرابلم های نسایی، ملاریا و تویرکلوز بوجود آیند.

○ از مریض در مورد جزئیات پرابلم های قسمت ظهري سوال ننمائید:

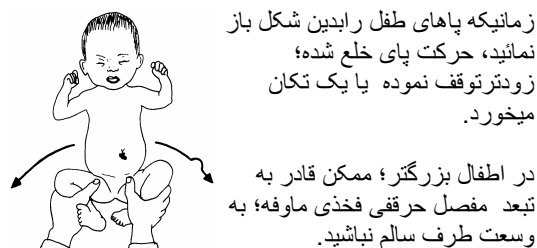
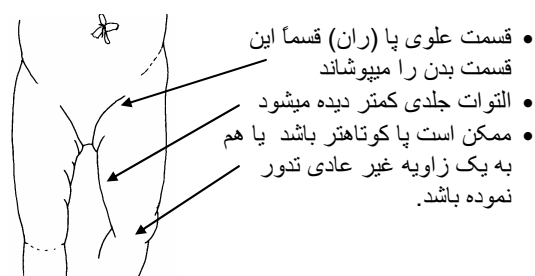
- "پرابلم چه وقت و چه گونه شروع نموده است؟"
- "اعراض اولیه آن چه بوده است؟"
- "اعراض چه وقت شدید میباشند؟" (در صورتیکه درد به هنگام صبح و یا بعد از استراحت تشدید شود و در جریان روز؛ با فعالیت بهبود یابد نشان دهنده التهاب میباشد. در صورتیکه درد با حرکات تشدید شود و بعد از استراحت بهبود یابد نشان دهنده پرابلم های میخانیکی میباشد).
- "آیا درد به طرف پائین در یک پا انتشار دارد؟"
- "آیا در راه رفتن؛ مشکلاتی از باعث ضعیفی پاهای خود دارید؟" "آیا در دفع ادرار و مواد غایطه مشکلات دارید؟"

اوستیوارتروسز و درد مفصل حرقفی فخذی؛ به صورت مقدم تاسس مینماید.

● **سینویت گذری (transient synovitis)** معمولاً اطفال ۲-۱۰ ساله را مآوف میسازد. این حادثه با لنگش حاد و درد به تعقیب انتان ویروسی طرق تنفسی علوی تظاهر مینماید. سینویت گذری به خودی خود شفا میشود. استراحت بستر را توصیه نمائید زیرا طفل نباید هیچ گونه وزنی را با پای مآوف خود بردارد. دوی ضد درد (مثلاً ibuprofen) بدهید.

● **مرض پریتس (Perthes)** اطفال ۴-۸ ساله را مآوف میسازد. درین مرض رأس فخذ (femoral head) نکروز میکند. سبب آن دانسته نشده است. طفل ممکن لنگش داشته ولی همیشه از درد شکایت نمیداشته باشد. حرکات مفصل حرقفی فخذی محدود میباشد. اکسری سؤشکل رأس فخذ را نشان میدهد. عظم مرده تدریجاً در ظرف ۲-۴ سال با عظم جدید معاوضه میشود. بعض اوقات رأس فخذ به صورت دایمی؛ مصاب سؤشکل باقی مینماید.

در خلع مفصل حرقفی فخذی یک طرفه علایم ذیل دیده میشود:



اهتمامات:

طفل را طوری نگهدارید که زانو هایش بلند و دور از همدیگر قرار داشته باشند:



شکل ۱۱-۱۴: خلع مفصل حرقفی فخذی

مریض را معاینه نمائید

○ شکل ستون فقرات را مشاهده نمائید.

○ همیشه ستون فقرات مریض را از نظر موجودیت گبوس (gibbus) معاینه نمائید. اگر شما آنرا دیده نمیتوانید؛ امتداد ستون فقرات مریض را توسط انگشت تان جهت دریافت خمیده گی و گبوس (gibbus) جس نمائید.

○ ناحیه گبوس (gibbus) را از نظر موجودیت تورم (آبسه های پسوس (psaos) یا توبرکلوز ستون فقرات) معاینه نمائید.

○ قوت و حسیت عضلی را امتحان نمائید.

مریضانی را که ممکن مصاب **امراض شدید** باشند؛ شناسائی نمائید:

✘ **طفل یا کاهل جوان** مصاب درد قسمت ظهري بدن؛ خصوصاً در صورتیکه درد به صورت دوامدار شدت کسب نماید.

✘ **خمیده گی قابل جس** در ستون فقرات در هنگام جس ستون فقرات توسط انگشت تان (توبرکلوز ستون فقرات).

✘ **ضعیفی دست ها و پاها.**

✘ **پرابلم های دفع ادرار و مواد غایبه (عدم اقتدار یا مشکلات دفع ادرار یا مواد غایبه).**

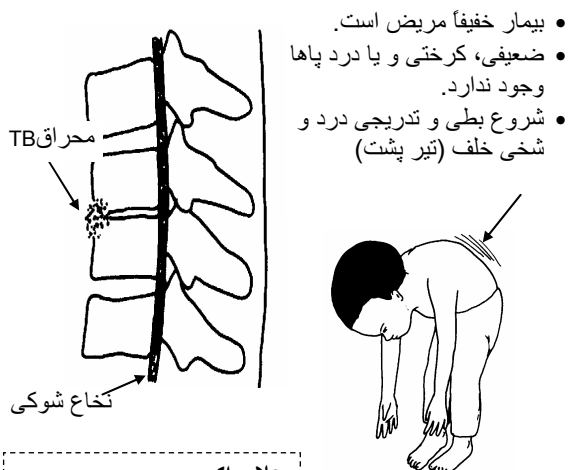
توبرکلوز ستون فقرات (SPINAL TB)

ستون فقرات؛ معمول ترین محل توضع توبرکلوز عظمی را تشکیل میدهد. جسم فقرات از طریق دموی مصاب توبرکلوز میشوند. معمولاً جسم دو فقره و بعض اوقات بیشتر از آن ماوف میشوند. معمول ترین آن فقره سفلی صدی (T₁₀) میباشد. البته براهمیت تشخیص توبرکلوز ستون فقرات به صورت مقدم؛ بیش از حد تاکید میشود. هر مریض مصاب درد قسمت های ظهري بدن، فلج و تورم ناحیه قد قشک (groin) را که ممکن آبسه psaos باشد، به صورت دقیق از نظر علایم توبرکلوز معاینه نمائید.

تظاهرات کلینیکی (شکل ۱۲-۱۴ دیده شود)

● **عرض اولی** را درد ستون فقرات تشکیل میدهد. مریض جهت کاهش درد؛ کمرش را مستقیم نگهمیدارد. علایم کلینیکی ممکن در مرحله مقدم کم باشد. بعض اوقات؛ بارزه های ماوف ستون فقرات؛ با جس حساس میباشند.

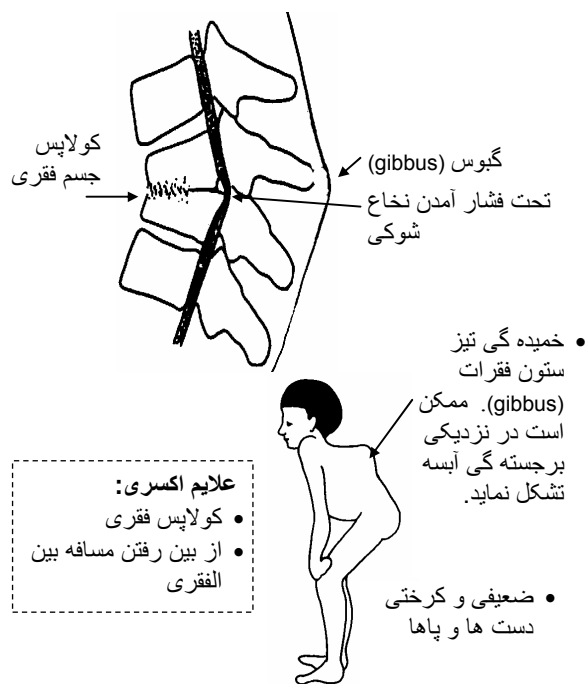
توبرکلوز فقری مقدم:



علایم اکسری:

- نوت: صرف ۵۰% مریضان
- نرمی و نازکی قسمت قدامی مصاب توبرکلوز فقری مصاب توبرکلوز ریوی نیز میباشند.
- فضای بین الفقری نورمال

توبرکلوز فقری پیشرفته:



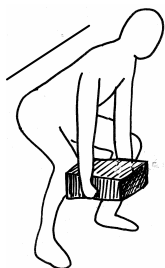
شکل ۱۲-۱۴: توبرکلوز ستون فقرات

● **بعدتر:** با جس نمودن ستون فقرات توسط انگشت؛ شما یک خمیده گی را جس مینمایید. که بعد ها به شکل گبوس (gibbus) قابل دید میشود.

● **ممکن یک آبسه تشکیل نماید.** چون توبرکلوز یک مرض مزمن است بناً آبسه آن گرم و سرخرنگ نمیباشد (آبسه سرد). در توبرکلوز ستون فقرات صدی آبسه به شکل یک تورم نرم؛ جدار صدر تظاهر مینماید. در توبرکلوز ستون فقری قطنی، آبسه ممکن به امتداد صفاق عضله psaos حرکت

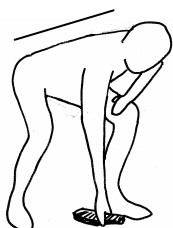
بلند نمودن اشیا به طرز درست:

۱. در نزدیک جسم ایستاده شوید.
۲. پاهای خود را خم نکنید.
۳. در حالی که ستون فقرات تان راست است به قدام خم شوید.
۴. جسم را بگیرید.
۵. ستون فقرات تانرا تثبیت نمایید.
۶. جسم را اساساً با استعمال عضلات پای تان بلند نمایید.



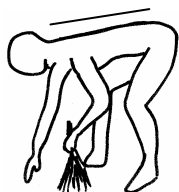
گرفتن اشیا:

۱. بالای شی یا جسم ایستاده شوید.
۲. پاهای تانرا خم نکنید.
۳. در حالیکه کمر تان راست است به قدام خم شوید.
۴. جسم را با یک دست تان گرفته و ستون فقرات تانرا با گذاشتن دست دیگر بر ران تان تثبیت نمایید.



جاروب نمودن روی فرش:

- | | |
|--|--|
| <p>طرز غلط:</p> <p>(ستون فقرات تان قات است و پاهای تان راست)</p> | <p>طرز درست:</p> <p>(ستون فقرات تان راست و زانو های تان خمیده)</p> |
|--|--|



شکل ۱۳-۱۴: چطور باید از درد کمر با بلند نمودن و کار نمودن درست جلوگیری نمود؟

نموده به شکل تورم نرم کشاله ران و حتی در داخل ناحیه ران (آبسه psoas) تظاهر نماید. بعض اوقات آبسه با فتنق به اشتباه گرفته میشود.

× در حالت مریضی پیشرفته؛ ممکن است ضعیفی اطراف سفلی و فلج از باعث تحت فشار آمدن نخاع شوکی موجود باشد.

اختلالات:

● **اختلاط عمده آن فلج پاها میباشد.** از دست دادن توانائی یا قدرت میتواند به صورت سریع واقع شود. علائم عصبی در صورت تداوی فوری توبرکلوز بهبود میابد. در غیر آن؛ آبسه باید توسط یک نفر جراح با تجربه تخلیه شود تا از تخریب بیشتر نخاع شوکی جلوگیری شود.

معاینات کمک کننده

اکسری (x-ray) (منظره قدامی - خلفی و جنبی ap و lateral). زمانیکه کلیشه اکسری را میبینید؛ نخست توجه نمایید که شخص رادیوگرافر ناحیه مصاب پرابلم را شامل اکسری نموده باشد. در توبرکلوز به صورت وصفی جسم دو فقره مجاور و دسک فقری ماوف میشوند. علائم وصفی اکسری را ضیاع زاویه قدامی علوی یا سفلی جسم فقری و کم شدن فاصله مفصلی تشکیل میدهد.

اهتمامات

مرض را به شکل کتگوری اول؛ همراه با تداوی ستندرد ضد توبرکلوز؛ تداوی نمائید (صفحه ۵۲ دیده شود). اکثریت مریضان؛ حتی کسانی که علائم عصبی دارند؛ با تداوی درست دوائی بهبود حاصل نموده به جاکت های پلاستری، استراحت بستر و عملیات ضرورت نمیداشته باشند.

درد های میکائیکی کمر (LUMBAGO)

درد های میکائیکی کمر معمول بوده بی خطر است. درد از باعث کشش عضلات، مفاصل ستون فقرات و اعصاب بوجود میاید.

تظاهرات کلینیکی

● درد حاد و بعض اوقات شدید که غالباً به تعقیب حرکت آنی یا برداشتن وزن زیاد؛ واقع میشود. درد ممکن به سرین ها و پاها انتشار نماید مگر علائم خطر وجود ندارد. یک تعداد مریضان درد های میکائیکی مزمن و عود کننده کمر دارند.

● درد به صورت وصفی در یک تعداد حرکات شدید میباشد.

اهتمامات

۱. **Paracetamol** برای درد بدهید. در صورتیکه درد شدید باشد (paracetamol + ibuprofen) بدهید. میتوانید diazepam فمی را به مقدار 2 mg روزانه ۳ مرتبه جهت استرخا عضلی؛ تطبیق نمائید. diazepam را برای بیشتر از ۱۰ روز ندهید زیرا خطر اعتیاد آن موجود است.

۲. **به مریض بگوئید** که؛ تا حد ممکن؛ به فعالیت های نورمال خود ادامه دهد. مگر هیچ کاری را که سبب تشدید درد وی میشود؛ انجام ندهد. استراحت بستر دیگر توصیه نمیشود.

۳. **جهت تنقیص فشار بر قسمت کمر؛** به مریض بیاموزانید که اشیا را چگونه بلند نموده؛ انتقال دهد (شکل ۱۳-۱۴ دیده شود).

اوستیو آرتروز ستون فقرات

اوستیوآرتروز ستون فقرات مشابه به اوستیو آرتروز مفاصل دیگر است که در بالا مورد بحث قرار گرفت. بعض اوقات اعصابی که از نخاع به عضویت میرود؛

چطور باید talipes را تداوی نمود؟**میتود بسته نمودن:**

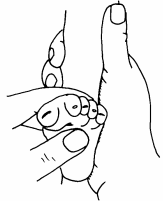
این میتود نزد اطفال مصاب clubbing خفیف و متوسط، خصوصاً زمانی که قدم آنها در وضعیت نزدیک به نورمال نگهداشته شده بتواند، موثر میباشد. اصلاح clubbing شدید ایجاب تطبیق پلاستر را مینماید.

شما به مواد ذیل ضرورت دارید:

- تنکچز (benzoin (tincture) جهت تلوین ساحه برای نگهداشتن بهتر adhesive stick در موقعیت آن)
- پنبه
- لوکوپلاستر یا چسب zinc oxide به عرض 2.5 cm

۱. ساحه را که لوکوپلاستر به آن تطبیق میشود؛ با تنچر تلوین نمائید.

۲. بالای زانو، در پشت انگشتان و بر بالای بجلک طرف وحشی پنبه بگذارید.



۳. پای طفل را درین وضعیت نگهداشته و

انرا بدون وارد نمودن فشار تا حد امکان به وضعیت نورمال با ملایمت راست نمائید.

۴. زانوی طفل را تا حد امکان قات نمائید؛ پارچه

طویل اول بنداز را از پائین کری پای طفل بر

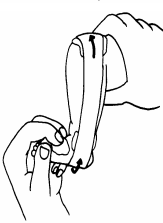
بالای پنبه به طرف بالا در قسمت بیرون

بجلک پایش بگذارید. بنداز را در طرف بیرون

پای طفل و بر بالای پنبه تا بالای زانو بالا

ببرید. در زمان تطبیق بنداز پای؛ باید به شکل

نورمال نگهداشته شود.



۵. پارچه دوم (۲) بنداز را در اطراف قدم طفل

و نزدیک به انگشت بزرگ پایش گذاشته و

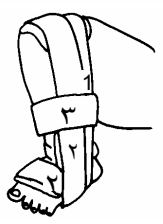
انرا بطرف بیرون پایش و بطرف زانو اش

ببرید.

بعد پارچه سوم (۳) را در اطراف پایش

بپیچانید. این پارچه؛ دو پارچه طویل را در

جایشان نگه میدارد.



۶. تمام انگشتان را حساب نموده اطمینان حاصل نمائید که آنها

رنگ گلابی داشته و گرم اند! اگر انگشتان سرد و یا کیود شده

باشند نشان دهنده آن اند که شما جریان خون را متوقف نموده اید.

این حادثه خیلی خطر ناک بوده ممکن پای نکرورز نماید. بنداز

را باز نموده و دو باره انرا سست تر بسته نمائید.

۷. بنداز را هفته دو مرتبه برای یک ماه تبدیل نمائید و بعداً الی

زمانی که طفل چهار ماه میشود هفته یکبار انرا تبدیل نمائید. اگر

پرابلم طفل تا آن زمان اصلاح نشود؛ وی به عملیات ضرورت

میداشته باشد

اجرای تمرینات در جریان بنداز بودن

در جریانی که پای طفل بنداز پیچانیده

شده است؛ یکی از اعضای فامیل طفل

باید تمرینات کششی را روزانه حد اقل ۸

مرتبه بر بالای پای طفل انجام دهد. پای

طفل را مطابق شکل گرفته و تمام قدم

طفل را بطرف بالا و بیرون دور بدهند.

حالت را نگهداشته تا عدد ده بشمارند. این

کار را ۱۰ مرتبه انجام دهند.



به طرف بالا به طرف بیرون

شکل ۱۴-۱۴: طرز تداوی club foot (talipes)

۳. عضلات تقویه شوند. به مریض؛ تمریناتی را نشان دهید که با انجام آن؛ عضلاتی که مفاصل را تقویه

تحت فشار قرار گرفته سبب ایجاد درد های که به دست ها، جذع یا پاها انتشار مینمایند؛ میگردد. فلج از جمله اختلالات اوستیوآرتروز نیست.

مریض را با paracetamol تداوی نمائید. در مورد بلند نمودن و انتقال درست اشیا به مریض مشوره دهید. اگر وزن مریض زیاد باشد؛ توصیه نمائید تا وزن خود را کم نماید.

تلیپس Club foot (talipes)

بعض اوقات؛ اطفال با یک سؤشکل در پاهای شان به دنیا میآیند. کوشش نمائید تا پای طفل را به وضعیت نورمال قات نمائید. اگر انرا انجام داده نتوانید؛ طفل مصاب کلب فوت یا تلیپس میباشد. تداوی انرا اصلاح سؤشکل از طریق بسته نمودن یا قالب نمودن (شکل ۱۴-۱۴ دیده شود) تشکیل میدهد. در صورت عدم بهبود وظیفوی؛ جراحی را مد نظر داشته باشید.

اطراف یا نهایت قطع شده (amputated limbs)

با تأسف یک تعداد زیاد اشخاص نهایت (دست ها و پاها) خود را از باعث ماین ها و سایر مواد منفلقه از دست داده اند. مراقبت خوب؛ از نهایت قطع شده؛ برای قربانی مهم است تا قابلیت خود را دوباره بدست آورده بتواند و در حیات فامیلی و اجتماعی به صورت کامل سهم گیرد. هدف اصلی مراقبت خوب نهایت قطع شده؛ آنست تا stump (نهایت قطع شده عضو) آن شکل خوب داشته در یک موقعیت خوب قرار داشته باشد. جهت حصول این هدف قدم های ذیل اتخاذ گردد:

۱. stump را (نهایت قطع شده عضو) جهت جلوگیری

از تورم بسته نمائید و انرا جهت تطابق با یک پا یا

دست مصنوعی دریک شکل خوب نگهدارید (شکل

۱۴-۱۵ دیده شود). به مریض بگویند تا طرف قطع

شده را اکثر اوقات بلند نگهدارد تا تورم ایجاد نشود.

۲. از ایجاد کانترکچر (contracture) ها جلوگیری

نمائید. مریضی که پایش قطع شده باشد پای خود را

به صورت نورمال استعمال نمینماید. بل معمولاً آن

را قات نگه میدارد که این کار باعث ایجاد کانترکچر

(contracture) درمفاصل حرقفی فخذی و زانو

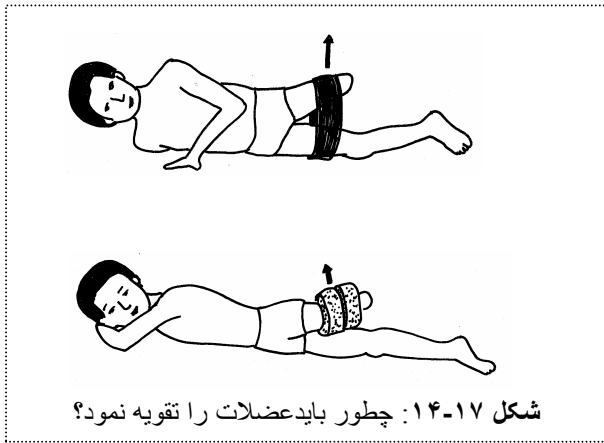
میشود. بناً به مریض توضیح دهید تا از گرفتن

وضعیت های که در آن مفاصل قات میشوند

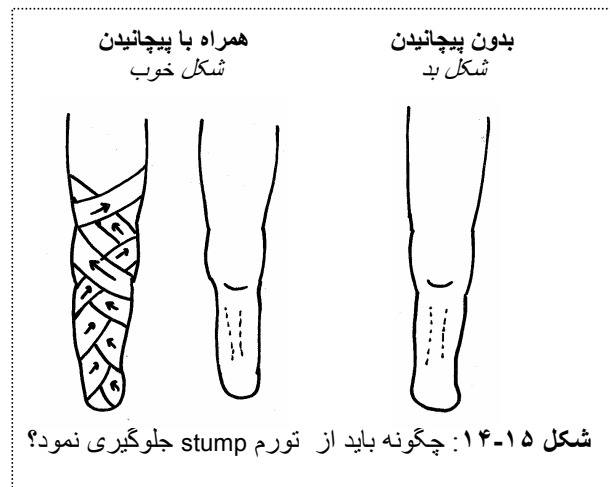
خودداری نموده مفصل حرقفی فخذی و زانوی خود

را در وضعیتی قرار دهد که این مفاصل وضعیت

بسط را داشته باشند (شکل ۱۴-۱۶ دیده شود).



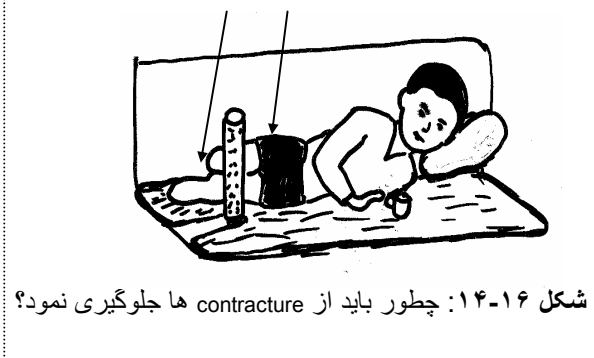
میمایند و عضلاتی که برای راه رفتن ضرورت اند؛ تقویه شوند (شکل ۱۴-۱۷ دیده شود).



ماخذ ها

1. Bewes P. Osteomyelitis of long bones and its management. Script (ca. 1996).
2. Bewes P. Spinal tuberculosis. *Tropical Doctor* 2001; 31: 237-240.
3. British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. *British National Formulary Number 45* (March 2003), London: BMA 2003.
4. Carr AJ, Harnden A. *Orthopaedics in Primary Care*. Oxford: Butterworth Heinemann 1997.
5. Crofton J, Horne N, Miller F. *Clinical Tuberculosis*. 2nd edition. London: Macmillan 1999.
6. Drug and Therapeutic Bulletin. The management of septic arthritis. *Drug and Therapeutic Bulletin* 2003; 41: 65-68.
7. Ehrlich GE. Low back pain. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81: 671-674.
8. El-Sonbaty MR, Abdul-Gaffar NU. Vitamin D-deficiency in veiled Kuwaiti women. *European Journal of Clinical Nutrition* 1996; 50: 315-318.
9. Farooqi AZ, Nasir-ud-Din, Aman R, Qamar T, Aziz S. Corticosteroid use and abuse by medical practitioners for arthritis and related disorders in Pakistan. *British Journal of Rheumatology* 1997; 36: 91-94.
10. Harris Jr ED. The changing dimensions of rheumatoid arthritis and its treatment. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81: 631.
11. Longmore M, Wilkinson I, Török E. *Oxford Handbook of Clinical Medicine*. 5th edition. Oxford: Oxford University Press 2001.
12. Illingworth RS. *Common Symptoms of Disease in Children*. 9th edition. London: Blackwell Scientific Publications 1988.
13. Kumar P, Clark M. *Clinical Medicine*. 5th edition. Edinburgh: WB Saunders 2002.
14. Masche UP. Basic therapy of rheumatoid arthritis. *Pharma-kritik* 2002; 24: 9-12 (in German).
15. Médecins Sans Frontieres (MSF). *Clinical Guidelines - Diagnostic and Treatment Manual*. 5th edition. Paris: MSF 2003.
16. NHS Northern and Yorkshire Regional Drug and Therapeutic Centre. Preventing NSAID-induced gastrointestinal complications. *Drug Update* 2001; 12.
17. Royal College of General Practitioners. *Clinical Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain*. London: RCGP 1999.
18. Schull CR. *Common Medical Problems in the Tropics*. 2nd edition. London: Macmillan 1999.

Contracture ها در مفاصل حرقفی فخذی و زانوها زمانی بوجود میآیند که اطراف در وضعیتی که مفصل در آن راست باشد؛ قرار نداشته باشند.



22. Wauters IM, van Soesbergen RM. Disease caused by lack of sunlight: rickets and osteomalacia.. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999; 143: 593-597 (in Dutch).
23. Werner D. *Disabled Village Children*. 2nd edition, 5th printing. Palo Alto, CA: The Hesperian Foundation 1999.
19. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Management of early rheumatoid arthritis*. Edinburgh: SIGN 2000.
20. Toghill PJ (ed.). *Examining Patients - An Introduction to Clinical Medicine*. 2nd edition. London: Edward Arnold 1995.
21. Walsh NE, Walsh WS. Rehabilitation of landmine victims - the ultimate challenge. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81: 665-670.

۱۵. پرابلم های سیستم عصبی

گرفتن هتومات خوب برای پرابلم های عصبی مهم اند؛ چه پرابلم های عصبی میتوانند سبب ناتوانی های دائمی و بدنامی اجتماعی گردند. جلوگیری از صدمات و ناتوانی مغزی نظر به تدای آن آسانتر است (چوکات دیده شود).

سیستم عصبی متشکل از ساختمان های متعدد متفاوت میباشد. اعراض و علایم بیماری ها نیز مربوط به قسمتی از مغز است که ماووف میشود (شکل ۱-۱۵ دیده شود). زمانیکه مریض با هریک از اعراض ذیل مراجعه میکند؛ دریابید که ممکن از سبب پرابلم عصبی بوجود آمده باشد: سردردی، تب، اختلاجات، آشفته گی مغزی، ضیاع شعور یا کولاپس، ضعیفی دست ها و پاها و حسیت غیر نورمال.

چطور باید از پرابلم های عصبی جلوگیری نمود؟

- از اساسات مراقبت مصونتر حمل و ولادت مصنون پیروی نمائید
- تمام اطفال را واکسین نمائید.
- جهت جلوگیری از اختلاطات؛ امراضی را که تخریبات دماغی بار میاورند، خصوصاً میننژیت، اسهال همراه با دیهایدریشن، سوئغذی، فقدان آهن و نومونیا، را وقایه نمائید.
- به مریضان مصاب صرع بگویند تا ادویه خود را همه روزه بگیرند و بدون مشوره داکتر آنرا قطع نکنند.
- از ازدواج های نزدیک بین اقارب، خصوصاً اگر کسی از آنها صرع داشته باشد، جلوگیری نمائید.

سیستم عصبی چگونه ارزیابی شود؟

معاینه سیستم عصبی را به تفصیل در تمام مریضان انجام نخواهید داد؛ مگر اینکه به پرابلم سیستم عصبی مشکوک شوید. معاینه سیستم عصبی را مطابق آنچه در صفحه ۱۸-۱۹ ذکر شده انجام دهید. صفحه مذکور را قبل از آنکه این فصل را بخوانید؛ با دقت مطالعه نمائید. درین فصل؛ شما معلومات کلیدی رسیدن به تشخیص را تحت عنوان هر عرض یافته میتوانید. هم چنان چوکات "علایم خطر در امراض عصبی" دیده شود.

علایم خطر در امراض عصبی

علایم ذیل نشان دهنده پرابلم های جدی عصبی میباشد:

- ضیاع شعور
- شخی گردن
- علایم محراقی
- سردردی همراه با استفراغ در هنگام صبح که بعد از آن بهبودی کسب مینماید.

دماغ:

- تشوشات روییت، شنوایی و تکلم
- تغییرات شخصیت و خرابی وضع ذهنی
- تشوش شعور
- اختلاجات
- فلج سبزیک

نمونه از پرابلم ها: انسفالیت، هایپوکسی، سوئغذی شدید، دواها، تشوش الکتروولیت ها و میتابولیزم (هایپوگلیسمی)، stroke، cerebral palsy و توبرکلوز

التهاب سحایا (میننژیت):

- شخی گردن
- سردردی و استفراغ

نمونه های از پرابلم ها: التهاب سحایا، توبرکلوز

مخیق (cerebellum):

- بی موازنه گی، رعشه
- مشکلات در هماهنگی

نمونه از پرابلم ها: فلج دماغی، دواها (مثلاً metoclopramide)

نخاع شوکی:

یک تعداد زیاد pathway ها از نخاع شوکی عبور میکنند. علایم کلینیکی آن مربوط به ناحیه ماوفه نخاع میباشد. علایم مرض بر نواحی پائینتر از قشمار و یا آفت تظاهر مینمایند.

ضعیفی (فلج) پاها و دست ها. فلج میتواند فلج سبزیک همراه با مشند بودن ریفلکس ها و عدم موجودیت ضیاع عضلی باشد یا فلج نرم همراه با معدومیت ریفلکس ها و ضیاع عضلی (در صورت ماوفیت قرن قدامی) کرختی تشوش کنترول مثانه و امعا مثالی از پرابلم ها: توبرکلوز ستون فقرات، تروما و spina bifida

حجرات قرن قدامی:

این حجرات حرکات را کنترول نموده نه حسیت را فلج نرم ضیاع عضلی (علامه موخر) معدومیت ریفلکس ها اسباب معمول: پولیومیالیت

عصب محیطی:

شامل الیاف عصبی برای کنترول حرکات و حسیت میباشد.

- فلج نرم قسمت های از بدن که توسط این عصب؛ تعصیب شده اند
- در محلات توزیع آن عصب.
- کرختی نمونه از پرابلم ها: ترضیضات به شمول صدمات ناشی از زرقیات به عصب سیاتیک (sciatic) و جذام

الیاف عضلی:

- ضعیفی
- تنقیص یا معدومیت ریفلکس ها
- حسیت نورمال

شکل ۱-۱۵: تظاهرات کلینیکی امراض سیستم عصبی که وابسته به قسمت ماوفه میباشد (شکل ساده و مختصر شده).
نوت: فلج تشنجی بنام آفت نیورون علوی، و فلج نرم بنام آفت نیورون سفلی یاد میشود.

اسباب سردردی ها با در نظر داشت طرز شروع آنها

شروع حاد:

سایر تظاهرات کلینیکی	طرز و نوعیت درد	
به تعقیب سرما خورده گی	غالباً عود کننده	التهاب جیبوب (sinusitis)
استفراغ، ترس از روشنی	عود کننده	نیم سری (migraine)
		تب
		انتانات (تب محرقه، ملاریا، نومونیا)
تب، شخی گردن		التهاب سحایانی بکتریایی و ویروسی
		ترضیضات راس
چشمان سرخ و دردناک	غالباً عود کننده	گلوکوما
شخی گردن		خونریزی (خونریزی تحت عنکبوتیه)

شروع تدریجی:

	عود کننده	کیست هیداتید یا تومور دماغی
		میننژیت توبرکلوزیک

مزم:

سردردی تنش (tension headache)	عود کننده	اضطراب، خسته گی
درد راجعه از گردن	عود کننده	
سردردی به تعقیب ترضیض	عود کننده	
درد عصبی به تعقیب هرپس		به تعقیب هرپس زوستر (herpes zoster) وجهی
درد وجهی غیر وصفی		مترافق با افسرده گی روانی (depression)
درد عصب trigeminal	عود کننده	حملات درد های شدید کوتاه مدت با وصف خلع زدن. درد اکثراً با فعل جویدن و سخن گفتن تشدید میشود (با amitriptyline یا carbamazepine تداوی شود)

○ "آیا استفراغ داشته اید؟ آیا روشنی چراغ برای تان درد چشم را بار میآورد؟"

مریض را معاینه نمائید

- آیا شعور مریض مختل است؟
- تب وجود دارد؟ علایم انتان وجود دارد؟ (گوش ها و گلوی مریض را معاینه نمائید)
- شخی گردن وجود دارد؟ (التهاب سحایانی - meningitis)

سردردی (headache)

یک تعداد زیاد حالات؛ سردردی را بار آورده میتوانند؛ (جدول دیده شود) که اکثریت سردردی ها بی خطر اند. معمولترین سبب آن سردردی تنش (tension headache) میباشد که از باعث فشار، اضطراب و خسته گی بوجود میآید. تب و امراض انتانی مترافق با سردردی میباشد. درین واقعات، با تداوی پرابلم اولیه؛ سردردی معمولاً برطرف میشود. همیشه مریضی را که تب و سردردی دارد از نظر التهاب سحایانی (meningitis) ارزیابی نمائید. یک سبب دیگر جدی عصبی سردردی؛ عبارت از بلند رفتن فشار داخل قحف میباشد. گلوکومای حاد نیز میتواند سردردی را بار آورد.

تظاهرات کلینیکی در یافتن سبب سردردی شما را کمک مینماید. نکات کلیدی در اخذ تاریخچه و معاینات فزیک در ذیل خلاصه شده اند.

اسباب سردردی

اسباب معمول

- سردردی تنش (tension headache)
- تب
- التهاب جیبوب
- انتانات (تب محرقه، ملاریا، نومونیا)
- درد راجعه از گردن
- صدمه حاد راس

اسباب کمتر معمول

- نیم سری (migraine)
- فرط فشار خون
- التهاب سحایا (میننژیت)
- دواها
- گلوکومای حاد
- سردردی به تعقیب ترضیض
- فرط فشار داخل قحف (مثلاً کیست هیداتید یا تومور های دماغی)
- خونریزی (خونریزی تحت العنکبوتی (subarachnoid))

تاریخچه بگیرید

از مریض بپرسید:

○ "آیا سردردی به صورت آنی شروع شده یا به آهسته گی؟" (شروع)، "سردردی چه وقت شروع شده؟" (دوام: حاد یا مزم)، "آیا قبلاً سردردی مشابه به این سردردی داشته اید؟" (سردردی های عود کننده). این معلومات در تشخیص تفریقی میان اسباب سردردی کمک میکنند؛ جدول دیده شود.

- "کدام قسمت درد دارد؟"
- "آیا درد در هنگام صبح شدید است یا در هنگام شام؟"
- "آیا به سر تان در این اواخر با چیزی؛ صدمه رسیده است؟"

امراض دیگری که ممکن به شکل التهاب سحایانی بکتریایی تظاهر نمایند و خصوصیات آنها

- **التهاب سحایانی ویروسی.** شروع مرض نسبت به التهاب سحایانی بکتریایی؛ بطی تر است و سردردی آن کمتر شدید می باشد. انداز آن معمولاً بسیار خوب بوده. مریض کاملاً بهبود می یابد. به هر حال مریض را برای التهاب سحایانی بکتریایی تداوی نمائید، مگر آنکه شما آنرا دقیقاً رد نموده بتوانید.
- **التهاب سحایانی توبرکلوزیک.** شروع مرض بطی بوده و در ظرف چندین هفته واقع می شود. در ابتدا مریض که غالباً یک طفل می باشد؛ از سردردی شاکی است. بعداً استفراغ شروع شده و مریض به طور فزاینده نئ خواب آلود شده و شخی گردن بوجود می آید. بعد تر سیزتیک و کوماتوز شده اختلاجات در نزدش بوجود آمده و می میرد.
- **ملاریای دماغی.** از باعث پرازیت پلازمودیم فلسپاریوم (*Plasmodium falciparum*) بوجود می آید. مریض با تب تظاهر نموده خواب الود شده و غالباً نزدش اختلاجات مکرر واقع می شود. مریض به زودی کوماتوز شده در ظرف چند ساعت فوت می نماید. شخی گردن معمولاً خفیف می باشد. مایع نخاعی دماغی (CSF) شفاف می باشد. غالباً سایر علایم ملاریا موجود می باشد.
- **مننگزم (meningism).** تخریش سحایا با یک تعداد زیاد انتانات همراه می باشد (مثلاً در نومونیا، تانسلیت، ملاریا). شخی گردن خفیف بوده مایع CSF نورمال می باشد.
- **انسفالیت (encephalitis).** تظاهر عمده آنرا آشفته گی حواس تشکیل می دهد. شخی گردن ممکن است خفیف باشد.
- **خونریزی تحت العنکوبتیه.** یک تعداد اشخاص در هنگام ولادت ضعیفی او عیه دموی (aneurysm) قاعده قحف را میداشته باشند. اگر این انیوریزم ها پاره شوند، ممکن نزد مریض سردردی آبی و شخی گردن بوجود آید. با بذل قطنی در مایع CSF خون دیده می شود. مریض را میتوان صرف با انجام جراحی نجات داد.

در واقعات شدید: اختلاجات، تشوش شعور و کوما و احتمالاً خونریزی جلدی (پورپورا - purpura در التهاب سحایانی مینگوکوکال) و شاک سپتیک.

- **در اطفال کمتر از ۱۸ ماه،** اعراض آن غیر وصفی می باشد. معمولاً شخی گردن وجود ندارد. همیشه در نزد اطفال خورد سن که (۱) مریض شدید، خواب آلود و گنس باشد (۲) تب و اختلاج داشته باشد یا (۳) برجسته گی فوننتیلا (fontanella) داشته باشند، احتمال التهاب سحایانی را مدنظر داشته باشید.

معاینات

بذل قطنی و معاینات CSF (مایع دماغی شوکی) جهت مشخص ساختن اینکه آیا التهاب سحایانی حاد از باعث بکتری می باشد اجرا شوند (شکل ۳-۱۵ دیده شود).

اهتمامات

۱. مریضان مصاب التهاب سحایانی تا حد امکان باید در شفاخانه تداوی شوند. انداز مرض وابسته به آن است که تداوی با انتی بیوتیک به چه زودی آغاز می شود. توصیه می شود که به زودی بعد از مشکوک شدن به التهاب سحایانی یک دوز عضلی *benzylpenicillin* برای مریض تطبیق شود. و این بدان معنی است که قبل از انتقال مریض به شفاخانه

○ آیا علایم محراقی یا علایم موضعی دارند؟ چون هر بخش از دماغ وظایف مختلفه بدن را کنترل مینماید؛ علایم کلینیکی اختصاصی که وابسته به قسمت ماوفه دماغ می باشد؛ بوجود می آید. این علایم بنام علایم محراقی نامیده میشوند زیرا اینها نشان دهنده آن اند که پرابلم از باعث پرابلم عمومی بوجود نیامده بل از باعث یک پرابلم محراقی که محدود به یک قسمت دماغ می باشد، بوجود آمده است. علایم کلینیکی اختصاصی را بنام علایم موضعی نیز یاد مینمایند زیرا اینها نشان میدهند که پرابلم در کجا قرار دارد. تفصیل این موضوع از محدوده هدف این کتاب خارج می باشد. مثال های آن در شکل ۱-۱۵ داده شده اند.

○ آیا یک چشم مریض سرخ و دردناک می باشد؟ (گلوکوما)

○ آیا در هنگام تدور راس درد و حساسیت عضلی وجود دارد؟ (پرابلم های راجعه عضلی اسکلتی)

○ آیا فرط فشار خون وجود دارد؟

التهاب سحایایی بکتریایی (BACTERIAL MENINGITIS)

Acute bacterial meningitis التهاب سحایایی باکتریایی انتان حاد سحایا و مایع دماغی شوکی (CSF) می باشد. این حادثه التهاب سحایایی و تورم دماغ را بار می آورد. انتقال معمولاً از طریق تماس مستقیم با قطرات تنفسی صورت می گیرد. بعداً بکتری ها معمولاً از طریق دوران خون به سحایا میرسد. ۸۰٪ تمام واقعات التهاب سحایایی بکتریایی در زمان طفولیت واقع می شود. همچنان ویروس ها میتوانند التهاب سحایا را بار آورند مگر این انتان کمتر خطرناک می باشد. اگر التهاب سحایایی بکتریایی به صورت مقدم تشخیص و تداوی نشود، حدود ۱/۳ مریضان خواهند مرد یا صرف با تخریبات دایمی دماغی مثل کری یا کوری زنده خواهند ماند. برای امراض دیگر که ممکن به مانند التهاب سحایایی بکتریایی تظاهر نمایند، چوکات دیده شود.

تظاهرات کلینیکی

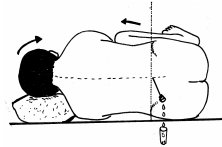
- **کاهلان و اطفال بالاتر از ۱۸ ماه** اعراض کلاسیک التهاب سحایانی را نشان میدهند: یعنی شروع حاد، سردردی شدید همراه با فوتوفوبیا (photophobia)، تب و غالباً استفراغ. شخص مریض معلوم شده و خواب آلوده می باشد. در معاینات شخی گردن و علامه Kernig مثبت دریافت می شود (شکل ۲-۱۵ دیده شود).

چطور باید مایع CSF را ارزیابی نمود؟

۱. رنگ مایع CSF را ببینید. بعض اوقات ممکن است سوزن یک اوعیه دموی کوچک را پاره نموده در نتیجه در قسمت اول مایع CSF خون به مشاهده برسد. پاره شدن اوعیه دموی به مریض صدمه وارد نکرده اما نتیجه تست شما را بی اعتبار میسازد اگر خون دوامدار وجود داشته باشد؛ به خونریزی تحت العنکوتیه مشکوک شوید.

۲. به صورت ایذیال معاینه میکروسکوپی (حجرات خون) سوبه پروتین و گلوکوز را اندازه نموده و کلچر مایع CSF را انجام دهید.

طرز اجرای پنل قطنی را در صفحه ۳۳۱-۳۳۲ ببینید.



تفسیر نتایج معاینه CSF

Bacterial meningitis التهاب سحایانی	TB meningitis التهاب سحایانی	Viral meningitis التهاب سحایانی	نورمال	
بکتریانی	توبرکلوزیک	ویروسی	شفاف	رنگ
غبار آلود یا قیح	شفاف یا خفیفاً غبار آلود	شفاف یا خفیفاً غبار آلود	کمتراز ۵ لمفوسیت، بدون موجودیت پولی مورف ها	WBC/mm ³
صد ها تا هزار ها، عمدتاً پولی مورف ها	چند صد، عمدتاً لمفوسیت ها	چند صد، عمدتاً لمفوسیت ها	کمتراز 0.4 g/l	پروتین (protein)
بالا یا بسیار بالا	بسیار بلند	نورمال یا بلند تر مگر کمتراز 1.0 g/l	بیشتر از 2.2 mmol/l	گلوکوز (sugar)
کمتراز ۵۰%	کمتراز ۵۰%	بیشتر از ۵۰%	۵۰-۶۰%	% گلوکوز خون که همزمان با LP گرفته شده

شکل ۳-۱۵: معاینه مایع دماغی شوکی (CSF)

الترناتیف ها: ceftriaxone یا cefotaxime برای ۷ روز.

• اگر تطبیق زرقیات امکان نداشته باشد، به مریض chloramphenicol فمی بدهید. این دوا به خوبی جذب شده و به خوبی در مایع دماغی شوکی تراکم نموده میتواند.

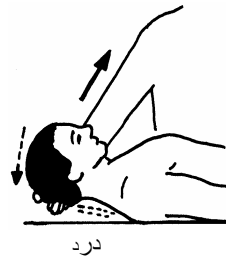
نوت: اگر شما متیقن نیستید که آیا مریض مصاب التهاب سحایانی بکتریانی است یا ملاریا دماغی؟ هر دوی آنرا به صورت همزمان تداوی نمائید.

۲. مراقبت حمایتی:

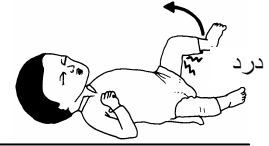
• به مریض مایعات روزانه مورد ضرورتش را دهید نه بیشتر از آن. علایم ازدیاد مقدار مایع

کاهلان و اطفال:

- علامه کرنک (Kernig)
- شخی گردن؟

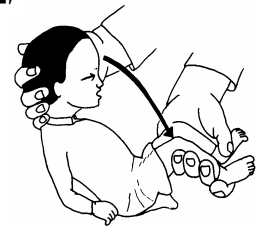


شما میتوانید پای شخص صحتمند را بدون آنکه احساس درد نماید؛ راست نمائید. اگر شخص مصاب التهاب سحایا باشد، این کار را انجام داده نمیتوانید.



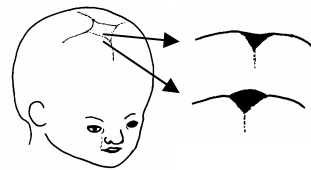
اطفال:

- علامه سر در بین زانو ها؟ شما به آسانی میتوانید سر طفل صحتمند را در بین زانو هایش قرار دهید. اگر طفل مصاب التهاب سحایا (meningitis) باشد این کار را انجام داده نمیتوانید.



اطفال کمتراز یک سال:

- فانتیل برآمده (نزد طفلی که گریه نمیکند)



نورمال:
- هموار و نبضانی
التهاب سحایا:
- متورم و غیر نبضانی

شکل ۲-۱۵: طرز معاینه مریض از نظر التهاب سحایانی

به (طفل کوچکتر از یک سال 0.5 million IU = 300 mg، مریضان ۱-۹ ساله 1 million IU = 600 mg، به کاهلان یا اطفال بالاتر از ۱۰ سال 2 million IU = 1.2 g) زرق گردد.

تداوی اختصاصی بیشتر همراه با دوز بلند انتی بیوتیک ها قرار ذیل است (دوز ادویه در چوکات دیده شود):

• اطفال کمتراز ۲ ماه: ampicillin + gentamicin یا benzylpenicillin + gentamicin، یک الترناتیف دیگر ceftriaxone برای ۱۴ الی ۲۱ روز.

• کاهلان و اطفال بالاتر از ۲ سال: chloramphenicol هرشش ساعت بعد + ampicillin هر ۶ ساعت بعد (یا chloramphenicol + benzylpenicillin) داده شود. در ابتدا از طریق عضلی یا وریدی برای ۳-۵ روز الی زمانی که مریض بهبودی حاصل نماید. بعداً تداوی فمی برای مجموعاً ۱۰ روز دوام داده شود.

از دخول محتوای معدوی به ریه ها جلوگیری بعمل آید. جهت جلوگیری از زخم بستر؛ مریض را هر ۳ ساعت بعد از یک پهلو به پهلو دیگر دور دهید.

۳. مریض را مراقبت و ارزیابی نمائید: سویه شعور مریض، سایز حلقه ها (اگر نامساوی میشوند؛ علامه بلند بودن فشار داخل قحف میباشد)، درجه حرارت، نبض، سرعت تنفس و فشار خون مریض را هر ۳ ساعت بعد یادداشت نمائید. پائین بودن سویه گلوکوز خون؛ که اختلاط معمول التهاب سحایا است؛ خصوصاً در نزد اطفال چک شود. اختلاجات مریض را با تطبیق diazepam وریدی یا مقعدی تداوی نمائید.

نوت: ستیروئید (steroid) ها (مثلاً dexamethasone) را استعمال ننمائید. هر چند در ممالک غربی استعمال میشود شواهدی وجود دارد که تطبیق ستیروئید ها در ممالکی که منابع محدود دارند، ممکن میزان مرگ و میر را بلند ببرد. دلیل آن ممکن این باشد که در چنین کشور ها؛ مریضان مصاب التهاب سحایائی تمایل بدان دارند که موخر مراجعه نمایند. ستیروئید ممکن دفاع عضویت را ضعیف ساخته و به انتان قبل از آنکه اثر انتی بیوتیک ها آغاز شود؛ اجازه پیشرفت بیشتر را دهد.

اگر مریض مصاب التهاب سحایائی بهبودی کسب نمیکند چه باید کرد؟

بعد از ۳ روز تداوی کامل؛ تب مریض باید کم شده و شعور وی نیز بهبود یابد. اگر تب بلند دوام یابد و مریض هنوز هم گنسیت داشته باشد؛ جواب سوالات ذیل را دریافته و در صورت امکان بذل قطنی (lumbar puncture) را تکرار نمائید:

۱. آیا مریض انتی بیوتیک مناسب را به دوز درست و برای مدت کافی اخذ نموده است؟ اگر نخیر؛ یک کورس دیگر انتی بیوتیک را برای مریض تطبیق نمائید.

۲. آیا نزد مریض انفیوژن subdural یا آبسه دماغی (نادر است) تاسس نموده است؟ علایم آنرا تب معند + علایم عصبی محراقی یا سویه متناقص شعور می سازد. باید مریض را برای تداوی اختصاصی معرفی نمائید.

۳. آیا مریض مصاب التهاب سحایائی تویرکلوزیک نیست؟ این موضوع در موارد ذیل محتمل میباشد:

- تب برای ۱۴ روز دوام مینماید.
- تب برای بیشتر از ۷ روز دوام مینماید و یک عضو فامیل مصاب تویرکلوز میباشد.

انتی بیوتیک ها برای تداوی التهاب سحایا (مینتریت)

• **Ampicillin** وریدی را برای اطفال به مقدار 200 mg/kg/day به ۳-۴ دوز کسری بدهید.

۱۲-۲ ماهه	250-500 mg	هر ۶-۸ ساعت بعد
۵-۱ ساله	500 mg-1 g	هر ۶-۸ ساعت بعد
۱۲-۶ ساله	1-2 g	هر ۶-۸ ساعت بعد
کاهلان	2-4 g	هر ۶-۸ ساعت بعد

• **Benzylpenicillin** وریدی به شکل انفیوژن در ظرف ۲۰ دقیقه (300 mg = 500,000 IU) . برای اطفال کمتر از یک هفته به مقدار 100 mg/kg به ۲ دوز کسری، برای اطفال ۱-۴ هفته به مقدار 150 mg/kg به ۳ دوز کسری، برای اطفال ۱ ماهه-۲ ماهه به مقدار 180-300 mg/kg به ۴-۶ دوز کسری بدهید.

۱۲-۲ ماهه	300-360 mg	هر ۶ ساعت بعد
۵-۱ ساله	360-675 mg	هر ۶ ساعت بعد
۱۲-۶ ساله	675 mg-1.2 g	هر ۶ ساعت بعد
کاهلان	2.4 g	هر ۶ ساعت بعد

• **Cefotaxime** وریدی را برای اطفال به مقدار 200 mg/kg/day به ۴ دوز کسری از طریق وریدی به شکل انفیوژن بدهید.

۱۲-۲ ماهه	200-500 mg	هر ۶ ساعت بعد
۵-۱ ساله	500 mg	هر ۶ ساعت بعد
۱۲-۶ ساله	1 g	هر ۶ ساعت بعد
کاهلان	2 g	هر ۶ ساعت بعد

• **Ceftriaxone** وریدی آهسته یا از طریق انفیوژن در ظرف ۲۰ دقیقه. به اطفال کمتر از ۱ ماه به مقدار 50 mg/kg/day به شکل انفیوژن در ظرف ۶۰ دقیقه، اطفال بزرگتر از ۱ ماه به مقدار 75-100 mg/kg/day به ۲ دوز کسری (یا به دوز واحد عضلی) بدهید.

کمتر از ۲ ماه به مقدار	200 mg	هر ۱۲ ساعت
۱۲-۲ ماهه	200-500 mg	هر ۱۲ ساعت بعد
۵-۱ ساله	500 mg	هر ۱۲ ساعت بعد
۱۲-۶ ساله	1 g	هر ۱۲ ساعت بعد
کاهلان	2 g	هر ۱۲ ساعت بعد

نوت: اگر طریق وریدی قابل دسترس نباشد، دوا را از طریق عضلی تطبیق نمائید. تمام دوز مجموعی روزانه را، به یک دوز واحد تطبیق نمائید.

• **Chloramphenicol** وریدی و یا عضلی به مقدار 100 mg/kg/day به ۳-۴ دوز کسری. دوز دوا را بعد از ۲ روز به 50 mg/kg/day تنقیص داده و به زودی بعد از آنکه مریض ادویه را بلع نموده بتواند در عوض از مستحضر فمی آن بدهید.

۱۲-۲ ماهه	62.5-125 mg	هر ۶-۸ ساعت بعد
۵-۱ ساله	125-250 g	هر ۶-۸ ساعت بعد
۱۲-۶ ساله	500 g	هر ۶-۸ ساعت بعد
کاهلان	750 mg-1g	هر ۶-۸ ساعت بعد

• **Gentamicin** عضلی یا وریدی. برای اطفال کمتر از ۱ هفته به مقدار 5 mg/kg روزانه ۱ مرتبه (تقریباً 15 mg روز یکبار برای اطفال ۱ هفته-۲ ماهه 7.5 mg/kg روز یک بار (تقریباً 20 mg روز یک بار)

(اذیمای اجفان و وجه، بلند شدن نبض و سرعت تنفسی و عدم کفایه قلبی) را متوجه باشید.

• جهت تنقیص تب مریض paracetamol توصیه نمائید.

• در صورتیکه مریض بیهوش باشد، مریض را به وضعیت کوما (coma position) قرار دهید تا

● در اطفال پائینتر از ۱۸ ماه که suture (خیاطه) های قحفی آنها میتواند توسعه یابد؛ محیط راس از دیدار مییابد. شما میتوانید suture های وسیع و فونتتیل (fontanella) برجسته را نزدش حس نمائید.

علامیم موخر:

- تغییر وضعیت شعوری (گنسیت، بعدتر کوما) یا شخصیت.
- اختلاجات و علامیم محراقی
- فشار خون به صورت کلاسیک بلند بوده و نبض بطی مییاشد، مگر تمام مریضان این علامیم را نشان نمیدهند.

اهتمامات

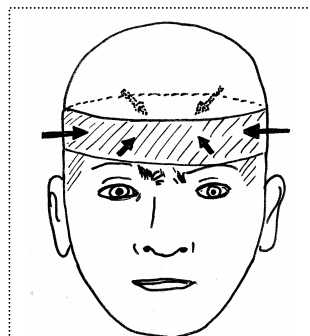
۱. سبب مرض را تداوی نمائید. غالباً تشخیص و تداوی وابسته به قابل دسترس بودن CT scan و خدمات جراحی عصبی مییاشد.

۲. انیمای دماغی را تنقیص دهید. از 20% mannitol به مقدار 5 ml/kg (1 g/kg =) در مدت ۱۵ دقیقه از طریق وریدی (یا 10 ml/kg 10% mannitol) تطبیق نمائید یا dexamethasone به مقدار 10 mg به صورت وریدی تطبیق نموده بعداً 4mg از طریق عضلی هر ۶ ساعت بعد برای ۲-۱۰ روز تطبیق نمائید.

سرردی تنش (TENSION HEADACHE)

سرردی تنش (tension headache) معمولترین نوع سرردی مییاشد. اکثریت مردم؛ بعض اوقات در زنده گی شان از آن رنج میبرند. این سرردی جدی نبوده و از سبب اضطراب، افسرده گی، خسته گی و کمبود خواب بوجود میآید.

تظاهرات کلینیکی



شکل ۵-۱۵:

Tension headache.

سرردی ناشی از فشارهای روانی

- سرردی گنگ در اطراف پیشانی و شقیقه ها (شکل ۵-۱۵ دیده شود).
- سرردی در اخیر روز تشدید میشود. این سرردی برای چندین ساعت یا روز دوام مینماید.

● دلبدی و ترس از روشنی (فوتافوبیا - photophobia) وجود نمیداشته باشد.

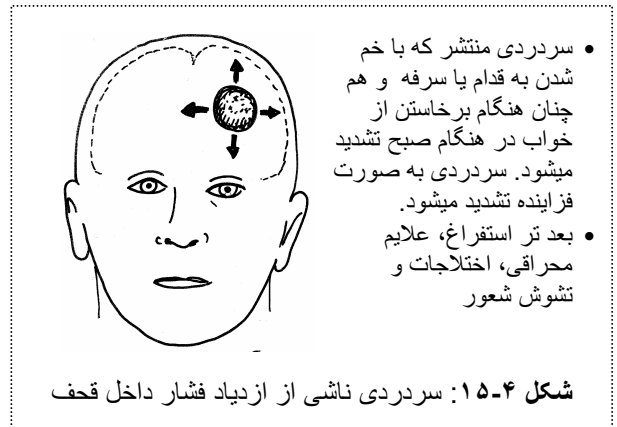
- مریض بیهوش باقی مینماید.
- تعداد کریوات سفید مایع دماغی شوکی به صورت متوسط بلند (به صورت وصفی کمتر از 500 WBC/ml، اکثراً lymphocyte ها، protein بلند (0.8-4 g/L) و پائین glucose (کمتر از 1.5 mmol/L) باقی مینماید.
- اکسری صدی توبرکلوز را نشان میدهد.

۴. ممکن مریض مصاب کدام انتان دیگری باشد که اعراض فعلی را سبب شده است (مثلاً نومونیا، تب محرقة یا سپس)؟

فرط فشار داخل قحف

(RAISED INTRACRANIAL PRESSURE)

جمجمه توسع نموده نمیتواند. بناً هر آنچه فضای داخل قحف را میگیرد مثلاً (۱) آفات توسعه یابنده - مثل کیست هیدانتییا هیماٹوما (۲) از دیدار محتوی مایع دماغی - انیمای دماغی یا (۳) افزایش در مایع دماغی شوکی - مثل هایدروسفالوس - فشار داخل قحف را بلند میبرد (شکل ۴-۱۵ و چوکات دیده شود). که این حالت سبب تخریب دماغ میشود.



شکل ۴-۱۵: سرردی ناشی از ازدیاد فشار داخل قحف

- سرردی منتشر که با خم شدن به قدم یا سرفه و هم چنان هنگام برخاستن از خواب در هنگام صبح تشدید میشود. سرردی به صورت فزاینده تشدید میشود.
- بعد تر استفراغ، علامیم محراقی، اختلاجات و تشوش شعور

اسباب ازدیاد فشار داخل قحف

- کیست هیدانتی
- انیمای دماغ به تعقیب صدمات ویا ملاریای دماغی
- تومور دماغی
- آبه دماغی
- انسداد جریان مایع CSF (مثلاً هایدروسفالوس)
- خونریزی دماغی

تظاهرات کلینیکی

علامیم مقدم:

- سرردی عمومی مییاشد. این درد در صبح تشدید شده بعض اوقات مریض را از خواب بیدار مینماید. درد توسط سرفه و خم شدن تشدید میشود. استفراغ سرردی را تسکین مینماید. شدت سرردی تدریجاً افزایش کسب مینماید.

اهتمامات

۲. اگر حملات نیم سری در هر هفته یا بیشتر از آن واقع شود؛ **تداوی وقایوی** را مد نظر داشته باشید. هدف تداوی را تنقیص شدت درد و تکرار حملات تشکیل میدهد. به مریض *propranolol* به مقدار 10-80 mg روز ۲ مرتبه برای ۴-۶ ماه (با دوز پائین دوا آغاز نموده و در صورت ضرورت آنرا زیاد نمایند) یا amitriptyline به مقدار 50 mg از طرف شب تطبیق نمایند. تابلیت ها باید همه روزه، اگر شکایت وجود داشته باشد یا نباشد، اخذ گردد. اگر حملات واقع شوند، مریض را مطابق آنچه در فوق گفته شد، تداوی نمایند.

۱. توضیح نمائید که سردردی از باعث فشار روحی و خسته گی بوجود آمده نه از باعث کدام چیز جدی.
۲. به کسانی که سگرت دود میکنند مشوره دهید تا دود نمودن سگرت را توقف دهند.
۳. برای رفع درد paracetamol یا acetylsalicylic acid (aspirin) توصیه نمائید.
۴. اگر سردردی پرابلم مزمن شده باشد، amitriptyline را به مقدار 25-50 mg روزانه یک بار امتحان نمائید.

نیم سری (MIGRAINE)

سردردی های بعد از ترضیض
(POST-TRAUMATIC HEADACHE)

سردردی مشابه به سردردی تنشن (tension headache) ممکن چندین هفته یا ماه ها بعد از صدمات راس بوجود آید. تداوی آن مشابه به سردردی تنشن (tension headache) است.

نیم سری نسبت به سردردی تنشن (tension headache) کمتر معمول میباشد و دلیل دقیق آن شناخته نشده است. به مانند سردردی تنشن (tension headache)؛ نیم سری تمایل دارد تا در زمان فشار تشدید شود.

تظاهرات کلینیکی

● حمله اول آن معمولاً نزد کاهلان جوان واقع میشود.

اختلاجات (convulsions)

اختلاجات واقعات عاجل عام بوده در جریان اختلاج، شخص بیهوش شده، دست ها و پاهایش تکان میخورد. چشم های مریض بی اختیار حرکت نموده ممکن ادرار یا تعوط نماید و یا هم زبان خود را با دندان بگذرد. اگر حمله طول بکشد؛ شخص معروض به خطر و آسیب رسانی به خودش و به تخریبات مغزی؛ قرار می گیرد. اختلاجات برای کسانی که آنرامیبینند؛ ترس آور بوده در ضمن مردم اعتقادات غلط در مورد تشنجات و بیهوشی دارند و این اعتقادات به بدنامی اجتماعی شخص بیمار میانجامد.

● حملات حاد سردردی نبضانی (throbbing) در فاصله های حدود یک بار در هفته تا یک بار در یک سال نه هر روز؛ واقع میشود. درد غالباً صرف در یک طرف موجود بوده ممکن شدید باشد. این درد از چند ساعت تا ۲-۳ روز دوام مینماید.

● سردردی به صورت وصفی با دلبدی، استقراغ و ترس از نور یا فوتافوبیا (photophobia) همراه میباشد. ۲۰% مریضان از تشوش رویت مثلاً برق زدن روشنی در چشمان قبل از شروع سردردی شاک میباشند.

اهتمامات

بعض اوقات مریض به نزد شما آورده شده، گفته میشود که او برای یک مدت کوتاه بیهوش شده است. اختلاجات یک تشخیص تقریقی مهم با این حملات سنکوپ میباشند (صفحه ۲۱۹-۱۲۲۰ دیده شود). تمام حملات ضعف و حرکات؛ تکان خورنده اختلاج نمیباشند. یک تعداد افراد (اکثراً خانم ها) حملاتی میداشته باشند که مشابه به اختلاج اند. این حملات تشنجات و بیهوشی هستیریکی بوده از باعث پرابلم های هیجانی بار می آیند (صفحه ۲۳۶ دیده شود).

۱. حملات حاد را با paracetamol یا ibuprofen برای درد؛ یکجا با metoclopramide برای استقراغ تداوی نمائید. به مریض بگوئید تا دوا را هر زمانی که احساس شروع سردردی را مینماید؛ شروع نماید. صرف وقتی این دوا غیر موثر باشد، ergotamine را برای کاهلان به مقدار 1-2 mg در اولین علامه حمله تا حد اعظمی 4 mg در ۲۴ ساعت مدنظر گیرید. دوا در فواصل کمتر از ۴ روز و حد اعظمی 8 mg در هفته تکرار نشود. و نیز در یک ماه بیشتر از ۲ مرتبه استعمال نگردد. حتی دوز های نورمال دوا میتواند به اعتیاد و سندروم قطع دوائی با قطع ergotamine منجر گردد. یک عارضه جانبی شدید دوا؛ تقبض وعائی محیطی وخیم؛ که سبب گانگترین در نهایت شده میتواند؛ میباشد.

اهتمامات اختلاج شامل سه قدم میباشد:

۱. اختلاج را متوقف سازید.
۲. سبب را دریافته و تداوی نمائید.
۳. از عود آن جلوگیری نمائید (بخش "صرع" در ذیل دیده شود).

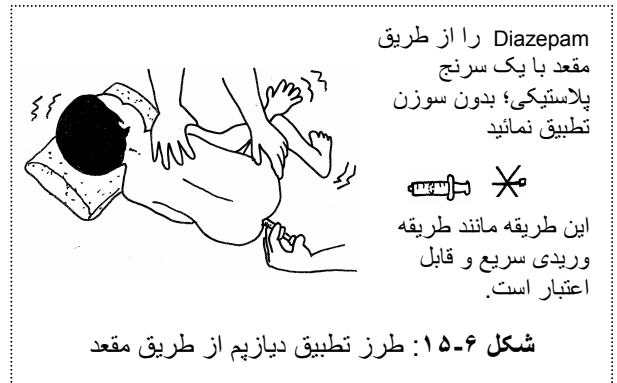
۱. اختلاج را متوقف سازید

برای اختلاجات در جریان حامله گی از سبب اکلپسی (eclampsia) صفحه ۲۴۶-۲۴۸ دیده شود.

۱. جهت جلوگیری از ورود افرازات بداخل ریه ها، **مریض را به یک جانب دور دهید.** هیچ چیزی را به دهن مریض نگذارید!

۲. اگر اختلاجات بیشتر از ۵ دقیقه دوام نمایند، به مریض **اکسیجن** و **diazepam** از طریق مقعدی (0.4 mg/kg) یا از طریق وریدی (0.2 mg/kg) به آهسته گی در ظرف ۳ دقیقه تطبیق نمایند. قاعده ساده جهت بخاطر آوردن دوز دوا نزد اطفال در مقابل هر سال سن 1 mg بوده که تطبیق نمائید. دوز دوا برای کاهلان 10-20 mg میباشد.

تطبیق مقعدی دیازپم؛ مانند تطبیق وریدی آن؛ سریعاً اثر میگذارد. diazepam را توسط یک سرنج پلاستیکی بدون سوزن بداخل رکت مریض تطبیق نمائید (شکل ۶-۱۵ دیده شود). diazepam را از طریق عضلی تطبیق ننمائید؛ زیرا جذب آن یقینی نمیباشد.



شکل ۶-۱۵: طرز تطبیق دیازپم از طریق مقعد

در صورتیکه زرقیات diazepam موجود نباشد، یک تابلیت diazepam یا phenobarbital را میده نموده بعد از حل نمودن آن در آب؛ داخل رکت مریض تطبیق نمائید.

۳. برای ۱۰ دقیقه انتظار بکشید. اگر اختلاج ادامه یابد، دوز diazepam را تکرار نمائید.

۴. اگر اختلاجات هنوز هم ادامه یابد یا diazepam قابل دسترس نباشد؛ یکی از دوا های بدیل ذیل را تطبیق نمائید:

از **phenobarbital** به مقدار 10 mg/kg (اعظمی 1 g) به آهسته گی از طریق وریدی در ظرف ۱۰-۱۵ دقیقه استفاده نمائید. دوز های مکرر diazepam و phenobarbital انحطاط تنفسی را سبب شده میتوانند، اما اختلاجات دوامدار نیز آسیب رسان میباشد.

یا

phenytoin که ممکن است اریتمی قلبی، تفریط فشار خون؛ ضعف و همچنان انحطاط تنفسی را بار آورد. به مقدار 15 mg/kg به آهسته گی از طریق وریدی در ظرف ۱۰-۱۵ دقیقه بدهید. نبض و فشار خون مریض را کنترل نمائید.

یا

از محلول **paraldehyde** به مقدار 1 g/ml از طریق مقعد (اطفال ۱-۴ ماهه 1 ml، اطفال ۴-۱۲ ماهه 1.5 ml، اطفال ۱-۳ ساله 2 ml، اطفال ۳-۵ ساله 3-4 ml، اطفال ۶-۱۲ ساله 5-6 ml، کاهلان 10-20 ml). در صورتیکه از طریق مقعدی تطبیق شود خطر کم انحطاط تنفسی وجود دارد. بناً این دوا یک انتخاب خوب برای حالاتی است که تسهیلات احیای مجدد محدود باشد.

۵. نزد اطفال و مریضان شدید (مثلاً مصاب التهاب سحایانی - meningitis) هاپیوگلاسیمییا مد نظر باشد. اگر شما نمیتوانید خون مریض را برای گلوکوز فوراً معاینه نمائید، به مریض همراه با دوز دوم diazepam یا phenobarbital گلوکوز وریدی تطبیق نمائید.

۶. تب را کم نمائید.

۷. اگر **status epilepticus** و اختلاج دوباره بعد از رفع اثر کوتاه مدت diazepam واقع شود؛ مریض را مثل قبل دواوی نموده بعداً از phenobarbital عضلی هر ۴ ساعت بعد الی زمان شروع دواوی فمی تطبیق نمائید.

اگر مریض به تمام تدابیر فوق جواب نگوید احتمال حملات هستریک را مد نظر داشته باشید، خصوصاً وقتی اختلاجات غیر معمول به نظر آیند.

۲. سبب را دریابید.

اختلاج مرض نبوده بلکه عرض میباشد. شما باید عامل آنرا دریابید (چوکات دیده شود). اگر حمله اول اختلاج در سن بالاتر از ۳۰ سال واقع شود؛ احتمال موجودیت یک مرض زمینوی دماغی (مثلاً کیست هیداتید - hydatid cyst، تومور دماغی یا خونریزی) میروود. همچنان کتلات اشغال کننده فضای داخل قحف؛ در صورتیکه حمله به طور پیشرونده شدید شود یا شما علایم محراقی را مییابید؛ مد نظر باشند.

به دلایل عملی؛ تصمیم بگیریید که مریض در کدام یک از سه گروپ ذیل قرار میگیرد:

۱. صرع (epilepsy)

۲. اختلاجاتی که از اثر امراض حاد که دماغ را ماووف مینماید؛ به وجود آمده است.

۳. اختلاجات فیبری (febrile convulsions) نزد اطفال ۶ ماهه الی ۶ ساله.

ادویه معمول و سمیات که اختلاجات را بار آورده می‌توانند

- Aminophylline
- Atropine
- Chloroquine (به تعقیب زرقیات)
- آهن Iron
- Salicylates (aspirin)
- حشره کش ها (مثلاً DDT)
- تیل خاک
- سرب
- سمیات نباتی

○ آیا مریض درین اواخر کدام دوا اخذ نموده است؟ (جدول را برای دریافت دوا های معمول یا سمیات مطالعه نمایند).

نوت: اگر شما به حمله هستریک مشکوک میشوید؛ در مورد تظاهراتی که حمله هستریک را از صرع تفریق مینمائید سوال بعمل آورید (صفحه ۲۳۶ دیده شود).

مریض را معاینه نمایند

○ آیا شخص مریض معلوم میشود یا خوب؟

○ آیا تب وجود دارد؟

○ آیا علائم صدمه وجود دارد؟

○ آیا علائم امراض شدید، التهاب سحایائی (meningitis)، نومونیا، دیهایدریشن شدید، سؤ تغذی شدید همراه با هایپوگلیسمیا، سپس یا ملاریا دماغی وجود دارد؟

معاینات

- گلوکوز خون (blood glucose)
- سلاید خون برای ملاریا
- تعداد WBC و فیصدی انواع آن
- سدیم (sodium) و کلسیم (calcium)
- بذل قطنی (اگر به التهاب سحایائی - meningitis مشکوک هستید).

صرع (EPILEPSY)

صرع تشوش معمول دماغی است؛ که در آن از باعث فعالیت غیر نورمال یک تعداد حجرات دماغی؛ اختلاج واقع میشود (شکل ۷-۱۵ دیده شود). حملات؛ عود کننده اند مگر کثرت وقوع آن فرق مینماید. یک تعداد مریضان مصاب صرع تقریباً همه روزه حمله اختلاجی دارند و دیگران صرف یک بار در سال. در فاصله بین حملات؛ مریض معمولاً از خود علائم و اعراض کلینیکی غیر نورمال نشان نمیدهد. اکثریت

اسباب اختلاجات

صرع (حد اقل ۲ حمله اختلاجی)

- اسباب نامعلوم
 - تاریخچه تخریبات قبلی دماغ
- پرابلم های حاد دماغ
- التهاب سحایائی (میننژیت) بکتریائی
 - اکلیمپسی (eclampsia)
 - هایپوکسی ناشی از نومونیا یا غرق شدن در آب
 - صدمات راس
 - التهاب سحایائی تویرکلوزیک
 - ملاریای دماغی
 - جل زده گی (گرما زده گی)
 - دیهایدریشن شدید یا تشوش الکترولیت ها ناشی از گاستروانتریت ها
 - سپس
 - تسمات یا ازدیاد دوز دواها
 - هایپوگلیسمی (پائین بودن شکر خون)
 - خونریزی مغزی
 - هر آفتی که فضای دماغی را اشغال نماید (مثلاً کیست هیداتید، تومور دماغی)

اختلاجات فیبری ساده

- اختلاجات فیبری ساده (صرف نزد اطفال ۶ ماه تا ۶ ساله دیده میشود)
- نوت: حملات اختلاجی هستریک به اختلاجات واقعی مشابهت رسانده می‌توانند (صفحه ۲۳۶ دیده شود).

تاریخچه بگیریید

اخذ تاریخچه خوب؛ مهمترین قدم در دریافت سبب اختلاج میباشد. معمولاً خود تان حمله اختلاجی را مشاهده نمی‌توانید. بناً با فامیل مریض و شاهدان حمله صحبت نمایند. صرف به معلوماتی که از طرف مریض داده میشود؛ اتکا نکنید.

○ به تفصیل در مورد اختلاج سوال بعمل آورید:

- "اختلاج چه مدت دوام نموده است؟"
- آیا مریض قبلاً هم اختلاج داشته است یا خیر؟" (ممکن صرع)

• "آیا در آغاز اختلاج تمام بدن مریض تکان میخورد یا اختلاج از دست ها یا پا شروع نموده است؟" (اختلاجات عمومی یا اختلاجات قسمی)

○ آیا مریض حامله است؟ (اکلیمپسی - eclampsia را مد نظر داشته فوراً فشار خون مریض را تعیین نموده و ادرار مریض را از نظر پروتئین معاینه نمایند).

○ آیا مریض از کدام مریضی دیگر رنج میبرد؟

○ آیا مریض درین اواخر کدام صدمه در راس خود دیده است؟

یک تکان عضلی شاک مانند به زمین میافتند (myoclonic seizures).

در اختلاجات قسمی (partial seizures)؛ یک طرف وجه، یک دست یا یک پا به صورت آنی جمع شده برای چند دقیقه تکان میخورد. مریض بیدار بوده اما تکان ها را متوقف ساخته نمیتواند. بعض اوقات تکان خوردن به سایر قسمت های بدن انتشار مینماید، بعض اوقات شعور مریض مختل میشود و در بعض اوقات حملات به یک اختلاج عمومی میانجامد.

خطرات اختلاجات

✘ اختلاج کوتاه مدت به خودی خود خطر ناک نمیباشد. بعض اوقات مریضان حالت status epilepticus را از خود نشان میدهند و این زمانی واقع میشود که مریض اختلاجات مکرر بدون اعاده شعور در فاصله اختلاجات یا اختلاج دوامدار (اختلاج برای بیشتر از ۳۰ دقیقه دوام نماید) داشته باشد. status epilepticus؛ در صورتیکه اختلاج متوقف نشود؛ ممکن به مرگ یا تخریب دماغ بیانجامد.

✘ هر باری که مریض اختلاج میداشته باشد، ممکن خود را مجروح نماید.

✘ اعتقادات غلط در مورد صرع ممکن سبب تداوی غلط؛ تجرید و بدنامی اجتماعی مریض گردد.

چگونه میتوان صرع را تشخیص نمود؟

تشخیص مریضی معمولاً بر اساس تاریخچه و تظاهرات کلینیکی مرض استوار میباشد.

۱. از شخصی که اختلاج مریض را مشاهده نموده است؛ تاریخچه مفصل بگیریید.

۲. دریابید که آیا مریض در گذشته اختلاج داشته است یا خیر؟ شما صرف زمانی صرع را تشخیص گذاشته میتوانید که مریض حد اقل دو حمله اختلاجی داشته باشد؛ زیرا اکثریت مریضانی که یک بار حمله اختلاجی داشته اند؛ هیچ گاهی کدام حمله اختلاجی دیگر نزدش واقع نمیشود.

۳. در وهله اول دریابید که صرع از باعث چه بوجود آمده است؟ (مثلاً صدمه قلبی راس یا التهاب سحیائی - meningitis).

آگاه باشید که حملات هستریک غالباً اشتباهاً به حیث صرع تشخیص میشوند.

نوت: جهت اتخاذ تصمیم در مورد اهمتامات صرع؛ اخذ EEG (الکتروانسفالوگرام) ضرور نمیباشد. اخذ EEG در یک تعداد کم واقعات که در آن تظاهرات کلینیکی غیر نورمال را درمیابید (مثلاً علایم محراقی



مردم که صرع دارند؛ از نظر روانی کاملاً نورمال اند. در اکثر واقعات؛ علت صرع ناشناخته میباشد. بعض اوقات تاریخچه صدمه قلبی راس، التهاب سحیائی (meningitis) یا اختلاطات در جریان ولادت وجود میداشته باشد. اگر مریض خسته، گرسنه یا تحت فشار باشد؛ حملات اختلاجی ممکن با تکرار بیشتر واقع شود. صرع در هرسن وسال میتواند شروع شود ولی معمولاً نزد اطفال یا کاهلان جوان آغاز مینماید.

تظاهرات کلینیکی

به صورت وصفی مریض آنآ به زمین میافتند، بدن مریض برای مدت بسیار کوتاه شخ میشود، مریض کبود گردیده بعداً شروع به حرکات عضلی دست ها وپاها (tonic-clonic convulsion) مینماید. چشمان مریض بصورت غیر اختیاری حرکت مینماید. مریض ممکن به صورت بنفسهی ادرار یا مواد غایطه خود را دفع نماید یا زبان خود را به دندان بگذرد. بعد از یک مدت زمان، یا بعضاً صرف بعد از تداوی، تکان ها متوقف میشوند. یک مرحله ۱-۲ ساعته خواب عمیق به تعقیب حمله واقع میشود (postictal phase). مریض حمله را به خاطر نمیآورد بعضی از بیماران؛ قبل از شروع حمله مریضی؛ علایم خبر دهنده میداشته باشد که بنام aura یاد میشود. مریضان ممکن احساس ناراحتی داشته؛ فریاد زده یا تشوشات بینائی عاید شان شود.

برعلاوه اختلاجات عمومی (tonic-clonic) انواع متعدد دیگر صرع وجود دارد. این اشکال دیگر؛ اکثراً به نام صرع شناخته نمیشوند. مریض ممکن کاری را که انجام میدهد برای مدت ۵-۲۰ دقیقه متوقف سازد و بعداً آنرا به مثل آنکه هیچ چیزی واقع نشده است؛ ادامه دهد. حرکات عضلی غیر نورمال وجود نمیداشته باشد (simple absence seizures = petit mal). بعض اوقات این حملات برای ۱-۲ ثانیه دوام نموده و با حرکات غیر ارادی عضلات مثلاً جویدن همراه میباشد (complex absence seizures). در هردو واقعه مریض آنچه را واقع شده به خاطر نمیآورد. مریضان دیگر با

کمک های اولیه در اختلاجات

۱. اطراف مریض را پاک نمائید تا خود را مصدوم نسازد.
۲. مریض را زیاد محکم نگیرید.
۳. هیچ چیزی را در دهن مریض نگذارید.
۴. بعد از حمله اختلاجی، مریض را به پهلو دور دهید تا چیزی داخل طرق تنفسی اش نشده و آنرا مسدود نسازد.
۵. هشدار: اگر حمله اختلاجی در ظرف ۵ دقیقه متوقف نشود، مریض را فوراً به نزدیک ترین مرکز صحتی انتقال دهید.

ازحمله؛ برای یک زمان طولانی؛ در متوقف ساختن دائمی صرع؛ کمک میکند.

اساسات عمومی تداوی دوائی برای صرع.

- به مریض صرف یک دوا بدهید. ۷۵% تمام مریضان میتوانند توسط یک دوا به صورت موفقانه تداوی شوند. تداوی مریض مصاب صرع توسط چندین دواى ضد صرع به دوز های پائین که موثر بوده نمی تواند، یک اشتباه معمول میباشد.

- مریضان مختلف به دوز های مختلف ادویه ضرورت دارند. دوز دوا را برای هر مریض عیار نمائید. همیشه با یک دوز کم؛ تداوی را آغاز نمائید و دوز را هر ۲ هفته بعد زیاد نمائید تا آنکه حملات مرض کنترل شود یا مریض دوز های بلند را به سبب عوارض جانبی آن تحمل نتواند.

- زمانیکه دوا آغاز گردید باید به صورت مداوم گرفته شود. اگر مریض آنرا دفعتاً قطع نماید ممکن چندین حمله شدید نزدش واقع شود.

- هرگاه مریض برای مدت ۲ سال کدام حمله اختلاجی نداشته باشد؛ بعداً دوا را به صورت تدریجی قطع نمائید یعنی دوا را به صورت آنی قطع نکنید مگر دوز آنرا به صورت تدریجی هر ۲-۴ هفته تنقیص دهید.

تداوی دوائی بالخاصه (برای مقدار مصرف چوکات دیده شود):

- از *phenobarbital* منحیث دوائی انتخابی استفاده نمائید چه این دوا ارزان، موثر و وسیعاً قابل دسترس میباشد. دوا های انتخابی دوم با در نظر داشت قیمت و قابل دسترس بودن آنها، carbamazepine یا phenytoin میباشد. همیشه این موضوع را که فامیل مریض قادر به خرید ادویه برای مدت حد اقل ۲ سال و معمولاً بیشتر از آن باشد؛ مد نظر داشته باشید.

- مقدار درست دوا را بدهید. phenobarbital را با دوز پائین (کاهلان ۹۰-۶۰ mg، اطفال ۵ mg/kg

که از باعث تومور دماغی بوجود آمده اند) یا صرع که با دوا ها جواب نمیدهد استطبیب دارد.

اهتمامات

آموزش بسیار و کاربرد دوا ها؛ هردو در تداوی موفقانه صرع ضروری اند. جای بسیار تاسف است که از جمله ۴ مریض مصاب صرع؛ صرف یک نفر آنها تداوی را حاصل مینمایند. زمانیکه تداوی ناکام میشود یا قطع میشود؛ معمولاً از باعث آن است که مریض و فامیلش طبیعت مرض صرع را ندانسته اند.

۱. **تعلیم و تربیه:** اطمینان حاصل نمائید که مریض و فامیل وی نکات ذیل را میدانند:

- **صرع مانند انتان گوش یا مریضی دیگر، یک مریضی معمولی میباشد.** این مریضی به علت ارواح خبیثه بوجود نیامده بل از باعث چیز های مثل ندبه در دماغ بوجود میآید (مثلاً بعد از صدمات راس). صرع چیزی نیست که از داشتن آن باید شرمنده بود. و داشتن صرع؛ بدان مفهوم نیست که شخص از نظر دماغی معیوب میباشد.

- **صرع میتواند با تداوی فمی بهبودی حاصل نماید.** تداوی زمان طولانی را در بر خواهد گرفت. ادویه باید حد اقل برای مدت دو سال بعد از آخرین حمله اخذ گردد.

- **تابلیت ها باید هر روز گرفته شوند.** اگر مریض اخذ تابلیت را فراموش نماید یا تداوی خود را آنآ توقف دهد؛ ممکن از وقوع حمله رنج ببرد.

- **در آغاز تداوی؛ مریض ممکن احساس گنسیت نماید؛ نگران نباشید چه این گنسیت بهبود مییابد.**

- **هر مریض به دوز مختلف ادویه ضرورت دارد.** به مریض توضیح نمائید که شما دوز درست را برای شان در مییابید. اگر مریض بعد از آغاز تداوی؛ حمله اختلاجی دیگر می داشته باشد، علامه عدم موثریت تداوی نمیباشد.

- **تا زمانیکه حملات کنترل نگرییده؛ مریض نباید راننده گی کند یا نزدیک آب، آتش یا جاهای بلند برود.**

- **به فامیل مریض بیاموزانید که در صورت وقوع حمله اختلاجی دیگر چه کنند؟ (چوکات دیده شود)**

۲. **تداوی دوائی:** صرف مریضی که حد اقل ۲ حمله در جریان ۶ ماه گذشته داشته باشد؛ تداوی شود. حمله اول را تداوی ننمائید زیرا تعداد زیاد مریضان؛ هرگز حمله دیگر نمی داشته باشند. دوائیکه صرع را معالجه نموده بتوانند، وجود ندارند و دوا ها به منظور جلوگیری از حملات داده میشوند. بعضی اوقات وقایه

دویه تداوی صرع

• **Phenobarbital** فمی: به مقدار 5 mg/kg روزانه یک بار از طرف شب. دوز دوا را هر ۱-۲ هفته بعد زیاد نمایند (نزد کاهلان به مقدار 30 mg و نزد اطفال به مقدار 1 mg/kg ، متن دیده شود)

۱۲-۲ ماهه	15-45 mg	از طرف شب
۱-۵ ساله	30-100 mg	از طرف شب
۶-۱۲ ساله	50-150 mg	از طرف شب
کاهلان	60 mg-الی 300 mg	از طرف شب

عوارض جانبی: خواب آلوده گی، بی حالی، تغییرات سلوکی، مشکلات آموزشی، ناراحتی، کمخونی ناشی از کمبود فولیت (folate).

• **Phenytoin** به مقدار 3-5 mg/kg/day در ۲ دوز کسری

۱۲-۲ ماهه	12.5-50 mg	روزانه ۲ مرتبه
۱-۵ ساله	25-100 mg	روزانه ۲ مرتبه
۶-۱۲ ساله	50-150 mg	روزانه ۲ مرتبه
کاهلان	100-150 mg	روزانه ۲ مرتبه

عوارض جانبی: خواب آلوده گی، آشفته گی روانی، گنسیت، بی موازنه گی، استفراغ، کمخونی ناشی از فقدان فولیت، جوانی دانه، تورم بیره ها، ضخامه عقدات لمفاوی، تب.

• **Carbamazepine** به مقدار 3-8 mg/kg/day به ۲ دوز کسری.

تداوی را با دوز پائین شروع نمایند (برای اطفال به مقدار 25-50mg روزانه ۲ مرتبه، برای کاهلان به مقدار 100-200mg روزانه ۲ مرتبه). بعداً در صورت ضرورت دوز دوا را زیاد نمایند.

۱۲-۲ ماهه	50-100 mg	روزانه ۲ مرتبه
۱-۵ ساله	100-200 mg	روزانه ۲ مرتبه
۶-۱۲ ساله	200-300mg	روزانه ۲ مرتبه
کاهلان	300-600mg	روزانه ۲ مرتبه

عوارض جانبی: خواب آلوده گی، آشفته گی روانی، گنسیت، بی موازنه گی، استفراغ، قبضیت یا اسهالات، خیره گی روبت، بی ثباتی، عدم کفایه کبدی و کلیوی، تشوشات خون (agranulocytosis) و یرقان .

به یکباره گی از طرف شب) آغاز نمایند. دوز دوا را هر ۱-۲ هفته (برای کاهلان 30 mg ، اطفال به اندازه 1 mg/kg) الی زمانیکه اختلاجات کنترل شوند یا دوز اعظمی که مریض آنرا تحمل نموده میتواند؛ بلند ببرید. صرف زمانیکه کنترل مرض صورت گرفته نتواند؛ دوی دومی ضد صرع را اضافه نمایند.

• **دوا را برای مدت زمان کافی بدهید.** هرگاه مریض برای مدت ۲ سال اختلاج نداشته باشد؛ پس دوا را به صورت تدریجی قطع نمایند. حدود ۶۰٪ این مریضان دیگر حمله نخواهند داشت. دوا را به صورت فوری قطع نکرده دوز دوا را به اندازه ۱۰٪ در هر ۴ هفته تنقیص دهید. این بدان معنی است که چندین ماه را در بر خواهد گرفت تا دوی مریض کاملاً متوقف گردد. اگر مریض برای صرع دو دوا را اخذ میدارد، باید اولاً یک دوا و بعداً دوی دیگر را قطع نماید.

• **مریض را به صورت منظم ببینید.** بدون تعقیب مریض؛ تداوی صرع هرگز موفق نخواهد بود!

پیشرفت مریض را ارزیابی نمائید. در ابتدا مریض را هر ۲ هفته و بعداً هر ۱-۳ ماه بعد ببینید. مشورت های مهم را برای فامیل مریض یادداشت نمائید. در صورتیکه مریض نتواند ملاقات های تعقیبیه خود را انجام دهد بگوئید که او باید به اخذ دوی خود ادامه دهد.

• **تداوی در جریان حامله گی.** صرع تداوی ناشده ممکن بر جنین صدمه وارد نماید. بناً زمانیکه زن حامله میشود؛ تداوی متوقف نگردد. جهت کاهش خطر نقیصه تیوب عصبی؛ به خانم حامله روزانه یک بار به مقدار 5 mg folic acid تطبیق نمائید. جهت کاهش خطر امراض haemorrhagic جدیدالولاده ها بعد از ولادت ویتامین K را به مقدار 1 mg زرق عضلی نمائید.

اختلاجات فیبری (FEBRILE CONVULSIONS)

هر مریضی تب دار؛ میتواند در نزد اطفال خورد سن؛ اختلاجات را بار آورد. اختلاجات فیبری معمولاً برای چند ثانیه تا چند دقیقه دوام مینماید که تخریبات دماغی را سبب نمیشوند. حدود ۳۰٪ اطفال که هنگام تب حمله اختلاجی دارند، در آینده هنگام تب نیز حمله خواهند داشت. حملاتی که صرف با تب واقع میشوند، معمولاً با بزرگ شدن طفل کمتر میشود. تمایل به حمله در هنگام تب؛ معمولاً زمانیکه طفل ۲ ساله میشود (بعض اوقات ۶ ساله) توقف مینماید. اختلاج فیبری به مفهوم آن نیست که طفل صرع دارد یا در آینده صرع نزدش بار می آید.

اگر طفل بعد از حمله برای مدت بیشتر از یک ساعت گنسیت یا خواب آلوده گی داشته باشد یا اختلاج برای مدت بیشتر از ۲۰ دقیقه دوام نماید، خطر تخریب دماغی نزدش بلند میباشد. یک تعداد زیاد بین اطفال از التهاب سحایائی (meningitis) یا حالات بیماری شدید رنج خواهند برد. بناً قبل از تشخیص اختلاج فیبری باید انتانات خطر ناک (مثلاً التهاب سحایائی - meningitis، ملاریای دماغی، نومونیا همراه با هایپوکسی و دیهایدریشن شدید) را رد نمائید.

تظاهرات کلینیکی

- به صورت وصفی اطفال ۶ ماهه الی ۲ ساله (ندرتاً ۶ ساله) یک اختلاج عمومی مختصر؛ در جریان مریضی تب دار میداشته باشند. غالباً مریضی طفل را یک انتان ویروسی بدون خطر طرق تنفسی علوی؛ تشکیل میدهد.
- کدام علامه انتان شدید وجود ندارد و طفل بسیار مریض نمیشود.

اهتمامات

- اختلاج مریض را متوقف سازید.
- تب را با paracetamol تنقیص دهید.
- سبب وخیم مریضی، خصوصاً التهاب سحایائی (meningitis) را رد نمائید.
- کوشش نمائید تا از اختلاجات فیبریل بیشتر جلوگیری شود. به فامیل طفل بگوئید تا در هنگام تب به مریض paracetamol بدهند. phenobarbital را جهت وقایه حملات در مواقع (۱) طفل در ظرف ۶ ماه ۳ یا بیشتر از ۳ حمله فیبریل داشته باشد (۲) اگر طفل قبلاً تخریب دماغی موجوده باشد، استعمال نمائید.
- فامیل طفل را در مورد کمک های اولیه به هنگام اختلاج آموزش دهید.

اسباب آشفتگی مغزی

همراه با خواب آلودگی و کسالت

- انتان دماغی (میننژیت، انسفالیت، ملاریای دماغی)
 - تب محرکه یا انتانات شدید دیگر (پیلونفریت، سپس، ملاریا)
 - تب بلند
 - هایپوکسی
 - دواها، الکل، سمیات
 - هایپوگلیسیمیا
 - عدم کفایه کبدی و کلیوی
 - صدمات راس
 - ستروک (stroke)
 - صرع (مرحله بعد از حمله)
- بدون خواب آلودگی و کسالت
- امراض روانی (شیزوفرنی)
 - قطع کاربرد دواها و الکل

انسفالیت (ENCEPHALITIS)

انسفالیت؛ یک انتان ویروسی نسج دماغ است. مریض تب بلند و سردردی میداشته باشد. آشفتگی و تغیر سویه شعوری مریض؛ آشکار میباشند. یک تعداد مریضان به کوما رفته یا اختلاجات نزد شان تاسس مینماید. بعض اوقات نزد مریض شخی خفیف گردن و علایم محراقی را درمیابید.

کدام تداوی خاص قابل دسترس نمیباشد. آشفتگی و اختلاطات مرض را تداوی نمائید.

ضیاع شعور

کوما حالتی است که در آن مریض بیهوش بوده آنرا با تنبهاات (سخن گفتن یا درد) بیدار نموده نمیتوانید. اسبابیکه مریض را به کوما میبرد، سبب تغیر شعور مریض مثلاً گیچی یا حالت نیمه کوما (stupor) نیز شده میتواند. غالباً قبل از آنکه به کوما رود، یک تعداد مراحل مختلفه تغیر شعور را میداشته باشد.

یک تعداد زیاد مریضان مصاب کوما به صورت کامل شفا می یابند. علایم انذار خراب مرض را (۱) حدقه های که بعد از ۲۴ ساعت به نور عکس العمل نشان نمیدهند و (۲) کومای عمیق (عدم جواب به مقابل درد یا صدا) برای بیشتر از ۷۲ ساعت تشکیل میدهد.

بیهوشی واقعه عاجل است، اهتمامات آن شامل سه قدمه میباشند:

۱. کمک های اولیه

با اجرای کمک اولیه از ورود مواد بداخل ریه جلوگیری نموده مطمین می شوید که طرق هوائی باز

آشفتگی مغزی (confusion)

مریضی که آشفتگی مغزی داشته باشد ممکن نداند که در کجا است و غالباً نمیداند که اخیراً چه واقع شده است؟ حواس او به آسانی پریشان شده بالای آنچه شما میگوئید؛ تمرکز نموده نمیتواند.

جهت تشخیص تفریقی میان اسباب روانی و ارگانیک آشفتگی بر موارد ذیل تصمیم بگیرید:

○ آیا مریض خواب آلودگی دارد یا خیر؟

در مریضان آشفته یا معشوش؛ خواب آلودگی یک علامه خطر میباشند. خواب آلودگی بدان معنی است که مریض احتمال دارد به کوما رود. اسباب روانی آشفتگی (مثلاً شیزوفرنیا) با خواب آلودگی تظاهر نمیکند. خواب آلودگی علامه آنست که امراض ارگانیک؛ دماغ را ماووف نموده است. اکثریت مریضان مصاب آشفتگی؛ از انتانات، تشوشات میتابولیک یا عوارض جانبی دوا ها رنج میبرند. صرف یک تعداد کم آنها پرابلم های عصبی اولیه مانند انسفالیت دارند (چوکات دیده شود).

چگونه میتوان آشفتگی مغزی را تداوی نمود؟

۱. اگر ممکن باشد؛ سبب آنرا تداوی نمائید.
۲. شبانه چراغ را روشن بگذارید.
۳. اگر بر پائین بودن سطح گلوکوز خون مشکوک میشوید، مریض را برای هایپوگلیسیمیا (hypoglycaemia) تداوی نمائید.
۴. رفتار بی نظم بیمار را توسط chlorpromazine به مقدار 25-50 mg از طریق عضلی یا فمی هر شش ساعت بعد (یا haloperidol) تداوی نمائید.

اسباب معمول ضیاع شعور

- انتان دماغ (التهاب سحایائی بکتریائی و تویرکلوزیک، انسفالیت، ملاریای دماغی)
- تب محرقه (کوما ناشی از توکسین های بکتریائی)
- هایپوکسی (نومونیا، غرق شدن)
- مرحله postictal به تعقیب اختلاج
- صدمات راس
- شاک
- تسممات و ازدیاد دوز ادویه (مخدرات، مسکن ها، ادویه ضد افسرده گی، ادویه ضد اختلاج، الکل، کاربن مونوکساید).
- عدم کفایه کبد یا کلیه
- ستروک (stroke)
- هایپوترمی- یا هایپرترمی (جل زده گی)
- هایپوکلسیمی- یا هایپرکلسیمی (کوما کیتواسیدوز)
- فرط فشار داخل قحفی
- هستری

مریض را معاینه نمائید

- جهت دریافت علایم مریضی که ممکن ضیاع شعور را بار آورده باشند، مریض را به صورت کامل معاینه فزیکائی نمائید.
- به خصوص موارد ذیل را جستجو نمائید:

- آیا خونریزی یا کبودی راس وجود دارد؟
- آیا علایم شاک یا دیهیدریشن شدید وجود دارد؟
- آیا زبان مریض به دندان گزیده شده است یا خیر؟ آیا مریض ادرار بدون اراده نموده است؟ (اختلاج)
- آیا شخی گردن وجود دارد؟ (التهاب سحایائی - meningitis)
- آیا علایم نومونیا شدید وجود دارد؟
- آیا تب یا هایپوترمی وجود دارد؟
- آیا سؤتغذی شدید وجود دارد؟
- آیا عکس العمل مشابه در مقابل درد در دست ها و پاهای مقابل وجود دارد؟ (اگر عکس العمل غیر مشابه وجود داشته باشد؛ به hemiparesis در طرف که جواب کمتر دارد؛ مشکوک شوید).

• حدقه ها را ارزیابی نمائید:

- نورمال (سایز آنها یکسان بوده بعد از تابانیدن روشنی چراغ بداخل چشم ها سایز آنها کوچکتر میشود)
- حدقه های سر سنجاق مانند (تسمم با اوپیات)
- حدقه های نامساوی (ازدیاد فشار داخل قحفی)
- عمق بیهوشی را با چارت کوما ارزیابی نمائید. این کار در دریافت سبب مرض کمک نکرده در حصول (۱) معلومات مربوط به عمق بیهوشی و (۲) مونیتور پیشرفت مرض کمک مینماید. به هر اندازه که نمره مریض بلند تر باشد به همان اندازه کوما خرابتر میباشد:

بوده دوران خون نورمال میباشد. هر شخص باید تداوی کمک های اولیه برای شخص بیهوش را بداند (چوکات دیده شود).

هرگاه مریض به شفاخانه انتقال داده میشود؛ اطمینان حاصل نمائید که او در وضعیت کوما (coma position) در تمام مدت ترانسپورت باقی میماند.

کمک های اولیه برای مریضان بی هوش

از کمک های اولیه طبی؛ که بنام میتود ABC یاد میشود، پیروی نمائید. تفصیلات و تصاویر آن در فصل ۲۱ توضیح داده شده است. به یاد داشته باشید تا مریض بیهوش را همیشه در وضعیت coma قرار دهید. این مریضان شامل مریضانی میشوند که در حال بیدار شدن بعد از عملیات اند یا مریضان بیهوش که به شفاخانه انتقال میشوند.

۱. **A برای طرق تنفسی:** اطمینان حاصل نمائید که طرق هوائی مسدود نباشد. اگر مریضی بیهوش باشد و به وضعیت ظهری قرار داشته باشد، زبان وی ممکن طرق تنفسی اشرا مسدود سازد. مسدود شدن طرق تنفسی یک سبب قابل جلوگیری مرگ؛ نزد مریضان بیهوش میباشد. طرق تنفسی مریض را با خم نمودن راس وی به عقب باز نمائید. خون و افرازات موجود در دهن مریض را دور نمائید.

۲. **B برای تنفس:** فوراً تنفس مریض را چک نمائید. اگر مریض تنفس داشته باشد وی را فوراً در وضعیت کوما قرار دهید. اگر تنفس نداشته باشد؛ فوراً دو مرتبه تنفس مصنوعی را اجرا نمائید.



وضعیت کوما: بیمار به یک پهلو خوابیده و گردن وی در حالت بسط قرار دارد.

۳. **C برای دوران خون:** علایم دوران خون را فوراً ارزیابی نمائید. اگر علایم دوران خون موجود باشد، تنفس مصنوعی را ادامه دهید. اگر علایم دوران خون موجود نباشد، فشردن صدر را شروع نمائید.

۴. **D برای ادویه:** تمام حالات و خیم را فوراً تداوی نمائید (مثلاً شاک را)

۲. علت بیهوشی را دریابید

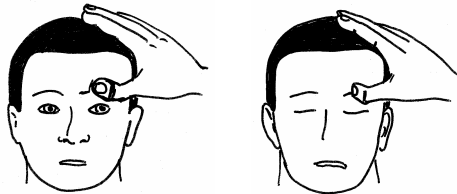
برای دریافت اسباب معمول بیهوشی چوکات دیده شود. تظاهرات کلینیکی در تشخیص اسباب احتمالی کوما (چوکات دیده شود) کمک مینماید.

تاریخچه بگیرید

از فامیل مریض یا شاهد بپرسید که آیا کسی او را دیده است که چگونه بیهوش شده است؟ از وی بپرسید که:

- "آیا مریض بصورت آنی بیهوش شده است یا تدریجی؟"
- "آیا قبل از آنکه بیهوش شود کدام مریضی داشته است یا خیر؟"
- "آیا در گذشته به مثل حالا بیهوش بوده است یا خیر؟"
- "آیا او معتاد است یا خیر؟"

با ناخن انگشت تان بالای عصب supraorbital یا بستر ناخن مریض فشار وارد نمائید و بدین ترتیب دریابید که مریض در مقابل درد عکس العمل دارد یا خیر؟
عدم عکس العمل در مقابل درد عکس العمل در مقابل درد



شکل ۸-۱۵: طرز ارزیابی عکس العمل در مقابل درد

معاینات

اجرای معاینات بر اساس تشخیص های احتمالی صورت گیرد. گلوکوز خون (blood glucose) مهم می باشد. هموگلوبین (Hb)، تعداد مجموعی و تقریبی کربوات سفید خون (WBC)، سلاید خون برای ملاریا یا اکسری قحف (skull x-ray) مفید میباشند. انتظار نتایج معاینات لابراتواری را نکشید و تداوی تانرا برای احتمالی ترین سبب یا اسباب مرض آغاز نمائید.

۳. سبب ضیاع شعور را تداوی نموده پیشرفت وضع صحت مریض را مراقبت نمائید

۱. سبب زمینوی را تداوی نمائید.
۲. اگر سویه پائین شکر خون مریض رد شده نتواند هاپیوگلاسیمی را تداوی نمائید.
۳. اختلالات را تداوی نمائید (مثلاً شاک، دیهایدریشن یا کمخونی).
۴. مریض را به وضعیت کوما نگهدارید و او را هر ۳ ساعت بعد از یک پهلو به پهلو دیگر دور دهید تا از زخم های فشاری جلوگیری بعمل آید.
۵. پیشرفت وضع صحت مریض را مراقبت نمائید. درجه حرارت، نبض، سرعت تنفس، فشار خون، اندازه اخذ و بیرون ده (in- و output) مایعات و سویه شعوری مریض را در وقفه های منظم معاینه و ثبت نمائید.

Black outs (حملات سنکوپ)

Black outs (حملات سنکوپ) عبارت از ضیاع آنی شعور همراه با بهبودی سریع می باشد. معمولترین سبب آنرا ضعف های ساده (حملات vasovagal) تشکیل میدهد. این حالت به خوبی نظر به شرایطی که در آن

- ۰ = آیا مریض به صورت کامل هوشیار و بیدار است؟ (شعور نورمال)
- ۱ = آیا مریض خواب آلود بوده مگر به صدای شما جواب میدهد؟ (گیج یا کسل - drowsiness)
- ۲ = آیا مریض صرف به تنبه دردناک جواب میدهد؟ (شکل ۸-۱۵ دیده شود). (نیمه کوما - stupor)
- ۳ = آیا مریض در مقابل تنبه دردناک جواب نمیدهد؟ (کوما)

اسباب معمول ضیاع شعور با در نظر داشت تظاهرات کلینیکی آن

تب

- میننژیت یا انسفالیت
- ملاریای دماغی
- سپیس
- تب محرقه شدید
- جل زده گی (گرمی زده گی)

عدم اقتدار مثانی و غایبی و گزیدن دندان

- مرحله بعد از اختلاجات

تفریط فشار خون، نبض سریع و ضعیف

- شاک (دیهایدریشن شدید، ضیاع خون)

سیانوز و تنفس سریع

- هاپیوکسی (نومونیای شدید، استمای شدید)
- خونریزی، کبودی، خونریزی از کانال گوش
- صدمات راس

صدمه راس در چند روز یا هفته گذشته

- خونریزی تحت الصلی (subdural)

تفریط درجه حرارت بدن

- هاپیوترمی
- سپیس

فرط فشار خون، عکس العمل های غیر متناظر، مریضان پیر

- ستروک (stroke)

پائین بودن شکر خون

- هاپیوگلاسیمی (خصوصاً در سوتغذی یا امراض وخیم از قبیل سپیس یا التهاب سحایانی)

علام عصبی محراقی

- کیست هیدانتیت
- خونریزی دماغی
- ستروک (stroke)
- التهاب سحایانی تویرکلوزیک
- تومور های دماغی یا میتاستاز های دماغی

شخی گردن

- التهاب سحایانی
- اسباب نادر: خونریزی تحت العنکوتی

حذقه های نقطوی و تاریخچه سواستفاده از ادویه

- (تسمم با نارکوتیک ها، یا تسمم با حشره کش ها)

ضیاع تدریجی شعور

- هر آنچه فشار داخل قحف را بلند ببرد
- انتان دماغی
- اسباب میتابولیک (هایپرگلاسیمی، عدم کفایه کلیوی یا کبدی)

تیتانوس میتواند به تعقیب سوراخ نمودن گوش، زرقیات ناپاک، ختنه وسایر پروسیجر های جراحی که تحت شرایط معقم اجرا نشده باشند به وجود آید.

تظاهرات کلینیکی

◀ نزد تمام مریضانی که مشکلات در باز نمودن دهن و سپزم عضلی دارند به تیتانوس مشکوک شوید.

● دوره تفریح مریض ۷-۱۴ روز میباشد. مگر تعداد زیاد مریضان تاریخچه صدمه را بخاطر نمیآورند. اولین عرض تیتانوس؛ مشکلات در باز نمودن دهن از باعث شخی عضلات فک (trismus) میباشد. زمانیکه پروسه پیش میرود شخی سایر گروپ های عضلی به شمول عضلات وجه (تظاهر وجهی وصفی یعنی risus sardonius) عضلات عنق و کمر (opisthotonus) و عضلات بلعیدن (خطر انشاق مواد) بوجود میآید. شخی آنی و دردناک عضلات (سپزم) به صورت بنفسهی واقع شده یا توسط منبهات چون صدای بلند، روشنی یا حتی لمس نمودن مریض ماشه میشود.

● در حالات شدید مرضی عرق بیش از حد، تب و پرابلم های تنفسی (از باعث تشنج عضلات تنفسی) چندین روز بعد از شروع مرض واقع میشوند.

● تیتانوس نوزادان که معمول میباشد؛ معمولاً در بین روز های ۵-۱۸ بعد از تولد تظاهر مینماید. اولین علامه مرض را مشکلات مکیدن شیر تشکیل میدهد.

● زمان میان اعراض اولیه شخی و شروع سپزم از ۱-۷ روز میباشد. به هر اندازه که این فاصله کوتاه باشد، مرض به همان اندازه شدیدتر و خطر مرگ بیشتر میباشد. اگر مریض زنده باقی ماند، سپزم در ظرف ۱-۳ هفته به دفعات کمتر واقع شده شخی به آهسته گی بهبود مییابد.

اهتمامات

تداوی؛ ضرورت عاجل بوده باید در شفاخانه صورت گیرد. این تداوی متشکل از ۳ ستراتیژی میباشد:

۱. از آزاد شدن بیشتر توکسین جلوگیری نمائید:
 - تمام جروح را پاک نموده؛ انساج نکروتیک را دور نمائید.
 - به مریض metronidazole به مقدار 500 mg از طریق وریدی هر ۶ ساعت بعد برای ۵ روز تطبیق نمائید (در واقعات خفیف از طریق فمی تطبیق شود) تا از از دیاد باکتری تیتانوس جلوگیری شود. دواى عوضی آن benzylpenicillin از طریق عضلی یا وریدی برای ۷-۱۰ روز (به

واقع میگرددند؛ شناسائی میشوند: مثلاً هر گاه شخص برای یک مدت طولانی ایستاده شود، بدون خوردن غذا کار کند یا در یک اتاق گرم و مزدحم قرار گیرد. دفعته احساس ضعیفی و دلبدی نموده قبل از ضعف عرق مینماید. زمانیکه مریض دراز میکشد به زودی بهبود مییابد. سبب دیگر black outs را حملات اختلاجی تشکیل میدهد. سوال بعمل آورید که آیا مریض در زمان black outs به صورت خود بخودی ادرار نموده است یا خیر؟ جویده گی زبان را که ظن اختلاج را تائید مینماید جستجو نمائید. برای اسباب دیگر چوکات دیده شود.

اسباب سنکوپ (بیهوشی موقت)

اسباب معمول

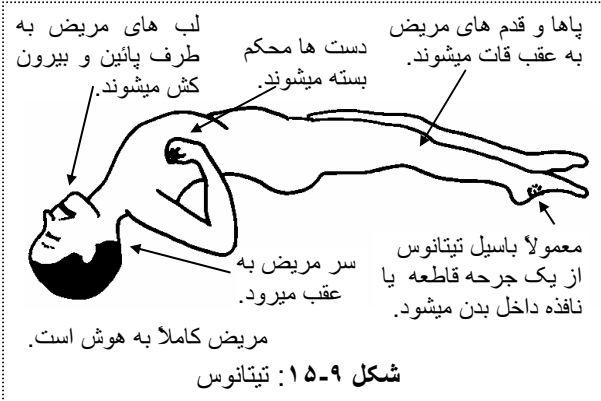
- ضعف ساده (حملات ازوواگل)
- صرع
- حملات هستریک

اسباب کمتر معمول

- هایپوگلاسیمی
- اریتمی قلبی
- حملات گذری اسکیمیک
- سواستفاده از ادویه

تیتانوس (tetanus)

تیتانوس توسط باکتری Clostridium tetani که توکسین ماووف کننده سیستم عصبی مرکزی را تولید مینماید، بوجود میآید. تیتانوس توسط شخی و سپزم عضلی که از اثر توکسین به وجود میآید؛ مشخص میشود (شکل ۹-۱۵ دیده شود). باکتری از طریق جروحات منتن داخل عضویت میشود. هر جرحه میتواند محل دخول این مریضی تباه کن باشد. جروحات وخذه ئی، وخذه حیوانات، سوخته گی ها، جروحات ملوث با گردو خاک و جروحات باز که با دوا های عنعنوی تداوی شده باشند. اگر ناف نوزاد توسط چاقوی پاک قطع نشود یا از رنگ های عنعنوی بر بالای سره او استفاده شود؛ این نوزاد نیز در معرض خطر تیتانوس قرار می گیرد.



واکسین های وقایه کننده از مرض تیتانوس

۱. **Tetanus toxoid** حاوی توکسین غیر فعال شده تیتانوس است که بدن را تنبیه مینماید تا در مقابل تیتانوس معافیت تولید نماید. این واکسین جز واکسین های پروگرام ملی واکسیناسیون است. برای آنکه معافیت کافی در مقابل تیتانوس تولید شود لازم است تا واکسین فوق یک ماه بعد از تطبیق دوز اول و بعداً ۶ ماه و ۱۲ ماه بعد تکرار شود. و بعداً در یک فاصله زمانی نه بیشتر از ۱۰ سال دوباره تطبیق شود. بعد از تطبیق واکسین؛ بدن در ظرف حدود ۱۰ روز مقدار کافی انتی توکسین را در مقابل تیتانوس تولید مینماید. بنا تطبیق tetanus toxoid فوراً بعد از جرحه حاد شخص را در مقابل تیتانوس وقایه نموده نمیتواند.

۲. **Anti-tetanus serum (ATS)**. (از اسب های واکسین شده بدست میآید) یا **tetanus immunoglobulin** (انسانی): این واکسین ها حاوی انتی بادی های ضد توکسین تیتانوس بوده و مریض را فوراً در مقابل تیتانوس محافظه مینماید. مگر این واکسین ها سبب ایجاد معافیت دایمی نمیشوند زیرا بدن را تنبیه نمینماید تا انتی توکسین را تولید نماید.

قبل از تطبیق ATS یک دوز امتحانی به مقدار ۱/۱۰ دوز متوقعه را از طریق تحت الجلدی تطبیق نموده برای ۳۰ دقیقه انتظار بکشید تا اطمینان حاصل نمائید که نزد مریض اعراض الرژیک (ویز، رش ها، خارش، استفراغ و حتی کولایس) واقع نمی شود. در صورت وقوع هر یک از اعراض فوق، دوز اساسی را به مریض تطبیق ننمائید. به هنگام تطبیق دوز امتحانی، ادرینالین را آماده داشته باشید تا در صورت وقوع حساسیت؛ مریض را تداوی نموده بتوانید.

وقایه

۱. تمام خانم های را که در سن باروری اند یا درجریان حامله گی؛ در مقابل تیتانوس واکسین نمایند.
۲. پرکتس های ولادت پاک را به شمول مراقبت پاک سره (ناف) جهت جلوگیری از تیتانوس نوزادی، آموزش دهید (صفحه ۲۵۰ دیده شود).
۳. اطمینان حاصل نمائید که اطفال تمام واکسین های معمول خود را اخذ میدارند.
۴. تمام جروح را با دقت پاک نموده و تمام مریضان دارای جروح، سوخته گی یا گزیده گی را معافیت دهید. معافیت دهی تیتانوس حتی در خراش های کوچک نیز ضروری میباشد. هرگاه متیقن نیستید که مریض واکسین شده است یا خیر؟ برای مریض فوراً سیروم ضد تیتانوس (ATS) تطبیق نمائید (کاهلان 1500 units، اطفال 750 units - اگر امیونوگلوبولین انسانی قابل دسترس باشد، از طریق عضلی به مقدار 250-500 units) و tetanus toxoid تطبیق نمائید.
۵. مریضانی را که عملیات میشوند محافظه نمائید:
 - اگر جراحی روتین پلان میشود و تعقیم کافی تامین شده نمیتواند؛ به مریض ۶-۸ هفته قبل از عملیات tetanus toxoid تطبیق نمائید.
 - برای سایر عملیات های دیگر؛ اگر تعقیم کافی تامین شده نتواند؛ از سیروم انتی تیتانوس (ATS) + tetanus toxoid تطبیق نمائید.

مقدار 100,000-200,000 IU/kg/day به چهار دوز کسری میباشد). مریضانی که توسط metronidazole تداوی میشوند سبزم کمتر داشته و به مسکنات کمتر ضرورت دارند.

۲. هر نوع توکسین آزاد را خنثی سازید:

• **انتی تیتانوس سیروم (ATS) را جهت خنثی نمودن توکسین تیتانوی تطبیق نمائید.** در ابتدا یک دوز امتحانی (چوکات دیده شود) را تطبیق نمائید. در صورت عدم موجودیت اعراض الرژیک برای کاهلان به مقدار 10,000-50,000 IU از طریق عضلی تطبیق نمائید (برای نوزادان 5000 IU). اگر امیونوگلوبولین انسانی در دسترس باشد به مقدار 300-30 units/kg از طریق عضلی (= حدود 500-6000 units) تطبیق نمائید. به دوز امتحانی ضرورت نمیشد. در تیتانوس نوزادان به مقدار 500 units بدهید.

۳. اثر توکسین را که فعلاً بالای سیستم عصبی عمل مینماید به حد اقل رسانید:

- از مریض در اتاق تاریک و آرام مراقبت بعمل آورید و از برخورد های غیر ضروری که باعث آغاز سبزم گردند؛ جلوگیری نمائید.
- سبزم ها را کنترل نموده مریض را آرام نمائید. به مریض **diazepam** دهید. دوز دوا مربوط به شدت مرض بوده از تطبیق فمی یا داخل عضلی برای کاهلان به مقدار 5-10 mg هر ۲-۴ ساعت بعد در واقعات خفیف و تا 10-20 mg به آهسته گی از طریق وریدی هر ۱-۲ ساعت بعد (در اطفال 0.2 mg/kg هر ۳-۶ ساعت بعد) در واقعات شدید فرق مینماید. دوز دوا را به صورت تدریجی زیاد نمائید. این کار به دو دلیل مهم میباشد: (۱) دوز دوا را نظر به وضعیت مریض الی زمان کنترل سبزم ها، استرخای عضلی و ایجاد تنفس منظم عیار نمائید، و (۲) جهت جلوگیری از خطر انحطاط تنفسی.

زمانیکه سبزم ها کنترل شدند؛ diazepam را به شکل فمی یا عضلی هر ۴-۶ ساعت بعد ادامه دهید. اگر سبزم واقع میشود یک دوز اضافی را تطبیق نمائید. ادویه بدیل diazepam را phenobarbital تشکیل میدهد. diazepam را برای ۲-۴ هفته ادامه دهید و بعداً آنرا به آهسته گی تنقیص دهید.

- یک تعداد مریضان به تسکین و تهویه مصنوعی برای زنده ماندن خود ضرورت دارند.

نوت: بعد از شفا، مریض را در مقابل تیتانوس واکسین نمائید زیرا انتان تیتانوس معافیت دایمی را بار نمیآورد.

بعداً با در نظر داشتن زمان آغاز، تون عضلی و حسیت تصمیم بگیرید که مریض در کدام یک از گروپ های ذیل قرار میگیرد:

• تحت فشار بودن نخاع (توبرکلوز، آبسه، و پرولیس دسک)	ضعیفی آنی پاها با سپزم یا شخی
• ستروک (stroke) (تون عضلی بعداً سبزی تیک میگردد)	ضعیفی آنی دست ها، پاها و وجه همراه با تون عضلی نرم (flaccidity)
• طفل خورده سال: پولیو میالیت (poliomyelitis) (حسیت نورمال) • صدمه زرقی (حسیت نیز ماوف میباشند)	ضعیفی آنی پاها همراه با تون عضلی نرم (flaccidity)
• Cerebral palsy	سپزم مزمن
• تروما عصبی • پولی نیورپتی (polyneuropathy)	تون عضلی نرم (flaccidity) مزمن
• پولیو میالیت • مرض نیورون حرکی (motor neurone disease)	ضعیفی بدون ضیاع حسیت

چگونه از مریض مصاب فلج مراقبت شود؟

مراقبت از مریضان مصاب فلج؛ بیشتر از اهتمامات پرابلم های فزیکتی را در بر میگیرد چه مریض مصاب فلج؛ ترس، افسرده گی و خشم را تجربه خواهد نمود. مریض به حمایه، درک و تشویق ضرورت دارد. به مریض صادق بوده وعده های غلط ندهید (مثلاً به مریض مصاب فلج نگوئید: "شما به زودی صحت مند میشوید و دو باره قادر به قدم زدن میگردید"). زیرا گفتن دروغ به وی؛ قبول ناتوانی نو و تطابق با زندگی جدید را؛ مشکل میسازد (شکل ۱۲-۱۵ دیده شود).



اهتمامات مریض فلج دارای دو هدف میباشند:

۱. از سه خطر بزرگ صحتی جلوگیری نمایند:

الف. از زخم های فشاری جلوگیری نمایند. شخص از باقی ماندن دوامدار در یک وضعیت مشابه جلوگیری نماید. مریض باید هر ۳ ساعت بعد از

ضعیفی یا فلج دست ها و یا پاها

فلج عبارت از ناتوانی حرکت عضلات مشخص میباشند که از سبب پرابلم سیستم عصبی بوجود میآید. فلج عضلی از باعث پرابلم ها در سویه های مختلفه دماغ، نخاع شوکی یا عصب محیطی بوجود آمده میتواند. با دریافت جواب به سوالات ذیل مشخص نمائید که سیستم عصبی در کدام سویه تخریب شده و سبب احتمالی آن چیست؟

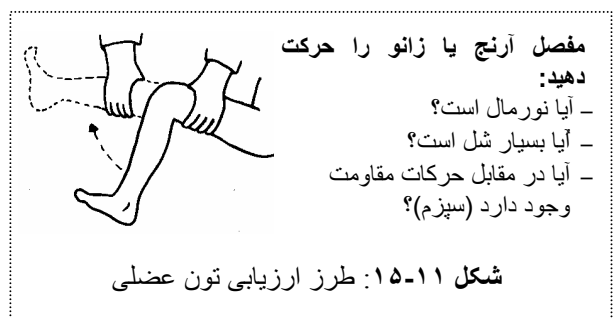
۱. **ضعیفی چه وقت شروع نموده است؟** (آیا حاد بوده یا مزمن؟) آیا به صورت آنی شروع نموده یا تدریجی؟

۲. **کدام عضو ضعیف یا فلج است؟** (توزیع: مثلاً یک پا، هر دو پا، یا دست و پا: شکل ۱۰-۱۵ دیده شود).

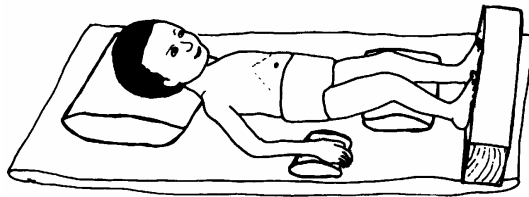
۳. **مریض را معاینه نموده و دریابید که آیا:**

• تون عضلی سبزی تیک (spastic) است یا نرم؟ (شکل ۱۱-۱۵ دیده شود).

• آیا ضیاع حسیت وجود دارد؟



دادن وضعیت درست به مریض هم در جریان شب و هم روز مهم است؛ دست ها، مفصل حرقفی فخذی و پاهای مریض را تا حد ممکنه راست قرار دهید. قدم های مریض را تکیه دهید تا وضعیتی ایجاد نشود که طفل؛ به اثر آن به نوک انگشت پا؛ راه رود.



شکل ۱۴-۱۵: وضعیت مناسب و درست

او را تشویق نمائید تا دست ها، بازو ها و پاهای خود را تا اندازه ممکن به کار گیرد.

۲. به مریض کمک نمائید تا کمتر متکی به دیگران باشد:

- به مریض آموزش دهید تا چگونه در خانه حرکت نماید؟ چگونه لباس بپوشد؟ و چگونه امور حفظ الصحوی روزانه خود را انجام دهد؟
- در قسمت آموزش مهارت های که مریض بتواند به وسیله آن رول خود را در فامیل ایفا نماید به او کمک نمائید. او را توانائی بخشید تا دیگران را کمک نماید و زنده گی خود را بسازد.
- مریض مصاب ستروک (stroke) را به زودی ممکنه؛ بعد از دو روز اول وقوع ستروک (stroke)؛ از بستر بکشید. به او کمک نمائید تا قدم زند؛ حتی اگر به دو نفر قوی ضرورت باشد تا او را در هنگام کوشش جهت قدم زند؛ محکم گیرند. مریض نباید تمام اوقات در بستر باقی ماند چه اگر او در بستر باقی میماند؛ یک تعداد زیاد اختلالات واقع شده و مریض بهبودی نخواهد یافت.

ستروک (STROKE) و حملات اسکمیک گذری (TRANSIENT ISCHAEMIC ATTACK)

ستروک (stroke) عبارت از ضیاع آنی یکی از وظایف بدن است که توسط دماغ کنترل میشود. ستروک (stroke) به اثر امراض او عیه دموی بوجود میآید. ستروک (stroke) به دو طریقه به وجود میآید:

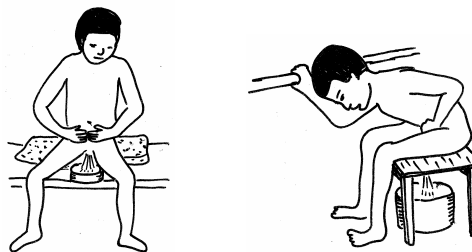
۱. اسکیمی / احتشای دماغی. او عیه دموی که خون را به دماغ انتقال مینماید توسط ترومبوس بسته میشود. هم چنان این انسداد ممکن توسط علقه دموی (امبولی) که از قلب به دماغ انتقال میشود؛ بوجود آید.
۲. خونریزی دماغی. او عیه دموی در دماغ پاره میشود. این حالت میتواند در ارتباط با فرط فشار خون واقع شود.

یک پهلو به پهلو دیگر دور بخورد یا دور داده شود. پد های ضخیم و نرم جهت محافظه بخش های استخوانی عضویت (خصوصاً ناحیه عجزی، کنار های ران و عنق القدم) تهیه دیده شود. مریض را همه روزه از نظر زخم های فشار (زخم بستر) معاینه نمائید. اولین علامه زخم بستر را سرخی جلد تشکیل میدهد. اگر چنین حالت واقع شود مریض باید الی التیام بر بالای آن ساحة استراحت نکند. برای تداوی زخم های بستر صفحه ۲۹۸-۲۹۹ دیده شود.

ب. از انتان طرق بولی جلوگیری شود. شخص باید مقادیر زیاد مایعات بنوشد. اگر به سبب احتباس ادرار؛ به کنتیر ضرورت باشد؛ کنتیر باید تحت شرایط معقم تطبیق شده؛ پاک نگهداشته شود. برای میتود های تخلیه مثانه شکل ۱۳-۱۵ دیده شود. برای عدم اقتدار ادرار (incontinence) کنتیر کاندمی استعمال شده میتواند.

میتود وارد نمودن فشار؛ جهت تخلیه مثانه مریض مصاب فلج (ازین روش میتوان نزد مریضان مونث و مذکر استفاده نمود):

۱. با دست تان مثانه را به پایین بفشارید یا جهت خارج نمودن ادرار عضلات بطنی را منقبض نمائید.
۲. در عوض میتوانید دست تان را مشت نموده و بالای قسمت سفلی شکم تان بگذارید بعداً خود را با ملایمت به قدام خم نمائید.



نوت: این میتود صرف زمانی استعمال شود که ادرار با فشار ملایم خارج شود (و یا طرق دیگری قابل دسترس نباشد). خطر آن وجود دارد که عضلات استرخا نکند و ادرار دوباره به طرف کلیه برود و انتان و تخریب کلیه را سبب شود.

شکل ۱۳-۱۵: میتود تخلیه مثانه فلج شده

ج. از کانترکچر (contracture) ها جلوگیری نمائید. کانترکچر (contracture) ها به آسانی به وجود میآیند. مریض را به یک وضعیت خوب قرار دهید (شکل ۱۴-۱۵ دیده شود). تمرینات range-of-motion را همه روزه انجام دهید. این بدان معنی است که تمام اطراف و مفاصل را ۱۰-۲۰ مرتبه در روز در تمام استقامت های ممکنه حرکت دهید. اگر مریض خودش آنرا انجام داده نتواند، فامیل باید آنرا انجام دهد. به مریض اجازه دهید تا حد امکان خودش آنرا انجام دهد و

۲. از اهماتامات عمومی برای شخص فلج شده
 طوریکه در بالا ذکر گردید پیروی به عمل آید.
 احیای مجدد مریض را به زودی ممکنه آغاز نمائید.
 فامیل مریض را دخیل سازید. بدون احیای مجدد؛
 مریض در معرض خطر گذشتاندن بقیه عمرش در
 حال محکومیت به بستر یا چوکی چرخ دار میباشد.
 ۳. در مورد چگونگی تنقیص فکتور های خطر بحث
 نمائید زیرا حدود ۱۰% تمام مریضان در جریان
 سال آینده به ستروک (stroke) دیگر دچار میشوند
 (جدول در صفحه ۱۸۰ را ببینید).

نوت: پائین آوردن فشار خون نزد مریضان مصاب
 ستروک (stroke) یک عمل یا روش معمول بوده است.
 مگر شواهد اخیر نشان میدهد که پائین آوردن فشار
 خون مریض در جریان هفته اول بعد از ستروک
 (stroke) مضر میباشد. پائین آوردن فشار خون ممکن
 است اکمال خون دماغ را بیشتر از پیش تنقیص داده؛
 ضرر بیشتر را بار آورد. بناً صرف فرط فشار های
 بسیار بلند را تداوی نمائید. که این فشار بلند را؛ فشار
 سیستمولیک بالاتر از 240 mmHg و فشار دیاستولیک
 بالاتر از 130 mmHg تشکیل میدهد. فرط فشار خون
 خبیث (malignant hypertension) ممکن با علایم
 نیورولوژیک تظاهر نماید مگر درین واقعه مریضان
 از سردردی شدید شکایت داشته معمولاً علایم عدم
 کفایه قلبی را درمیابید.

پولیومیالیت (POLIOMYELITIS)

پولیومیالیت؛ یک مرض ویروسی اطفال خورد سن
 بین سنین ۸ ماه الی ۴ سال میباشد. به سبب کوشش
 های وسیع واکسیناسیون؛ مرض کمتر معمول گردیده
 است. هر چند ممکن شما اشخاصی را ببینید که از
 باعث داشتن پولیو در گذشته؛ معیوب شده اند.

پولیومیالیت حاد acute poliomyelitis

تظاهرات کلینیکی

- پولیومیالیت حاد؛ به صورت وصفی؛ در دو مرحله
 انکشاف مینماید:
- مرحله اول: اطفال اعراض غیر وصفی مثل اسهال،
 تب، سرفه را از خود تظاهر میدهند.
- حدود ۱% اطفال به مرحله دوم داخل میشوند. این
 ها از درد های عضلی شکایت داشته ممکن فلج نرم
 و غیر متناظر نزد شان تاسس نماید. حسیت مریض
 نورمال میباشد. اطفالی که در جریان مرحله اول
 زرق عضلی شده اند در معرض خطر زیاد بروز
 فلج اند. حدود یک سوم یا بیشتر تمام واقعات فلج در

یک تعداد مریضان از حملات اسکمیک گذری
 (transient ischaemic attack - TIA) رنج میرند.
 این هم یک ضیاع محراقی مشابه به ستروک (stroke)
 است که صرف برای چند دقیقه دوام مینماید. طوریکه
 از نام آن معلوم میشود؛ این حادثه از باعث اسکیمی
 بوجود میآید. اسکیمی از باعث حوادث امبولیک بوجود
 میآید. شخصی که زدش TIA واقع شده باشد در معرض
 خطر بلند وقوع ستروک (stroke) کامل؛ در آینده
 نزدیک قرار دارد.

فکتور های خطر یا رسک فکتور های ستروک
 (stroke) را دود نمودن سگرت، فشار بلند خون،
 مرض دیابت، امراض اسکمیک قلبی، فبریلیشن ادینی
 و سویه بلند کولسترول (cholesterol) خون؛ تشکیل
 میدهد. به هر اندازه که فکتور های خطر نزد مریض
 بلند باشد به همان اندازه خطر وقوع ستروک (stroke)
 نزد شان بلند میرود.

تظاهرات کلینیکی

به صورت وصفی نزد مریض پیر تر؛ حادثه با شروع
 آنی اعراض محراقی عصبی؛ تظاهر مینماید. اعراض
 وابسته به آن است که کدام بخش دماغ ماوف شده است:

- فلج یا ضعیفی دست و پا در عین طرف
- پرابلم های گفتاری
- گیجی، پرابلم های توازن و تعادل
- ضیاع گذری رویت
- ضیاع حسیت
- مشکلات در کنترل ادرار و مواد غایطه
- غالباً فرط فشار خون

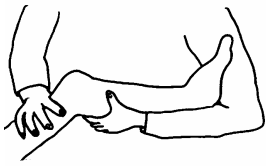
اهتماتامات

وقایه ستروک (stroke) نسبت به تداوی آن آسانتر
 میباشد! اهماتامات مریضان ستروک (stroke)؛ غالباً
 مشکل و غیر قناعت بخش میباشد. تعدادی از مریضان
 قادر خواهند بود تا وظایف از دست رفته عضویت خود
 را؛ در صورتیکه احیای مجدد آن به زودی بعد از وقوع
 ستروک (stroke) آغاز گردد، دوباره حاصل نمایند.
 سایر مریضان یا معیوب باقی میمانند یا فوت میشوند.

۱. به مریض *Aspirin acetylsalicylic acid* به مقدار
 75-100 mg روزانه یک مرتبه تطبیق نمائید؛ در
 صورتیکه خونریزی مشکوک باشد؛ تطبیق نشود.
 کدام علامه کلینیکی تشخیصیه برای خونریزی
 وجود ندارد. برای تشخیص به CT scan عاجل
 ضرورت خواهد بود. در صورتیکه علایم
 نیورولوژیک پیشرونده باشند یا شعور مریض
 مختل شود؛ خونریزی بیشتر محتمل میباشد.

تمرینات برای اصلاح contracture های خفیف

این تمرینات مشابه تمرینات درجه حرکت (range of motion) مفاصل که برای وقایه contracture ها بکار میروند، میباشند.



۱. پای طفل را در وضعیت ثابت و کش شده محکم گرفته و به آهسته گی تا ۲۰ حساب نمائید.
۲. بعداً مفصل را کمی بیشتر کش نموده و باز هم به آهسته گی تا ۲۰ حساب نمائید.

۳. کش نمودن مفصل را به صورت ثابت تا ۱۰-۵ دقیقه ادامه دهید. این کار را روزانه چندین مرتبه انجام دهید.

اهتمامات کانترکچر (contracture) های پیشرفته



۱. Contracture را تا حد امکان با تمرینات کش نمودن وراست نمودن و وضعیت دادن اصلاح نمائید.
 ۲. سپس آنرا تا حد امکان با تطبیق قالب و brace ها اصلاح نمائید.
- اگر به اصلاح بیشتر ضرورت باشد؛ عملیه جراحی را که در آن اوتار کش شده طویل ساخته میشوند؛ مد نظر داشته باشید.

شکل ۱۵-۱۶: اهتمامات کانترکچر ها (contracture)

صدمه تروماتیک عصب

با تاسف صدمه تروماتیک عصب معمول است. این صدمه از باعث تطبیق نادرست زرقیات عضلی که عصب سیاتیک را مجروح میسازد، بوجود میاید. که غالباً زرقیات استطباب هم نداشته اند. جهت دانستن محلات مصئون زرقیات صفحه ۳۲۶-۳۲۷ دیده شود.

تظاهرات کلینیکی

فلج فوراً به تعقیب زرقیات عضلی به وجود میاید. برخلاف پولیومیالیت؛ حسیت از بین رفته یا تنقیص مییاید.

اهتمامات

جهت تقویه عضلات ماوفه و وقایه از کانترکچر (contracture) ها تمرینات را آموزش دهید.

تحت فشار آمدن نخاع از باعث توبرکلوز ستون فقرات

صفحه ۲۰۰-۲۰۱ دیده شود.

سربرل پالسی (CEREBRAL PALSY)

در cerebral palsy بخشی از دماغ که حرکات و وضعیت بدن را کنترل مینماید؛ دچار اختلال میباشند.

پولیو میالیت؛ از باعث زرقیات غیر ضروری عضلی بوجود آمده اند!

اهتمامات

۱. استراحت کامل بستر در یک وضعیت خوب طوریکه در شکل ۱۴-۱۵ نشان داده شده. طرف ماوفه را الی از بین رفتن درد عضلی غیر متحرک (تثبیت) نمائید.

۲. به زودی بعد از آنکه درد و تب از بین می رود، جهت جلوگیری از کانترکچر (contracture) ها و ناتوانی ها؛ طفل را وادار به حرکت کنید.

۳. به مریض زرقیات عضلی ندهید!

ناتوانی از باعث پولیو میالیت سابقه

تعداد زیاد مردم که در گذشته مصاب پولیو شده اند؛ شدیداً ناتوان میباشند. اینها ممکن سواشکال و کانترکچر (contracture) های مفصلی شدید (شکل ۱۵-۱۵ دیده شود) داشته باشند. کانترکچر (contracture) ها از اثر کوتاه شدن عضلات و tendon ها بار می آیند که در نتیجه؛ طرف به صورت کامل حرکت نموده نمیتواند.

اهتمامات کانترکچر (contracture) ها (شکل ۱۶-۱۵ دیده شود)

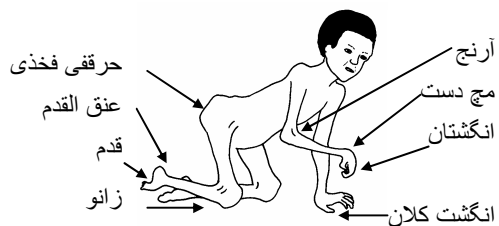
۱. زمانیکه کانترکچر (contracture) ها در حال تاسیس باشند؛ تمرینات کششی و وضعیت دادن درست یگانه کارهای اند؛ که بایست اجراء گردند.

۲. زمانیکه کانترکچر ها پیشرفته باشند عملیه کشش را؛ به صورت ثابت؛ برای مدت طولانی انجام دهید. از وضعیت های ثابت، قالب ها یا وسایل تثبیتیه که بتوانند کشش مداوم را بر بالای مفاصل ماوفه وارد نمایند؛ استفاده گردد.

۳. زمانیکه کانترکچر ها برای مدت های طولانی وجود داشته وشدید باشند؛ به جراحی نیاز خواهد بود.

کانترکچر های معمول در پولیو (contractures)

مریض مصاب فلج که به شکل ذیل چارغوک نماید و هیچگاهی پاهایش راست نشود؛ به صورت تدریجی دچار کانترکچر ها (contractures) میشود و در نتیجه مفاصل حرقفی فحذی، زانو، و عنق القدم دیگر راست و مستقیم شده نمیتواند.



شکل ۱۵-۱۵: contracture های ناشی از پولیو سابقه

اهتمامات

کدام دواى وجود ندارد تا صدمه دماغى را که سبب سپرم نزد طفل شده است، معالجه نماید. هدف تداوى کمک نمودن به طفل است تا به اندازه ممکنه؛ خودش کار های خود را انجام دهد. مریض جهت دور خوردن، نشستن یا ایستادن و بعداً راه رفتن به کمک ضرورت دارد. پرابلم های اضافی را جستجو نموده تداوى نمائید.

طفل را تشویق نمائید تا به اندازه که میتواند از دماغ و بدن خود استفاده نماید. کتاب "رهنمای عملی امراض اطفال" ما؛ حاوی تفصیلات و تصاویر در مورد اینکه چگونه می توان این اطفال را کمک نمود؟ میباشد.

ضعیفی وجهی (facial weakness)

آفات متنوع دماغى یا ازواج قحفی؛ میتوانند ضعیفی وجهی را بار آورند. معمولترین این امراض را ستروک (stroke) و فلج بل (Bell's palsy) تشکیل میدهند.

فلج بل (BELL'S PALSY)

این مرض؛ فلج حاد یک طرف وجه میباشد (شکل ۱۸-۱۵ دیده شود). علت مرض غالباً نامعلوم بوده ولی شواهدی نئی وجود دارد که ممکن از باعث ویروس هرپس به وجود آید. مهم است تا اسباب جدی؛ فلج عصب وجهی رد شوند (چوکات دیده شود).

اکثریت مریضان بدون تداوى صحت یاب میشوند. در واقعات شدید؛ prednisolone را به مقدار 1 mg/kg روزانه یک بار؛ برای یک هفته بدهید و بعداً مقدار دوا را به صورت تدریجی در جریان هفته دوم کم نمائید. اگر اعراض مرض در کمتر از ۷۲ ساعت گذشته شروع نموده باشد، aciclovir را در تداوى علاوه نمائید. مهم است تا چشم در مقابل خشک شدن در جریان شب محافظه شود. مقدار زیاد مرجم چشمی tetracycline را تطبیق نمائید. و بالای پلک های مریض یک پلاستر را قرار دهید تا بدینطریق چشم بسته باقی بماند.

حسیت غیر نورمال

آسیب های دماغى، نخاع شوکی یا تخریب عصب محیطی؛ ممکن سبب ایجاد حسیت غیر نورمال در نواحی مشخص که وابسته به محل آسیب میباشد، گردد. درین کتاب صرف تخریب عصب محیطی (نیوروپتی محیطی - peripheral neuropathy) مورد بحث قرار

این حادثه از باعث صدمه وارده بر دماغ در حال انگشاف؛ چه قبل از ولادت یا در جریان ولادت یا در جریان ۲ سال اول حیات بوجود میآید و تخریب دماغ تشدید نمیشود.

تظاهرات کلینیکی

طفل مصاب cerebral palsy (سربرل پالسی) سپستیک یا متسنج میباشد. مریض عضلات شخ داشته که ضعیفاً آنها را کنترل میکند. وجه، گردن یا بدن مریض ممکن دور بخورد و یا حرکات تکان دهنده داشته باشد. غالباً زمانی که طفل را بر میدارید پاهای او به مانند قیچی بر هم میگذرند (شکل ۱۷-۱۵ دیده شوند). قابلیت دماغى طفل غالباً مافو نمیباشد.

در زمان تولد طفل نورمال بنظر آمده یا شاید سست و نرم باشد. شخی با بزرگ شدن طفل تظاهر مینماید. یک تعداد اطفال که شدیداً متاثر شده اند ممکن هیچگاهی راه رفتن را نیاموزند. اگر طفل خوب تداوى نشود؛ ممکن نزد طفل به سبب سپرتیک کانترکچر (contracture) ها تاسس نماید.

یک تعداد اطفال از پرابلم های اضافی دیگر چون صرع، مشکلات آموزشی (معیوبیت دماغی)، پرابلم های شنوائی و دید و یا برخورد های نارام رنج میبرند.

اکثریت اطفال مصاب cerebral palsy (فلج دماغی) سپرتیک اند. شخی بخش های از بدن در وضعیت های خاص ازدیاد حاصل مینماید.



زمانی که شما کوشش ایستادن طفل را نمائید؛ پاهای طفل شخ شده مانند قیچی بروی هم قرار میگیرند.



شکل ۱۷-۱۵: فلج دماغى تشنجی

اسباب حسیت غیر نورمال از باعث تخریب اعصاب محیطی

Mononeuropathy (صرف یک عصب ماوف میباشد)

- ترضیضات (مثلاً جروح ناشی از زرقیات)
- تحت فشار آمدن عصب
- لپروسی

Polyneuropathy (دست هایا پاها به صورت متناظر ماوف میشوند)

- فقدان ویتامین ها (خصوصاً ویتامین B₁₂)
- لپروسی
- دواها (clioquinol, isoniazid, sulphonamides, chloroquine, metronidazole, phenytoin)
- دیابت شکر
- عدم کفایه کبدی
- عدم کفایه کلیوی
- تسسمات (مثلاً حشره کش ها)

جدام (لپروسی - LEPROSY)

جدام؛ مرض مزمن انتانی است که توسط bacillus Mycobacterium leprae بوجود میآید. جدام را معمولاً بوسیله علایم جلدی آن میشناسند مگر تخریب ناتوان کننده آن؛ در عصب محیطی واقع میشود. ناتوانی ها را میتوان با تشخیص و تداوی مقدم مرض جلوگیری نمود. باسیل لپروسی به بسیار آهسته گی تکثر مینماید. فاصله میان منتن شدن الی تظاهر علایم کلینیکی چندین سال میباشد. منتن شدن از طریق تماس نزدیک با مریض لپروسی صورت میگیرد. مگر اکثریت مردم که منتن میشوند به سبب قوه معافیتی بلند که در مقابل باسیل لپروسی دارند مرض نزد شان به وجود نمیآید.

در حالیکه مرض لپروسی در هندوستان و پاکستان معمول میباشد؛ همه ساله یک تعداد کم واقعات جدید آن در افغانستان؛ دیده میشود.

تظاهرات کلینیکی

علایم کلینیکی مرض نزد اطفال خورد سن؛ به سبب دوره طولانی تفریح مرض؛ دیده نمیشود. در لپروسی مقدم وضعیت عمومی مریض خوب بوده ممکن مشکل باشد که شخص باور کند او مصاب یک مرض خطرناک میباشد.

علایم مقدم مرض را لکه های جلدی بیحس و خاسف یا کم رنگ تشکیل میدهد. زمانیکه یک عصب؛ که عضلات را تعصیب میکند ماوف شود؛ باعث ضعیفی عضلات گردیده که با ضیاع عضلی و بعداً سؤ شکل تعقیب میشود. در مریضی پیشرفته؛ دست ها یا پاها کرخت شده ممکن مریض بدون آن که متوجه شود خود را مجروح میسازد.

طرف سالم | طرف فلج شده



شکل ۱۸-۱۵: فلج وجهی (facial palsy)

اسباب فلج عصب وجهی

اسباب معمول

- فلج بل (Bell's palsy)

اسباب نادر

- تروما
- تومور غده نکفیه
- کولیسیتاتوما (cholesteatoma)
- تومور دماغ

میگیرد زیرا معمول میباشد. دست ها و پاها معمولاً ماووف میشوند.

تغیر حسیت میتواند به طرق مختلف تظاهر نماید:

- مریض از کرختی شکایت مینماید.
- مریض احساس درد یا سوزش مینماید.
- مریض زمانی که بسوزد یا مجروح شود آنرا احساس نمیکند (مثلاً دست خود را میسوزاند چون نمیداند که دیگ آتیزی خیلی داغ است!).
- عضلاتی که توسط اعصاب تخریب شده تعصیب میشوند ضعیف شده بالاخره در صورتی که سبب آن متوقف نشود فلج میشود.

سبب احتمالی مرض را با دریافت جواب به سوالات ذیل مشخص نمائید (چوکات دیده شود).

۱. آیا حسیت غیر نورمال به صورت آنی بوجود آمده است یا تدریجی؟
 ۲. آیا یک عصب ماوف شده است (mononeuropathy)؟ یا هر دو دست یا هر دو پای به صورت متناظر ماوف شده اند (polyneuropathy)؟
- اگر کدام سبب خاص دریافت شده نتواند، به مریض ویتامین B₁₂ داده شود.

و مریض معالجه نخواهد شد. تداوی باید به صورت مداوم برای یک یا بیشتر از یک سال اخذ گردد.

۲. اگر دست ها یا پاهای مریض کرختی داشته باشد، به مریض هشدار دهید که خطر مجروح ساختن خودش بدون آنکه متوجه آن شود وجود دارد. او باید با پای برهنه قدم نزند و در برخورد با آتش و اشیای داغ متوجه باشد!

۳. به فامیل مریض توضیح نمائید که: (۱) لپروسی قابل علاج است (۲) خطر سرایت آن به اشخاص دیگر خیلی کم میباشد و (۳) ضرورتی برای تجرید مریض وجود ندارد.

۴. تمام افراد خانواده مریض را؛ از نظر لپروسی معاینه نمائید.

ماخذ ها:

1. Bewes P. Spinal tuberculosis. *Tropical Doctor* 2001; 31: 237-240.
2. British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. *British National Formulary Number 45* (March 2003), London: BMA 2003.
3. Cook GC, Zumla A (ed.). *Manson's Tropical Diseases*. 21st edition. London: WB Saunders 2003.
4. Crofton J, Horne N, Miller F. *Clinical Tuberculosis*. 2nd edition. London: Macmillan 1999. Eddleston M, Pierini S. *Oxford Handbook of Tropical Medicine*. Oxford: Oxford University Press 1999.
5. Drug and Therapeutic Bulletin. When and how to stop antiepileptic drugs in adults. *Drug and Therapeutic Bulletin* 2003; 41: 41-43.
6. Holland NJ, Weiner GM. Recent developments in Bell's palsy. *British Medical Journal* 2004; 329: 553-557.
7. Illingworth RS. *Common Symptoms of Disease in Children*. 9th edition. London: Blackwell Scientific Publications 1988.
8. Lindsay KW, Bone I. *Neurology and Neurosurgery Illustrated*. 2nd edition. Edinburgh: Churchill Livingstone 1991.
9. Lockwood DNJ, Kumar B. Treatment of leprosy (editorial). *British Medical Journal* 2004; 328: 1447-1448.
10. Longmore M, Wilkinson I, Török E. *Oxford Handbook of Clinical Medicine*. 5th edition. Oxford: University Press 2001.
11. Nepal MK, Wright CS. *Manual of Mental Health for Community Health Workers*. 2nd English edition. Kathmandu: Health Learning Materials Centre 1990.
12. Prabhakar S, Grover VK. Tetanus. *Current Treatment Options in Infectious Diseases* 2002; 4: 473-484.
13. Rosenbaum P. Cerebral palsy: what parents and doctors want to know. *British Medical Journal* 2003; 326: 970-974.
14. Steiner TJ, Fontebasso M. Clinical Review: Headache. *British Medical Journal* 2002; 325: 881-885.
15. Taylor S, Tudur Smith C, Williamson PR, Marson AG. Phenobarbitone versus phenytoin monotherapy for partial onset seizures and generalized onset tonic-clonic seizures (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2, 2002.
16. Van de Beek D, de Gans J, McIntyre P. Corticosteroids in acute bacterial meningitis. In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester: John Wiley & Sons 2004.
17. Werner D. *Disabled Village Children*. 2nd edition, 5th printing. Palo Alto, CA: The Hesperian Foundation 1999.
18. World Health Organization. Model Prescribing Information. Drugs used in bacterial infections. Geneva: WHO 2001.

هر زمانیکه شما یک آفت مزمن جلدی را نزد شخص کاهل یا طفل بزرگسال میبینید از خود بپرسید: آیا این حادثه لپروسی بوده میتواند؟

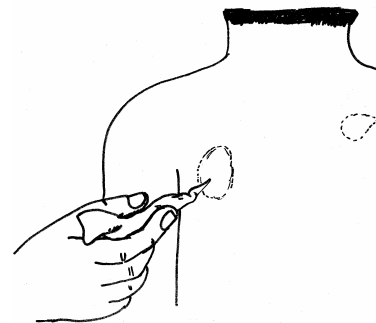
● به آفت نگاه نمائید و آنرا از نظر کرختی معاینه نمائید (شکل ۱۹-۱۵ دیده شود). علایم مقدم را موجودیت یک یا چند عدد لکه خاسف تشکیل میدهد. این لکه ها ممکن اند ماکولر و یا خفیفاً برجسته باشند. لکه ها معمولاً بزرگتر از ۱ سانتی متر میباشند. به سبب مافیت عصب لکه ها به صورت وصفی کرخت و بیحس اند این بدان معنی است که مریض احساس را درین قسمت جلد خود از دست داده است. لکه ها هیچ وقتی خارش ندارند و هیچگاهی در آن قیح دیده نمیشود.

● گرچه رشته های اعصاب در جلد اطراف یک اندفاع لپروسی؛ ضخیم میشود. اما تجربه زیاد لازم است تا قادر به احساس این ضخیم شدن عصب باشیم.

معاینات

سکرپ نمودن جلد؛ معاینه خاص جهت دریافت باسیل لپروسی در کنار اندفاع جلدی میباشد. تست باید توسط یک تکنیشن که به صورت خاص برای لپروسی تعلیم یافته صورت گیرد.

یک پارچه نخی نوک تیز را گرفته با آن جلد مریض را لمس نمائید. در ابتدا جلد سالم را تماس نموده از مریض تقاضا نمائید محلی را که تماس نموده اید نشان دهد. بعد از آنکه مریض طرز اجرای تست را دانست از وی تقاضا نمائید تا چشمان خود را بسته نماید. بعداً اولاً ناحیه سالم و بعداً ناحیه مافیه را تماس نمائید. این کار را بالای قسمت های مختلفه آفت تکرار نمائید. اگر در جریان معاینه؛ تماس به ناحیه سالم را حس نموده و تماس با ناحیه مرضی را حس نکند؛ مریض مصاب لپروسی میباشد.



شکل ۱۹-۱۵: چطور باید لپروسی را معاینه نمود؟

اھتمامات

۱. اگر به لپروسی مشکوک میشوید مریض را به یک پروگرام کنترل لپروسی به منظور ذیل معرفی نمائید. (۱) برای تشخیص، (۲) برای مشخص سازی مرحله لپروسی، (۳) برای تداوی نظارت شده. به مانند توبرکلوز، لپروسی باید همیشه توسط چندین دوا (dapsone, rifampicin و clofazimine) مطابق به رهنمود های ستندرد بین المللی تداوی شود. در غیر آن مقاومت دوائی بروز خواهد نمود

۱۶. پرابلم های صحت روان

منحیث پرابلم های تلقی میشوند که گویا تداوی آنها باید صرف به متخصصین روانی واگذاشته شود. مگر این طرز رسیده گی به مریضان؛ در جائیکه خدمات صحتی روانی صرف برای یکعده کم مریضان قابل دسترس باشد؛ کار مناسب نیست هر شخص مسلکی باید اساسات تداوی مریضان مصاب پرابلم های روانی را بدانند. اکثریت مریضان مصاب امراض روانی میتوانند از طریق خدمات صحتی اساسی به صورت مؤثر تداوی شوند.

● **ترس وسیع و سؤتفاهماتی در مورد امراض روانی وجود دارد.** یک تعداد زیاد مردمان نمیدانند که پرابلم های روانی بیماری بوده و قابل تداوی اند. تبعیض و stigma (تنگ دانستن) از جمله عکس العمل های معمول در مقابل مریضان روانی میباشد. مریضان روانی از باعث برخورد شان تجرید شده، بالای آنها خنده صورت گرفته و مورد تنفر قرار گرفته، به زنجیر ها بسته شده و یا در زندان انداخته میشوند.

امراض روانی چرا بار میآیند؟

امراض روانی از باعث فکتور های بیولوژیکی و محیطی بوجود میآیند. معمولاً بیشتر از یک فکتور در وجود آوردن آنها دخیل اند.

فکتور های بیولوژیکی شامل تغییرات مغزی (مثلاً انسفالیت [encephalitis]، جروحات راس و صرع که تداوی نشده باشند) میباشد. امراض مزمن جسمی که خطر وقوع افسرده گی را بیشتر می سازند همچنان اشخاص که دید خود را از دست میدهند و یا یک طرف خود را از دست میدهند، در معرض خطر قرار دارند. یک تعداد دوا های مشخص از باعث عوارض جانبی شان دماغ را متاثر میسازند. فکتور های جنیتیکی خطر ایجاد امراض روانی را بلند میبرند. به طور مثال اگر یک عضو فامیل مصاب امراض روانی باشد؛ مثلاً مصاب شیذوفرینا (schizophrenia)؛ سایر اعضای فامیل؛ خطر بلند ایجاد مرض را دارا اند.

فکتور های محیطی شامل تجارب ناگوار جنگ ها، سؤاستفاده، شکنجه، زلزله ها و حالات مهاجرت اند. سایر فکتور های مهم آنرا فقر، کشمکش های خانواده گی و آینده نا معلوم تشکیل میدهد. سؤاستفاده از ادویه یک فکتور دیگر است.

صحت روان؛ بالای طرز تفکر ما در مورد خودمان و اینکه با مردمان دیگر چگونه رابطه داریم؛ اثر دارد. صحت خوب روانی؛ ما را در مقابله با پرابلم های زنده گی کمک مینماید. پرابلم های روانی بسیار معمول اند. چنین تخمین شده است که از جمله تمام مریضانی که به داکتر طب عمومی مراجعه مینمایند حدود ۲۵٪ آنها دچار پرابلم های روانی اند.

با تاسف؛ هر چند پرابلم های روانی قابل تداوی اند ولی عموماً به درستی تداوی نمیشوند. اشخاص مصاب پرابلم های روانی دچار ناتوانی غیرضروری اند؛ زیرا این مریضان به درستی تداوی نشده و در تداوی آنها یک تعداد زیاد سؤ تفاهمات وجود میداشته باشد (شکل ۱-۱۶ دیده شود).



شکل ۱-۱۶: اشخاص مصاب پرابلم های روانی اکثراً به صورت غیر ضروری رنج میبرند.

(تصویر با کسب اجازت از کتاب رهنمای عملی شناخت و درمان مشکلات صحت روان تالیف شان هاوکنز گرفته شده است.)

دلایل زیادی وجود دارد که به سبب آنها اشخاص مصاب امراض روانی؛ رنج های غیر ضروری را متقبل میشوند:

- **اکثریت اشخاص مصاب پرابلم های روانی (حدود ۷۰٪) از اعراض فزیزیکی شکایت میداشته باشند.** سبب مرض آنها که یک پرابلم روانی است، غالباً ناشناخته باقی میماند. در عوض نزد این مریضان معاینات و تداوی های قیمت و نادرست صورت میگیرد.
- **عقاید غلطی مبنی بر اینکه امراض روانی قابل علاج نیستند؛ وجود دارد.** اما پیشرفت های زیادی در زمینه حاصل شده که فعلاً تداوی مؤفانته اکثریت امراض روانی را مساعد ساخته است.
- **یک تعداد زیاد اشخاص مسلکی صحتی؛ طرز تداوی مریضان روانی را نمیدانند.** امراض روانی

چگونه میتوان مریضی را که به داشتن امراض روانی مشکوک است، ارزیابی نمود؟

تشخیص و تداوی مقدم؛ یکی از کلید های خوب مراقبت صحیروان به شمار میروند. جهت تشخیص امراض روانی به خاطر داشته باشید که: اکثریت مریضان مصاب پرابلم های روانی صرف از اعراض فزیکى شاکى میباشند.

تاریخچه بگیرید

تاریخچه این مریضان را به طرز مشابه مریضان مصاب امراض فزیکى بگیرید. در جریانی که از مریض سوال مینمائید، حالت روانی وی را مشاهده نمائید. برای دریافت نکات عملی که چگونه باید با بیماران روانی سخن گفت؟ چوکات دیده شود.

- اعراض عمده مریض چی ها اند؟ از مریض تقاضا نمائید تا اعراض خود را توضیح بدارد.
- آیا اعراض شروع حاد داشته یا تدریجی؟ آیا اعراض به تعقیب کدام واقعه مشخص شروع شده (مثلاً محبوس شدن)؟ آیا اعراض مریض همه روزه اند یا به وقفه های هفته ها و یا ماه ها واقع میشوند؟
- اعراض بالای زنده گی مریض، مثلاً کار، خواب و اشتها وی چه نوع اثر گذاشته است؟
- آیا در گذشته هم مریضی مشابه داشته است؟
- مریض برای مریضی فعلی خود چه نوع تداوی اخذ نموده است؟ (به شمول تداوی های خانه گی عنعنوی).
- فامیل مریض در مورد مریضی چه فکر میکنند؟

مریض را معاینه کنید

هدف معاینه را رد امراض فزیکى تشکیل میدهد. معاینه مریض شامل معاینه مکمل فزیکى میشود. نزد مریضان مصاب امراض روانی؛ خصوصاً موضوعات ذیل تحت مشاهده قرار گیرند:

- وضعیت عمومی مریض: آیا مریض به صورت درست ملبس و پاک است؟ آیا او بسیار غمگین معلوم میشود.
- رفتار و سلوک: آیا رفتار و سلوک مریض نورمال است و یا عجیب؟ آیا مریض ناراحتی و فرط فعالیت دارد؟

امراض روانی چگونه تظاهر مینمایند؟

امراض روانی به سه شکل تظاهر مینمایند:

- معمولترین آنها: اعراض فزیکى: سردردی، گنسیب و دردهای معدوی بدون کدام سبب فزیکى، بیخوابی، خسته گی، بی اشتهاى، پرابلم های جنسى (شکل ۲-۱۶ دیده شود).
- اعراض سایکولوژیک: احساس افسرده گی، اضطراب و غمگینی، گفتار بیش از حد، طوریکه به دیگران قابل درک نباشد. بیان نظریات عجیب و یا اعتقادات غلط (delusions)، ضعیفی حافظه، ناتوانی انجام کار های ساده، شنیدن، دیدن و یا احساس چیز های که دیگران آنرا احساس نمیکند (hallucinations) و گیجی.
- اعراض سلوکى: بی توجهی به حفظ الصحه فردی، نداشتن علاقه به فامیل و رفقا، علاقه مندی به تنها بودن، خوردن، نوشیدن یا دود نمودن سگرت به اندازه های غیر معمول، پرخاش کردن، سلوک خشن و غیر قابل قبول.

نوت: ممکن اعراض امراض روانی نزد اطفال و اشخاص جوان از هم فرق نمایند. چنانچه نزد اطفال ممکن با اعراض فزیکى و پرابلم های سلوکى (سلوک خشن و یا سخن گفتن) تظاهر نمایند. این اطفال ممکن قهر شوند، گریه نمایند و بگویند که خوب نیستند و آرزو نمایند که ای کاش بمیرند. کاهلان جوان ممکن بسیار منزوی یا خشن شوند یا هم به سو استفاده از دوا ها آغاز نمایند.

اعراض فزیکى واقعی اند!

- فشار های روانی سبب ایجاد اعراض فزیکى یا تشدید اعراض فزیکى موجود شده میتوانند.
- اعراض فزیکى فشار های روانی را تشدید مینمایند.

اعراض فزیکى معمول که از باعث فشار های روانی و اضطرابات بوجود میآیند:

- درد عمومی بدن
- خسته گی و ضعیفی
- گنسیب و دور خوردن
- سردردی ها
- مشکلات بلع
- مشکلات تنفسی
- درد صدری
- درد معده
- تبول مکرر
- رعشه
- کرختی دست ها



شکل ۲-۱۶: اعراض فزیکى مبهم

(تصویر با کسب اجازت از کتاب رهنمای عملی شناخت و درمان مشکلات صحت روان تالیف شان هاوکنز گرفته شده است.)

۲. اگر نزد شخص، مریضی روانی وجود داشته باشد پس از کدام نوع آن است؟ با استفاده از اعراض معمولترین نوع امراض روانی که در چوکات توضیح شده اند، معین کنید که شخص مصاب تشوش سایکوتیک است یا تشوش روانی معمول؟ و یا کدام تشوش روانی دیگر نزدش وجود دارد؟

• اگر مریض سایکوز داشته باشد وی را از نظر

سه گروپ امراض روانی

۱. سایکوز

• **Schizophrenia** (شیزوفرنی). معمولاً در سن بلوغ و نزد کاهلان جوان شروع مینماید. این مرض طرز تفکر، احساس و ادراک مریض را مختل میسازد. این مرض قدرت شخص را در قسمت تشخیص واقعیت از غیر واقعیت متاثر میسازد. اشخاص مصاب شیزوفرنی ممکن گفتار و رفتار غیر نورمال داشته باشند و ممکن اواز های را بشنوند یا تصاویری به نظر شان آید. این مریضان احساس ترس داشته و باور دارند که افکار، احساسات و اعمال شان بوسیله اشخاص دیگر کنترل میشود.

• **Bipolar disorder**. این تشوشات باعث ایجاد تغییرات مزاج که از افسرده گی تا تهیجات شدید (مانیا) فرق مینماید، میگردد. در جریان دوره های مانیا، مریضان ممکن گفتار و رفتار غیر نورمال داشته باشند و کمتر خواب نمایند. مریضان کنترل خود را از دست داده و از عواقب اعمال خود آگاه نمیشوند.

۲. تشوشات روانی معمول

• **Depression** (افسرده گی). معمولترین مرض روانی میباشد و میتواند شدید یا خفیف باشد. افسرده گی میتواند نزد هر شخص و در هر سن به شمول اطفال بوقوع پیوندد. دپرسن میتواند در نتیجه تروما های روانی بوجود آید و همچنان میتواند اسباب فزیزی داشته باشد. اعراض آن شامل احساس غمگینی، بی علاقه گی در فعالیت های معمول، تجرید از اجتماع، خسته گی، افکار خودکشی، تشوش خواب و اشتها و ضعف تمرکز بوده میتواند. اشخاص مصاب دپرسن شدید؛ زنده گی را بیهوده دانسته و با نومیادی بدان میاندیشند.

• **Anxiety** (اضطراب). اعراض اضطراب عمومی شامل ناراحتی، سردردی، گنسیت، حملات ترس، مشکلات تنفسی، احساس خفه گی در گلو، تپش قلبی و سریع بودن ضربان قلب میباشد.

• **Hysteria** (هستری). هستری (تشوشات تجزیوی) معمولاً اشخاص کاهل را که در تحت شرایط مشکل و فشار شخصی قرار دارند، متاثرهای میسازد. اعراض آن شامل ضعف، حملات اختلاجی، ضعیفی اطراف، ناتوانی در سخن گفتن و وضعیتی trance-like میباشد.

۳. سایر تشوشات روانی

• **Drug addiction** (اعتیاد به ادویه). شخص معتاد به دواها ممکن تغییرات سلوکی را از خود نشان دهد یا ممکن در مقابل کار و فامیل خود بی علاقه شود. اکثر اوقات مخرش و پرخاشگر میباشد و بعداً دوره های گنسی و خواب آلوده گی نزدش دیده میشود. مریض ممکن به دروغ گفتن و دزدی شروع نماید.

• **Mental retardation** (تاخر دماغی). شخص مصاب تاخر دماغی؛ نسبت به اشخاص دیگر؛ به بطانیت میآموزد. بطانیت؛ آموزش سلوک اجتماعی را نیز در بر میگیرد. ممکن شخص سلوکی را از خود نشان دهد که از نظر کلتور قابل قبول نباشد.

• **Dementia** (زوال عقل). نتیجه تغییرات فزیزی دماغ میباشد. در جنون؛ شخص مریض نمیتواند چیزی را بخاطر آورد، فکر نماید و وظایف روزانه خود را (از قبیل لباس پوشیدن) انجام دهد. مریض ممکن از یاد فراموشی و افسرده گی شکایت نماید؛ ولی از ضیاع حافظه خود بیخبر میباشد.

نکات عملی در مورد صحبت نمودن با مریضان روانی

این نکات در زمان صحبت با مریضان روانی از اهمیت خاص برخوردار اند. بر علاوه این نکات، قوانین خوب برای تامین ارتباط میان مردم میباشد.

۱. به مریض فرصت داده تا بدون مزاحمت صحبت نماید و به دقت به وی گوش فرا دهید.
۲. به صحبت مریض با سخن گفتن (خصوصاً با گفتن اینکه شما صحبت او را میدانید) و با خموشی (مثلاً با تکان دادن سرتان) جواب دهید. همیشه با مریض با ابراز صمیمیت صحبت ننمایید.
۳. به مریض نگوئید که عجله دارید. خصوصاً زمانی که بسیار تجرید شده باشد، وقت زیاد خود را وقف ننمایید.
۴. به رنج روانی مریض حساس باشید. بر اعراض و سلوک مریض خنده نکرده، آنرا به باد انتقاد نگیرید و در مورد آن تفسیر ندهید.
۵. خاموش باشید، خصوصاً زمانی که مریض ناآرام و مهیج باشد.
۶. آنچه را که مریض تجربه نموده است، رد ننمایید (مثلاً برسامات) به خاطر داشته که مریض این تجارب را حقیقی مینماید.
۷. از مباحثه یا مخالفت با آنچه مریض میگوید اجتناب ننمایید. صرف به آنچه که مریض میگوید موافقت ننمایید.
۸. به مریض بگوئید که شما وی را درک نموده میخواهید او را کمک ننمایید.

- گفتار و افکار: آیا مریض چیز های عجیب می گوید.
- مزاج: آیا مریض ناخوش و افسرده معلوم میشود و یا فوق العاده خوشحال معلوم میشود؟
- ادراک: آیا او چیزهای را که اشخاص دیگر نمیشنوند و نمی بینند، دیده یا میشنود؟
- حافظه: آیا او میدانند که در کجا هست؟
- بصیرت یا خود آگاهی: آیا او میدانند که مریض هست؟ آیا مریض گیج است؟

چگونه میتوان به تشخیص رسید؟

زمانیکه میان انواع و گروپ های مختلفه امراض مغزی؛ تشخیص تفریقی صورت گیرد، تشخیص و تدای آنها آسانتر میشوند. همیشه جواب سوالات ذیل را دریابید:

۱. آیا مریض مصاب مریضی روانی است یا فزیزی و یا هم هر دو اش؟ اشخاص مصاب امراض روانی غالباً با اعراض فزیزی تظاهر مینمایند (somatization). مثلاً با درد کمر، ضعیفی، خسته گی، درد بطنی، گنسیت و یا مشکلات تنفسی، احساس خفه شدن، تپش قلبی (palpitations)، لرزه و تکرر ادرار (شکل ۲-۱۶ دیده شود). به یاد داشته باشید که یک مریض؛ تمام اعراض را نمیداشته باشد و صرف یک تعداد آنها نزدش موجود میباشد. اگر یک شخص دارای سه یا بیشتر اعراض فزیزی در بخش های مختلفه بدنش بدون سبب فزیزی واضح میباشد؛ به موجودیت یک مرض روانی زمینوی نزدش؛ مشکوک شوید.

در تمام انواع امراض روانی؛ همیشه به فامیل مریض در مورد مراقبت مریض توضیحات دهید. نکات عمده قرار ذیل اند:

۱. حصول اطمینان از اینکه مریض ادویه خود را میگیرد (در صورتیکه به ادویه ضرورت داشته باشد).
۲. حصول اطمینان از اینکه مریض در حیات فامیلی و اجتماعی سهم میگیرد.
۳. مراقبت از ضروریات فیزیکی شخص، مثلاً حصول اطمینان از اینکه مریض مقدار کافی غذا اخذ میدارد، و به صورت درست خود را شستشو نموده و درست لباس میپوشد.
۴. آوردن دوبار مریض به شما در صورت خراب شدن وضعیت او.

در حالات ذیل (اگر مراقبت شفاخانه بهتر و اختصاصی تر باشد) فرستادن مریض را به شفاخانه مورد بررسی قرار دهید:

- ✘ مریض به خود ویا دیگران صدمه وارد نماید.
- ✘ شخص شدیداً مریض بوده؛ فامیل او قادر به مراقبت وی نبوده یا به مراقبت او؛ علاقه مند نباشند.
- ✘ مریض بین حقایق و خیالات فرق گذاشته نتواند.

امراض، جروحات یا دوا های که ممکن سایکوز را بار آورده باشند؛ به صورت دقیق معاینه نمایند (در ذیل دیده شود). هر گاه شما سببی را در میابید؛ پس مریضی فزیک را مثل مریضی روانی تداوی نمایند.

• اگر شخص مصاب تشوش روانی معمول باشد؛ معین کنید که آیا این حادثه افسرده گی (depression)، اضطراب یا هستریا (dissociation) می باشد؟ تفصیلات تشخیص و تداوی آنها را در ذیل مطالعه نمایند.

• اگر فکر مینمائید که پرابلم شخص سایکوز ویا تشوشات معمول روانی نیست؛ پس مریض را از نظر داشتن سایر انواع تشوشات روانی مثلاً اعتیاد یا دیمینثیا (dementia) مورد بررسی قرار دهید.

۳. تشخیص سایکوز و افسرده گی (depression) را به تفصیل بیشتر مورد بررسی قرار دهید.

– اگر مریض سایکوز داشته باشد؛ مشخص نمائید که از نوع حاد است یا مزمن؟ جهت دانستن آن در ذیل دیده شود.

– اگر مریض مصاب افسرده گی است؛ مشخص نمائید که آیا خفیف است یا شدید؟ طرز اجرای آن در ذیل دیده شود.

سایکوز (psychosis)

سایکوز یک مرض روانی وخیم است. معمولاً مردم این مریضان را "دیوانه" مینامند. این مریضان تجارب و افکاری دارند که مردم دیگر ندارند و سلوک آنها غیر نورمال میباشد.

تظاهرات کلینیکی

هر گاه در سلوک، افکار و احساسات یک شخص تغییرات دیده شود؛ به سایکوز مشکوک شوید.

اعراض بالخاصه سایکوز قرار ذیل اند:

- سخنان غیر قابل درک
- دلیوژن (delusions): عبارت از ترس ها و اعتقادات غلط اند که در نزد سایر مردمان دیده نمیشود.
- hallucinations (برسامات): مریض ممکن است چیزها ئیرا ببیند ویا صدا های را بشنود که اصلاً وجود نمیداشته باشند. مریض به این آواز ها با سخن گفتن ویا فریاد کردن با خود؛ جواب میدهد.
- ضیاع بینش و فراست: مریض نمیداند که بیمار است.
- حالت مزاجی نامناسب.

چگونه باید پرابلم های روانی را تداوی کرد؟

ممکن همانند سایر مردمان؛ شما هم در مورد امراض روانی نظریات منفی داشته باشید. با صداقت در مورد احساس تان و در مورد ضرورت وارد نمودن تغییرات در برخورد تان فکر نمائید. به خاطر داشته باشید که شخص مصاب امراض روانی باید منحیث فردی که به کمک ضرورت دارد، تداوی شود. مریض را با کمال احترام و وقار تداوی نمائید چه در یک تعداد زیاد امراض روانی، تداوی غیر دوائی و حمایه خوب خانواده گی نسبت به تداوی؛ مهمتر اند.

اهداف کلیدی مراقبت خوب صحت روان را در چوکات ببینید.

اهداف کلیدی مراقبت خوب صحت روان

۱. تشخیص و تداوی مقدم
۲. تداوی مریض در حالیکه مریض در اجتماع خود باقی میماند.
۳. تداوی منظم
۴. عدم تبعیض و ننگ نه شمردن بیماری
۵. شمولیت دوباره و فراهم سازی شرایط حیات نورمال روزانه بیمار

اهتمامات

• اگر نا آرامی مریض کم باشد؛ chlorpromazine به مقدار 25-50 mg روزانه برای ۳ مرتبه بدهید. اگر بعد از ۴ هفته بهبودی واضح در وضعیت مریض واقع نشود، مریض را به شفاخانه ویا متخصص مربوطه رجعت دهید.

۷. مدت تداوی: نزد اکثریت مریضان اعراض غیرنورمال بعد از مدت کمتر از یک هفته؛ کاهش می یابد. بعد از بهبود وضعیت مریض؛ تداوی با chlorpromazine را برای ۴ هفته دیگر ادامه دهید و بعداً دوز آنرا به مقدار 50 mg در هر هفته کم نمائید.

مریضان مصاب سایکوز مزمن؛ به تداوی چند ماهه ضرورت دارند. اگر مرض روانی نزد شخص برای چندین سال در گذشته وجود داشته باشد (سایکوز عود کننده)؛ مریض را به صورت مادام العمر تداوی نمائید. به عوض تابلیت های chlorpromazine از زرقیات fluphenazine بدهید. در واقعات حاد نیز زمانی که مریض تابلیت ها را مصرف نکند؛ میتوان از زرقیات استفاده نمود.

- یک دوز امتحانی fluphenazine را به مقدار 12.5 mg از طریق عضلی بدهید.
- اگر عکس العمل خراب وجود نداشته باشد، به مقدار 25 mg از طریق عضلی یک هفته بعد و بعداً ماهانه یک بار به مقدار 25 mg از طریق عضلی بدهید.
- اگر اعراض به خوبی کنترل نشوند دوا را به جای ماهانه یک بار، هر سه هفته بعد به مقدار 25 mg از طریق عضلی بدهید.
- اطمینان حاصل نمائید که مریض و فامیلش میدانند که تداوی مریض طویل المدت بوده و حتی مادام العمر بوده میتواند. ایشان باید بدانند که اگر زرقیات قطع گردد ممکن مریض دوباره به سایکوز برود.

۸. عوارض جانبی تداوی:

عوارض جانبی معمول آن را (sedation)، تفریط فشار خون، رعشه، شخی عضلات (stiffness) یا رفتار نا متوازن تشکیل میدهد. یک عکس العمل حاد؛ که ندرتاً در عضلات راس و گردن دیده میشود؛ عبارت است از: راس مریض به یک سو تپله شده، چشمان مریض به سمت بالا حرکت نموده و ممکن زبان مریض از دهنش به بیرون برآید.

شما باید این عوارض جانبی را به مریض بگوئید. جهت جلوگیری و تنقیص رعشه، شخی عضلات، عدم توازن رفتار و عکس العمل های حاد عضلات راس و گردن، برای مریض trihexyphenidyl به مقدار 2 mg روزانه از طریق فمی بدهید. اگر

۱. علایم امراض فزیکمی را جستجو نمائید (مثلاً تب محرکه، یا انسفالیت). در مورد جروحات قبلی راس سوال نموده و در مورد اینکه آیا مریض کدام دوا اخذ نموده (مثلاً استیروئید ها) یا اعتیاد دوائی دارد؟ تحقیق نمائید. اگر سبب قابل تداوی برای مرض وجود داشته باشد؛ شما ممکن تغییر درجه شعور، disorientation، گیجی، برسامات (hallucinations) بصری را دریابید.

۲. سپس معین کنید که آیا مریض مصاب سایکوز حاد، مزمن ویا عود کننده است؟

• سایکوز حاد؛ شروع آنی داشته برای مدت زمان کوتاه ادامه یافته و ممکن فکتور های تشدید کننده (مثلاً فقدان) در زمینه وجود داشته باشد ویا نداشته باشد.

• سایکوز مزمن با آهسته گی شروع مینماید. مرض برای مدت طولانی دوام نموده؛ کدام سبب واضح برای آن وجود نداشته معمولاً به نام شیزوفرنیا (schizophrenia) یاد میشود.

• اشخاصی که به صورت متناوب مصاب دوره های مانیا و افسرده گی (depression) اند مصاب تشوشات دو قطبی (bipolar) میباشند.

۳. تصمیم بگیرید که آیا مریض را خود تداوی نموده میتوانید یا باید آنرا به داکتر متخصص ویا شفاخانه معرفی نمائید. اگر امکان رجعت مریض وجود نداشته باشد؛ مریض را تا حد امکان به خوبی تداوی نمائید. استطبابات رجعت دادن مریض را در صفحه ۲۳۲ مطالعه نمائید.

۴. وضعیت مریض را به فامیلش توضیح دهید.

۵. هر مرض فزیکمی را که ممکن عامل بروز اعراض باشد؛ تداوی نمائید.

۶. سایکوز را با chlorpromazine (یا haloperidol) تداوی نمائید.

• اگر مریض نا آرام باشد ویا به محکم نمودن ضرورت داشته باشد؛ chlorpromazine فمی به مقدار 100 mg روزانه ۳ مرتبه برایش بدهید (یا 50 mg از طریق عضلی). اگر مریض بعد از ۳ روز هنوز هم نا آرام باقی میماند؛ دوز دوا را به 100 mg روزانه ۴ مرتبه بلند ببرید. اگر وضعیت مریض بعد از ۱۰ روز بهبود نیابد مریض را به شفاخانه رجعت دهید. به زودی بعد از آنکه وضعیت مریض بهبود یافت؛ دوز دوا را به 50 mg روزانه ۳ مرتبه از طریق فمی؛ توصیه نمائید.

این پروسه یک مدت زمان را در بر میگیرد. ادویه سرعت برطرف شدن آن را زیاد نموده نمیتواند!

انحطاط روانی یا افسرده گی (DEPRESSION)

افسرده گی غالباً تشخیص نمیشود؛ زیرا مریضان معمولاً با اعراض فیزیکی مراجعه مینمایند (چوکات دیده شود). افسرده گی ممکن است از باعث مشکلات زنده گی، امراض فیزیکی (مثلاً توبرکلوز) یا استعمال دواها (مثلاً methyl dopa) بوجود آید.

افسرده گی تشخیص ناشده - راپور یک واقعه

محمد عزیز کارگر ۳۵ ساله بوده؛ خانمش اطفال وی را که مصاب سؤتغذی بودند به کلینک آورده بود. داکتر در جریان طرح سوالات در مورد زنده گی خانواده گی شان؛ دریافت که محمد عزیز به اثر شاکی بودن از درد بدن و مفاصل برای مدت چند هفته به کار خود نرفته است. در نتیجه وی قادر به خریداری غذا برای اطفال خود نبوده اطفال وی دچار گرسنه گی و فاقدگی شده اند.

از محمد عزیز تقاضا شد تا به کلینیک بیاید. به هنگام رسیدن به کلینیک؛ وی غمگین و بی علاقه به نظر میآمد. وی از درد منتشر پاهای خود شاکی بود. در معاینه فیزیکی کدام ابنورمالتی دریافت نشد. تست های خون نورمال بودند. داکتر کلینیک وی را با ادویه ضد درد؛ تداوی نمود.

هیچ کسی در مورد اینکه اعراض فیزیکی وی ممکن علایم مرض روانی احتمالی بوده باشد؛ فکر نکرد. هیچ کسی وی را از نظر افسرده گی معاینه نکرد. محمد عزیز بهبود حاصل ننمود حالانکه توصیه amitriptyline و دادن مشوره ها؛ میتوانست زنده گی وی را تغییر دهد و فامیل وی را از بدبختی نجات دهد.

تظاهرات کلینیکی

- در هر سن دیده میشود.
- غالباً به تعقیب حادثات غمناک زنده گی شروع مینماید.
- غالباً با اعراض فیزیکی تظاهر مینماید.
- تأثر شدید و گریه مکرر موجود میباشد.
- خرابی خواب و اشتها موجود میباشد.
- بی علاقه گی در فعالیت های معمول (مثلاً در کار و زنده گی خانواده گی).

اهتمامات

۱. جهت تشخیص افسرده گی نزد مریض، جواب سوالات ذیل را دریابید:
 - خواب مریض چگونه است؟
 - خوراک مریض چگونه است؟
 - آیا مریض بسیار گریه میکند؟
۲. اگر دانسته شد که مریض مصاب افسرده گی است؛ پس **خفیف** بودن یا **شدید** بودن آنرا مشخص نمایند. افسرده گی خفیف با کار و زنده گی اجتماعی مریض مداخله نمیکند. در افسرده گی شدید؛ شخص

مریضان دوز های بلند chlorpromazine را اخذ میدارند دوز trihexyphenidyl را به 2 تا 3 مرتبه در روز بلند ببرید. شما میتوانید این دوز را تا زمانیکه مریض chlorpromazine ویا زرقیات اخذ میدارد؛ ادامه دهید. در صورت وقوع عکس العمل های حاد عضلات راس و گردن؛ فوراً از trihexyphenidyl به مقدار 4 mg از طریق فمی بدهید.

تشویشات معمول روانی

این تشویشات روانی؛ نسبت به سایکوز ها کمتر وخیم میباشدند. بعض اوقات آنها را بنام نیوروز (neurosis) نیز یاد مینمایند. در سایکوز شخص افکار غیر نورمال داشته و کارهای غیر نورمال انجام میدهند. در افسرده گی، اضطرابات و هستریا (dissociation) شخص ارتباط خود را با واقعیت ها حفظ مینماید. مریض میدانند که وضعیت او خوب نیست. مریض عجیب و غیر نورمال به نظر نمیآید. معمولاً مریض سبب نا آرامی دیگران نشده ولی خود وی دچار رنج های شخصی و ضجرت میباشد. مریض مسئولیت های معمول فامیلی و کاری خود را؛ ایفا نموده نمیتواند.

نقش فشار های بعد از ترخیصات

سبب مهم تشویشات روانی معمول را؛ نزد یک تعداد مریضان؛ عکس العمل در مقابل واقعات غمناک زنده گی (مثلاً شکنجه ها، خاطرات جنگی و تجاوز های جنسی) تشکیل میدهد. وقوع عکس العمل های هیجانی شدید بعد از هر واقعه خراب؛ یک امر نورمال نزد هر کس میباشد. این عکس العمل ها معمولاً با گذشت هفته ها یا ماه ها کم میشوند. پرابلم ها نزد یک تعداد مریضان؛ دوام مینماید. این حالت را که مریض دچار آن است بنام سندروم فشاری بعد از ترخیصات؛ یاد مینمایند که مریض به کمک ضرورت دارد.

چگونه میتوان شخصی را که برایش واقعه بد رخ داده کمک نمود؟

مهم است تا مریض بگوید برایش چه واقع شده و احساسات خود را در گذشته و حال در مورد آن بیان نماید. با اینکار؛ به خاطر آوردن حادثه آهسته آهسته کمتر دردناک میشود. چنین گفته میشود که هر گاه یک خاطره بد را با دیگران یاد نکنیم؛ خاطره مذکور در دل باقی مانده و احساس میشود. زمانیکه بیان شود؛ خاطره مذکور بخشی از افکار شده بیشتر و بیشتر از احساسات دور میشود و بار غم آن کمتر میشود.

صبح و 50 mg از طرف شب بلند برید و آنرا برای ۲ هفته ادامه دهید. هر گاه بهبودی واقع نشود دوز دوا را به حد اعظمی 150 mg/day با اضافه نمودن یک تابلیت اضافی در هر ۷ روز بلند ببرید.

اگر وضعیت مریض رو به بهبودی باشد، amitriptyline را حد اقل برای ۸ هفته دیگر ادامه دهید. اگر مریض قبلاً تداوی ضد افسرده گی را اخذ نموده باشد، تداوی را برای یک یا چند سال ادامه دهید. در هنگام قطع تداوی توجه شود تا به صورت تدریجی در ظرف چندین هفته قطع شود. دوا ی بدیل amitriptyline، imipramine است.

واقعات بالخاصه:

انحطاط روانی یا افسرده گی بعد از ولادت

یک تعداد خانم ها بعد از رفع حمل؛ مصاب تآثر شده بسیار گریه مینمایند. خانمی که تازه مادر شده و مصاب افسرده گی بعد از ولادت باشد ممکن است به مراقبت خودش و طفلش علاقه نشان ندهد. وی ممکن سلوک و افکار عجیب داشته باشد. هر خانمی که جدیداً مادر شده و چنین روش را از خود نشان دهد به کمک و تداوی عاجل ضرورت میداشته باشد.

اضطراب (ANXIETY)

اضطراب نیز مانند افسرده گی؛ با اعراض فزیزیکی تظاهر مینماید.

تظاهرات کلینیکی

- اعراض فزیزیکی توضیح ناشده.
- اضطراب شدید؛ که شدت آن بیشتر از آن است که در فشار های زنده گی توقع میرود. اضطراب؛ شخص مریض را از انجام کارهای معمول روزانه اش مانع میشود.

اهتمامات

۱. مریض را از نظر افسرده گی ارزیابی نمائید.
۲. مریض را در قسمت دانستن ارتباط اعراضش با پرابلم ها کمک نمائید. به مریض اطمینان دهید که مصاب کدام مریضی فزیزیکی جدی نمیباشد.
۳. فشار های موجوده بالای مریض را دریافته در مورد طرق کمک؛ جهت کاهش پرابلم ها با او و فامیل وی صحبت نمائید.
۴. در مورد تمرینات آرام بخش با مریض مشوره نمائید (چوکات دیده شود).

از عهده کار و زنده گی روزانه خود بر آمده نمیتواند و مریض ممکن فکر خود کشی را نماید.

اساسات تداوی را حمایه از مریض و در صورت ضرورت دادن ادویه ضد افسرده گی (anti-depressant) تشکیل میدهد.

۳. این موضوع را دریابید که مریض ادویه بار آورنده افسرده گی اخذ میدارد (مثلاً methyldopa یا steroid ها) یا خیر؟ هر مرض زمینوی موجود را تداوی نمائید.

۴. این موضوع را که آیا مریض در معرض خطر خود کشی قرار دارد یا خیر؟ مستقیماً از مریض سوال نمائید که آیا افکار خود کشی داشته؟ یا آنرا پلان نموده که چگونه انجام دهد؟ اگر او چنین پلانی داشته باشد؛ پس وی در معرض خطر بلند قرار دارد به فامیل مریض توصیه نمائید تا همیشه با مریض شان باشند. مریض را از چاقو ها و غیره آلات؛ دور نگهدارید. رجعت دهی مریض را به یک شفاخانه مد نظر داشته باشید.

۵. ترتیبات حمایه مریض بوسیله فامیل، دوستان و اجتماع را اتخاذ نمائید. حمایه مریض شامل موارد ذیل است:

- شناسائی پرابلم های شخص مریض و جستجوی طرق حل این پرابلم ها. طرق حل پرابلم باید برای مریض عملی باشد اعضای فامیل مریض باید مریض را در اجرای هر قدم تشویق نمایند.
- کمک نمودن شخص در انجام کار های که از انجام آن لذت ببرد.
- کمک نمودن شخص در تغییر دادن افکارش مثلاً تغییر این تصویر که "من دوباره هیچگاهی خوش نخواهم بود و زنده گی من همیشه تاریک باقی خواهد ماند" "من فعلاً خوب نمیباشم ولی این خرابی برای همیشه دوام نمیکند. با حمایه و کمک دواها در ظرف چند هفته خوب میشوم."

۴. amitriptyline را به مقدار 50 mg از طرف شب بعد از غذا بدهید. نزد اشخاص پیر، تداوی را با 25 mg روزانه شروع نمائید. به مریض توضیح دهید که ممکن نزدش خسته گی، خشکی دهن و گنسیبت بوجود آید. اکثریت این عوارض جانبی؛ در ظرف ۱-۲ هفته بهبود مییابند. بدین دلیل دوز دوا را به صورت تدریجی بلند نمائید. به مریض توضیح دهید که شروع بهبودی؛ قبل از روز ۱۴؛ توقع برده نمیشود و غالباً ۴-۶ هفته را در بر میگیرد تا وی احساس بهبودی نماید.

اگر عوارض جانبی زیاد نزد مریض وجود نداشته باشد، دوز amitriptyline را به 25 mg از طرف

تشخیص تفریقی میان حملات تجزیوی و صرع:

حالت تجزیوی	صرع
عدم موجودیت جویدن زبان و دفع ادرار	موجودیت جویدن زبان، دفع ادرار
عدم موجودیت ضیاع کامل شعور	موجودیت ضیاع شعور
عدم موجودیت زخمها یا وجود زخم های خیلی سطحی	زخم برداشتن یا ضرر رسانیدن به خود
موجودیت تکانهای غیر منظم عضلات	حرکات و تکانهای منظم و دوری عضلات
اختلاجات طولانی مدت غالباً از ۳۰ دقیقه تا تمام روز اند.	اختلاجات معمولاً کوتاه مدت چند دقیقه ای اند.

اهتمامات

۱. **مریض را از نظر افسرده گی ارزیابی نمائید**
زیرا این مرض بعض اوقات هستریا را بار میآورد.
۲. **به مریض و فامیل او اطمینان دهید** که وی مصاب کدام مریضی فزیکتی جدی نیست. به آنها سبب پرابلم های مریض را توضیح دارید. مثلاً به مریض گفته شود که "از باعث فشار های زنده گی، بعض اوقات دماغ شما کنترولش را از دست داده و این کار بالای بدن تان اثر وارد مینماید."
۳. **از مریض؛ طوریکه در بخش افسرده گی توضیح شد؛ حمایتی نمائید.**
۴. **به مریض دوا ندهید؛** زیرا دوا ها موثر نیستند و از سویی توصیه ادویه ایکه مریض را مغشوش میسازد زیرا از یکطرف به وی میگوئید که او کدام مریضی فزیکتی ندارد و از طرف دیگر برایش ادویه میدهید.
۵. **اگر اعراض برای مدت طولانی وجود داشته باشند؛** مدت طولانی را در بر خواهد گرفت تا از بین بروند. بناً مریض را مکرراً ویزت نمائید و وی را تشویق و حمایتی نموده اطمینان به بهبودی دهید.

سایر تشوشات روانی

سواستفاده از ادویه یا مواد مخدر

زمانیکه ترک یک دوا؛ برای یک شخص بعد از استفاده؛ نسبتاً مشکل یا حتی ناممکن شود؛ شخص مذکور معتاد آن دوا شمرده میشود.

تظاهرات کلینیکی

نزد شخصی که یکی یا بیشتر از تظاهرات ذیل دیده شود؛ به اعتیاد دواپی مشکوک شوید. آگاه باشید که هیچ یک ازین تظاهرات برای اعتیاد دوائی وصفی نمیشوند. به خاطر داشته باشید که هر گاه جهت دریافت اعتیاد

تمرینات آرامش بخش (relaxation exercises)

در تمرینات تنفسی ذیل؛ از طریق بینی و با بکار بردن عضلات بطنی هوا را داخل شش های تان فروبرید (عضلات صدر را بکار نبرید). این تمرین را هر شب برای ۵-۱۰ دقیقه در یک وضعیت راحت انجام دهید. به خاطر داشته باشید که تأثیرات مثبت عمل بدون انجام تمرینات بدست نمی آید. کوشش نمائید تا استراحت یا خواب نمائید؛ صرف تمرینات تان را انجام دهید.

۱. به آهسته گی و برای مدت ۳ ثانیه هوا را داخل ریه هایتان کش نمائید.
۲. بعداً هوای کش شده را در ظرف ۳ ثانیه به آهسته گی خارج نمائید.
۳. قبل از تکرار عمل؛ برای ۳ ثانیه صبر نمائید.
۴. بعد از ۵ دقیقه؛ در هنگام خارج نمودن هوا از شش هایتان کلمه "استراحت" را با خود بگوئید.

۵. **از دادن دوا اجتناب نمائید.** lorazepam و diazepam که بعض اوقات تطبیق میشوند اگر برای بیشتر از ۱۰ روز توصیه شوند؛ ممکن اعتیاد بار آورند. اگر مریض خواب نداشته باشد؛ برایش amitriptyline به مقدار 50 mg از طرف شب دهید. دوا ی بدیل آن promethazin به مقدار 25 mg میباشد. این دو دوا اعتیاد بار نمیآورند.

هستریا (DISSOCIATION) یا (CONVERSION DISORDER)

یک تعداد مریضان؛ پرابلم های خود را به دیگران گفته نمیتوانند ولی میخواهند تا دیگران اندوه آنها را بدانند. ممکن نزد این مریضان؛ پرابلم های فزیکتی مشخصی به شکل یک مریضی بوجود آید. مگر این مریضی ها کدام سبب فزیکتی ندارند. بوجود آمدن این اعراض قصدی نبوده مریض نمیخواهد با استفاده از آن دیگران را فریب دهد. هر چند مریضان پرابلم های خود را نمیدانند ولی این اعراض؛ مانند فریاد ناخود آگاه؛ برای جلب کمک اند.

تظاهرات کلینیکی

- معمولاً در کاهلان دیده میشود.
- مریض آنآ لاجواب شده؛ سخن گفته نمیتواند.
- حملات اختلاجی گونه (مهم است تا از حملات صرعوی تشخیص تفریقی شود، جدول دیده شود).
- ضعیفی یا فلج یک پا و بعض اوقات رفتار عجیب.
- تکانها و رعشه؛ بدون موجودیت سبب عضوی.
- مشکلات بلع؛ بدون موجودیت سبب عضوی.

افرازات انفی و چشم و بی خوابی) بوجود آید. این اعراض نزد معتادین ناخوش آیند بوده ولی خطر ناک نمیباشند.

۴. مهم است تا تمام فامیل مریض را در تداوی دخیل نمایم. این ها شخص معتاد را در قسمت تغیر ارتباط های اجتماعی اش؛ کمک مینمایند. این بدان معنی است که مریض نباید با اشخاص معتاد؛ دیگر در تماس شده؛ به محلاتی که ادویه فروخته میشود برود. ضرورت است تا مریض در یک محیط جدید؛ با دوستان جدید؛ زنده گی جدید نماید. در غیر آن وسوسه شروع اخذ دوباره دوا؛ نزدش قویاً باقی میماند.

۵. مریض را منظمآ طور مثال ماه یک بار برای یک سال ببینید. وی را حمایت نموده در مورد حالت جدیدش صحبت نمائید. عود اعتیاد معمول بوده نباید بیمار را ول کرد و مایوس شد. بلکه دوباره او را کمک کنید.

دوائی در مورد تظاهرات ذیل سوال مینمائید ممکن مریض قصه های را ساخته به شما دروغ گوید.

- تغیرات آنی در حالت مزاجی
- تخرشیت و پرخاشگری
- بی علاقه گی به کار، دوستان و خانواده
- بی اشتھائی و ضیاع وزن
- کسالت و خواب آلوده گی
- دروغ گفتن ها یا رفتار و سلوک مرموز داشتن
- دزدیدن
- حذقه های بسیار کوچک (متقبض)
- کش نمودن مکرر بینی و طوری به نظر آمدن که گویا شخص مصاب سرماه خورده گی باشد (زمانی واقع میشود که مریض برای چند روز دوا را بدست نیاورده باشد)

اهتمامات

صرف زمانی به مریض معتاد کمک نموده میتوانید که او ترغیب و تشویق شده باشد. اگر مریض نخواهد خود را از کار برد دواها رهائی بخشد، تمام کوشش های تان بی نتیجه باقی میماند.

توصیه دواها؛ تداوی اساسی مریض نمیباشد! به تجویز دوا ها؛ صرف برای مدت کوتاه و آنهم زمانی ضرورت میباشد؛ که نزد مریض اعراض شدید قطع دوائی بوجود آید.

۱. دریابید که مریض چه را و به چه مقدار اخذ میدارد؟

۲. با مریض در مورد اثرات سوءاعتیاد دوائی بالای وضعیت فامیلی، اقتصادی و اجتماعی صحبت نمائید. شخص مریض را ملامت و محکوم ننمائید چه وی مریض است و به کمک شما ضرورت میداشته باشد.

۳. در قطع نمودن دوا به مریض کمک نمائید. اگر او نمیخواهد دوا را قطع نماید؛ او را کمک نمائید تا مقدار مصرف آن را کم نماید. این کار صدمات ناشی از اعتیاد را کم میسازد.

قطع علایم معمولاً ۵-۸ روز را در بر میگردد در جریان تداوی ونیز بعد از آن شخص معتاد باید به صورت مداوم تحت نظر باشد.

اگر او به مخدرات معتاد باشد؛ ممکن است بدون تطبیق دواها آن را قطع نماید. ممکن نزد شخص معتاد اعراض قطع دوائی (درد های عضلی، کرمپ های بطنی، استفراغات، اسهالات، تعرق،

تأخر دماغی (MENTAL RETARDATION)

تأخر دماغی یا معیوبیت دماغی به مفهوم تاخیر یا بطائت انکشاف دماغ طفل است. معمولاً فامیل ها در مورد اینکه طفل شان به صورت نورمال انکشاف مینمایند یا اینکه پرابلم های وجود دارد؟ آگاه میباشند. تأخر دماغی از باعث فکتور های مختلف قبل، در جریان ویا بعد از ولادت بوجود میآید (چوکات دیده شود).

اسباب تاخر دماغی

- ولادت همراه با سواشکال مغزی. (اسباب آن شامل فقدان آیودین نزد مادر در جریان حمل، انتانات داخل رحمی از قبیل rubella، بوده مگر اکثراً دلیل آن نامعلوم باقی میماند.)
- تخریبات دماغی در جریان ولادت (مثلاً اسفکسی زمان ولادت، ترضیضات زمان ولادت)
- تخریب دماغ از باعث امراض شدید (مثلاً سوتغذی، التهاب سحایا، انتانات شدید جدیدالولاده، یرقان جدیدالولاده)
- یک تعداد اطفال مصاب امراض ولادی معیوبیت های دماغی میداشته باشند

تظاهرات کلینیکی

طفل مصاب تأخر دماغی؛ در مقایسه با سایر اطفال همسن و سالش؛ بطی تر میآموزد. این بطائت میتواند یک بخش یا چندین بخش انکشاف طفل را متاثر سازد، مثلاً انکشاف حرکی عمده (قدم زدن)، یا انکشاف حرکات ظریفه (استعمال دستان و انگشتان جهت انجام وظایف)، آموزش یا تکلم. هم چنان این تأخر شامل بطائت آموزش سلوک اجتماعی قابل قبول و درست فرهنگی میشود.

اهتمامات

شوند، بخواهند که بمیرند، کنترل ادرار و مواد غایبه خود را از دست دهند و یا خیالات خشونت آمیز داشته باشند.

اهتمامات

۱. کوشش نمائید تا طفل پریشانی و ترس خود را بیان نماید. این کار میتواند از طریق صحبت شخص مورد اعتبار طفل با وی؛ یا از طریق ترسیم یا تمثیل آن صورت گیرد.

۲. اطمینان حاصل نمائید که طفل احساس مینماید که او را دوست دارند، مورد قبول قرار دارد و میتواند احساسات خود را بیان نماید.

۳. زنده گی معمول روزانه را ادامه دهید و به طفل وظایفی را دهید که از عهده آن برآید.

تأخر دماغی قابل علاج نیست. طرح این مطلب برای فامیل های که آرزوی بزرگ در مورد طفل خود داشته اند، بسیار ناامید کننده میباشد. با آنهم میتوان یک شخص مصاب معیوبیت دماغی را کمک نمود.

۱. کارهای را؛ که یک شخص مصاب معیوبیت دماغی برای خود انجام داده میتواند؛ دریابید. برایش جرات بدهید و کمک اش کنید تا از خود مراقبت و مواظبت کند.

۲. در قسمت آموختن مهارت ها؛ با وی کمک نمائید.

۳. پرابلم های اضافی؛ مثلاً ضعیفی دید و شنوایی وی را تداوی نمائید.

پرابلم های روانی دوره طفولیت

اطفال؛ مصاب پرابلم های روانی شده میتوانند معمولترین آن را تاخر دماغی تشکیل میدهد (در بالا دیده شود). هر چند ممکن است نزد شان افسرده گی (depression)، اضطراب (anxiety) یا سایکوز تاسس نماید. این پرابلم ها معمولاً از باعث واقعات بد و تجارب فشار آور (مثلاً شاهد بودن در صحنه های خشونتبا و یا تحت خشونت قرار گرفتن)، فقدان محبت و پذیرش شان در خانواده، مرگ مادر و یا پدر) بوجود میآید.

تظاهرات کلینیکی

معمولاً اطفال پرابلم های روانی شان را به صورت مستقیم بیان نمیدارند. مثلاً ممکن است این اطفال منزوی یا پرخاشگر شده و بسیار گریان نمایند، ترسو

ماخذها

1. Davies T, Craig TKJ (ed.). *ABC of Mental Health*. London: BMJ Publishing Group 1998.
2. Furukawa T, McGuire H, Barbul C. Low dose tricyclic antidepressants for depression (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester: John Wiley & Sons 2004.
3. Hawkins S. *Practical Guide to Common Mental Health Problems*. Kabul: International Assistance Mission (IAM) 2004.
4. Mental Health. *Disability Dialogue* 2000; 2: 1-12.
5. Muga F, Macdonald J. Much more than an illness. *Health Action* 1996; 16: 4-5.
6. Nepal MK, Wright CS. *Manual of Mental Health for Community Health Workers*. 2nd English edition. Kathmandu: Health Learning Materials Centre 1990.
7. Partel V, Kleinmann A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81: 609-615.

۱۷. صحت خانم ها و مراقبت از نوزادان

۴. طفل نوزاد و مادرش باید بعد از ولادت برای چندین بار ارزیابی شوند (مراقبت مصئون بعد از ولادت و مراقبت نوزاد). شروع عاجل تغذی نوزاد فقط با شیر مادر باید تشویق شده، در مورد پلاننگذاری فامیل بحث شود.

چطور میتوان حمل را تشخیص نمود؟

اعراض و علائم حمل قرار ذیل اند: • عادت ماهوار خانم متوقف میشود، • در هنگام صبح دلبدی پیدا مینماید، • ممکن دفعات ادرار نزدش زیاد شود، • بطن و ثدیه هایش بزرگتر میشوند و در جریان حدود ماه پنجم حمل، تحرکیت طفل را دررحمش، احساس مینماید.

جهت پلان نمودن یک ولادت مصئون، دانستن روز متوقع ولادت (EDD = expected date of delivery) بسیار مهم است. اگر خانم تاریخ شروع آخرین خونریزی عادت ماهوار خود را بداند (LMP = last menstrual period)، بر آن ۹ ماه و ۷ روز را علاوه نمایند (Naegel's rule = LMP + ۷ روز + ۹ ماه). طفل ممکن در جریان ۲ هفته قبل یا بعد از تاریخ حاصله تولد شود. در جاهائی که التراسوند وجود داشته باشد، میتوان با استفاده از آن سن حمل را تعیین نمود.

وقتی، خانم نمیتواند آخرین عادت ماهوار خود را به خاطر آورد. پس سائز رحم را که مطابق به شکل ۱- ۱۷ نشان داده شده جس نموده و ارتفاع غور رحم را جهت تخمین زمان حمل اندازه نمایند.

مراقبت قبل از ولادت- چطور باید از خانم حامله در جریان حمل مراقبت شود؟ (antenatal care)

هدف مراقبت قبل از ولادت را؛ داشتن مادر و نوزاد صحت مند در اخیر حمل تشکیل میدهد. در حال حاضر در افغانستان؛ صرف از ۱۲% تمام خانم های حامله در جریان حمل؛ مراقبت قبل از ولادت بعمل میآید. بناً از هر خانمی که نزد شما از سبب هر پرابلمی که مراجعه مینماید، در مورد اجرا یا دریافت مراقبت قبل از ولادت سوال نمایند و اگر مراقبت نگردیده باشد، وی را جهت مصئونتر ساختن حمل ارزیابی نمایند. یک ارزیابی درست ممکن ۳۰ دقیقه را در بر گیرد که این ۳۰ دقیقه میتواند حیات مادر و طفلش را نجات دهد.

افغانستان از نظر وقوع مرگ و میر مادران در جهان در سطح دوم قرار دارد. اختلاطات ممکن نزد هرخانم در جریان حمل، زمان ولادت طفل یا درجریان ۴۰ روز بعد از ولادت (postpartum period) واقع شود. یک تعداد از ولادت ها نسبت به ولادت های دیگر خطر بیشتر را دارا مینباشند. اکثر واقعات مرگ مادران از اثر خونریزی، انتانات، فرط فشار خون ناشی از حمل (اکلمپسی - eclampsia) و ولادت انسدادی رخ میدهد. نزد یک تعداد دیگری خانم ها پرابلم های صحتی در جریان حمل و ولادت بوجود میآید. حمل های مکرر به خانم ها وقت کافی نمیدهد تا دوباره خود را در فاصله دو حمل تقویه نمایند و ازسویی منابع عضویت شان تهی میشود. صحت خراب مادر؛ بالای صحت اطفال شان نیز اثر دارد زیرا صرف یک مادر صحت مند میتواند اطفال قوی و صحت مند داشته باشد؛ در غیر آن یک تعداد زیاد اطفال در اوایل دوره نوزادی فوت مینمایند.

حتی لازمست بدون تریننگ خاص ولادی؛ شما باید طرق اساسی را بدانید که با آن بتوان وضعیت های خطرناک را تغییرداد. شما باید قادر به تشخیص واقعات عاجل ولادی بوده کمک های اولیه صحتی را فراهم نموده و بیماران را فوراً به مراکز مجهز رجعت دهید.

اساسات کلیدی مراقبت های مادر و طفل نوزاد؛ قرار ذیل اند:

۱. حمل پلان شده مصئون تر میباشد (پلاننگذاری فامیلی و ازدیاد فاصله بین ولادت ها - family planning, child spacing) باید میتود های پلاننگذاری فامیلی و طرز توصیه آنرا بدانید.

۲. هر خانم حامله باید حد اقل ۴ مرتبه در جریان حمل ارزیابی شود (مراقبت قبل از ولادت antenatal care)

۳. یک شخص با تجربه (skilled birth attendant) باید در جریان ولادت حاضر باشد (مراقبت مصئون ولادت). در حال حاضر در افغانستان صرف در ۱۵% تمام ولادت ها اشخاص باتجربه حضور میداشته باشند. skilled birth attendant به اشخاصی گفته میشود که مهارت های قابله گی داشته و برای شان اهتمامات ولادت های نورمال و فراهم سازی مراقبت های عاجل ولادی؛ تدریس شده باشد. دایه های عنعنوی (traditional birth attendant - TBA) شامل این کتگوری نمیشوند. تعلیم و تربیه این دایه ها در پائین آوردن میزان مرگ و میر مادران موثر ثابت نشده است.

شناخت علائم خطر، ارزش مراقبت بعد از ولادت، تغذی با شیر مادر و پلانگذاری فامیلی).

ویزیت اول قبل الولادت:

ویزیت اول باید به زودی ممکنه بعد از وقوع حمل صورت گیرد. هرگاه خانم حامله دیرتر مراجعه نماید، همیشه وی را مطابق ذیل ارزیابی نموده علاوه، ارزیابی های را که برای همان زمان حمل مناسب باشد نیز اجرا نمائید (مثلاً جس وضعیت طفل بعد از هفته ۳۲ حمل و اندازه نمودن ارتفاع غور رحم).

تاریخچه بگیری

تاریخچه عمومی:

- "چند ساله هستی؟" خانم های که سن کمتر از ۱۷ سال دارند؛ خطر بلند اکلمپسی (eclampsia)، ولادت طولانی و انسدادی نزد شان وجود دارد. خانم های که سن شان بالاتر از ۳۵ سال است خطر زیاد ولادت طولانی و خونریزی نزد شان وجود دارد.
- "آیا پرابلم صحتی دارید؟" به خصوص در مورد پرابلم های قلبی، توبرکلوز، فرط فشار خون، پرابلم های کلیوی، صرعه، دیابت، پرابلم های کبدی و عملیات های جراحی در گذشته؛ سوال نمائید.
- "آیا به مقابل تیتانوس واکسین شده اید؟"
- "آیا کدام دوا را اخذ می‌دارید؟ اگر بلی؛ کدام دوا و به چه دلیلی؟"

تاریخچه ولادی:

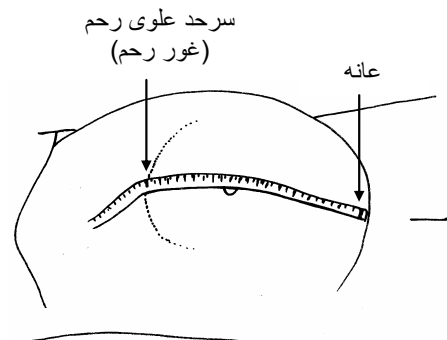
- "در گذشته چند بار حامله شده اید؟" خطر بروز اختلالات در حمل اول بلند می‌باشد (مثلاً اکلمپسی - eclampsia). خانم های که ۵ مرتبه یا بیشتر از آن در گذشته؛ حمل داشته اند در معرض خطر بلند اختلالات چون کمخونی، فشار بلند خون، ولادت قبل الميعاد، ریچر رحمی و خونریزی بعد از ولادت قرار دارند.

- "آیا در جریان حمل های قبلی پرابلم داشته اید؟" هر گاه یکی از اختلالات در حمل های قبلی وجود داشته باشد؛ این حمل نیز در معرض خطر می‌باشد.

- فشار بلند خون
- حملات اختلاجی
- خونریزی در جریان حمل یا بعد از ولادت
- سقط یا ولادت طفل مرده
- ولادت غیر نورمال (مثلاً caesarean section یا ولادت هائیکه بیشتر از ۱۲ ساعت دوام نموده باشد).

چطور باید ارتفاع غور رحم را اندازه نمود؟:

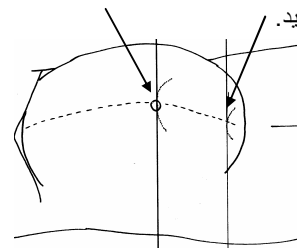
۱. یک فیته اندازه گیری را بگیری.
۲. سرحد علوی ارتفاق عانه (عظم عانه) و سرحد علوی رحم را جس نمائید (غور رحم).
۳. فاصله بین عانه و غور رحم را اندازه نمائید.



با اندازه نمودن ارتفاع (بلندی) غور رحم، شما بزرگ شدن رحم را دیده میتوانید. در حالت نورمال، بلندی غور حدود 2 cm بلند تر ویا پائینتر از تعداد هفته های حمل می‌باشد (مثلاً در هفته ۲۴ حمل، ارتفاع نورمال غور رحم 24 +/- 2 cm یعنی بین 22-26 cm می‌باشد) در صورتیکه تفاوت بین ارتفاع غور رحم (بزرگ شدن رحم) و تعداد هفته های حمل بیشتر از 3 cm باشد، غیر نورمال پنداشته میشود.

- اگر بسیار پائین باشد، تاخیر نشوونوی جنین، مرگ جنین
 - اگر بسیار بلند باشد، دوگانه گی ویا polyhydramnios
- اگر خانم حامله زمان آخرین عادت ماهوار خود را فراموش نموده باشد، اندازه ارتفاع غور رحم در تعیین سن حمل نیز کمک کننده می‌باشد. به حیث یک قاعده عمومی:

۱۲ هفته گی: غور رحم را
۲۰ هفته گی: غور رحم
صرف در بالای عانه جس
به سره مرسیده می باشد.
نموده میتوانید.



شکل ۱-۱۷: طرز اندازه نمودن بلندی غور رحم

خانم حامله باید حد اقل ۴ مرتبه در جریان حمل ارزیابی شود و در صورت موجودیت فکتور های خطر و پرابلم به دفعات بیشتر. خلاصه اجزای هر ویزیت (ملاقات مریض با داکتر یا قابله) قبل از ولادت را؛ در چوکات ببینید.

در جریان هر ویزیت قبل از ولادت؛ به ۳ نکته ذیل تمرکز شود:

۱. خانم را از نظر فکتور های خطر ارزیابی نموده در مورد استطبایات رجعت دادن وی تصمیم بگیری.
۲. امراض را وقایه، تشخیص و تداوی نمائید (مثلاً کمخونی، تیتانوس، سؤتغذی و ملاریا).
۳. تعلیمات صحتی اساسی را ارائه بدارید (تغذی، کمخونی و وقایه ملاریا، نیازمندی به حضور قابله،

ملاحظات	اجزای معاینه قبل از ولادت		
	اهتمامات	ارزیابی	
در معاینه اول خانم حامله؛ حتی اگر به صورت موخر مراجعه نموده باشد؛ مطابق توضیحات داده شده وی را به صورت کامل ارزیابی نمائید!	<p>۱. ضرورت رجعت دهی وی را ارزیابی نمائید.</p> <p>۲. وقایه یا تداوی کمخونی را شروع نمائید (ferrous sulphate+ folic acid)</p> <p>۳. در مورد وقایه ملاریا مشوره دهید.</p> <p>۴. در صورت ضرورت؛ واکسین ضد تیتانوس را؛ تطبیق نمائید. در صورت مثبت بودن تست VDRL سفلیس را تداوی نمائید. تمام پیام های صحی اساسی را توضیح نمائید.</p> <p>الف. چطور میتوان در جریان حمل صحت خود را حفظ نمود؟</p> <p>ب. چطور میتوان علایم خطر را شناسائی نموده و جهت اخذ کمک به کی باید مراجعه نمود؟</p> <p>ج. چطور میتوان ولادت مصنون داشت؟</p> <p>۶. تمام معلومات را یادداشت نموده؛ زمان ملاقات بعدی را مشخص نمائید.</p>	<p>تاریخچه بگیرید</p> <p>○ سن مریض؟</p> <p>○ صحت عمومی مریض؟</p> <p>○ پرابلم های صحی فعلی و گذشته؟</p> <p>○ معافیت در مقابل تیتانوس؟</p> <p>○ دواها؟</p> <p>○ تاریخچه ولادی:</p> <p>○ تعداد حمل های سابقه؟</p> <p>○ پرابلم ها در جریان حمل های سابقه؟</p> <p>○ آخرین عادت ماهوار؟</p> <p>خانم را معاینه نمائید</p> <p>○ قد؟ وزن؟ سو تغذی؟</p> <p>○ کمخونی؟</p> <p>○ فرط فشار خون (بالتر از 140/90 mmHg)، علایم pre-eclampsia؟</p> <p>○ سایر پرابلم ها (مثلاً مرم های قلبی)؟</p> <p>معاینات را انجام دهید</p> <p>○ معاینه ادرار از نظر بکتری، گلوکوز و پروتین</p> <p>○ هیموگلوبین و احتمالاً گروپ خون</p> <p>○ معاینه VDRL را مد نظر بگیرید</p> <p>معاینات مربوط به حمل</p> <p>○ بلندی غور رحم را اندازه نمائید.</p> <p>○ اگر خانم بعد از هفته ۳۲ برای معاینه اول آمده باشد، وضعیت طفل را جس نموده و مشخص نمائید.</p>	<p>معاینه اول:</p> <p>زمان: به زودی ممکنه در زمان حمل (قبل از ۴ ماهه گی = حوالی هفته ۱۲)</p>
<p>در هفته ۳۲:</p> <p>فامیل مریض باید پلان مشخصی برای ولادت مد نظر داشته باشد. اگر ولادت در شفاخانه لازم باشد، مادر را قبل از شروع ولادت به شفاخانه بفرستید!</p> <p>آیا فامیل مریض موارد ذیل را میداند؟</p> <p>... ولادت در کجا صورت گیرد؟</p> <p>... چی کسی بهنگام ولادت حضور خواهد داشت؟</p> <p>... علایم خطر؟</p> <p>... در وقایع عاجل چه باید کرد؟</p> <p>در هفته های ۳۲ و ۳۶-۳۸:</p> <p>○ خانم حامله را از نظر موجودیت دوگانه گی ها معاینه نموده و وضعیت طفل را مشخص نمائید.</p> <p>در هفته های ۳۶-۳۸:</p> <p>بر علاوه در مورد تغذی با شیر مادر و اهمیت مراقبت بعد از ولادت؛ صحبت نمائید.</p>	<p>۱. ضرورت رجعت دهی خانم حامله را ارزیابی نمائید.</p> <p>۲. اطمینان حاصل نمائید که مادر تابلیت های iron/folic acid را اخذ میدارد.</p> <p>۳. تمام پیام های صحی اساسی را توضیح نمائید.</p> <p>الف. چطور میتوان در جریان حمل صحت خود را حفظ نمود؟</p> <p>ب. چطور میتوان علایم خطر را شناسائی نموده و جهت اخذ کمک به کی باید مراجعه نمود؟</p> <p>ج. چطور میتوان ولادت مصنون داشت؟</p> <p>۴. تمام معلومات را یادداشت نموده؛ زمان ملاقات بعدی را مشخص نمائید.</p>	<p>همیشه موضوعات مربوطه را با استفاده از تاریخچه و معاینه سابقه ارزیابی نمائید.</p> <p>تاریخچه بگیرید</p> <p>○ از معاینه قبلی تا حال کدام پرابلم واقع شده؟</p> <p>○ حرکات جنین؟</p> <p>○ اعراض خطر بلند (سردردی شدید، خیره گی رویت، خونریزی مهلبی، نفس تنگی، درد بطنی، تب)</p> <p>خانم حامله را معاینه نمائید</p> <p>○ خانم حامله را وزن نمائید.</p> <p>○ فرط فشار خون؟</p> <p>○ کمخونی شدید؟</p> <p>○ بلندی رحم را اندازه نمائید.</p> <p>○ آواز های قلبی طفل را اصغا نمائید.</p> <p>معاینات را انجام دهید</p> <p>○ معاینه ادرار از نظر بکتری، گلوکوز و پروتین</p> <p>○ هیموگلوبین (در صورتیکه در معاینه قبلی کمتر از 7 g/dl بوده باشد).</p>	<p>معاینه دوم:</p> <p>زمان: ماه ششم (هفته ۲۶)</p> <p>معاینه سوم:</p> <p>زمان: ماه هشتم (هفته ۳۲)</p> <p>معاینه چهارم:</p> <p>زمان: ماه نهم (هفته ۳۶-۳۸)</p>

نورمال (یک مقدار افزادات مهلبی در جریان حمل نورمال میباشد؛ اگر این افزادات بد بوی یا خوندار باشد؛ غیر نورمال میباشد)، درد بطنی، سردردی یا تورم عمومی؛ سوال نمائید.

○ آخرین عادت ماهوار شما (LMP) چه وقت واقع شد؟

- احتباس پلاستنا
 - مرگ نوزاد در جریان هفته اول
 - داشتن پرابلم شیر دهی از پستان خویش
- آیا در حمل فعلی کدام پرابلم دارید؟ خصوصاً در مورد خونریزی مهلبی، افزادات مهلبی غیر

خانم را معاینه نمائید

هر خانم را از نظر موجودیت پرابلم های ناشناخته شده؛ که بتواند در جریان حمل تشدید شود؛ معاینه نمائید.

○ **قد و وزن خانم را اندازه نمائید.** اگر قد او کمتر از ۱۴۵ سانتی متر باشد، در معرض خطر ولادت انسدادی قرار دارد. به صورت نورمال وزن یک خانم در جریان حمل حدود ۷-۱۰ کیلوگرم زیاد میشود. اگر وزن او کمتر از ۶ کیلوگرم زیاد شود؛ ممکن اخذ غذا ناکافی باشد یا ممکن وی مصاب کدام مرض زمینوی مثلاً تویرکلوز باشد. طفل این مادر ها؛ در معرض خطر ولادت با وزن کم؛ قرار میگیرد که ولادت با وزن کم؛ خطر مرگ نوزاد را؛ بلند میبرد. ازدیاد بیش از حد وزن؛ ممکن علامه احتباس مایع و پری-اکلمپسی (pre-eclampsia) باشد.

خانم را از نظر موجودیت سو تغذی ارزیابی نموده و محیط قسمت متوسط بازوی علوی دست چپ وی را اندازه نمائید (mid-upper-arm circumference - MUAC) (صفحه ۶۱ دیده شود). اگر MUAC کمتر از ۲۲,۰ سانتی متر باشد خانم به طور قابل ملاحظه مصاب سو تغذی است.

○ **خانم را از نظر کمخونی ارزیابی نمائید.** کمخونی پرابلم معمول و جدی در زمان حمل است. بیشتر از نصف خانم هائی که در سن باروری اند، در افغانستان مصاب کمخونی اند. فکتور های مسئول آنرا رژیم غذایی خراب، حمل های مکرر، انتانات مزمن و ملاریا تشکیل میدهد. کمخونی به دلیلی خطر ناک است که حتی خونریزی خفیف در جریان ولادت؛ ممکن است شک و یا مرگ را نزد خانم مصاب کمخونی بار آورد. عدم کفایه قلب میتواند در هر زمان در جریان حمل؛ یا در روز های اول بعد از ولادت بار آید. همچنان کمخونی مادر را بیشتر به انتانات مساعد میسازد.

از خانم حامله در مورد اعراض کمخونی (خسته گی، سردردی، نفس کوتاهی، احساس ضربان قلبی) سوال نمائید.

کف دستان و بیره های خانم حامله را از نظر موجودیت خسافت معاینه نمائید (شکل ۲-۱۲ در صفحه ۱۶۴ دیده شود).

○ **فشار خون را اندازه نموده و علایم اکلمپسی (eclampsia) را جستجو نمائید.** پری-اکلمپسی (pre-eclampsia) واقعه عاجل صحتی بوده و معمولاً در نیمه دوم حمل بوجود میآید. خانم های جوان، در حمل های اول و خانم های که در حمل قلبی مصاب پری-اکلمپسی (pre-eclampsia) بوده اند در معرض

خطر بلند قرار دارند. احتمال اکلمپسی (eclampsia) را نزد خانم هائیکه یکی از شکایات ذیل را داشته باشند، مد نظر داشته باشید:

- سردردی شدید
- خیره شدن رویت
- اذیمای وجه و دست ها
- درد قسمت علوی بطن

○ **معاینه مکمل فزیکی مریض را انجام دهید.** خصوصاً مرمر های قلبی را اصغا نمائید که ممکن علامه تخریب دسامات قلبی باشد. خانمی که مرمر قلبی داشته باشد در معرض خطر عدم کفایه قلبی در جریان حمل یا بعد از ولادت قرار دارد. اگر نزد خانم جاغور (goitre) موجود باشد؛ ممکن وی مصاب فقدان آیودین باشد. فقدان آیودین طفل را در معرض خطر معیوبیت های دماغی قرار میدهد.

نوت: معاینه مهلبی به صورت روتین توصیه نمیشود!

معاینات را انجام دهید

○ **ادرار مریض را از نظر پروتین و گلوکوز معاینه نمائید.** اگر پروتین خفیفاً مثبت باشد، معاینه میکروسکوپی ادرار را برای دریافت بکتری ها انجام دهید. اگر در ادرار مریض شکر دریافت شود، باید معاینه شکر خون انجام شود. gestational diabetes (دیابت در زمان حاملگی) برای طفل و مادر خطرناک میباشد. مریض را به شفاخانه رجعت دهید؛ معمولاً برای تداوی آن به insulin (انسولین) ضرورت میباشد.

○ **هموگلوبین مریض را اندازه نمائید.** اگر هموگلوبین (Hb) مریض کمتر از 11.0 g/dl باشد؛ وی مصاب کمخونی میباشد. اگر Hb خانم حامله کمتر از 7.0 g/dl باشد؛ کمخونی وی شدید میباشد. اگر فامیل خانم بسیار غریب باشد؛ Hb مریض را صرف زمانی معاینه نمائید که معاینات فزیکی نشان دهنده کمخونی شدید باشد یا اعراض کمخونی نزدش موجود باشد.

○ اگر گروپ خون خانم معلوم نباشد؛ جهت دریافت خانم های که گروپ خون شان Rh negative (-) است؛ تعیین گروپ خون را مد نظر داشته باشید.

○ تست VDRL برای سفلیس توصیه میشود.

اهتمامات

۱. **ضرورت رجعت مریض را یا جهت ارزیابی توسط متخصص (مثلاً دیابت یا امراض قلبی) یا برای**

است، واکسین نمائید. تقسیم اوقات مکمل که میتواند معافیت دابمی را بار آورد عبارت است از: TT1 (tetanus toxoid اول): در اولین تماس داده شود؛ یا به زودی در جریان حمل داده شود، TT2: حد اقل ۴ هفته بعد از TT1 داده شود، TT3: حد اقل ۶ ماه بعد از TT2 داده شود، TT4: حد اقل ۱ سال بعد از TT3 داده شود، TT5: حد اقل ۱ سال بعد از TT4 یا در جریان حمل بعدی داده شود.

تطبیق tetanus toxoid به زودی ممکنه در جریان حمل؛ حد اقل یک ماه قبل از روز متوقعه ولادت؛ ممکن است بیشتر عملی باشد. یک دوز بوستر آنرا در حوالی ماه ششم حمل های بعدی بدهید.

۴. **اگر تست VDRL مثبت باشد،** مریض را برای سفلیس تداوی نمائید. سفلیس در افغانستان بسیار نادر است ولی اگر مادر مصاب سفلیس باشد طفل متولد او ممکن شدیداً مریض باشد و بمیرد. اگر VDRL مثبت باشد؛ برای مادر benzathine benzylpenicillin به مقدار 2.5 million unit از طریق عضلی به یک دوز واحد بدهید (اگر حساسیت وجود داشته باشد؛ erythromycin بدهید).

۵. **در نواحی که جاغور شیوع داشته باشد؛** تمام خانم های را که در سن باروری اند و تمام خانم های حامله را باید یک دوز iodized oil به مقدار (400-600 mg = ۳ کپسول) بدهید. تفصیل آنرا در صفحه ۲۷۰ ببینید.

۶. **پیام های صحی را توضیح دارید.** به سوالات و نگرانی خانم گوش فرا دهید. تمام پیام های صحی کلیدی را در یک وقت به خانم نگوئید و بالای آنهایی تمرکز نمائید که برای خانم حامله در همان زمان مشخص حملش مهم باشد. خلاصه معلومات های صحی کلیدی را در جدول ببینید.

خیلی ها مهم است تا خانم و خانواده اش نکات زیر را بدانند:

الف. چطور میتوان در جریان حمل صحت مند بود؟ کلمه عنعنوی پرهیز را به منظور دادن مشوره در مورد رژیم غذایی مخلوط از غذائی غنی از پروتین، انرژی و ویتامین بکار ببرید. اگر خانم مصاب سؤتغذی باشد؛ به او مشوره دهید تا یک قاب غذای اضافی (مثلاً آرد قوت) بخورد. آنها را از رژیم های غذایی خطر ناک منع نمائید. بالای نظریات بی خطر تفسیر و تعبیر نمائید.

ولادت در شفاخانه؛ ارزیابی نمائید (چوکات دیده شود). خانم را به صورت مقدم (قبل از شروع ولادت!) به شفاخانه رجعت دهید.

استطبایات فرستادن خانم حامله به شفاخانه جهت وضع حمل

فکتور های خطر در حمل سابقه

- Caesarean section ویا ولادت بوسیله وسایل
- خونریزی بعد از ولادت
- احتباس پلاستنا
- ولادت طولانیتر از یک روز
- ولادت طفل مرده و مردن نوزاد در هفته اول ولادت

فکتور های خطر در حمل فعلی

- حمل اول؛ یا موجودیت بیشتر از ۵ حمل در گذشته
- اکلمپسی/پری- اکلمپسی (pre-eclampsia/eclampsia)
- خونریزی مهلی تا ختم حمل
- وضعیت طفل طوری است که سر وی در قدام نیست.
- حمل های چند گانه (مثلاً دوگانه)
- کمخونی شدید
- امراض روماتیزمل قلبی
- کوتاه بودن شدید قد
- کم بودن وزن طفل نسبت به وزن متوقعه

۲. کمخونی را وقایه و تداوی نمائید:

- اگر نزد خانم علائم کمخونی وجود نداشته باشد **ferrous sulphate/folic acid** (200 mg/0.4 mg) را روزانه ۲ مرتبه در طول دوره حاملگی بدهید. در صورت عدم موجودیت تابلیت های ترکیبی از **ferrous sulphate 200 mg** روزانه ۲ مرتبه + **folic acid 5 mg** روزانه یک مرتبه جهت جلوگیری از کم خونی داده شود.
- هر گاه خانمی کمخونی خفیف (غیر شدید) دارد **ferrous sulphate/folic acid** (Hb 7-11 g/dl) روزانه ۴ مرتبه بدهید
- اگر خانم کمخونی شدید داشته باشد، **ferrous sulphate/folic acid** را مطابق به کمخونی غیر شدید بدهید. اگر خانم در مراحل اخیر حمل باشد، یا مصاب کمخونی بسیار شدید باشد (هموگلوبین کمتر از 5 g/dl) یا علائم عدم کفایه قلبی داشته باشد؛ تطبیق خون را مد نظر داشته باشید.

- غذای غنی از آهن را به مریض توصیه نمائید (صفحه ۱۶۷-۱۶۸ دیده شود).
- به خانم هائیکه در مناطق اندیمیک ملاریا زنده گی مینمایند مشوره دهید تا در صورت وقوع تب نزد شان؛ به داکتر مراجعه نمایند. طرز وقایه ملاریا را برایشان بیاموزانید (صفحه ۳۸ دیده شود).

۳. **جهت وقایه تیتانوس نوزادان؛** خانم را در مقابل تیتانوس که سبب معمول مرگ نوزادان

پیام های صحت کلیدی برای خانم های حامله

- هر زمانیکه خانم حامله نزد تان مراجعه مینماید؛ پیام های صحت ذیل را برای خودش و فامیلش بگوئید.
۱. معاینه منظم خانم حامله، حمل وی را مسئولتر میسازد.
 ۲. باید غذا های غنی از پروتئین، لیبیات و ویتامین ها را بخورند و از نمک آلودین دار در تهیه غذا استفاده نمایند و نظر به حالت نورمال بیشتر استراحت نمایند.
 ۳. در تمام مدت حمل ferrous sulphate و folic acid اخذ بدارند.
 ۴. متوجه علائم هشداریه ذیل که ممکن خطر را نشان دهند، باشند و در صورت وقوع هر یک از آنها؛ فوراً به داکتر مراجعه نمایند:
- خونریزی مهلی
 - درد بطنی شدید
 - سردردی شدید همراه با خیره گی رویت
 - اختلاجات، ضیاع شعور
 - تب
 - پندیده گی دست ها و وجه
۵. از اخذ دواهای غیر ضروری اجتناب نمایند.

ج. چطور میتوان ولادت مصئون داشت و چطور میتوان از نوزاد مراقبت نمود؟ خصوصاً بالای اهمیت حضور شخص با تجربه در هنگام ولادت؛ تاکید نمائید. در ماه هشتم حمل فامیل باید پلان ولادت را که شامل موارد ذیل باشد، اتخاذ نموده باشد: (۱) ولادت در کجا صورت گیرد و چه کسی منحصت شخص با تجربه در آنجا حضور داشته باشد؟ (۲) در صورت وقوع واقعات عاجل؛ به کجا و چگونه باید رفت؟ (۳) تهیه یک مقدار پول احتیاطی برای پرداخت مصارف واقعات عاجل (۴) تهیه تمام سامان و لوازم ضروری برای یک ولادت پاک.

د. در ختم تمام حمل ها در مورد فایده های شروع عاجل تغذی با شیر مادر و فایده های ویزت های بعدالولادت صحبت نمائید.

۷. تمام دریافت های تان را به صورت ایدیال در کارت مراقبت های صحتی قبل الولادت خانم؛ یادداشت نمائید و تاریخ ویزت بعدی را مشخص سازید. رهنمود های مهم را در کارت نوشته نمائید (مثلاً علائم خطر و محل دریافت کمک را).

نوت: از توصیه دوا های غیر ضروری اجتناب نمائید! زیرا دواها ممکن در هر زمان حمل؛ به جنین صدمه وارد نماید. اگر مجبور به استعمال دواها باشید؛ صرف دواهای را که مصئون باشند توصیه نمائید!

ویزت نوم

به صورت ایدیال این ویزت در حوالی ماه ششم (هفته ۲۶) حمل صورت میگردد. ریکارد های سابقه خانم را مرور نمائید تا موضوعات مربوطه و فکتور های خطری را مورد رسیده گی قرار داده بتوانید.

تاریخچه بگیری

○ در مورد پرابلم هائیکه از ویزت قبلی تا حال بوجود آمده اند؛ سوال نمائید.

○ از مادر سوال نمائید که آیا وی حرکات جنین را حس نموده است؟ حرکات جنین معمولاً در بین ماهای ۴-۵ حس میشود. اگر حرکات جنین حس نشده باشد؛ قلب جنین را اصغا نمائید. اگر قابل اصغا نباشد؛ خانم را به شفاخانه رجعت دهید زیرا ممکن طفل مرده باشد.

○ در مورد تمام اعراض که میزان بلند خطر دارند، سوال نمائید:

- سردردی شدید
- خیره گی رویت

پیام های صحت کلیدی برای دور های اخیر حمل و ولادت

در مراحل اخیر حمل پیام های صحتی ذیل را به خانم حامله و فامیلش بگوئید تا ولادت مصئونتر داشته باشند.

۱. آنها باید مصئونترین محل برای ولادت را بدانند؛ که این محل باید به اساس خطرات موجود نزد هر خانم و مراکز صحتی انتخاب گردد. باید یک شخص مجرب از پروسه ولادت نظارت نماید و باید بدانند تا در صورت وقوع پرابلم ها؛ به کجا جهت اخذ کمک بروند.

۲. متوجه علائم هشداریه ذیل که ممکن خطر را نشان دهند، باشند. در صورت وقوع هر یک از علائم ذیل؛ به داکتر مراجعه نمایند:

علائم خطر برای مادر:

- درد های ولادی که برای بیشتر از ۱۲ ساعت دوام نمایند.
- ریچر غشا و عدم شروع ولادت در ظرف ۶ ساعت.
- خونریزی مهلی شدید در جریان و بعد از ولادت
- عدم خروج پلاستا در ظرف یک ساعت بعد از ولادت طفل
- علائم خطر برای طفل:
- بسیار کوچک بودن طفل
- مشکلات تنفسی
- اختلاجات
- بسیار گرم و بسیار سرد بودن بدن طفل
- عدم توانائی تغذی
- خونریزی

۳. طرز مواظبت از نوزاد را به فامیل وی بیاموزانید.

- طفل را فوراً خشک نمائید.
- طفل را گرم نگهدارند.
- تغذی طفل با شیر مادر را فوراً شروع نمایند (در ظرف یک ساعت بعد از ولادت)

۴. ترتیبات مواظبت بعد از ولادت را بگیریید.

تمام خانم های حامله در جریان حمل به استراحت بیشتر از حالت نورمال ضرورت دارند.

ب. چطور میتوان علائم هشدار دهنده خطرات را شناسائی نموده و در صورت وقوع آن ها ازگی می شود کمک طلب کرد؟

نمائید تا موضوعات مربوطه و فکتور های خطری را مورد رسیده گی قرار داده بتوانید. اساساً هر آنچه را در ویزت دوم انجام دادید درین ویزت نیز انجام دهید.

برعلاوه اندازه نمودن بلندی رحم، موقعیت طفل را جهت دریافت اینکه آیا طفل در وضعیتی قرار دارد که مشکلات و خطری را در زمان ولادت بار آورد یا خیر؟ جس نمائید. مشخص نمائید که آیا صرف یک طفل در رحم وجود دارد یا بیشتر؟ (شکل ۲-۱۷ دیده شود).

ضرورت رجعت مریض را ارزیابی نمائید. اگر در ویزت قبلی یا فعلی فکتور خطری نزد خانم دریافت شده باشد وی را به صورت مقدم به شفاخانه رجعت دهید (قبیل از شروع ولادت!).

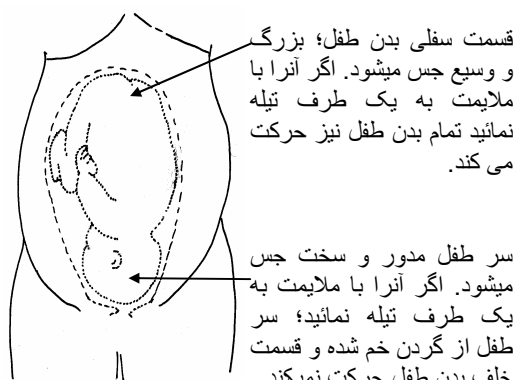
حلیمه ثدیه را از نظر موجودیت فرورفته گی معاینه نمائید زیرا موجودیت آن تغذی با شیرمادر را مشکل میسازد.

- خونریزی مهبلی
- نفس کوتاهی
- درد بطنی
- تب

خانم را معاینه نمائید.

- وزن خانم را اندازه نمائید.
- فشارخون وی را اندازه نمائید.
- علایم کمخونی شدید را جستجو نمائید.
- بلندی رحم را اندازه نمائید (شکل ۱-۱۷ دیده شود). اگر بلندی رحم از سن حمل ۳ سانتی متر فرقی داشته باشد؛ نشان دهنده غیر نورمال بودن میباشد. اگر بلندی رحم بسیار کم باشد؛ ممکن نشان دهنده تاخر نشوونموی جنین باشد؛ مریض را رجعت دهید.
- آواز های قلبی جنین را اصغا نمائید. تعداد نورمال ضربان قلب بین ۱۲۰-۱۶۰ ضربه فی دقیقه است و شما صرف یک آواز را شنیده میتوانید. اگر دو آواز قلبی شنیده شود، ممکن حمل دوگانه وجود داشته باشد. اگر ضربان قلب جنین کمتر از ۱۲۰ یا بیشتر از ۱۶۰ فی دقیقه باشد (مگر آنکه طفل بسیار فعال باشد) ممکن است نشان دهنده تحت فشار بودن جنین باشد؛ خانم حامله را فوراً رجعت دهید.

خوب بودن وضعیت طفل را چک نمائید:



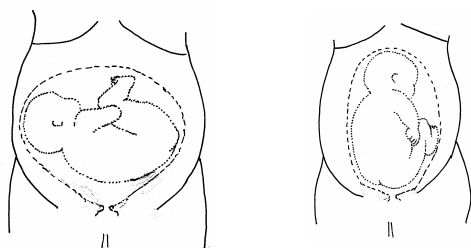
قسمت سفلی بدن طفل؛ بزرگ و وسیع جس میشود. اگر آنرا با ملایمت به یک طرف تپله نمائید تمام بدن طفل نیز حرکت می کند.

سر طفل مدور و سخت جس میشود. اگر آنرا با ملایمت به یک طرف تپله نمائید؛ سر طفل از گردن خم شده و قسمت خلف بدن طفل حرکت نمیکند.

- اگر سر طفل بطرف پائین باشد (اعتلان cephalic)؛ ولادت وی احتمالاً خوب خواهد گذشت.

وضعیت های خطرناک:

- * اگر سر طفل بطرف بالا باشد (اعتلان breech) ممکن ولادت طفل مشکل تر باشد؛ (ولادت breech) پس ولادت باید در شفاخانه صورت گیرد.
- * در صورتیکه طفل وضعیت مستعرض داشته باشد؛ (transverse lie) ولادت باید در یک شفاخانه صورت گیرد زیرا مادر و طفل وی در معرض خطر میباشند.



شکل ۲-۱۷: وضعیت های طفل

معاینات مریض را انجام دهید

- ادرار را از نظر شکر و پروتئین تست نمائید.
- اگر هیموگلوبین مریض در ویزت اول کمتر از 7.0 g/dl باشد یا اگر در معاینات؛ کمخونی شدید دریافت شود؛ هیموگلوبین وی را اندازه نمائید.

اهتمامات

۱. ضرورت رجعت مریض را ارزیابی نمائید.
۲. کمخونی را وقایه یا تداوی نمائید. اطمینان حاصل نمائید که خانم ferrous sulphate و folic acid را اخذ میدارد. در مورد ملاریا دوباره به مریض مشوره دهید.
۳. پیام های صحی کلیدی را توضیح بدارید.
۴. تمام دریافت های تاترا یادداشت نموده و تاریخ ویزت بعدی را مشخص سازید.

ویزت سوم

این ویزت به صورت ایدیال در ماه هشتم حمل (هفته ۳۲) انجام میشود. ریکارد های سابقه خانم را مرور

اسباب مهم و اعراض افرازات مهبلی غیر نورمال در زمان حمل

- انتان Gonorrhoea, chlamydia, trichomonas
- کاندیدیاز مهبلی (خارش شدید)
- انتان رحمی (افرازات بد بوی، تب، درد بطنی)
- وقوع ریچر غشا قبل از زمان ولادت (خروج آبی افرازات آبگین)

اسباب مهم تب در زمان حمل

- انتانات طرق بولی (cystitis, pyelonephritis)
 - سپسیس
 - ملاریا
- + هر سبب دیگر که در جریان حالت غیر حمل نیز بوقوع می پیوندد!

فشار بلند خون، پری-اکلمپسی (PRE-ECLAMPSIA) و اکلمپسی (ECLAMPSIA)

جهت انجام تشخیص تفریقی میان اسباب فشار خون در زمان حامله گی؛ جواب سه سوال ذیل را دریابید:

۱. آیا فشار خون مریض بلند است؟ اگر در حامله گی فشار سیستولیک بالاتر از 140 mmHg یا فشار دیاستولیک بالاتر از 90 mmHg باشد؛ فشار خون بلند پنداشته میشود.

۲. آیا ادرار مریض حاوی پروتین است؟ (proteinuria)

۳. آیا خانم اختلاج دارد؟

در مورد تشخیص تصمیم بگیرید:

– اگر فشار خون خانم بلند باشد ولی proteinuria یا اختلاج نداشته باشد، فشار بلند خون مریض از باعث حمل بوجود آمده است

(gestational hypertension) یا هم قبل از حمل؛ در نزدش وجود داشته است.

– اگر فشار خون خانم بلند و + proteinuria باشد ولی اختلاج وجود نداشته باشد؛ خانم مصاب پری-اکلمپسی (pre-eclampsia) میباشد.

– اگر فشار خون خانم خفیفاً بلند + proteinuria + اختلاج باشد، خانم مصاب اکلمپسی (eclampsia) میباشد.

اهتمامات فرط فشار خون ناشی از حامله گی و پری-اکلمپسی (pre-eclampsia)

۱. استراحت بستر را توصیه نموده فشار خون مریض را هفته ۲ مرتبه چک نمائید.

در هنگام این ویزت؛ مادر باید یک پلان مشخص برای ولادت خود داشته باشد. از فامیل مریض در مورد آماده گی هایشان بپرسید. چک نمائید که آنها علایم خطر را میدانند و این را هم میدانند که در صورت وقوع کدام واقعه عاجل چه کنند؟ یک بار دیگر در مورد پیام های صحی اساسی با ایشان صحبت نمائید. مفاد مراقبت بعد از ولادت را برایشان توضیح بدارید، در ذیل دیده شود. تمام دریافت های تانرا یادداشت نموده و تاریخ ویزت بعد از ولادت را؛ مشخص نمائید!

ویزت چهارم

این ویزت به صورت ایدپال در ماه نهم حمل (در هفته های ۳۶-۳۸) و کمی قبل از ولادت؛ انجام میشود. ریکارد های سابقه خانم را مرور نمائید تا موضوعات مربوطه و فکتور های خطری را مورد رسیده گی قرار داده بتوانید. اساساً هر آنچه را در ویزت سوم انجام دادید درین ویزت نیز انجام دهید. باز هم مهم است تا وضعیت طفل را مشخص نمود. ضرورت رجعت مریض را ارزیابی نمائید. باز هم چک نمائید که آنها علایم خطر را میدانند و این را هم میدانند که در صورت وقوع کدام واقعه عاجل چه کنند؟ از ایشان بپرسید چه کسی منحصت شخص باتجربه در هنگام ولادت حاضر میباشد؟

در مورد کارهای بعد از حمل؛ خصوصاً در مورد فایده های شروع عاجل و تغذی طفل فقط با شیر مادر و مراقبت مصنون نوزاد با فامیل مریض؛ صحبت نمائید. در مورد فایده های مراقبت بعد از ولادت با آنها صحبت نمائید.

تمام دریافت های تانرا یادداشت نمائید. به خانم بگوئید که اگر ولادت وی تا ۲ هفته بعد از روز متوقعه ولادت واقع نشود، برای ارزیابی دوباره نزد شما؛ مراجعه نماید!

چطور باید پرابلم های جریان حامله گی را رسیده گی نمود؟

یک تعداد زیاد خانم ها دچار پرابلم های خفیف مثل دلبدی در هنگام صبح (morning sickness)، سوزش معده، تورم خفیف پاها و درد کمر میشوند. تمام اینها پرابلم های معمول و نورمال اند که ایجاب تداوی خاص را نمینمایند. درین چپتر پرابلم های مهم و احتمالاً خطر ناک بیان شده اند.

تشخیص تفریقی تب و افرازات مهبلی را در چوکات ها ببینید.

۲. به خانم بگویند هر گاه یکی از علائم خطری ذیل نزدش بوجود آید، به زودترین فرصت به داکتر مراجعه نمایند.

• سردردی شدید
• خیره گی رویت
• اذیمای دست و روی (اذیمای پاها؛ ازدیاد خطر را نشان نمیدهد)
• درد بطنی

– اگر فشار خون بلند (سیستولیک بالاتر از 150 mmHg یا دیاستولیک بالاتر از 100 mmHg) و همراه با دو یا بیشتر از دو علامه خطر دیگر باشد.

نوت: به مریض diuretic نداده و رژیم غذایی حاوی مقدار کم نمک توصیه ننمائید.

۳. در موارد ذیل مریض را به شفاخانه معرفی نمائید:

(۱) فشار خون بلند شود (فشار دیاستولیک 90-100 mmHg همراه با پروتئین یوری - proteinuria، یا فشار دیاستولیک بالاتر از 100 mmHg با و یا بدون پروتئین یوری - proteinuria یا (۲) اعراض؛ تشدید شوند.

اهتمامات اکلمپسی (eclampsia)

اگر کدام سبب دیگر برای اختلاجات دریافت نشود (چوکات دیده شود)؛ تمام اختلاجات زمان حامله گی را به حیث اکلمپسی (eclampsia) تداوی نمائید. غالباً شروع اختلاجات؛ غیر قابل پیش بینی بوده و میتواند بدون موجودیت فرط فشار قبلی واقع شود.

۴. تطبیق ادویه تنقیص دهنده فشار؛ ابنورمالتی های وعائی زمینوی را معالجه نمیتوانند! ازین دوا ها

صرف بخاطر تنقیص خطر خونریزی دماغی (سبب معمول مرگ ناشی از eclampsia) و محافظه مادر در جریان اتخاذ آماده گی رجعت دهی عاجل؛ استفاده میشوند. یگانه تداوی اکلمپسی (eclampsia) عبارت از ولادت است. methyldopa را به مقدار 250-500 mg روزانه ۲-۴ مرتبه بدهید. اگر این کار فشار خون را کنترل نتواند، propranolol را به مقدار 40 mg روزانه ۲ مرتبه یا hydralazine را به مقدار 25-50 mg از طریق فمی روزانه ۴ مرتبه علاوه نمائید و مریض را فوراً رجعت دهید!

۱. از قدمه های ABC (طرق هوایی، تنفس، دوران خون) احیای مجدد پیروی نمائید (صفحه ۳۰۸-۳۱۰ دیده شود)؛ اکسیجن را تطبیق نمائید.

۵. *magnesium sulphate* طوریکه در

تداوی *elacnpsin* نکر می شود در حالات ذیل به صورت وقایوی داده شود:

۲. از محلول 50% *magnesium sulphate* به مقدار 8 ml (= 4 g) گرفته آنرا با 12 ml محلول sodium chloride 0.9% در یک سرنج ۲۰ سی سی مخلوط نمائید (یا آنرا در 500 ml محلول انفیوژن بیاندازید). این مقدار را به حیث دوز اول (loading dose) به آهسته گی در ظرف ۵-۱۰ دقیقه از طریق وریدی بخاطر محافظت عاجل مریض؛ بدهید. بر علاوه از *magnesium sulphate* 50% به مقدار 20 ml (= 10 g) از طریق عضلی (5 g = 10 ml) در هر سرین) بدهید. بعداً از *magnesium sulphate* به مقدار 10 ml (= 5 g) از طریق عضلی هر چهار ساعت به سرین ها؛ بصورت متناوب بدهید.

– اگر فشار خون بسیار بلند (فشار سیستولیک بالاتر از 170 mmHg یا دیاستولیک بالاتر از

در صورت تکرار اختلاج؛ دوز اول را بار دیگر؛ زرق کنید.

نوت: ازدیاد دوز *magnesium* کشنده است. زمانیکه *magnesium* را از طریق وریدی تطبیق مینمائید، ریفلکس های زانو را هر ۱۵ دقیقه بعد معاینه نمائید. اگر ریفلکس ها معدوم میشوند یا مریض خواب آلود و گنس میشود و دفعات تنفس وی کمتر از ۱۲ بار فی دقیقه میشود 10% calcium gluconate را (انتی دوت *magnesium* است) به مقدار 10 ml (= 1 g) به آهسته گی از طریق وریدی بدهید.

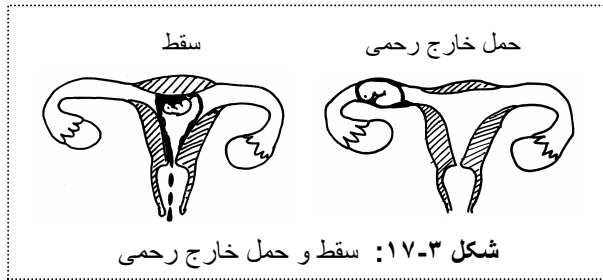
اگر *magnesium sulphate* در دسترس نباشد؛ اختلاجات مریض را با تطبیق diazepam به مقدار 10 mg از طریق وریدی به آهسته گی در ظرف

اسباب مهم اختلاجات در زمان حمل

- اکلمپسی (eclampsia)
- ملاریای دماغی
- صرع
- + هر سببی که در حالت غیر حمل واقع میشود!

اسباب مهم ضیاع شعور در زمان حمل

- اکلمپسی (eclampsia)
- ملاریای دماغی
- صرع (post-ictal phase)
- کومای دیابتیک
- سپس
- شاک
- + هر سبب دیگر که در حالت غیر حمل واقع میشود!



مکمل انکشاف نماید؛ خود بخود خاتمه مییابد. اکثریت سقط ها در سه ماه اول حمل واقع میشوند. درد و خونریزی علایم سقط اند. این علایم به قسم عادت ماهوار نورمال شروع نموده ولی بعداً شدیدتر و قویتر میشوند. ممکن نسج گوشتی همراه با خون خارج شود. اگر خونریزی برای چندین روز دوام نماید یا نزد مریض تب یا افزایشات مهبلی بویناک بوجود آید؛ ممکن است یک قسمت از محتوی حمل در داخل رحم باقی مانده باشد. این حالت بنام **سقط نامکمل** (incomplete abortion) یاد میشود که به ضیاع شدید خون، سپس و بالاخره مرگ منجر شده میتواند.

حمل مخفی (ectopic pregnancy) یک سبب مهم درد های بطنی و خونریزی را تشکیل میدهد (شکل ۳-۱۷ و صفحه ۱۲۷-۱۲۸ دیده شود). در یک سقط؛ معمولاً خونریزی در اول رخ داده به تعقیب آن درد پیدا شده و خونریزی تشدید میشود. در حمل های مخفی (حمل خارج رحمی) درد که غالباً کولیکی میباشد در ابتدا واقع شده و به تعقیب آن خونریزی خفیف مهبلی و افزایشات نسواری رنگ شروع میشود. خانم احساس گنسیت نموده و ممکن ضعف نماید؛ اگر مریض در شک باشد، احتمال حمل مخفی نسبت به سقط بیشتر میباشد.

مریض را از نظر علایم خطری ذیل ارزیابی نمائید:

- × شک؟
- × خونریزی شدید؟
- × تب و افزایشات بوی ناک؟ سپس
- × حساسیت بطنی همراه با حساسیت ریبوند (rebound tenderness) و گاردنگ (guarding)؟ (پریتونیت)

اهتمامات

اگر علایم خطر و خارج شدن نسج گوشتی و حمل مخفی وجود نداشته باشد، خونریزی را منحصراً سقط تهدیدی ندانید. اگر خونریزی دوام نماید یا علایم انتان بوجود آید مریض را به شفاخانه معرفی نمائید.

اگر علایم خطر وجود داشته باشد:

۱. شک را تدای نمائید.
۲. Ergometrine را به مقدار 0.25-0.5 mg از طریق عضلی بدهید.

دقیقه یا به مقدار 20 mg از طریق مقعدی؛ تدای نمائید. اگر اختلاج دوباره واقع شود؛ تطبیق دیازپم را تکرار نمائید. برای ادامه تدای؛ 40 mg diazepam را به 500 ml sodium chloride 0.9% (یا Ringer-Lactate) علاوه نموده به شکل انفیوژن بطی (5-10 mg/hour، ساعت = hour) به مقدار اعظمی (30 mg/hour) بدهید تا خانم آرام شده اما قابلیت بیدار شدن را داشته باشد.

۳. **فرط فشار خون** را با *hydralazine* به مقدار 5 mg از طریق وریدی هر ۳۰ دقیقه بعد تدای نمائید. هدف را ثابت سازی فشار دیاستولیک در حدود 100 mmHg تشکیل میدهد. اگر فشار خون کنترل شد (ثابت شد) *hydralazine* را به مقدار 12.5 mg از طریق عضلی، در صورت ضرورت، هر ۲ ساعت بعد بدهید.

۴. اگر ولادت محتمل نباشد، مریض را فوراً به **شفاخانه** رجعت دهید.

۵. تدای را بعد از ولادت ادامه دهید زیرا بعض اوقات؛ اختلاجات در جریان ۲۴ ساعت بعد از ولادت؛ دوباره واقع میشوند. علایم کلینیکی، فشار خون، proteinuria و مقدار اطراح ادرار (output) را مونیتر نمائید.

خونریزی مهبلی در جریان حمل

اگر یک خانم؛ در جریان حمل حتی به مقدار های کم خونریزی داشته باشد؛ این خونریزی یک علامه خطر میباشد. یک رهنمای کمک کننده اینست که تشخیص نمائیم که آیا خونریزی در جریان ۵ ماه اول حمل واقع شده یا بعد تر از آن؟ (چوکات دیده شود). سه بخش اهمتومات عبارت اند از: (۱) دریافت منبع خونریزی (۲) توقف خونریزی (۳) معاوضه خون ضایع شده.

اسباب خونریزی مهبلی در زمان حمل

خونریزی در جریان ۵ ماه اول

- سقط
- حمل خارج رحمی

خونریزی بعد از ۵ ماه اول

- Placenta praevia
- جدا شدن پلاستنا از جدار رحم (abruption of placenta)
- ولادت قبل از معیاد (Early labour (preterm labour) or show

خونریزی در جریان ۵ ماه اول حامله گی

معمولترین سبب خونریزی در مراحل مقدم حمل را **سقط** (abortion) تشکیل میدهد (شکل ۳-۱۷ دیده شود). درین صورت؛ حمل قبل ازینکه طفل به صورت

○ آیا خونریزی شدید وجود دارد؟

نوت: معاینه مهلی را انجام ندهید؛ چه ممکن است برای مریض مصاب placenta praevia؛ کشنده باشد!

۲. شک را تداوی نمائید.

۳. مریض را فوراً به شفاخانه رجعت داده تطبیق خون را تنظیم و ترتیب نمائید.

۴. بعد از آنکه حالت بحرانی ختم شد؛ ferrous sulphate و folic acid را برای حد اقل سه ماه بدهید.

درد قسمت های سفلی بطن در جریان حمل

اسباب درد های بطنی مربوط به حامله گی؛ در مراحل مقدم و اخیر حمل؛ از هم فرق دارند. (چوکات دیده شود) اکثر اسباب درد که مربوط به حمل؛ اند با خونریزی همراه اند. مریض را از نظر علائم پریتونیت معاینه نمائید.

دردهای که در جریان ماه های هفتم و هشتم حامله گی واقع شده و دوباره از بین میروند ممکن بدان معنی باشد که؛ خانم ولادت قبل الميعاد خواهد داشت (preterm labour). درد قسمت های سفلی بطن ممکن است از باعث انتان طرق بولی (UTI) باشد. UTI زمان حامله گی ممکن سریعاً به پیلونفریت شدید که احتمالاً مرگ طفل را بار آورد یا ولادت قبل الميعاد را باعث شود؛ پیشرفت نماید.

اسباب درد های بطنی در زمان حمل

درد در هر مرحله از حمل

- انتان طرق بولی (التهاب مثانه یا پیلونفریت حاد)
- پیروتونیت
- + هر سبب دیگر درد های بطنی که به حمل ارتباط ندارد (مثلاً اپندیسیت)

درد در جریان ۵ ماه اول

- سقط (abortion)
- حمل خارج رحمی (معمولاً در هفته های ۶-۹)
- کیست های میبسی

درد بعد از ماه ۵

- پری-اکلمپسی (pre-eclampsia)
- جدا شدن پلاستنا از جدار رحم (abruption of placenta)
- رپچر رحم
- ولادت انسدادی

مراقبت ولادت- چطور باید خانم و طفل نوزاد را در جریان ولادت مراقبت نمود؟

مراقبت طفل نوزاد بعدتر درین فصل توضیح میشود. به خانم مشوره دهید که با دیدن هریک از علائم ذیل که

۳. مریض را فوراً به شفاخانه رجعت دهید.

۴. اگر سپس وجود داشته باشد؛ ampicillin (یا amoxicillin) + metronidazole بدهید.

۵. tetanus toxoid بدهید.

۶. بعد از آنکه حالت بحرانی ختم شد؛ ferrous sulphate و folic acid را حد اقل برای ۳ ماه بدهید.

خونریزی بعد از ۵ ماه اول حامله گی

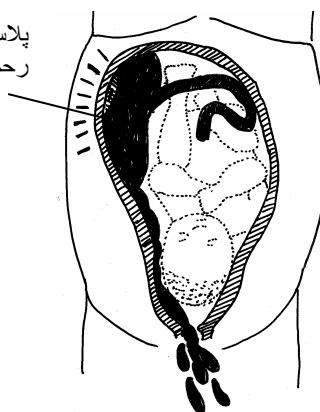
وقوع خونریزی در اواخر حمل ممکن بدان مفهوم باشد که پلاستنا در قسمت سفلی قرار داشته و کانال ولادت را به صورت قسمی یا تام مسدود نموده (placenta praevia)، یا از جدار رحم جدا شده می باشد (abruption of placenta) (شکل ۴-۱۷ دیده شود). هر دو حالت فوق بسیار خطرناک میباشند. جدا شدن پلاستنا با درد ثابت شدید همراه میباشند مگر در placenta praevia خونریزی بدون درد میباشند.

۱. مریض را ارزیابی نمائید:

○ آیا شک وجود دارد؟

جدا شدن پلاستنا از جدار رحم (abruption of placenta)

پلاستنا از جدار رحم جدا میشود



Placenta praevia:



شکل ۴-۱۷: abruption of placenta و placenta praevia جدا شدن پلاستنا از جدار رحم

۳. **سطحی را که ولادت بالای آن صورت میگیرد، بشوئید.** سطحی که مادر بالای آن ولادت داده میشود؛ باید پاک باشد. در صورت امکان از یک پارچه پلاستیکی پاک استفاده نمائید.

۴. **قطع پاک حبل سروی.** یک پل ریش که برای مدت ۱۰ دقیقه با جوش دادن تعقیم شده است؛ یک وسیله خوب برای قطع نمودن حبل سروی میباشد. حبل سروی زمانی باید قطع شود که؛ نبضان آن متوقف گردیده باشد. به کسی اجازه ندهید تا رنگ های عنعنوی را استعمال نماید زیرا خطر تیتانوس نوزادان وجود میداشته باشد. اگر فامیل طفل؛ بالای طریقه های عنعنوی تداوی حبل سروی؛ پافشاری مینمایند gential violet را استعمال نمائید.

نشان دهنده شروع ولادت اند؛ با یک شخص باتجربه که در زمان ولادت باید حاضر باشد؛ تماس حاصل نماید:

- افرزات چسپناک خوندار
- تقلصات دردناک منظم در هر ۲۰ دقیقه یا کمتر از آن
- جاری شدن آب از بدن
- نوت: آرزو میروود خانم های که در معرض خطر قرار دارند و باید در شفاخانه ولادت نمایند؛ قبل از شروع ولادت به شفاخانه رسانده شوند! دلیل اینکه چرا یک شخص با تجربه در زمان ولادت حضور داشته باشد نه یکی از اعضای فامیل یا دایه های معمولی؛ اینست که اختلاطات غیر قابل پیشبینی حمل؛ ممکن در جریان هر ولادت واقع شود.

ولادت به سه مرحله تقسیم شده است:

- **مرحله اول:** از شروع تقلصات منظم تا توسع کامل عنق رحم (باید بیشتر از ۱۲ ساعت را در بر نگیرد).
- **مرحله دوم:** از توسع کامل عنق رحم تا ولادت طفل (باید بیشتر از ۲ ساعت را در بر نگیرد).
- **مرحله سوم:** از ولادت طفل تا خروج پلاستنا (باید بیشتر از یک ساعت دوام ننماید).

اولویت اول ولادت را؛ مصئون بودن و پاک بودن آن تشکیل میدهد. اکثریت واقعات مرگ مادران در جریان ولادت؛ از باعث عدم کشف مقدم اختلاطات و عدم دسترسی به موقع به کمک های مسلکی میباشد. در هنگام ولادت باید یک شخص با تجربه (مثلاً نرس قابله جامعه) حاضر باشد. نکات کلیدی را که باید هر کسی بدون تعلیمات خاص ولادی بدانند عبارتند از:

۱. اساسات ولادت پاک

۲. علایم خطر ولادت ها

۳. کمک های اولیه عاجل در جریان ولادت

۴. مراقبت مصئون نوزاد

اساسات ولادت پاک

۱. **دست های تاترا پاک نمائید.** هر کسی که در ولادت کمک مینماید باید دست های خود را با صابون و آب پاک بشوید. بعد از شستن دست ها نباید با هیچ چیز ناپاک؛ تماس نماید، در غیر آن شستن دست ها باید تکرار شود!
۲. **ناحیه تناسلی پاک شود.** ناحیه تناسلی (عجان) مادر را با صابون و آب پاک بشوئید.

علایم خطر در جریان ولادت

علایم خطر درجریان ولادت قرار ذیل اند:

- × **درد های ولادی که برای بیشتر از ۱۲ ساعت بدون ولادت طفل؛ دوام نمایند (علایم ولادت طولانی یا انسدادی).** هر چند تاخیر در ولادت باید قبل از این تشخیص شده و مریض باید رجعت داده شود. بهترین وسیله انجام این کار عبارت از partograph میباشد (شکل ۵-۱۷ دیده شود).
- × **وقوع ریچر غشا ها؛ برای مدت بیشتر از ۱۲ ساعت (علامه ولادت طولانی و یا انسدادی).**
- × **خونریزی شدید مهبلی یا درد بطنی شدید (به طور مثال؛ علایم placenta praevia یا ریچر رحم).**
- × **ضجرت جنینی (آواز های قلبی جنین کمتر از ۱۲۰ فی دقیقه یا سریعتر از ۱۶۰ فی دقیقه).**

اهتمامات واقعات عاجل در جریان حمل

واقعات عاجل مهم؛ که ایجاب تریننگ ولادی را مینمایند ولادت های اند که در آن پا عضو اعتلان کننده را تشکیل میدهد (breech delivery)، پرولپس حبل و shoulder dystocia موجود باشد. اهتمامات این ولادت ها باید در وارد ولادی آموخته شوند.

ولادت طولانی و ولادت انسدادی

ولادت طولانی (prolonged labour) و ولادت انسدادی (obstructed labour) اسباب مهم مرگ مادر و نوزاد، در جریان ولادت میباشد. ولادت انسدادی به ولادتی گفته میشود که حوصله خانم به اندازه کافی بزرگ نمیباشد که طفل از آن عبور نماید (مثلاً سوشکل

پارتوگراف

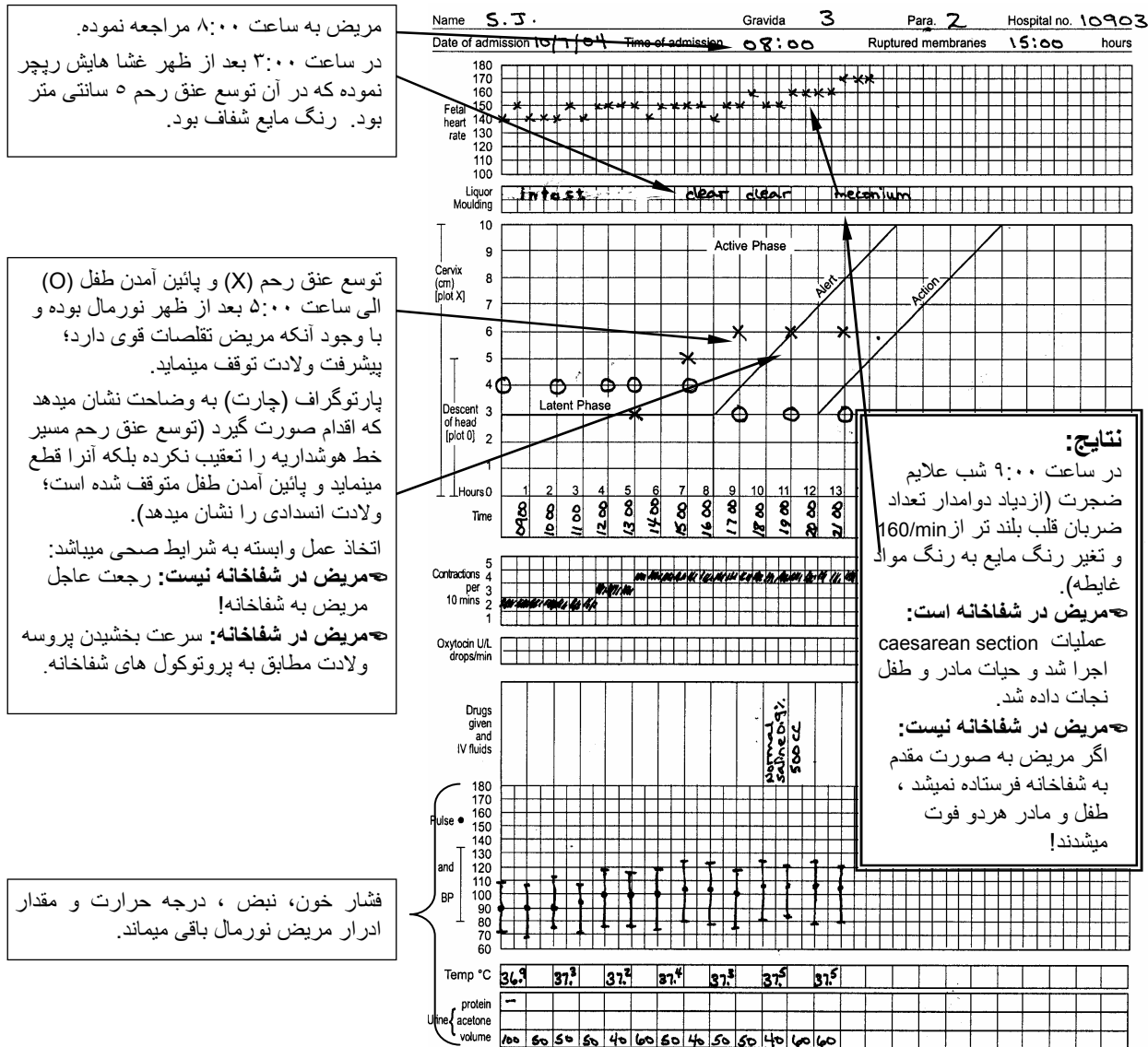
پارتوگراف یک چارت ساده است که مراحل ولادت را نشان می دهد و در آن پیشرفت ولادت و وضعیت مادر و طفل وی ثبت میشود. استفاده از این چارت حیات مادر و طفل را حفاظت نموده و همیشه باید شامل اهماتمات ولادت باشد. کار برد این چارت ایجاب تعلیمات اساسی نرس قابله گی و توانائی ارزیابی توسع عنق رحم را مینماید.

زمانیکه ولادت فعال نزد خانم شروع میشود؛ پائین آمدن طفل (O) و توسع عنق رحم (X) در چارت نشانی میشوند. این کار در قسمت دانستن اینکه آیا پروسه ولادت به صورت نورمال پیشرفت مینماید یا خیر؟ کمک مینماید. این چارت لزوم مداخله را نشان میدهد. بر علاوه، جزئیات مربوط به وضعیت عمومی مادر و طفل (سرعت ضربان قلب جنین، رنگ مایع، طرز تقصالات رحمی) و دواهای تطبیق شده به مادر ثبت و یادداشت میشوند.

شما در بالای چارت؛ خطوط هوشداریه و اتخاذ عمل را دیده میتوانید. خط هوشداریه در موقع شروع مرحله فعال ولادت (توسع عنق رحم 4 cm) نشانی میشود. زمانی که توسع عنق رحم به 4 سانتی متر رسید؛ توسع عنق رحم باید به اندازه 1 سانتی در هر ساعت ادامه یابد. خط اتخاذ عمل 4 ساعت بعد از خط هوشداریه؛ نشانی میشود. اگر پروسه ولادت خانم بعد از 4 ساعت مسیر متوقعه را طی ننماید؛ نقطه ولادت خانم به نزدیک شدن به خط عمل شروع مینماید. این موضوع نشان دهنده ضرورت به اقدام میباشد. همچنان این چارت به شما کمک مینماید تا وضعیت مادر و طفل را ارزیابی نموده و پرابلم ها را شناسائی نمائید.

هر گاهی که بالای چارت نقطه ایرا نشانی مینمائید؛ سوالات ذیل را از خود بپرسید: آنچه واقع شده، بموقع است یا خیر؟ اگر جواب بلی باشد؛ در مورد آنچه 2-4 ساعت بعد توقع وقوع آن میروود؛ فکر نمائید. اگر جواب سوال (نخیر) باشد، در مورد اتخاذ اهماتمات جهت کنترول وضعیت خانم فکر نمائید. بینطریق این چارت در حصول اطمینان از کنترول دقیق مادر در جریان پروسه ولادت، اجتناب از مداخلات غیر ضروری و دریافت مقدم و تداوی اختلاطات کمک مینماید. پارتوگراف معلومات اوجکتیف را که بر مبنای آن تصمیم کلینیکی اتخاذ شده میتوانند؛ بدست میدهد. بر علاوه؛ مهم است تا پلان های واضح تداوی؛ را و این که در کدام مرحله چه اقدامی صورت گیرد؟ در نظر داشته باشیم. که این پلان ها و تدابیر برای ولادت های که در شفاخانه انجام میشوند و ولادت های که در مراکز صحتی نواحی دور واقع میشوند از هم فرق دارند. مثلا، اگر در یک محل دور افتاده قرار داشته باشیم؛ پارتوگراف (چارت) در مشخص سازی مقدم پرابلم ها و رجعت دهی عاجل مریض به شفاخانه قدمه بعدی؛ که امکانات عملیات caesarean section در آن وجود داشته باشد؛ کمک مینماید.

مثال اینکه پارتوگراف چگونه میتواند پروسه ولادت را مصنونتر سازد و حیات مادر و طفل را نجات دهد؟



مریض به ساعت 8:00 مراجعه نموده. در ساعت 3:00 بعد از ظهر غشا هایش رچپر نموده که در آن توسع عنق رحم 5 سانتی متر بود. رنگ مایع شفاف بود.

توسع عنق رحم (X) و پائین آمدن طفل (O) الی ساعت 5:00 بعد از ظهر نورمال بوده و با وجود آنکه مریض تقلصات قوی دارد؛ پیشرفت ولادت توقف مینماید.
 پارتوگراف (چارت) به وضاحت نشان میدهد که اقدام صورت گیرد (توسع عنق رحم مسیر خط هوشداریه را تعقیب نکرده بلکه آنرا قطع مینماید و پائین آمدن طفل متوقف شده است؛ ولادت انسدادی را نشان میدهد).
 اتخاذ عمل وابسته به شرایط صحتی میباشد: **مریض در شفاخانه نیست:** رجعت عاجل مریض به شفاخانه!
مریض در شفاخانه: سرعت بخشیدن پروسه ولادت مطابق به پروتوکول های شفاخانه.

فشار خون، نبض، درجه حرارت و مقدار ادرار مریض نورمال باقی میماند.

شکل 5-17 طرز استفاده از پارتوگراف (چارت) به صفحه 349 جهت دریافت چارت که شما می توانید آن را نقل کرده و استفاده نمایید مراجعه کنید.

۳. مریض را فوراً به شفاخانه رجعت دهید. زیرا در شفاخانه ممکن است به شق نمودن مصنوعی غشاها یا تطبیق oxytocic ها ضرورت باشد. خانم ممکن است به caesarean section ضرورت داشته باشد.

اهتمامات ولادت انسدادی

۱. شک را تداوی نمایند.
۲. مریض را فوراً به شفاخانه رجعت دهید. caesarean section معمولاً لازم است.

نوت: هیچگاهی به مریض مصاب ولادت انسدادی؛ oxytocin ندهید زیرا تطبیق این دوا ممکن؛ ریچر رحم را بار آورد!

ریچر دوامدار غشاها

تحت عنوان ولادت طولانی (دوامدار) دیده شود.

خونریزی بعد از ولادت

(POSTPARTUM BLEEDING - PPH)

خونریزی بعد از ولادت یک خونریزی شدید (ضیاع 500 ml خون یا بیشتر از آن) بوده که به تعقیب ولادت طفل؛ از طرق تناسلی؛ صورت میگیرد. به دلایل عملی، خونریزی زمانی شدید پنداشته میشود که یک پارچه در ظرف ۵-۱۵ دقیقه مغطوس شود. اسباب معمول آنرا تقلصات ناکافی رحمی (که بعض اوقات از باعث مملو بودن مثانه میباشد)، احتباس پلاستنا، پاره گی ناحیه تناسلی یا ریچر رحمی تشکیل میدهد (چوکات دیده شود).

اسباب و علایم خونریزی بعد از ولادت (PPH)

- متقلص شدن ناکافی رحم (رحم نرم و بزرگ است)
- پاره گی ناحیه تناسلی (رحم متقلص و پلاستنا مکمل است)
- احتباس پلاستنا (رحم نرم یا متقلص است)
- تدور رحم (غور رحم جس نمیشود)
- ریچر رحم (درد بطنی شدید و آبی، شک، حساسیت بطنی)

خطر خونریزی های شدید رحمی را میتوان (۱) با تطبیق عاجل ergometrine به مقدار 0.25-0.5 mg از طریق عضلی به تعقیب ولادت طفل؛ (هیچگاهی قبل از ولادت داده نشود! در فرط فشارخون به هر سببی که باشد، به شمول پری-اکلمپسی (pre-eclampsia) و اکلمپسی (eclampsia)، مضاد استتباب است) (۲) شروع عاجل شیر مادر به طفل؛ خونریزی را تنقیص داده می تواند.

ارزیابی

○ آیا شک وجود دارد؟

حوصله از باعث مرض ریکنس در گذشته). ولادت غالباً ایجاب caesarean section را مینماید. ولادت طولانی؛ به ولادت فعالی گفته میشود که در آن تقلصات منظم رحمی و توسع پیشرونده عنق رحم برای مدت بیشتر از ۱۲ ساعت وجود داشته باشد. این بدان معنی است که پروسه ولادت بسیار به بطانت پیش میرود.

در هر دو حالت فوق؛ ریچر رحم و انتان از جمله خطرات بزرگ برای مادر میباشد. ولادت انسدادی ممکن است به جروحات شدید مادر (مثلاً فستول میان مثانه و مهبل) منجر شود. طفل در معرض خطر مرگ قرار میداشته باشد.

خانم های که ولادت طولانی مدت و درد های شدید بطنی دارند یا ضعیف اند ممکن مصاب ریچر رحم شده باشند.

ارزیابی خانمی که برای مدت بیشتر از ۱۲ ساعت درد ولادی داشته ولی ولادت صورت نگرفته باشد

بصورت عموم خانم مصاب ولادت طولانی و انسدادی را به شفاخانه رجعت دهید. سوالات ذیل به شما کمک مینماید (۱) تشخیص تفریقی میان ولادت طولانی و ولادت انسدادی (۲) ارزیابی وضعیت طفل. این کار میتواند اهتمامات عاجل شما را قبل از رجعت دهی مریض تعیین کند.

۱. طفل در کدام وضعیت قرار دارد (خوابیده)؟ (شکل ۲-۱۷ در صفحه ۲۴۵ دیده شود).

۲. آیا راس طفل engaged است؟ سویه واقعی راس در هنگام جس آن از روی بطن در کجا است؟ (presentation)

۳. آیا آواز های قلبی طفل را شنیده میتوانید؟ آیا این آواز ها نورمال اند؛ سریع اند یا بطی؟

– در ولادت های طولانی؛ قرار گرفتن و اعتلان طفل ممکن است نورمال باشد و راس قسمت اعتلان کننده میباشد.

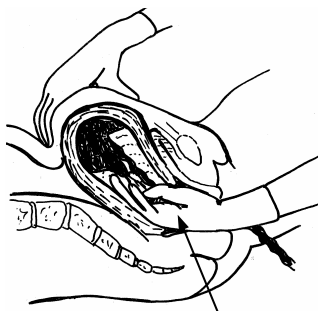
– در ولادت انسدادی؛ قرار گرفتن و اعتلان طفل غیر نورمال بوده و راس طفل؛ عضو اعتلان کننده نمیباشد.

اهتمامات ولادت طولانی

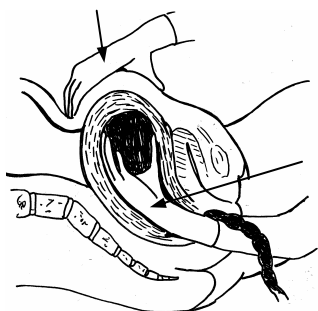
۱. مثانه مریض را تخلیه نموده در صورت ضرورت کتیر تطبیق نمایند.

۲. اگر مادر برای بیشتر از ۲۴ ساعت در ولادت فعال باشد؛ یا مایع آمنیوتیک رنگ نصولاری یا سبز داشته و بدبوی باشد؛ که دلالت به انتان مینماید، از ampicillin به مقدار ۲ g روزانه ۴ مرتبه (هر ۶ ساعت بعد) از طریق وریدی یا عضلی + gentamicin 5 mg/kg هر ۲۴ ساعت داده شود.

۱. آنتی بیوتیک ها را به صورت وقایوی بدهید (metronidazole + ampicillin + gentamicin)
۲. مئانه مریض را تخلیه نمائید.
۳. دستکش های معقم بپوشید.
۴. یک دست تان را به امتداد حبل سروی داخل نمائید.



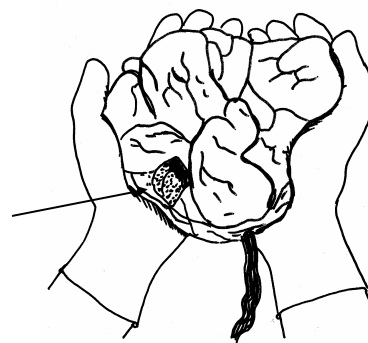
۵. با این دست تان با ملایمت و با لغزاندن دست به پیشرو و عقب در بین پلاستنا و رحم، پلاستنا را از جدار رحم جدا نمائید. با دست دیگر تان غور رحم را تثبیت نمائید.



۶. در حالیکه با یک دست تان رحم را جهت جلوگیری از پرولیپس محکم میگیرید، دست تان را از رحم بیرون نمائید.

شکل ۱۷-۷: طرز دور نمودن پلاستنا با دست

- آیا پلاستنا در ظرف یک ساعت بعد از ولادت؛ به صورت مکمل خارج شده است؟ (پلاستنا را از نظر مفقود بودن کدام پارچه آن معاینه نمائید، شکل ۶-۱۷ دیده شود).
- آیا رحم سخت و مدور جس میشود (نارمل) یا نرم بوده و غیر متقاص (علامه تقلص غیر کافی)؟
- نواحی مهبل را از نظر موجودیت پاره گی های خونده؛ معاینه نمائید.



شکل ۶-۱۷: پارچه های مفقود شده پلاستنا

اهتمامات

۳. اگر خونریزی بعد از خارج شدن پلاستنا شروع نماید؛ پس رحم مریض را با کف دست تان با شدت مالش دهید و از مریض تقاضا نمائید تا ادرارش را دفع نموده یا کنتیتر را تطبیق نمائید. ergometrine یا oxytocin را مطابق بالا تطبیق نمائید.

اگر این اقدامات شدت خونریزی را تنقیص ندهند؛ مریض را فوراً به شفاخانه رجعت دهید. تداوی شک را در جریان انتقال مریض ادامه دهید. رحم را با دو دست تحت فشار قرار دهید یا ابهر بطنی را به حیث یک اقدام عاجل جهت توقف خونریزی بفشارید (شکل ۸-۱۷ دیده شود). این کارها را در جریان انتقال بیمار ادامه دهید.

۴. پاره گی ناحیه تناسلی را ترمیم نمائید. اگر قادر به ترمیم نباشید؛ با یک پارچه پاک بالای آن فشار وارد نموده مریض را فوراً به شفاخانه رجعت دهید. اگر این پاره گی ناحیه تناسلی؛ تا ناحیه مقعد و رکت رسیده باشد، مریض را فوراً به شفاخانه رجعت دهید.

۵. آماده گی تطبیق خون را بگیرید.

۶. بعداز ختم بحران؛ ferrous sulphate را به مقدار 200 mg روزانه ۲-۳ مرتبه برای ۳ ماه بدهید.

۱. Ringer-Lactate یا 0.9% sodium chloride را از طریق ورید شروع نموده شاک را تداوی نمائید.
۲. اگر پلاستنا خارج نشده باشد؛ از مادر تقاضا نمائید تا ادرار نموده در صورت ضرورت کنتیتر را تطبیق نمائید. مادر به شیر دادن طفل شروع کند. از ergometrine به مقدار 0.25-0.5 mg از طریق عضلی (یا oxytocin به مقدار 10 units از طریق عضلی یا 5 units از طریق وریدی) بدهید. اگر مادر خود نتواند پلاستنا را خارج نماید؛ حبل سروی را با احتیاط کش نمائید (controlled cord traction). غور (fundus) رحم را با کف دست با یک حرکت دورانی تا زمانی مالش دهید که رحم بخوبی تقلص نماید. حبل را با یک دست گرفته و با دست دیگر رحم را بگیرید. بعداً حبل را به آهسته گی و با استواری کش نمائید. حبل را با شدت کش ننمائید! اگر حرکت پلاستنا را حس نموده نمیتوانید؛ کش نمودن را متوقف سازید.

اگر موفق به انجام آن نباشید؛ مریض را فوراً به شفاخانه رجعت دهید. اگر شفاخانه دور باشد؛ داخل رحم را با انگشت شهادت خود معاینه نمائید البته دستکش های معقم را بدست نموده کوشش نمائید که با دست خود پلاستنا را دور نمائید. این کار صرف به زودی بعد از ولادت و در زمانی که عنق رحم باز باشد؛ امکان پذیر است (شکل ۷-۱۷ دیده شود).

نوزادان نیز بسیار بلند میباشند. بناً تمام خانم ها و نوزادان شان به مراقبت خوب بعد از ولادت ضرورت دارند. در دوره بعد از ولادت همانند دوره قبل از ولادت؛ ویزت های منظم توصیه میشود. اولین ویزت؛ باید در ظرف ۲۴ ساعت اول بعد از ولادت؛ صورت گیرد.

"قاعده ۶ ها" به شکل یک رهنما پیشنهاد میشود: ویزت های بعد از ولادت باید ۶ (-۱۲) ساعت بعد از ولادت، (۳)-۶ روزه گی، ۶ هفته گی و ۶ ماه گی صورت گیرد. مراقبت باید در ۶ هفته گی ختم نشود و باید جهت فراهم سازی حمایت مداوم با انجام واکسیناسیون، پلان گذاری فامیلی، شیر مادر و شروع غذاهای اضافی در ۶ ماه گی، ادامه داده شود. این نکته را در هر باری که خانمی را می بینید که در شش ماه گذشته طفلی ولادت نموده است بخاطر آورید. موضوعاتی که در هر ویزت باید مورد رسیده گی قرار گیرند در چوکات خلاصه شده اند.

مادران در دوره بعد از ولادت به سه خطر ذیل معروض اند:

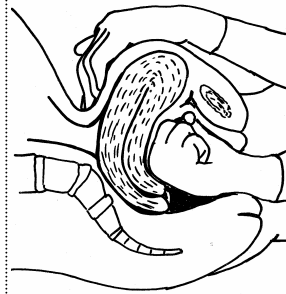
۱. خونریزی بعد از ولادت (خونریزی بعد از ولادت در حالات نورمال مشابه به خونریزی عادت ماهوار میباشد که برای ۵-۲۰ روز دوام نموده و با گذشت هر روز کم و کمتر میشود.
۲. فرط فشار خون: فشار خون دیاستولیک بالاتر از 110 mmHg (خطر اکلمپسی - eclampsia یا ستروک - stroke وجود دارد)
۳. انتان (تب و افرازات مهلی بد بوی؛ موجود میباشد).

در ویزت های بعد از ولادت چه باید کرد؟

تاریخچه بگیری

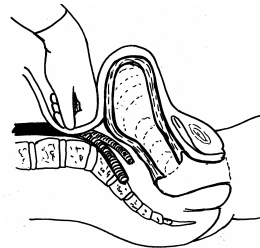
- جزئیات ولادت (به شمول پرابلم ها در جریان ولادت و اینکه آیا پلاستنا مکمل بوده است یا نه؟)
- آیا درد و تب وجود دارد؟
- آیا خونریزی بعد از ولادت وجود داشته؟
- آیا در فعل تبول مشکلاتی وجود دارد؟
- آیا پرابلم های ثدیه و مشکلات شیر مادر وجود دارد؟
- از خانم بپرسید: آیا نگرانی یا سوالی دارد؟

چطور باید رحم را بوسیله دو دست فشرده سازیم؟



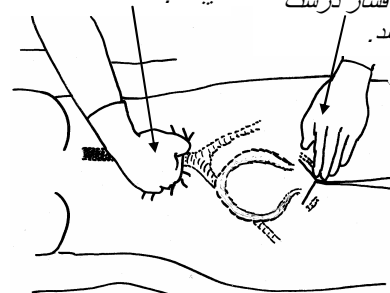
۱. دست کش های معقم را بدست نمائید.
۲. یک دست تان را داخل مهبل نموده و علقات خون را دور نمائید.
۳. دست تان را مشنت نموده و فشار را به روی جدار قدامی رحم وارد نمائید.
۴. با دست دیگر از طریق جدار بطن به روی جدار خلفی رحم عمیقاً فشار وارد نمائید.
۵. الی زمان توقف خونریزی و تقبض رحم یا الی رسیدن به شفابخانه به وارد نمودن فشار؛ ادامه دهید.

چطور باید بالای شریان ابهر بطنی فشار وارد نمائیم؟



با مشنت بسته بالای ابهر بطنی به طرف پائین فشار وارد نمائید.

در جریان وارد نمودن فشار؛ با دست دیگر شریان فخذی را جس نمائید. اگر این شریان قابل جس نباشد؛ فشار درست وارد شده می باشد.



فشار را به صورت متقطع هر بار تا ۹۰ ثانیه وارد نمائید و الی زمان توقف خونریزی ادامه دهید.

شکل ۸-۱۷: کمک های صحی عاجل در خونریزی های شدید بعد از ولادت: فشردن رحم با دودست و وارد نمودن فشار بالای ابهر بطنی

مراقبت بعد از ولادت- چطور باید مادر و طفل وی را بعد از ولادت؛ مراقبت نمود؟

دوره بعد از ولادت (post partum period) بعد از خروج یا ولادت پلاستنا آغاز شده و برای ۶ هفته (تقریباً ۴۰ روز) دوام مینماید. کارخوب است اگر به حمل و ولادت توجه زیاد مبذول گردد؛ مگر دوره بعد از ولادت نیز از اهمیت مساوی برخوردار بوده و خطرات مساوی را دارا است. حدود ۵۰% تمام مرگ های مادران بعد از ولادت واقع میشود و مرگ مقدم

موضوعات ذیل را در هنگام ملاقات بعد از ولادت؛ ارزیابی نمائید:

۶ ماهه گی	۶ هفته گی	۶ روزه گی (= ۳-۶ روز)	۶ ساعت (= روز اول)	
<ul style="list-style-type: none"> • نمو و تکامل • تغذی با شیر مادر و تجرید طفل از شیر مادر • واکسیناسیون • مواظبت خوب از طفل (از کارت طفل و مادر استفاده نمائید) 	<ul style="list-style-type: none"> • تغذی / وزن • واکسیناسیون 	<ul style="list-style-type: none"> • تغذی با شیر مادر • علایم انتان 	<ul style="list-style-type: none"> • تنفس • گرمی • تغذی با شیر مادر • مراقبت از حبل سروی • واکسیناسیون 	<p>طفل</p>
<ul style="list-style-type: none"> • صحت عمومی • فاصله بین ولادت ها و جلوگیری از حمل 	<ul style="list-style-type: none"> • کمخونی؟ • مشکلات در تغذی با شیر مادر؟ • موضوعات ذیل را توضیح نمائید: • فاصله بین ولادت ها و جلوگیری از حمل • ترتیبات واکسیناسیون 	<ul style="list-style-type: none"> • تب؟ انتان؟ • مزاج؟ (افسرده گی بعد از ولادت) • مشکلات تغذی طفل با شیر مادر • پرایلم های بولی؟ • نورمال بودن افرازات مهبل و رحمی؟ • موضوعات ذیل توضیح داده شود: • علایم خطر (مادر و نوزاد) • تغذی طفل با شیر مادر 	<ul style="list-style-type: none"> • ضیاع غیر نورمال خون؟ • فرط فشار خون؟ • درد بطنی غیر نورمال؟ • در موارد ذیل توضیحات بدهید: • علایم خطر (مادر و نوزاد) 	<p>مادر</p>

خانم را معاینه نمائید

○ اگر گروپ خون مادر قبلاً تعیین نشده باشد، تعیین گردد. اگر گروپ خون مادر (- Rhesus negative) باشد؛ گروپ خون طفل را تعیین نمائید.

معاینات فیزیکی روتین را انجام داده و به موارد ذیل توجه خاص مبذول دارید:

اهتمامات

۱. ضرورت رجعت مریض را ارزیابی نمائید.
۲. اگر مریض کمخون نباشد، از *ferrous sulphate/folic acid* فمی روزانه یک مرتبه برای ۴ ماه بدهید. اگر کمخونی وجود داشته باشد؛ آنرا تداوی نمائید.
۳. به هر مادر شیرده *vitamin A* به مقدار 200,000 IU به یک دوز واحد بدهید؛ مگر صرف در جریان ماه اول بعد از ولادت داده شود.
۴. اگر گروپ خون خانم و طفل از نظر فکتور *Rhesus* موافق نباشند (مادر - Rhesus negative و طفل + Rhesus positive) تطبیق *Rhesus immune globulin (RhoGAM)* را در جریان ۷۲ ساعت بعد از ولادت اجرا نمائید.
۵. اگر کورس واکسیناسیون مادر در مقابل تیٹانوس مکمل نشده باشد؛ آنرا تکمیل نمائید.
۶. اگر مادر از نمک آیودین دار استفاده نمی‌نماید و یک دوز روغن آیودین دار را در تراپیستتر سوم حمل اخذ ننموده باشد؛ یک دوز روغن آیودین دار را به مقدار 400-600 mg (۲-۳ کپسول) برایش بدهید.

- آیا علایم کمخونی شدید وجود دارد؟
- آیا تب وجود دارد؟ (اسباب آن در چوکات دیده شود)
- آیا فرط فشار خون وجود دارد؟
- رحم مریض را جس نمائید (نورمال: سخت و مدور می‌باشد)
- آیا خونریزی شدید وجود دارد؟ آیا افرازات بد بوی وجود دارد؟ (یک مقدار کم افرازات خوندار نورمال است)

اسباب تب در جریان دوره بعد از ولادت

- سپس پورپرال (انتان رحمی)
- انتان طرق بولی
- التهاب پستان (اکثراً در جریان هفته ۲-۳)
- انتانات طرق تنفسی (اکثراً بعد از انسئیزی)
- + تمام اسباب تب که با دوره بعد از ولادت ارتباط ندارد!

نوزاد را معاینه نمائید

در ذیل تحت عنوان مراقبت نوزاد دیده شود.

معاینات

○ اگر علایم کمخونی شدید وجود داشته باشد؛ هیموگلوبین را معاینه نمائید.

تعلیمات صحی

نکات ذیل را به خانم و فامیلش بیاموزانید: (۱) علایم خطر امراض نوزادان (۲) علایم خطر انتان رحمی

سایر علایم خطر:

✘ نفس کوتاهی (علایم احتمالی کمخونی شدید یا عدم کفایه قلبی)

✘ اختلاجات و سردردی شدید (نزد خاتم هائیکه در جریان حمل پری-اکلمپسی (pre-eclampsia) داشته اند؛ بسیار مهم میباشد).

✘ مادر احساس غم عمیق نموده، به ساده گی گریه نموده و مفکوره های خود کشی دارد. مراقبت از طفلش برایش مشکل میباشد (postnatal depression).

خونریزی بعد از ولادت

در بالا دیده شود.

انتان رحمی (PUERPERAL SEPSIS)

انتان رحمی (puerperal sepsis) نه تنها یک سبب مهم مرگ و میر را تشکیل میدهد بل یک سبب عقامت نیز میباشد. ولادت های ناپاک، ریچردوامدار غشاها یا ولادت طولانی فکتور های مهم بروز سپس میباشند.

تظاهرات کلینیکی

نزد هر خانمی که در جریان ۱۰ روز اول بعد از ولادت؛ تب بوجود آید به انتان رحمی (puerperal sepsis) مشکوک شوید. اگر تب از باعث انتان رحمی باشد؛ افزایش مهبلی غیرنورمال (مثلاً قیج) و بدبوی میباشد. مریض از درد حوصلی شکایت داشته و رحم وی بزرگتر از اندازه متوقعه بوده با جس حساس میباشد (معمولاً رحم در جریان ۸ روز اول؛ روزانه خود را حدود ۲ سانتی متر جمع مینماید و غیر حساس میباشد).

اگر تب از باعث انتان رحمی نباشد؛ افزایش مهبلی و جمع شدن رحم نورمال میباشد.

معاینه ثدیه ها را فراموش ننمائید زیرا التهاب ثدیه (mastitis) یک سبب معمول تب در دوران بعد از ولادت میباشد.

اهتمامات انتانات رحمی

۱. **Ampicillin** به مقدار ۲ g روز ۳ بار وریدی یا عضلی + **gentamicin** عضلی یا وریدی به مقدار ۵ mg/kg روز یک بار + **metronidazole** به مقدار ۴۰۰ mg فمی یا وریدی روز سه بار تا زمانیکه خانم برای ۲ روز بدون تب باشد داده شود.

۲. تمام جروحات منتن و حالت شاگ را تداوی نمائید. اگر خونریزی مهبلی و بزرگی رحم وجود داشته

(۳) علایم خطر خونریزی بیش از حد. اطمینان حاصل نمائید که ایشان طرز دریافت کمک را، در صورت وقوع هر یک از این علایم، میدانند. در مورد حفظ الصحه، مراقبت طفل نوزاد، تغذی با شیر مادر و پلانگذاری فامیلی به ایشان مشوره دهید (چوکات دیده شود).

پیام های کلیدی صحتی برای ماه اول بعد از ولادت (دوره بعد از ولادت)

این پیام های صحتی را برای خانم ها و فامیل های شان در هنگام ولادت طفل؛ توضیح بدارید:

۱. متوجه علایم خطرئی ذیل که ممکن است خطر را نشان دهند؛ بوده و در صورت وقوع هر یک آن جویای کمک شوید.

علایم خطر برای مادر

- تب و لرزه، درد قسمت سفلی بطن
- افزایش بد بوی

- خونریزی شدید مهبلی

علایم خطر برای نوزاد

- طفل خوب شیر نمیخورد
- طفل مخرش و سست و بیحال است
- تنفس سریع همراه با پرش مناخر انفی
- اختلاجات

- موجودیت یرقان در روز اول و یا ایجاد یرقان در دست و پاها
- آمدن قیج از چشمان ویا سره (ناف)

۲. در مورد تغذی با شیر مادر:

- در ۶ ماه اول؛ غیر از شیر مادر؛ کدام مایع دیگر برای طفل ندهید.

- شیر مادر؛ طفل شما را از انتانات محافظه مینماید.

- هر زمانی که طفل بخواهد؛ برایش شیر بدهید!

- اگر فکر مینمائید که مقدار کافی شیر ندارید؛ از غذا های اضافی برای طفل نداده بل به دفعات بیشتر طفل را شیر دهید! زیرا دفعات بیشتر شیر دادن؛ باعث تولید مقدار های بیشتر شیر میشود.

- از بیره کش ها برای طفل ندهید!

۳. در باره حفظ الصحه شخصی: قبل از رسیده گی به طفل دست های تان را با صابون بشوئید. ناحیه تناسلی خود را همه روزه و بعد از رفع حاجت بشوئید.

۴. طرز مراقبت خوب طفل نوزاد را آموزش بدهید.

۵. ارزش وقفه بین ولادت ها و میتود های جلوگیری از حمل را توضیح دهید.

علایم خطر خونریزی بیش از حد:

✘ بیشتر از یک پارچه در یک ساعت مغطوس میشود؛ یا به عوض آنکه خونریزی از ولادت تنقیص یابد؛ تشدید میشود.

✘ جریان کم ولی مداوم خون

✘ علایم خطر انتان رحمی (puerperal sepsis):

✘ تب و لرزه

✘ درد شدید بطنی

✘ افزایش بد بوی مهبلی

مراقبت مصئون طفل نوزاد

اکثریت مرگ های نوزادان؛ از اثر انتانات واقع میشوند که یا در هنگام ولادت (از طریق ولادت ناپاک) یا به زودی بعد از ولادت؛ از سبب مراقبت غیر مصئون طفل و شروع موخر شیر مادر واقع میشوند. اسباب معمول دیگر مرگ نوزادان را کمبود اکسیجن در جریان حمل (asphyxia) یا صدمات در جریان ولادت (birth trauma) تشکیل میدهد.

اکثریت این مرگ ها با اتخاذ تدابیر ساده قابل جلوگیری اند. مراقبت خوب نوزاد نه مشکل است و نه قیمت. خلاصه نکات کلیدی را در چوکات ببینید.

خلاصه- عناصر کلیدی مراقبت خوب از طفل نوزاد

۱. هوا: نوزادانی را که در زمان تولد تنفس نمیکند؛ به صورت مصنوعی تنفس دهید.
۲. گرمی: طفل را خشک نموده و از معروض شدن طفل به سردی جلوگیری نمایید.
۳. تغذی با شیر مادر: تغذی با شیر مادر را در جریان ۱ ساعت بعد از ولادت شروع نمایید. تغذی با شیر مادر را در هنگام تقاضای طفل در روز و شب؛ برای ۶ ماه ادامه دهید.
۴. وقایه از انتان:
 - ولادت پاک و مراقبت از حبل سروی را تامین نمایید.
 - از انتان چشم وقایه شود
 - واکسین ها را تطبیق نمایید.
۵. ویتامین K بدهید.
۶. مواظبت و محبت: طفل را نزدیک مادرش نگهدارید.
۷. از اطفال حاوی وزن کم مراقبت و مواظبت اضافی نمایند (تغذی و گرمی)
۸. اعلام خطر را شناسایی نموده و برای پرابلم ها اهماتمات اتخاذ نمایند.

ارزیابی و اهماتمات عاجل در ولادت

۱. نوزادانی را که در هنگام ولادت تنفس نمیکند؛ تنفس مصنوعی دهید.

اسفکسی ولادی (birth asphyxia) عبارت از تاخر شروع تنفس؛ بعد از ولادت است که یک سبب معمول مرگ و معیوبیت نوزادان میباشد. اگر طفل فوراً بعد از ولادت؛ گریه نکند به اسفکسی ولادی مشکوک شوید.

۱. طفل نوزاد را فوراً به تعقیب ولادت خشک نموده بپوشانید تا هایپوترمیک نشود.

۲. طرق هوایی طفل را با یک انگشت تان که با تکه پاک پوشانیده شده است، پاک نمایید. اگر امکان داشته باشد دهن و بینی طفل را سکتشن (suction) نمایید.

باشد؛ باقی ماندن پارچه های پلاستنا را بداخل رحم مد نظر داشته باشید و مریضه را رجعت دهید.

۳. اگر مریض بعد از ۲ روز تداوی با انتی بیوتیک؛ بهبودی کسب ننماید؛ وی را به شفاخانه رجعت دهید.

التهاب ثدیه (ماستیت - MASTITIS)

ماستیت عبارت از التهاب ثدیه است که ممکن با انتان مترافق باشد یا نباشد. زمانیکه شیر به صورت درست از ثدیه تخلیه نشود؛ البته از باعث تخنیک خراب تغذی با شیر؛ شیر متوقف شده و التهاب ثدیه بوجود میآید. این رکودت شیر ممکن به انتان پیشرفت نماید (معمولاً با بکتری ستافیلوکوکال - staphylococcal).

اگر از ابتدا در مورد تخنیک های خوب شیردهی به خانم درس داده شود؛ التهاب ثدیه و آبه ثدیوی قابل جلوگیری میباشد.

تظاهرات کلینیکی

- تب
- تورم سرخرنگ، حساس و گرم یک قسمت از ثدیه.
- اگر به صورت مقدم تداوی نشود؛ این تورم متموج شده یک آبه تشکل مینماید.

اهتمامات

۱. تخلیه موثر شیر و ادامه شیردهی: به مریض توصیه نمائید که تغذی طفل با شیرش مصئون است. شیرثدیه ماوف؛ به طفل ضرر وارد نمیکند. تخلیه قنات های شیری مهم است؛ زیرا در غیر آن انتان پیشرفت مینماید. وضعیت شیر دهی را چک نمائید، در ذیل دیده شود.

۲. انتی بیوتیک ها: cloxacillin را فمی به مقدار 500 mg روزانه ۳ مرتبه برای ۵ روز بدهید. اگر به مقابل penicillin حساسیت وجود داشته باشد، erythromycin فمی را به مقدار 500 mg روزانه ۳ مرتبه برای ۵ روز بدهید. اگر آبه تشکل نموده باشد؛ آنرا تخلیه نمائید.

۳. یک پارچه پاک گرم و مرطوب را روزانه چندین مرتبه بالای ناحیه منتن بگذارید.

پرابلم های بولی (URINARY PROBLEMS)

اگر ادرار خانم به صورت دوامدار و قطره قطره خارج شود، ممکن نزد وی فیستول مثانی مهلی بوجود آمده باشد. مریض را جهت ارزیابی نزد متخصص رجعت دهید.

در مرگ یک تعداد زیاد نوزادان میباشد. اطفال قبل الميعاد و آنهایی که با وزن کم متولد میشوند؛ در معرض خاص خطر قرار دارند. زمانی که طفل به سردی بیش از حد معروض میشود؛ دلیل آنرا کمبود آگاهی و فهم تشکیل میدهد؛ نه کمبود تجهیزات.

۱. در زمان ولادت قبل از قطع حبل سروی طفل را به زودی توسط یک دستمال گرم خشک نموده او را بپوشانید.

۲. طفل را در یک دستمالی که سر طفل را نیز ستر نماید، بپوشانید. بدن مادر بهترین منبع گرمی برای نوزادان؛ خصوصاً نوزادان کم وزن میباشد (مراقبت کانگرو؛ شکل ۱۰-۱۷ دیده شود). اگر مراقبت جلد با جلد امکان پذیر نباشد؛ طفل را به زودی با چندین لایه لباس گرم بپوشانید. سر طفل را با یک کلاه بپوشانید زیرا طفل یک مقدار زیاد حرارت را از طریق سر خود از دست میدهد. پیچانیدن سست لباس ها به اطراف طفل؛ نسبت به قنداق نمودن وی موثر تر میباشد.

۳. در ظرف یک ساعت بعد از ولادت تغذیه با شیر مادر را شروع نمایید. تغذیه طفل با شیر مادر؛ کالوری غذایی مورد ضرورت برای تولید حرارت؛ را فراهم میسازد.

۴. طفل را در جریان ۲۴ ساعت بعد از ولادت غسل ندهید!

۳. تغذی با شیر مادر را؛ در ظرف یک ساعت بعد از ولادت؛ شروع نمایید!

در ذیل دیده شود.



۳. تنفس طفل را مشاهده نمایید: آیا صدر مریض به صورت متناظر با دفعات بیشتر از ۳۰ مرتبه در یک دقیقه به طرف بالا حرکت میکند؟ اگر طفل تنفس نمیکند یا تنفس وی کمتر از ۳۰ مرتبه در یک دقیقه است؛ تنفس دهن به دهن و بینی را فوراً جهت اتساع ریه های طفل شروع نمایید. این یک میتود بسیار موثر است که اکثریت اطفال بدان جواب میگویند (شکل ۹-۱۷ دیده شود).

– اگر طفل نوزاد به گریه شروع نماید؛ تهویه را متوقف ساخته و ذیلاً عمل نمایید:

- نوزاد را گرم نگهدارید.
- از مادر تقاضا نمایید تا جهت پائین آوردن خطر هایپوگلاسیمیما؛ فوراً تغذی طفل با شیر مادر را شروع نماید.
- نوزاد را برای ۲۴ ساعت تحت مشاهده داشته باشید. دفعات تنفس وی را هر یک ساعت حساب نمایید.
- ویتامین K را جهت وقایه از امراض هیموآزیک نوزادان؛ تطبیق نمایید.

– اگر بعد از ۲۰ دقیقه تهویه مصنوعی کدام تنفس و نفس زدن دیده نشود؛ تهویه را متوقف سازید. اگر نفس زدن دیده شود؛ تهویه را بعد از ۳۰ دقیقه متوقف سازید.

۲. طفل را خشک نموده و از مواجه شدنش به سردی جلوگیری نمایید.

نوزادان حرارت بدن خود را؛ حتی در تابستان؛ به زودی از دست می دهند. هایپوترمی یک فکتور مهم

صرف از عضلات رخسارتان جهت دمیدن هوا؛ به طفل به سرعت ۴۰ بار تنفس در دقیقه؛ استفاده کنید.



شکل ۹-۱۷: طرز اجرای تنفس مصنوعی نزد نوزادی که تنفس نداشته باشد. (تنفس مصنوعی دهن به بینی / دهن)

۴. انتانات را وقایه نمائید.

که وزن طفل کمتر از 2.5 kg باشد. یک تعداد زیاد نوزادان کم وزن؛ در زمان متوقع تولد شده ولی وزن آنها بسیار کم میباشد. اطفال قبل الميعاد نیز وزن کم میداشته باشند مگر بدلیل آنست که پیش از وقت تولد میشوند (قبل از هفته ۳۶). بر علاوه پرابلم های که یادشده؛ این نوزادان ممکن از نظر تغذی، تنفس، سپسین و یرقان نوزادی؛ نیز مشکلاتی داشته باشند.

۱. به مادر بگوئید تا نوزاد را فوراً بعد از ولادت به صورت مکرر؛ با شیرش تغذی نماید تا از هایپوگلیسمی جلوگیری شده و طفل را به گرفتن وزن کمک نماید.

۲. اگر طفل در مکیدن شیر مشکل داشته باشد؛ شیر را دوشیده؛ طفل را از طریق تیوب انفی معدوی تغذیه نمائید.

۳. طفل را گرم نگهدارید (مراقبت کانگرومانند kangaroo care در بالا دیده شود).

۱. از اساسات ولادت پاک طوری که در بالا توضیح گردید؛ پیروی نمائید. حیل سروی را پاک و خشک نگهداشته و چیزی را بدان تطبیق ننمائید. تمام کسانی که با طفل سروکار دارند، باید قبل از تماس به طفل دست های خود را بشویند.

۲. از انتانات چشم جلوگیری نمائید:

• چشمان طفل را فوراً بعد از ولادت با آب پاک (آب جوش داده سرد) و یک پارچه پاک نمائید.

• محلول 1% silver nitrate یا مرخم چشمی tetracycline 1% را در ظرف یک ساعت بعد از ولادت؛ در هر دو چشم طفل تطبیق نمائید.

۳. طفل را واکسین نمائید. واکسین BCG و دوز اول واکسین پولیو (OPV 0) را بزودی بعد از ولادت؛ تطبیق نمائید.

۴. انتانات را فوراً تداوی نمائید.

۵. ویتامین K بدهید.

ویتامین K (phytomenadione) را به مقدار 1 mg از طریق عضلی؛ جهت جلوگیری از امراض هیموراژیک نوزادان؛ بدهید.

۶. مراقبت و محبت.

اطمینان حاصل نمائید که طفل نزدیک مادر و فامیل خود میباشد زیرا طفل به مراقبت و محبت آنها نیاز دارد.

۷. از نوزادان کم وزن مراقبت بیشتر اضافی به عمل آورید.

وزن کم بر هنگام ولادت (low birth weight = LBW < 2.5 kg) خطر مرگ های بعد از ولادت نوزادان را بلند میبرد. نوزادانی که با وزن کم متولد شده اند در شروع نمودن تنفس بعد از ولادت؛ مشکلات بیشتر داشته و در معرض خطر هایپوترمی، هایپوگلیسمی و امراض هیموراژیک نوزادان قرار دارند.

کم بودن ارتفاع غور رحمی به اندازه بیشتر از ۴ سانتی متر از اندازه متوقعه آن در هفته ۲۲-۳۴ نشان دهنده آنست که طفل با وزن کم ولادت خواهد یافت. اگر وزن نوزاد کمتر از 1.75 kg باشند در صورت امکان طفل را به یک وارد اختصاصی رجعت دهید.

اگر طفل را وزن نمیتوانید؛ محیط صدرش را اندازه نمائید. اگر کمتر از ۳۰ سانتی متر باشد؛ احتمال دارد

علایم خطر را شناسائی نموده و پرابلم های نوزادان را مرفوع سازید:

در مراقبت بعد از ولادت؛ علایم خطر را جستجو نموده، تغذی طفل را ارزیابی و معاینه مکمل نوزاد را انجام دهید (شکل ۱۱-۱۷ دیده شود).

اعراض ذیل ممکن یک مریضی وخیم را نزد نوزاد نشان دهند. در مورد علایم خطر؛ پرابلم احتمالی وخیم نوزاد به خانم و فامیل او آگاهی داده به آنها بگوئید که در صورت وقوع هر یک از اعراض ذیل به داکتر مراجعه نمایند:

علایم خطر انتان بکتریائی شدید احتمالی:

- ✗ طفل قادر به تغذیه نیست. (چوکات دیده شود)
- ✗ طفل مخرش، خواب آلود یا سست و بیمار می باشد.
- ✗ بدن طفل بسیار سرد یا بسیار گرم است.
- ✗ تنفس طفل سریع شده یا آواز خرخر دارد.
- ✗ طفل اختلاج دارد (چوکات دیده شود).

علایم وخیم دیگر:

- ✗ موجودیت یرقان در روز اول و بعدتر، یرقان در دست ها و پاها (یرقان نوزادی شدید)
- ✗ خروج قیح از چشم ها که احمراری اند یا از سره طفل (انتان بکتریائی موضعی)
- ✗ خونریزی (بسته نمودن ناکامل حیل سروی، امراض هیموراژیک نوزاد، کمبود ویتامین K)

انتانات چشم (ophthalmia neonatorum) در ذیل دیده شود.

اهتمامات برفان شدید

۱. جهت تنقیص خطر برفان؛ تغذی با شیر مادر را در ظرف یک ساعت بعد از ولادت شروع نمائید.
۲. طفل را جهت انجام phototherapy به شفاخانه رجعت دهید.

اهتمامات اختلاجات

۱. اختلاجات را کنترل کنید:

- الف. **اکسیجن** تطبیق کنید.
- ب. **Glucose 10%** به مقدار 2 ml/kg وریدی یا از طریق nasogastric داده شود.
- ج. در صورت عدم کنترل اختلاجات **phenobarbital** 10-20 mg/kg به آهسته گی از طریق ورید یا عضله داده شود. در صورتیکه اختلاجات توقف نکنند بعد از ۳۰ دقیقه به مقدار 10 mg عضلی زرق گردد.
- د. در صورتیکه طفل از اختلاجات عود کننده در رنج باشد 15 mg phenobarbital فمی روزانه یک بار شروع گردد.

۲. طفل را برای "انتان بکتریائی شدید" تداوی کنید.

اهتمامات انتانات چشم

التهاب منضمی نوزادان؛ خطر تفرح قرنیه و کوری را با خود دارد. التهاب منضمی نوزادان از سبب بکتری های متنوع بوجود میآید که از جمله آنها بکتری gonococci و chlamydia خطرناکترین آنها میباشند. غالباً انتان گونوری؛ سبب ایجاد انتان بسیار شدید چشم همراه با تورم هردو جفن و افرازات قیچی میشود که در ظرف ۴ روز بعد از ولادت رخ میدهد. chlamydia غالباً کمتر شدید بوده و ۴ روز بعد از ولادت واقع میشود. هر چند تشخیص تفریقی بین این دو انتان به تنهایی به اساس تظاهرات کلینیکی آنها مشکل میباشد. بناً اگر در تشخیص تان مشکوک بودید، هردو انتان را به صورت همزمان تداوی نمائید.

۱. برای تداوی **gonococcus**: **ceftriaxone** را به مقدار 125 mg از طریق عضلی به یک دوز واحد (یا benzylpenicillin از طریق عضلی روزانه ۲ مرتبه برای ۳ روز) بدهید.

۲. برای تداوی **chlamydia**: **erythromycin** فمی را به مقدار 62.5 mg روزانه ۲-۳ مرتبه برای ۲ هفته بدهید (یا co-trimoxazole را به مقدار 240 mg روزانه ۲ مرتبه بدهید).

اسباب ناتوانی تغذی

- انتانات بکتریائی شدید (مثلاً التهاب سحایا، سپیس ، نومونیا)
- تیتانوس نوزادان
- هایپوگلیسمی (تنقیص گلوکوز خون)
- برفان شدید (kernicterus)
- صدمات دماغی

اسباب معمول اختلاجات نزد نوزادان

- اسفکسی زمان ولادت، خونریزی دماغی
- هایپوگلیسمی (hypoglycaemia)
- انتانات بکتریائی شدید (مثلاً التهاب سحایا، سپیس ، نومونیا)
- برفان شدید (kernicterus)
- تیتانوس نوزادان (اختلاجات واقعی نبوده بلکه سپزم عضلی میباشد)
- دیهایدریشن شدید
- هایپرترمی
- اعراض قطع دوائی، در صورت معتاد بودن مادر به دواها (مثلاً تریاک، benzodiazepines)

✘ استفراغ دوامدار (انتان، انسداد معائی)

✘ نوزاد بسیار خاسف است (کمخونی و انتان)

✘ طفل شخی داشته و سپزم دارد (تیتانوس نوزادان صفحه ۲۲۰-۲۲۱ دیده شود).

اهتمامات انتان بکتریائی شدید

۱. اگر امکان داشته باشد مریض را در شفاخانه تداوی نمائید. **ampicillin** را به مقدار 300 mg از طریق عضلی یا وریدی هر ۱۲ ساعت بعد **gentamicin** + به مقدار 15-20 mg از طریق عضلی یا وریدی روزانه یک مرتبه برای ۱۰-۱۴ روز بدهید. قبل از رجعت مریض به شفاخانه؛ دوز اول را از طریق عضلی بدهید.

۲. طفل را گرم نگهدارید.

۳. اختلاطات را تداوی نمائید (مثلاً هایپوگلیسمی یا اختلاجات).

اهتمامات انتان بکتریائی موضعی

انتان سره (ناف)

۱. اگر از ناف قیح خارج شود و جلد اطراف آن سرخ رنگ شده و کمتر از ۱ سانتی متر باشد:

الف. ناف را پاک نمائید.

ب. **gentian violet** را روزانه ۲ مرتبه تطبیق نمائید.

ج. طفل را با **cloxacillin** فمی تداوی نمائید.

۲. اگر وضعیت عمومی طفل خوب نباشد یا سرخی جلد وسیع باشد؛ طفل را به حیث "انتان بکتریائی وخیم" تداوی نمائید؛ مگر عوض **ampicillin** ؛ **cloxacillin** داده شود.

• آیا تون و وضعیت طفل نورمال است؟
تون نورمال



• بزرگی سر و وسیع بودن غیر نورمال suture ها؟ (Hydrocephalus)



• مرمَر قلبی؟



• تیتانوس نوزادان



• طفل را وزن نموده یا محیط صدر او را اندازه نمایند. (اگر وزن طفل کمتر از 2.5 kg یا اندازه صدر وی کمتر از 30 cm باشد= طفل با وزن کم تولد شده و در معرض خطر بلند هایپوترمی، هایپوگلاسیمی و انتان قرار می‌داشته باشد)



• اینورمالتی ولادی واضح؟

• تغذی طفل نورمال است؟ (اگر تغذی خراب باشد: انتان ؟ اگر تعرق و عسرت تنفس وجود داشته باشد: عدم کفایه قلبی؟

• با جس طفل بسیار سرد یا گرم است؟ (هایپوترمی و یا تب علایم احتمالی انتان شدید اند)

• انتفاخ بطنی؟ (انتان شدید، انسداد معائی)

• افزایش سرخرنگ از سره؟ (انتان)

• اینورمالتی ناحیه تناسلی و مقعد؟

• دست و پا غیر نورمال؟ (club foot)، خلع مفصل حرقی فخذی، غیر متحرک بودن دست و پا از باعث ترخیص ولادی یا ضعیفی)

• مشکلات تنفسی و تنفس سریع، فرورفته گی صدری و سیانوز؟ (انتان شدید، پرابلم تنفسی، پرابلم قلبی)

• بیرقان غیر نورمال؟ (انتان شدید، عدم مطابقت خون)

• غیر نورمال بودن پشت یا کمر طفل؟ (spina bifida)



شکل ۱۱-۱۷: طرز ارزیابی طفل نوزاد

کدام غذا یا نوشابه دیگر؛ حتی آب؛ ضرورت نمیباشد. از سن شش ماهه گی به بعد؛ طفل به انواع متعدد غذا های اضافی ضرورت دارد؛ مگر تغذی با شیر مادر تا ختم سال دوم یا بیشتر از آن ادامه داده شود. به طفل هر زمانی که خواسته باشد؛ شیر داده شود (demand feeding). در شفاخانه نوزاد و مادرش باید در یک اتاق قرار داده شوند (rooming-in) تا تغذی با شیر مادر تسهیل گردد.

نکات مهمی که به مادر گفته شود قرار ذیل اند:

۱. "تغذی با شیر مادر را فوراً بعد از ولادت شروع نمایند". اولین شیر (کالاستروم - colostrum) رنگ زرد دارد. یک تعداد اشخاص بیخبر؛ باور غلط دارند و میگویند که این شیر خطرناک است. برعکس موضوع، درست است؛ colostrum حاوی مخلوط خاص تمام موادی است؛ که برای صحت طفل لازمی میباشد.

تغذیه با شیر مادر

شیرمادر؛ یگانه غذای مکمل برای طفل شیر خوار میباشد. اگر تغذی با شیر مادر در ظرف یک ساعت بعد از ولادت شروع شود؛ خطر انتانات نوزادان، هایپوترمی، هایپوگلاسیمی و بیرقان تنقیص میبایند. هم چنان شروع مقدم تغذی با شیرمادر؛ در تقلص رحم کمک نموده؛ خطر خونریزی بعد از ولادت و انتانات مادری را تنقیص میدهد. تغذی طفل صرف با شیر مادر در جلوگیری از حمل و ازدیاد فاصله بین دو طفل کمک مینماید. هم چنان شروع مقدم شیرمادر سبب ایجاد یک ارتباط خاص بین مادر و طفل میشود. شیر مادر؛ یگانه غذا و نوشابه است که طفل در جریان شش ماه اول به آن ضرورت دارد. درجریان این دوره به

احساس شود. شما میتوانید وی را مطمئن سازید که این حالت نورمال است. اگر وی به طفل خود اجازه دهد تا ثدیه هایش را بمکد؛ طفل مقدار شیر مورد ضرورت خود را بدست آورده میتواند؛ زیرا تغذی مکرر با شیر مادر؛ باعث میشود تا مقدار بیشتر شیر تولید شود. حتی خانم های مصاب سؤتغذی؛ عموماً مقدار های کافی شیر را برای طفل شان تولید مینمایند.

مقدار شیری که افزاز میشود وابسته به آن است که طفل به چه اندازه شیر میمکد. به هراندازه که طفل زیادتر بمکد به همان اندازه شیر زیادتر تولید میشود. و به همین دلیل است که دادن مایعات اضافی به طفلی که از شیر مادر تغذیه میشود؛ خطر ناک میباشد. زیرا طفل؛ پستان مادر را کمتر مکیده در نتیجه مقدار کمتر شیر تولید میشود. همچنان وسایلی که طفل آنرا با بیره اش میمکد (بیره کش) خطر مشابه را دارا است زیرا طرز مکیدن آن با مکیدن پستان مادر بسیار فرق دارد. بدینترتیب طفل با موثریت کمتر پستان مادر را مکیده و مقدار کمتر شیر تولید میشود.

بعض روزها طوری معلوم میشود که طفل میخواهد تا بصورت دوامدار شیر بمکد و اگر مادر طفل خود را هرزمانی که طفل گرسنه است؛ شیر دهد مقدار شیرش ازدیاد مینماید زیرا تولید شیر با خواست طفل عیار میشود. و در ظرف چند روز شیر کافی برای طفل تولید خواهد شد. اگر کسی میگوید که فلان خانم شیر کافی ندارد؛ خانم (وشما) باید به او باور ننمائید. اگر مادر به طفل خود اجازه دهد تا پستان او را به صورت منظم بمکد؛ حتی پستانی که برای چند روز شیر آن خشک شده؛ دوباره تولید شیر را شروع مینماید. گریه نمودن؛ همیشه علامه گرسنگی طفل نمیشود. ممکن نشان دهنده آن باشد که طفل میخواهد بیشتر در بغل گرفته شود و نوازش داده شود.

وضعیت دادن درست طفل برای مکیدن و تولید موفقانه شیر بسیار مهم است. وضعیت دادن نادرست طفل اکثرأ سبب ایجاد پرابلم در تغذی با شیر مادر میشود.

ترکیده گی های دردناک حلیمه پستان

ترکیده گی های درد ناک حلیمه پستان؛ معمولاً از باعث مکیدن در یک وضعیت خراب بوجود میآید. اطمینان حاصل نمائید که مادر؛ طفل خود را؛ در وضعیت خوب قرار میدهد. و طفل یک قسمت کافی پستان مادرش را در دهن خود قرار میدهد و صرف حلیمه آنرا نمیگذارد. هم چنان طفل را از نظر موجودیت برفک دهن (کاندیدیا - oral thrush) که قرحات و درد ثدیه را بار میآورد؛ معاینه نمائید. اگر در حلیمه ها ترکیده گی موجود باشد؛ به مادر توصیه

۲. "تا زمانیکه طفل ۶ ماهه نشده است به جز از شیر مادر غذای دیگر به طفل ندهید!" تحقیقات نشان داده است که تغذی طفل با شیر مادر تمام ضروریات طفل را در ۶ ماه اول حیات مرفوع میدارد. شروع غذای اضافی در ماه چهارم؛ دیگر توصیه نمیشود!

۳. به مادر نشان دهید که چگونه طفل خود را به پستانش نزدیک نگهدارد. (شکل ۱۲-۱۷ دیده شود)

مادر به وضعیت راحت نشسته و تیر پشت وی راست میباشد.



سر طفل تکیه داده شده؛ با بقیه قسمت های بدن؛ در یک خط قرار داده میشود.
بدن طفل راست نگهداشته شده و بطرف مادر دور داده میشود.

طفل با پستان مادر تماس خوب دارد:

۱. زرخ طفل در تماس با پستان مادر میباشد (و یا بسیار نزدیک بدان)
۲. دهن طفل خوب باز میباشد.
۳. لب سفلی طفل به طرف خارج دور داده میشود.
۴. قسمت بیشتر حلیمه بالاتر از دهن طفل قابل دیده بوده و قسمت کمتر از آن در زیر دهن طفل.

طفل به صورت موثر شیر میمکد:

طفل عمیقاً شیر را میمکد و بعض اوقات؛ مکیدن را توقف میدهد. امکان دارد بلعیدن شیر توسط طفل؛ دیده یا شنیده شود. در صورتیکه طفل سیر نماید؛ پستان مادر را خود بخود رها نموده و آرام و خواب آلود به نظر میرسد و علاقه اش نسبت به پستان مادر از بین میرود.

شکل ۱۲-۱۷: وضعیت دادن خوب طفل؛ برای تغذی با شیر مادر

پرابلم های معمول تغذی با شیر مادر

مادر در موارد ذیل طفلش را در معرض خطر قرار میدهد (۱) اگر تغذی با شیر مادر به زودی بعد از ولادت آغاز نشود. (۲) اگر تغذی با شیر مادر به صورت مقدم قطع گردد (۳) اگر قبل از ماه ششم به طفل غذاها و مایعات اضافی داده شود. اکثریت این خطرات از باعث فقدان معلومات و نظریات غلط بوجود مینمایند. هر آنچه را که جهت تشویق مادر برای شروع مقدم تغذی با شیر مادر ممکن است؛ انجام دهید.

هراس معمول: " من مقدار کافی شیر ندارم "

غالباً خانم فکر مینماید که ثدیه هایش مقدار کافی شیر را بعد از ولادت تولید مینماید، زیرا ثدیه هایش ممکن در ظرف ۲ یا ۳ روز اول بعد از ولادت نرم و خالی

● **کاندم ها** از رسیدن سپرم (تخم مرد) به تخمه جلوگیری مینمایند. کاندم ها از انتشار امراض مقاربتی نیز جلوگیری مینمایند. کاندم ها زمانی موثر میباشند که بصورت درست استعمال شوند. کاندم مردانه؛ در زمان انتعاذ کامل و قبل از مقاربت جنسی؛ بالای قضیب؛ تطبیق شود و باید آله تناسلی به صورت کامل با آن پوشانیده شود. قسمت آزاد نهایت کاندم؛ سپرم مرد را نگهدارند. این قسمت باید آزاد گذاشته شود در غیر آن کاندم پاره میشود. بعد از دفع (خارج شدن مایع منوی) کاندم باید با دقت و احتیاط دور شود تا از خارج شدن و ریختن سپرم جلوگیری شود.

● **تابلیت ها و زرقیات ضد حاملگی** اگر به درستی استعمال شوند؛ موثرترین میتود کنترل حمل اند. این ها از آزاد شدن تخمه از تخمدان های خانم ها؛ جلوگیری مینمایند.

● **تابلیت های ضد حمل** معمولاً در پاکت های حاوی ۲۱ یا ۲۸ تابلیت قابل دسترس اند (شکل ۱۳-۱۷ دیده شود). این تابلیت ها معمولاً حاوی دو نوع هورمون اند (combined oral contraceptive). تابلیت های که صرف حاوی progesterone اند؛ کمتر اوقات قابل دسترس اند. اخذ این تابلیت ها معمولاً مصئون است. عوارض جانبی معمول آنها عبارت اند از سردردی خفیف، دلبدی، تورم پستان ها و تغییر در خونریزی عادت ماهوار (خونریزی غیر منظم یا spotting). عوارض جانبی غالباً بعد از ماهای ۲-۳ اخذ دوا؛ کم میشود. خانم های مصاب فرط فشار خون (بالا تر از 140/90 mmHg)، ستروک (stroke) قبلی، کانسر ثدیه، امراض کبدی، امراض قلبی، یا ترومبوز وریدی در گذشته باید از این تابلیت ها نگیرند!

اگر خانم میخواهد اخذ تابلیت را توقف دهد؛ زمانی باید این کار را نماید؛ که یک پاکت ختم میشود. خانم میتواند در ماه بعدی حامله شود زیرا تابلیت ها عقامت را بار نمیآورند.

● **زرقیات ضد حمل صرف حاوی progesterone** اند. تطبیق این امپول ها برای خانم های شیرده خوب میباشد. اگر این زرقیات در جریان ۵ روز بعد از شروع خونریزی ماهوار؛ تطبیق شوند؛ محافظه عاجل را فراهم مینمایند. Medroxyprogesterone (Depo-Provera: DMPA) معمولاً مورد استفاده قرار گرفته باید در هر ۳ ماه زرق گردد. اگر تطبیق این زرقیات به تعویق افتد از موثریت آن کاسته میشود.

نمائید که به تغذی طفل از هردو پستانش ادامه دهد. به مادر طفل بگوئید که بعد از هر بار تغذیه طفل؛ یک مقدار شیر را از پستانش خارج نموده و ترکیده گی های حلیمه را با آن مساز بدهد و بگذارد تا خشک گردد.

درد و تورم در پستان ها (ثدیه ها)

زمانیکه شیر برای مرتبه اول به پستان میآید غالباً تورم و سختی پستان را باعث میشود. هم چنان ثدیه ها در صورت مسدود شدن یک قنات شیری با شیر غلیظ؛ نیز متورم و دردناک میشود. زمانیکه ثدیه ها متورم باشند؛ مهم است تا تغذی با شیر مادر ادامه داده شود. اطمینان حاصل نمائید که طفل در یک وضعیت خوب قرار دارد. اگر پستان بسیار مملو باشد و طفل نتواند بخوبی شیر بمکد یک مقدار شیر را با دست تان خارج نموده و بعداً به طفل اجازه دهید تا شیر بمکد. گذاشتن پارچه های سرد، مرطوب و پاک بعد از تغذیه طفل، درد پستان را تنقیص میدهد (التهاب ثدیه - mastitis - نیز ببینید).

ازدیاد فاصله میان ولادت ها و پلان گذاری خانوادگی

صرف مادران صحت مند؛ اطفال صحت مند را بدنیا می آورند! به منظور تامین صحت مادر و طفل؛ بهتر است میان دو حمل یک فاصله زمانی حد اقل ۲ سال موجود باشد (child spacing). میتود های مختلف پلانگذاری فامیلی در دسترس قرار دارند. اینکه نظرشخصی شما در مورد پلانگذاری فامیلی چه است؟ مربوط به خود تان است، اما برای یک شخص مسلکی مهم است تا اساسات پلانگذاری فامیلی را بداند. وزارت صحت افغانستان؛ جهت بهبود صحت ملت افغانستان؛ از ازدیاد فاصله بین ولادت ها و پلانگذاری فامیلی قویاً طرفداری و حمایت مینماید. بحث در مورد ازدیاد فاصله بین ولادت ها و پلانگذاری فامیلی یک بخش معمول مراقبت بعد از ولادت میباشد. اگر یک خانم از کدام میتود جلوگیری از حمل استفاده ننماید؛ به زودی ۴ هفته بعد از ولادت دوباره حامله شده میتواند!

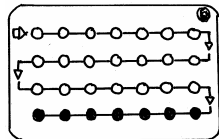
از میتود های ذیل جهت جلوگیری از حمل استفاده شده میتواند. چوکات نشان میدهد که چه وقت بعد از ولادت ازین میتود ها استفاده شده میتواند:

● **تغذیه طفل تنها با شیر مادر** حدود ۹۸% محافظه را درمقابل وقوع حمل در ۶ ماه اول بعد از ولادت فراهم میسازد؛ چوکات دیده شود.

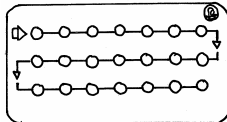
میتود های کنترل تولدات- زمان شروع میتود ها

ملاحظات	زمان شروع بعد از ولادت	میتود های کنترل تولدات
در موارد ذیل ۹۸% موثر میباشد: ۱. فاصله بین دفعات شیر دادن طفل در جریان روز بیشتر از ۴ ساعت و در جریان شب بیشتر از ۶ ساعت نباشد. ۲. هر زمانیکه طفل بخواهد برایش شیر داده شده و بیشتر از ۶ مرتبه در ۲۴ ساعت باشد. ۳. طفل صرف با شیر مادر تغذیه شده؛ مایعات و غذای اضافی برایش داده نشود. ۴. عادت ماهوار مادر قطع باشد.	فوراً بعد از ولادت	تغذی طفل صرف با شیر مادر برای ۶ ماه
• اگر عادت ماهوار شروع شده باشد، قبل از زرق حمل رد شود. • بالای کیفیت و مقدار شیر مادر اثر ندارد.	هفته ششم بعد از ولادت	Depo-Provera زرقی
• اگر قبل از هفته ششم بعد از ولادت داده شود؛ خانم در معرض خطر بلند ترومبوز اوعیه عمیق قرار میداشته باشد. • مقدار شیر مادر را کاهش میدهد.	نیاید قبل از هفته ششم بعد از ولادت شروع گردد؛ در صورتیکه میتود های مناسب دیگر قابل دسترس باشند؛ از تطبیق این دوا تا ماه ششم بعد از ولادت اجتناب شود.	تابلیت های فمی مرکب برای جلوگیری از حمل
• بالای مقدار و کیفیت شیر مادر اثر ندارد.	هفته ششم بعد از ولادت	تابلیت های progestogen برای جلوگیری از حمل
• بالای مقدار و کیفیت شیر مادر اثر ندارد.	هفته ششم بعد از ولادت	وسایل داخل رحمی برای جلوگیری از حمل
	در هر زمان	کاندم ها

از یک پاکت ۲۸ روزه؛ هر روز یک تابلیت اخذ میگردد. به زودی بعد از ختم پاکت اول، پاکت دوم شروع شود.



از یک پاکت ۲۱ روزه، همه روزه یک تابلیت برای ۲۱ روز اخذ میشود. بعداً خانم باید برای ۷ روز انتظار بکشد. خونریزی ماهوار معمولاً در جریان این ۷ روز واقع میشود. بعد از این ۷ روز پاکت دوم شروع میشود.



تابلیت ها باید همه روز اخذ شوند، حتی اگر مقاربت جنسی هم صورت نگیرد. این تابلیت ها همه روزه در یک وقت معین گرفته شوند.

اگر خانمی گرفتن تابلیت ها را فراموش نماید، وی حامله شده میتواند. خانم مذکور باید تابلیت را به زودی بعد از بخاطر آوردن آن اخذ نماید بعداً تابلیت بعدی را به وقت منظم آن اخذ بدارد. اگر خانم اخذ دوا را برای ۲ روز پی در پی فراموش مینماید، خانم مذکور باید برای ۲ روز ۲ - ۲ تابلیت اخذ نماید و بعداً روز یک تابلیت بگیرد تا پاکت دوا خلاص شود. اگر خانم اخذ ۳ تابلیت را فراموش نماید، باید الی سیکل جدید عادت ماهوار خود انتظار بکشد و درین مدت زمان در مقابل حمل مصون نمیشاند.

اخذ این تابلیت ها در جریان اسهالات شدید و استفراغات و در جریان اخذ انتی بیوتیک ها و هفت روز بعد از آن؛ خانم را بصورت قابل اعتماد محافظه نموده نمیتواند؛ ولی خانم باید به اخذ تابلیت ها ادامه دهد. درین جریان زوج مذکور جهت داشتن محافظه اضافی از کاندم استفاده نمایند.

شکل ۱۳-۱۷: تابلیت های جلوگیری از حمل

levonorgestrel + ethinylestradiol
(ethinylestradiol + norethisterone)

عوارض جانبی معمول آنها عبارت اند از: خونریزی غیر منظم یا شدید، عدم موجودیت عادت ماهوار و گرفتن وزن. اگر خونریزی شدید یا غیر منظم پرابلم را تشکیل دهد؛ خانم باید از تابلیت های عادی ضد حمل یکجا با زرقیات برای مدت ۲ سیکل عادت ماهوار اخذ نماید. اکثریت این خونریزی های غیر منظم بعد از چند ماه متوقف میشوند. خانم های مصاب کانسر ثدیه، خونریزی های غیر منظم به دلایل نامعلوم، خانم های حامله یا خانم های که میخواهند در سال آینده حمل داشته باشند، باید از این زرقیات استفاده ننمایند.

خانم میتواند زرقیات را در هر وقتیکه خواسته باشد؛ قطع نماید. بعد از قطع زرقیات حدود یک سال را در بر میگردد تا خانم دوباره حمل گیرد و سیکل عادت ماهوارش دوباره منظم شود. بناً اگر خانم بخواهد فوراً بعد از قطع دوا حامله شود، استفاده از این میتود برایش خوب نمیشاند. هر چند این زرقیات عقامت دائمی را بار آورده نمیتواند.

● وسیله داخل رحمی (IUD = intrauterine device):

این وسیله معمولاً از القاح تخمه زن با سپرم مرد جلوگیری مینماید و ندرتاً از انکشاف تخمه القاح شده در جدار رحم جلوگیری مینماید و بدین دلیل استعمال آن برای بعض اشخاص خوش آیند نمیشاند. IUD یک جسم کوچک است که توسط یک کارکن صحتی که طرز تطبیق آن برایش تعلیم داده شده است؛ تطبیق میشود. این وسیله را میتوان الی مدت

آماده پذیرش حمل میباشد. هر چند اگر خانم حامله نشده باشد؛ این طبقه فروریخته و یکجا با تخمه از بدن خارج شده نزد خانم خونریزی واقع میشود.

خونریزی غیر نورمال رحمی به طرق مختلف تظاهر مینماید (اسباب آن در چوکات دیده شود):

● **در جریان عادت ماهوار منظم:**

- عادت ماهوار منظم بسیار شدید میباشد (پارچه تکه یا کوتکس در ظرف کمتر از یک ساعت مرطوب شده یا علقات خون دیده میشود).
- عادت ماهوار منظم طویل المدت میباشد (برای بیشتر از ۸ روز دوام مینمایند).

● **در اوقات دیگر:**

- در فاصله بین دو سیکل عادت ماهوار
- بعد از عمل مقاربت جنسی
- بعد از قطع عادت ماهوار (طمث)

وقوع برخی از بی نظمی ها (کمی وزیادی) طول سیکل عادت ماهوار نورمال میباشد. در دختران جوان که اخیراً عادت ماهوار نزد شان شروع شده باشد و نزد خانم های بالاتر از ۴۰ سال؛ به سبب آنکه در جریان هر سیکل تخمه را آزاد مینمایند؛ واقع نشدن یک دوره خونریزی عادت ماهوار غیر معمول نمیباشد. این حادثه نزد یک تعداد خانم ها ممکن علامه فشارهای روحی یا یک مرض مزمن باشد. اگر خونریزی عادت ماهوار به تاریخ متوقعه آن واقع نشود؛ غالباً علامه حامله گی میباشد.

در خونریزی هائیکه بعد از قطع دایمی سیکل عادت ماهوار واقع میشوند؛ به کانسر رحمی مشکوک شوید.

اهتمامات خونریزی های غیر نورمال رحمی نزد خانم های غیر حامله

۱. معاینه مهبل را اجرا نموده عنق رحم را مشاهده نمائید. بعداً سبب زمینوی آنرا تداوی نمائید.

۲. مریض را از نظر کمخونی؛ ارزیابی نموده تداوی نمائید.

۳. اگر خونریزی *dysfunctional* وجود داشته باشد، *ibuprofen* را به مقدار 200-400 mg روزانه ۳ مرتبه برای ۵ روز بدهید.

در صورت دوام خونریزی؛ از تابلیت های ضد حمل بدهید: یک تابلیت روزانه ۲ مرتبه برای ۳-۵ روز. در عین زمان ادویه ضد استفراغ مثلاً *metoclopramide* را بدهید زیرا خانم غالباً دلبدی میداشته باشد.

زمانیکه خونریزی بهبودی حاصل نمود؛ از تابلیت های ضد حمل معمولی برای ۳ ماه بدهید. به

۱۰ سال در رحم گذاشت. اگر این وسیله بصورت درست تطبیق شود؛ محافظت خوب را فراهم میسازد.

عوارض جانبی معمول آن عبارت از خونریزی خفیف درجریان یک هفته بعد از تطبیق میباشد. جدی ترین پرابلم آن انتان حوصلی میباشد که در صورت تطبیق آن تحت شرایط غیر معقم واقع میشود. علایم انتان را درد قسمت سفلی بطن، تب و افزادات مهبلی بدبو تشکیل میدهد.

اگر احتمال حمل نزد خانم موجود باشد؛ انتان رحمی یا تیوب های نفیری یا حمل مخفی (خارج رحمی) داشته باشد؛ یا خانم هیچ گاهی حامله نشده باشد یا بسیار کمخون باشد؛ این وسیله نزدش تطبیق نشود.

اگر خانمی میخواهد تا از IUD دیگر استفاده ننماید، خودش نباید این وسیله را دور نماید باید یک کارکن صحتی تعلیم یافته آن را دور نماید. خانم به زودی بعد از دور نمودن این وسیله؛ حمل گرفته میتواند.

● **میتود های طبیعی** به خانم کمک مینماید تا زمانی را که حامله شده میتواند؛ بداند. جلوگیری از مقاربت جنسی؛ درین مرحله؛ احتمال حامله شدن را تنقیص میدهد. این میتودها بسیار قابل اعتماد نیستند.

● **عقیم سازی** (در خانم ها بستن تیوب های نفیری، tubal ligation و در مرد ها vascotomy) یک عملیه جراحی است و زمانی انجام میشود که زن وشوهر نخواهند طفل بیشتری داشته باشند.

پرابلم های معمول نسائی

پرابلم های عادت ماهوار و خونریزی رحمی غیر نورمال

عادت ماهوار از یک خانم تا خانم دیگر فرق مینماید. عادت ماهوار با اولین روز خونریزی ماهوار شروع میشود. غالباً خانم ها هر ۲۸ روز بعد خونریزی میداشته باشند. مگر نزد یک تعداد خانم ها این خونریزی هر ۲۰ روز بعد و یا هر ۴۵ روز بعد واقع میشود. سیکل عادت ماهوار بوسیله هورمون های که از مبيض (تخمدان) ها افزاز میشوند؛ تنظیم میشود. در جریان نصف اول سیکل عادت ماهوار یک طبقه ضخیم در رحم ایجاد شده و اگر خانم حامله شود؛ طفل میتواند در رحم نشونمو نماید. در اواسط سیکل؛ یک تخمه از تخمدان آزاد میشود (ovulation). درین مرحله خانم بارور بوده و حامله شده میتواند. در جریان نصف دوم سیکل طبقه پوششی رحم

افرازات مهبل

صفحه ۱۶۱ دیده شود.

عدم اقتدار ادرار (incontinence)

عدم اقتدار ادرار (incontinence) عبارت از ضعیف بودن کنترل ادرار بوده و سه نوع آن وجود دارد (۱) stress incontinence (۲) urge incontinence و (۳) قطره قطره آمدن دوامدار ادرار.

STRESS INCONTINENCE

اساساً نزد خانم های پیر یا بعد از ولادت؛ دیده میشود. زمانی که در هنگام خندیدن، سرفه نمودن یا برداشتن وزن بالای عضلات مهبل ضعیف؛ فشار وارد میشود؛ ادرار به خارج جریان مینماید. این عضلات با تمرینات squeezing تقویه شده میتوانند. این تمرینات عدم اقتدار ادرار (incontinence) را بهبود بخشیده و از پرابلم های بیشتر جلوگیری مینماید.

به خانم مشوره دهید "تا در جریان تبول با قبض نمودن عضلات مهبل اش جریان ادرار را متوقف سازد و تا عدد ۱۰ حساب نموده و بعداً اجازه دهد تا ادرار خارج شود. و خانم این کار را باید در جریان تبول چندین بار اجرا نماید. بعد از آنکه طرز اجرای آن را دانست؛ این کار را حد اقل روزانه ۴ مرتبه انجام دهد و هر مرتبه عضلات مهبل خود را ۱۰ مرتبه قبض نماید. زمانی که دانست که کدام عضله ها را بکار برد؛ از آن عضلات در سایر اوقات غیر از ادرار نمودن استفاده نماید".

URGE INCONTINENCE

این بدان معنی است که احساس آبی تبول با عدم اقتدار ادرار (incontinence) تعقیب میشود. همچنان درین حالت معمولاً تکرر ادرار نیز موجود میباشد. این حادثه از باعث تخریش مثانه بوجود آمده و غالباً تداوی آن مشکل میباشد.

درین حادثات؛ انتان طرق بولی و سنگ مثانی را رد نمائید. در مریضان پیر تومور های مثانی را نیز رد نمائید.

تطبيق ادویه یک تعداد خانم ها را کمک مینماید (از oxybutynin فمی به مقدار 2.5-5 mg روزانه ۳-۴ مرتبه بدهید. تداوی را با دوز کم شروع نمائید).

مريض و فامیل توضیح دهید که این تابلیت ها را به هدف جلوگیری از حمل نداده اید بل به مقصد تنظیم تعادل هورمون ها داده اید.

نوت: غالباً ergometrine به غلط برای خونریزی های غیر نورمال داده میشود. این کار غیر معقول و بیفایده است زیرا میکانیزم خونریزی های مهبل و خونریزی بعد از ولادت کاملاً از هم فرق دارند.

اسباب خونریزی های غیر نورمال رحمی نزد خانم های غیر حامله

- Dysfunctional bleeding خصوصاً در زمان بلوغ و در حوالی وقوع menopause
- عوارض جانبی تابلیت ها و زرقیات جلوگیری از حمل
- التهاب عنق رحم، انتانات مقاربت جنسی
- کانسر عنق و جسم رحم
- پولیپ
- فیبروئید رحم
- جروحات (تجاوز جنسی)

کتلات پستان ها

کتلات پستان ها (ثدیه ها) بسیار معمول اند (چوکات دیده شود). معمولترین آنها را کتلات نرم؛ مملو از مایع (کیست ها) تشکیل میدهد. این کتلات معمولاً در جریان سیکل ماهوار تغیر نموده و بعض اوقات دردناک و حساس میشوند.

نزد خانمی که طفلش را با شیر خود تغذی مینماید، این کتلات معمولاً از باعث mastitis که به آبسه پیشرفت نموده؛ میباشد.

یک تعداد کم کتلات پستان ها؛ کانسری میباشدند. چون همیشه امکان کانسر ثدیه موجود است؛ بناً خانم ها باید ثدیه های شان را ماهانه یکبار از نظر کتلات جس نمایند. علامه احتمالی کانسر عبارت است از: کتله سخت که صرف در یک ثدیه موجود باشد. این کتله در هنگام جس دردناک نمیشد. بعض اوقات این کتله در تحت جلد حرکت نمیکند. علایم دیگر کانسر ثدیه عبارت از کش شدن حلیمه به طرف داخل و جلد پستان که به طرف داخل کش شده و منظره پوست نارنج را بخود گرفته؛ میباشدند. بعض اوقات افرازات خوندار از یک حلیمه دیده میشود. اگر کانسر پیشرفته باشد؛ این کتلات تفرح نموده و از سبب انتشار تومور عقدا ت لمفاوی ابطی؛ بزرگ میشوند. اگر به کانسر ثدیه مشکوک میشوید؛ مریض را به داکتر متخصص جهت تشخیص و تداوی راجع نمائید.

اسباب کتلات پستان ها

- کیست های سلیم
- آبسه های پستان
- کانسر پستان

11. Mahomed K. Iron supplementation in pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2002; 2.
12. Ministry of Health. *National Standards for Reproductive Health Services: Antenatal Care Services*. Kabul: 2003.
13. Ministry of Health. *National Standards for Reproductive Health Services: Family Planning for Birth Spacing*. Kabul: 2003.
14. Ministry of Health. *National Standards for Reproductive Health Services: Newborn Care Services*. Kabul: 2003.
15. Ministry of Health. *National Standards for Reproductive Health Services: Postpartum Care Services*. Kabul: 2003.
16. Ministry of Health. *National Reproductive Health Strategy for Afghanistan (2003-2005)*. Kabul: 2004.
17. National Prescribing Centre. An update on vulvovaginal candidiasis (thrush). *MeReC Bulletin* 2003/2004; 14: 13-16.
18. Research on antenatal care and maternal mortality and morbidity. *Progress in Reproductive Health Research* 2001; 56: 1-8.
19. Smaill F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2002; 2 (Oxford: Update Software).
20. Vazquez JC, Villar J. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2002; 2 (Oxford: Update Software).
21. World Health Organization. *Safe Vitamin A dosage during pregnancy and lactation*. Geneva: WHO 1998.
22. World Health Organization. *Mastitis - Causes and Management*. Geneva: WHO 2000.
23. World Health Organization. *Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention, and Control - A guide for programme managers*. Geneva: WHO, UNICEF 2001.
24. World Health Organization. *WHO Model Formulary 2002*. WHO 2002.
25. World Health Organization. *Kangaroo Mother Care: A Practical Guide*. Geneva: WHO 2003.
26. World Health Organization. *Managing Complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Geneva: WHO 2003.
27. World Health Organization. *Managing Newborn Problems: a guide for doctors, nurses and midwives*. Geneva: WHO 2003.
28. World Health Organization. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: a guide for essential practice*. Geneva: WHO 2003.
29. World Health Organization. *Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant*. Geneva: WHO 2004.

قطره قطره آمدن دوامدار ادرار

هر گاه ادرار یک خانم به صورت دوامدار خارج شود؛ ممکن میان مثانه و مهبل وی یک مجرا وجود داشته باشد (vesico-vaginal fistula). این پرابلم جدی؛ معمولاً از باعث ولادت اختلاطی بوجود میآید. مریض را به داکتر متخصص معرفی نمائید تا ارزیابی و عملیات شود.

ماخذها

1. British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. *British National Formulary Number 45* (March 2003), London: BMA 2003.
2. Brugha R, Pritze-Aliassima S. Promoting safe motherhood through the private sector in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81: 616-623.
3. Burns AA, Lovich R, Maxwell J, Shapiro K. *Where Women Have No Doctor*. Berkeley: The Hesperian Foundation 1997.
4. Butte NF, Lopez-Alarcon MG, Garza C. *Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life*. Geneva: WHO 2001.
5. Duley L, Henderson-Smart D. Magnesium sulphate versus phenytoin for eclampsia (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2002; 2.
6. Hammerich A, Campbell O, Chandramohan D. Unstable malaria transmission and maternal mortality - experiences from Rwanda. *Tropical Medicine and International Health* 2002; 7: 573-576.
7. Institute of Health Sciences. *Curriculum for Community Midwifery Education*. Kabul: 2004.
8. Johnston PGB, Flood K, Spinks K. *The Newborn Child*. 9th edition. London: Churchill Livingstone 2003.
9. Kramer MS, Kakuma R. *The optimal duration of exclusive breastfeeding - a systematic review*. Geneva: WHO 2002.
10. Lawson JB, Harrison KA, Bergström S (ed.). *Maternity Care in Developing Countries*. London: RCOG Press: 2003.

۱۸. پرابلم های اندوکراین (غدوات افراز داخلی)

برموجودیت یک پرابلم اندوکراین مشکوک میشوید علائم کلینیکی آنها را جهت تائید شک تان جستجو نمائید. در یک تعداد زیاد واقعات تشخیص قطعی مرض وابسته به معاینات لابراتواری است که اکثراً قابل دسترس نمیباشد.

پرابلم های تایروئید یا درقی

غده تایروئید (درقیه) هورمون تایروئید را میسازد که به حجرات عضویت اجازه میدهد تا به صورت نورمال کار نمایند. افراز هورمون تایروئید (T_3, T_4) توسط هورمون thyroid stimulating hormone (TSH) یا هورمون تنبه کننده غده تایروئید که از غده نخامیه آزاد میشود؛ تنظیم میشود. این بدان معنی است که اگر مقدار T_4 و T_3 نظر به مقدار مورد ضرورت کمتر باشد، مقدار زیادتر TSH تولید میشود. و اگر مقدار T_4 و T_3 بیشتر از حد باشد مقدار کمتر TSH تولید میشود.

درتقریب فعالیت غده درقیه (myxoedema/hypothyroidism) غده تایروئید مقدار های بسیار کم هورمون را تولید مینماید. در فرط فعالیت غده درقیه (hyperthyroidism/thyrotoxicosis) این غده مقدار های بسیار زیاد هورمون را تولید مینماید. TSH و هورمون های تایروئید در خون اندازه شده میتوانند.

نورمال	TSH نورمال	T_4 و T_3 نورمال
هایپوتایروئیدیزم (تقریب فعالیت غده درقیه)	بلند	T_4 و T_3 پائین
هایپرتایروئیدیزم (فرط فعالیت غده درقیه)	پائین	T_4 و T_3 بلند (در صورتیکه ۲ مرتبه بلند از محدوده باشد تشخیص واضح میباشد)

تشوشات کمبود آیودین - جدره (GOITRE) و کریتینیسم (CRETINISM)

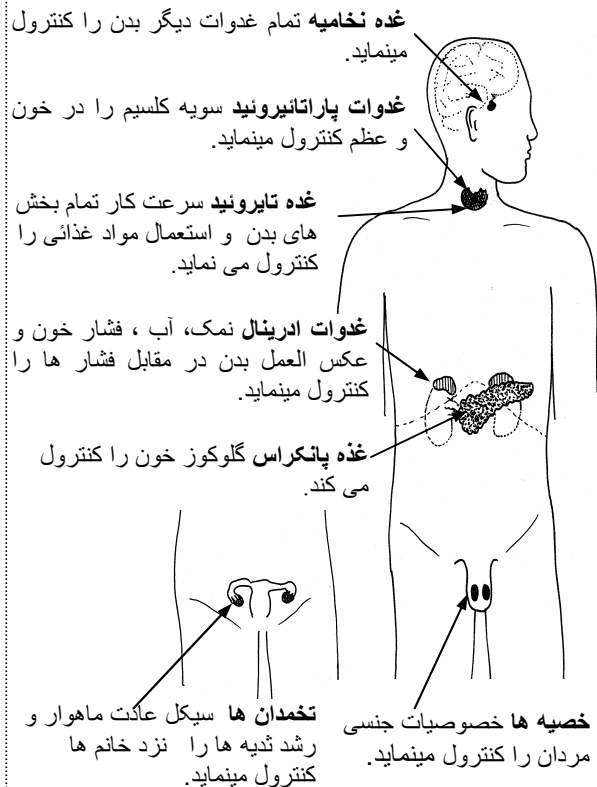
غده تایروئید جهت ساختن هورمون تایروئید به آیودین ضرورت دارد. در صورتیکه کمبود آیودین موجود باشد غده تایروئید جهت عیار ساختن فقدان آیودین بزرگ میشود (جدره یا goitre). در ابتدا؛ غده مقدار کافی هورمون را تولید مینماید مگر زمانیکه کمبود آیودین شدید میشود؛ غده مقدار کمتر هورمون تایروئید را تولید مینماید. نزد شخص هایپوتایروئیدیزم (hypothyroidism) انکشاف مینماید.

اعراض پرابلم های اندوکراین؛ وابسته به آن است که کدام غده ماوف شده است. شکل ۱-۱۸ غدوات اندوکراین ووظایف عمده آنها را نشان میدهد. تشخیص پرابلم های اندوکراین بدون داشتن تسهیلات خوب لابراتواری مشکل میباشد. این فصل بر پرابلم های تایروئید؛ مرض شکرو کوشنگ سندروم (Cushing's syndrome) که غالباً از اثر استعمال نادرست ستیروئید ها بوجود میآید؛ تمرکز میباشد.

وظایف اساسی غدوات اندوکراین:

غدوات اندوکراین وظایف متعدد بدن را کنترل مینمایند. این کنترل بوسیله افراز هورمون ها بدخل خون صورت میگیرد. این هورمون ها پیام ها را به سایر قسمت های بدن انتقال داده تا وظایف خود را مطابق ضروریات بدن تغییر دهند. اعراض و علائم امراض غدوات اندوکراین به سه طریقه بوجود آمده میتوانند:

۱. مقدار بیشتر از حد ضرورت هورمون افراز میشود.
۲. مقدار هورمون افراز شده کمتر، از مقدار مورد ضرورت است.
۳. غدوات متورم شده یا در نتیجه امراض تغییر می یابند.



شکل ۱-۱۸: وظایف اساسی غدوات اندوکراین

چگونه باید مریضان باپرابلم های مشکوک اندوکراین را؛ ارزیابی نمود؟

با اخذ تاریخچه عمومی و معاینات؛ در مورد پرابلم های عمده مریضان؛ معلومات جمع آوری میشود. وقتی

تظاهرات کلینیکی

جدره (goitre). می‌رسانی که تشوشات کمبود آیودین دارند معمولاً با جدره (اطفال): جدره منتشر، کاهلان: جدره نودولر) تظاهر مینمایند. اگر جدره بزرگ باشد ممکن شزن را فشرده سبب خشن شدن آواز، مشکلات تنفسی و بلع گردد.

هایپوتایروئیدیزم (hypothyroidism). می‌رسانی که کمبود شدید آیودین دارند ممکن است هایپوتایروئیدیزم نیز داشته باشند یا زنان؛ طفل های داشته باشند که در هنگام تولد مصاب کریتینیزم اند (در ذیل دیده شود).

کریتینیزم (cretinism) شدیدترین تظاهر کمبود آیودین میباشد. دو نوع کریتینیزم وجود دارد که اطفال اکثراً تظاهرات هر دو نوع آنرا دارا اند.

۱. **کریتینیزم نیورولوژیک** که از باعث کمبود هورمون تایروئید مادری؛ در جریان حامله گی به وجود می آید:

- تشوشات دماغی و انکشاف بطنی (انکشاف طفل آهسته تر از اطفال دیگر است، بطور مثال او نشستن و قدم زدن را دیرتر خواهد آموخت).
- کری و ناتوانی سخن گفتن از زمان ولادت
- پاهای متشنج (spastic) و حول (squint)

نوت: تمام اطفال تمام اعراض را ندارند. یک تعداد آنها صرف تشوش خفیف دماغی دارند.

۲. **کریتینیزم میگزودیماتوس** از اثر هایپوتایروئیدیزم خود طفل؛ از سبب کمبود آیودین بوجود می‌آید. جدیدالولاده علایم هایپوتایروئیدیزم را از خود نشان میدهد. اگر هایپوتایروئیدیزم به صورت مقدم تشخیص و تداوی نشود؛ طفل مصاب تاخر دماغی خواهد شد. تظاهرات کلینیکی در ذیل دیده شود.

اهتمامات و وقایه کمبود آیودین

۱. بهترین طریق و قایه کمبود آیودین عبارت از استفاده از **نمک های آیودین** دار در پخت و پز میباشد. نمک آیودین دار باید وسیعاً توصیه شده و قابل دسترس باشد.

یک جدره منتشر کوچک غالباً نزد اطفال وزنان حامله توسط آیودین متمم از بین میرود. جدره های نودولر کوچکتر نخواهند شد. اگر شما برای اشخاص مسن که جدره های نودولر دارند آیودین میدهید؛ متوجه علایم فرط فعالیت غده درقیه (hyperthyroidism) باشید.

نوت: اینکه یک تعداد اشخاص باوردارند که نمک آیودین دار عقامت را بار می‌آورد، درست نمیشود و برخلاف آن واقعیت دارد چه کمبود آیودین سبب

تحقیقات نشان داده است که تشوشات کمبود آیودین (iodine deficiency disorder - IDD) در افغانستان خصوصاً در مناطق شمالشرقی و جنوب غربی و در امتداد دریای آمو شدید میباشد. در گذشته جدره (goitre) و کمبود آیودین پرابلم کوچک شمرده میشدند. مگر حالا دانسته شده است که نتایج کمبود آیودین وسیعتر بوده و جدی تر از آن است که فکر میشد. صرف یک تعداد کم این نتایج جدی آشکار اند (کریتینیزم - cretinism). نزد حدود ۹۰٪ تمام اشخاصی که تشوشات کمبود آیودین دارند؛ نتایج چون هایپوتایروئیدیزم، عقامت، درجات بلند سقط جنین، مرگ و میر دوره طفولیت و عقب مانی دماغی مخفی بوده؛ آشکار نمیشد. (شکل ۱۸-۲ دیده شود).

کمبود آیودین خصوصاً وقتی قابل ملاحظه میگردد که خانم حامله گردد. که درین حالت کمبود آیودین میتواند به تولد طفل مرده، سقط جنین و تولد طفل با معیوبیت دماغی شدید (کریتینیزم) منتج گردد. کمبود آیودین؛ معمولترین سبب قابل وقایه تخریب دماغ به سطح جهان میباشد.

فقدان آیودین:

۱۰-۱۵٪ کریتینیزم
 ۳۰-۵۰٪ تاخر دماغی کم
 ۳۰-۷۰٪ از دست دادن انرژی، هایپوتایروئیدیزم

عواقب (نتایج) واضح نمیشد

واضح

جاغور (جدره)

چطور باید از فقدان آیودین جلوگیری نمود؟
 خوردن نمک آیودین دار از فقدان آیودین و تمام عواقب آن جلوگیری مینماید!

نمک آیودین
 IODINE SALT

جاغور بوجود نمی‌آید، اطفال مصاب کریتینیزم نمیشوند، تاخر دماغی و خسته گی ناشی از کمبود آیودین دیده نمیشود.

شکل ۱۸-۲: فقدان آیودین

زنان معمولاً بیشتر از مردان مآوف میشوند!

- بطانت دماغی و خسته گی
- بطانت حرکتی
- گرفتن وزن، بی اشتهاگی
- خشکی و نازک شدن موها، غور شدن آواز
- افسرده گی
- دست ها و پاها سرد، مریض گرمی را ترجیح میدهد. مریض به آسانی احساس سردی میکند.
- درد مفصلی و عضلی و carpal tunnel syndrome
- قبیضیت یا Menorrhagia یا Oligomenorrhoea
- اندیما

• فرط فشار خون

• بطنی بودن نبض

• بعض اوقات عدم کفایه قلب

• معاینات: بلند TSH یا T3، T4 پائین

هایپوتایروئیدیزم نوزادان:

- جلد خشک
- برقان ولادی طویل المدت
- نرم بودن، رشد و نشوونوی بطنی (stunting)
- قبیضیت
- خشن بودن وجه
- گریه خشن

شکل ۳-۱۸: هایپوتایروئیدیزم در کاهلان و نوزادان

عقامت و سقط جنین میشود و نمک آیودین دار در جلوگیری از آن کمک مینماید!

۲. برای ساحاتی که کمبود متوسط و شدید آیودین دارند (بیشتر از ۱۰٪ تمام مردم در آن ساحه جدره آشکارا دارند) و در آن جا تمام اشخاص نمک آیودین دار مصرف نمیکند؛ مایع روغنی آیودین دار فمی را سال یکبار یا زرق عضلی آنرا هر دو سال یک مرتبه تطبیق نمائید. چون تخریب؛ دماغی که در حال انکشاف است شدید ترین نتیجه کمبود آیودین میباشد؛ زنان در سن باروری و دختران جوان در گروپ های اول برای حصول روغن آیودین دار قرار دارند. یک تعداد پروگرام های صحی گروپ های دیگر مردم را نیز شامل میسازند.

کپسول های آیودین (iodine) فمی 200 mg را سال یک بار (اطفال پایانتر از یک سال یک کپسول، ۱-۵ ساله ۲ کپسول، بالاتر از ۵ سال و کاهلان ۳ کپسول هر سال) یا **زرقیات عضلی آیودین** (امپول های 480 mg/ml) را در صورتیکه به این اجتماعات همه ساله رسیده گی شده نمیتواند (اطفال زیر یک سال 240 mg، بالاتر از یک سال و کاهلان 480 mg) هر دو سال تطبیق نمائید.

اهتمامات کریتینیزم

اگر کودک هایپوتایروئیدیزم داشته باشد؛ او را با levothyroxine تداوی نمائید (ذیل دیده شود) در غیر آن خیلی کمتر می توانید چیزی انجام دهید. طفل را مانند سایر اطفالی که معیوبیت دماغی دارد حمایه نمائید.

تفریط فعالیت غده درقیه (HYPOTHYROIDISM)

هایپوتایروئیدیزم زمانی بوجود میآید که غده درقیه (تایروئید) مقدار کافی هورمون تایروئید را تولید نکند. سبب عمده آنرا کمبود آیودین تشکیل میدهد. امراض اوتوآمیون (autoimmune) در یک تعداد مریضان، معمولاً زنان، سبب هایپوتایروئیدیزم میشوند.

تظاهرات کلینیکی

تمام بخش های بدن نسبت به حالت نورمال آهسته ترو بدتر کار مینمایند. برای مطالعه تظاهرات کلینیکی مرض در کاهلان و نوزادان مصاب کریتینیزم میگزودیماتوس (myxoedematous cretinism)، شکل ۳-۱۸ دیده شود.

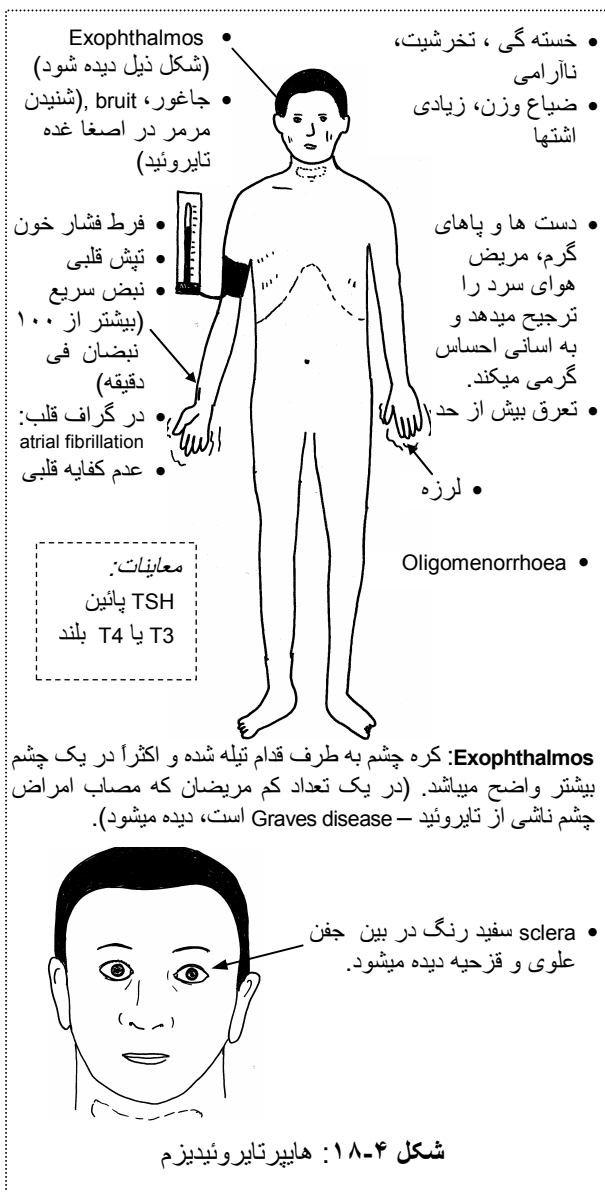
معاینات

TSH بلند است. T₃ و T₄ پائین اند.

اهتمامات

جهت معاوضه هورمون های که غده تایروئید تولید نمیکند؛ برای مریض؛ تابلیت های هورمون تایروئید (levothyroxine) بدهید. مقدار آن مربوط به نیازمندی هر مریض میباشد.

در کاهلان **levothyroxine** را به مقدار 50-100 micrograms روزانه (نزد اشخاص پیر و کسانی که امراض قلبی دارند دوا به مقدار 25 microgram) آغاز نمائید. دوز دوا را به مقدار 25-50 micrograms هر ۴ هفته بعد (کسانی که امراض قلبی دارند دوا به مقدار 25 micrograms) الی نورمال شدن میتابولیزم تایروئید بلند ببرید. کنترل منظم TSH الی زمان مشخص شدن دوز درست دوا ضروری میباشد. هدف تان آن باشد تا TSH در



پائینترین محدوده نورمال آن آورده شود. دوز معمول دوا در دراز مدت (دوز مینتانس) 100-200 micrograms دریک روز میباشد. تداوی در تمام طول عمر ضرورت است. ایجاب مینماید تا دوز دوا در جریان حامله گی بلند برده شود.

در اطفال الی سن ۱ ماهگی levothyroxine را به مقدار 5-10 micrograms/kg/day (حدود 25 micrograms روز یک مرتبه) آغاز نمائید. در اطفال بالاتر از یک ماه دوا را مقدار 5 micrograms/kg/day آغاز نمائید. دوز دوا را صورت قدمه وار به مقدار 25 micrograms هر ۲-۴ به هفته الی زمانیکه اعراض خفیف سمی بوجود آید؛ بلند برید بعداً دوز دوا را به صورت تدریجی کاهش دهید. ایجاب مینماید تا دوز دوا با بزرگ شدن طفل عیار گردد. دوز معمول دوا 50 micrograms روزانه یک مرتبه در روز الی سن یک ساله گی و بعداً 100 micrograms الی سن ۵ ساله گی میباشد.

فرط فعالیت غده درقیه (HYPERTHYROIDISM)

هایپرتایروئیدیزم (تایروتوکسیکوز - thyrotoxicosis - نیز یاد میشود) زمانی به وجود میآید که غده تایروئید مقدار های فوق العاده زیاد هورمون تایروئید را تولید نماید. اسباب معمول آنرا امراض اوتوایمیون یا یک نودول (مثلاً در جدره نودولر) که به تولید هورمون های تایروئید شروع مینماید (toxic adenoma - توکسیک ادینوما) تشکیل میدهد. هایپرتایروئیدیزم در مقایسه با هایپوتایروئیدیزم نادر میباشد.

تظاهرات کلینیکی

تمام قسمت های بدن؛ نظر به حالت نورمال سریعتر مگر خرابتر کار مینمایند (شکل ۴-۱۸ دیده شود)

معاینات

TSH پائین است. T₃ و T₄ بلند میباشدند.

اهتمامات

اگر بر هایپرتایروئیدیزم مشکوک میشوید، برای مریض جهت کاهش کار قلب یک بیتا بلاکر (مثلاً propranolol به مقدار 40 mg ۳ مرتبه در یک روز) را تجویز نموده مریض را به یک متخصص معرفی نمائید.

پرابلم های شکر خون

دیابت شکری (DIABETES MELLITUS)

دیابت شکری یک مرض مزمن است. این مرض از باعث ناتوانی پانکراس در تولید مقدار کافی انسولین یا

عدم موثریت انسولین بوجود میآید. این حادثه باعث بلندی سوبه گلوکوز خون (blood sugar) شده که در نتیجه سبب تخریب او عیه دموی و اعصاب میگردد. هم چنان دیابت؛ خطر اختلالات را در حامله گی بلند میبرد.

دو گروپ مریضان وجود دارند:

۱. **دیابت تیپ اول** (قبلاً بنام متکی به انسولین - insulin-dependent - یاد میشد) که در آن پانکراس نمیتواند انسولین (insulin) تولید نماید. این شکل معمولاً نزد اطفال و کاهلان جوان بوجود میآید.
۲. **دیابت تیپ دوم** (قبلاً بنام غیر متکی به انسولین - non-insulin dependent - یاد میشد) از باعث ناتوانی عضویت؛ در جواب دهی درست به مقابل عمل انسولین بوجود میآید. این نوع مرض نظر به نوع اول بیشتر معمول بوده و حدود ۹۰٪ تمام واقعات دیابت شکری را تشکیل میدهد. غالباً این مریضان چاق بوده و در زمان تشخیص مرض اختلالات؛ نزد بیماران تشکل نموده می باشد.

دیابت شکر	borderline	نورمال	
بالتر از 126 mg/dl (بالتر از 7.0 mmol/l)	110-126 mg/dl (6.1-7.0 mmol/l)	70-110 mg/dl (3.8-6.1 mmol/l)	Fasting blood sugar
بالتر از 200 mg/dl (بالتر از 11.1 mmol/l)	140-200 mg/dl (7.8-11 mmol/l)	کمتر از 140 mg/dl (کمتر از 7.8 mmol/l)	یک ساعت بعد از غذا

نوت: تمام اندازه گیری ها از خون وریدی میباشد. خون شعریوی (نوک انگشت) حدود 5-20 mg/dl پائینتر میباشد.

اهتمامات

۱. به مریض بگوئید تا از نظر فیزیکی فعال باشد.

۲. در مورد رژیم غذایی که باید حاوی کمترین مقدار ممکنه شکرخالص و شحم باشد مشوره دهید. اکثریت رژیم های غذایی عنعنوی معمولاً قابل قبول اند. مصرف چندین بار غذا با حجم های کوچک که در تمام طول روز تقسیم شده باشد نسبت به مصرف یک وعده غذای پر حجم اساسی بهتر میباشد. مریض چاق باید وزن ببازد.

۳. تداوی دوائی. حدود ۴۰% مریضان دیابت برای کنترل قناعت بخش گلوکوز خون شان به دوائی فمی ضرورت دارند و حدود ۴۰% مریضان به زرقیات انسولین ضرورت دارند. اشخاص مصاب دیابت تیپ اول معمولاً برای زنده ماندن به طور کامل به زرقیات روزانه انسولین (insulin) وابسته اند. مریضان دیابتی تیپ دوم برای زنده ماندن به انسولین وابسته نمیشوند؛ مگر حدود یک سوم آنها جهت پائین آوردن سویه گلوکوز خون شان؛ به زرقیات انسولین ضرورت دارند.

هدف تداوی را FBS پائینتر از 120 mg/dl (6.7 mmol/l) و شکر کمتر از 160 mg/dl (8.9 mmol/l) یک ساعت بعد از اخذ غذا تشکیل میدهد. در تحت شرایط ایدیال؛ اندازه گیری HbA1c قابل دسترس میباشد که انعکاس دهنده کنترل شکر خون در جریان ۳ ماه گذشته میباشد. این اندازه کمتر از 7% باشد.

• اگر گلوکوز خون مریض دیابت تیپ دوم؛ با رژیم غذایی و تمرینات فیزیکی کنترل نشود؛ برای مریض *glibenclamide* بدهید. دوا را به مقدار 5 mg (در اشخاص پیر 2.5 mg) روزانه یک مرتبه با صبحانه شروع نمائید. در صورت ضرورت دوا را تا دوز اعظمی 15 mg بلند ببرید. اگر شما 15 mg میدهید، پس 10 mg آنرا با چای صبح و 5 mg آنرا بعد از ظهر بدهید.

تظاهرات کلینیکی

موجودیت دیابت شکر را نزد مریضانی که یکی از موارد ذیل را داشته باشند؛ مد نظر داشته باشید:

- ضیاع وزن و خسته گی
 - انتانات مکرر (مثلاً انتانات جلدی و کاندیدیاز مهلی)
 - تشنه گی دوامدار (polydipsia)
 - اطراح مقادیر زیاد ادرار (polyuria)
 - خارش عمومی بدون موجودیت اندفاعات جلدی
- اختلالات دیابت؛ بعض اوقات مرض با علایم اختلاطی ذیل تظاهر مینماید:*
- مرض قلبی، فشار بلند خون
 - ضیاع رویت (diabetic retinopathy)
 - عدم کفایه کلیوی، پروتئین یوری (proteinuria)
 - کرختی و دردهای سوزنده در پاها و دست ها (پولینوروپتی دیابت - diabetic polyneuropathy)
 - قرحات مزمن پا، سواشکال پا (diabetic foot disease)

معاینات

گلوکوز خون (blood sugar). دیابت توسط معاینه خون تائید میشود نه توسط معاینه ادرار (گلوکوز بعض اوقات در ادرار اشخاص صحت مند یافت میشود). گلوکوز خون مریض را؛ در حالت گرسنه گی؛ یعنی مریض حد اقل باید برای مدت ۸ ساعت غذا نخورده باشد؛ (fasting blood sugar = FBS) تست نمائید. معاینه تصادفی گلوکوز خون گمراه کننده است. در عدم موجودیت اعراض کلینیکی؛ اگر تست مثبت باشد تست را روز بعد تکرار نمائید. اگر گلوکوز خون borderline (یعنی به صورت غیر نورمال بلند است مگر آنقدر بلند نیست تا تشخیص دیابت را گذاشت). پس درین واقعات تست تحمل گلوکوز فمی (oral glucose tolerance test) توصیه میشود. اگر گلوکوز خون بعد از دو ساعت بالاتر از 200 mg/dl (بالتر از 11.1 mmol/l) باشد تست تحمل گلوکوز فمی مرض را تائید مینماید. اگر این رقم کمتر از 200 mg/dl ولی بالاتر از نورمال باشد، تحمل گلوکوز در نزد مریض مختل میباشد. اگر oral glucose tolerance test قابل دسترس نباشد به مریضی که شکر او بلند borderline است در مورد رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی مشوره دهید. (FBS) fasting blood sugar مریض را هر ۳-۶ ماه بعد چک نمائید.

اسباب هایپوگلیسمیا:

- سوتغذی شدید و فاقه گی
- انتان شدید (مثلاً التهاب سحایا و یا سپس)
- عوارض جانبی ادویه (خصوصاً quinine وریدی)
- عوارض جانبی تداوی مرض شکر با انسولین و یا glibenclamide
- عدم کفایه کبدی

۲. اگر مریض بیهوش است؛ تداوی بسیار ضرور است:

کاهلان: 25% glucose به مقدار 25 ml از طریق وریدی (یا 20% glucose به مقدار 50 ml از طریق وریدی).

اطفال: از محلول گلوکوز 10% به مقدار 5 ml/kg از طریق وریدی سریع (جهت تهیه گلوکوز 10% یک حصه گلوکوز 50% را با ۴ حصه آب مقطر یا 0.9% sodium chloride مخلوط نمائید).

۳. گلوکوز خون مریض را ۲۰ دقیقه بعد دوباره چک نمائید. اگر شکر خون مریض پائین (کمتر از 45 mg/dl = کمتر از 2.5 mmol/l) باقی میماند دوز وریدی را دوباره تکرار نمائید. اگر امکان چک دوباره وجود نداشته باشد اثر تداوی را با جواب مریض؛ مورد قضاوت قرار دهید.

- اگر مریض هنوز هم به صورت کامل هوشیار نشده است، زرق را تکرار نمائید. در اطفال گلوکوز را از طریق انفیوژن دوامدار تطبیق نمائید.
- اگر مریض بهبود حاصل نموده و قادر به خوردن است؛ برایش غذا دهید.

۴. جهت حصول اطمینان که مریض دوباره هایپوگلیسمیک نمیشود؛ مونیتورنگ مریض را ادامه دهید.

۵. سبب زمینوی را تداوی نمائید.

بعض اوقات ۴ ساعت بعد از اخذ دوا؛ ممکن هایپوگلیسمی رخ دهد. درین مورد به مریض هوشدار دهید. اگر مریض به عرق نمودن شروع نموده و احساس ضعف مینماید باید یک مقدار نان بخورد. اگر اعراض هایپوگلیسمی به صورت مکرر رخ میدهد؛ با انجام تست خون؛ هایپوگلیسمی را تثبیت نموده دوز دوا را کم نمائید. در صورت قابل دسترس بودن؛ نزد مریض چاق؛ انتخاب اول را metformin به مقدار 500 mg روزانه ۲-۳ مرتبه تشکیل میدهد.

- تداوی با insulin باید توسط یک متخصص آغاز شود. رژیم معمول را استعمال انسولین حاوی انسولین long-acting + short-acting تشکیل میدهد. ۲/۳ دوز مجموعی انسولین را از طرف صبح نیم ساعت قبل از ناشتاه صبح و ۱/۳ آنرا از طرف شام نیم ساعت قبل از غذای شب بدهید. ویال های انسولین را جهت حفظ موثریت آنها؛ باید سرد نگهداشت.

۴. فشار خون مریض را کنترل نمائید. اگر فشار خون مریض پائینتر از 130/80 mmHg نگهداشته شود؛ بقای حیات مریض در درازمدت؛ بهبود مییابد. اگر فشار مریض بالاتر از 130/80 mmHg باشد آنرا تداوی نمائید.

۵. اختلالات را نزد مریض جستجو نموده آنرا تداوی نمائید. پولینیوروپتی (polyneuropathy) دردناک را با مصرف amitriptyline به مقدار 25 mg روزانه یک مرتبه تداوی نمائید.

هایپوگلیسمی (HYPOGLYCAEMIA)

هایپوگلیسمیا اختلاط معمول انتانات شدید؛ خصوصاً نزد اطفال مصاب سوتغذی میباشد. برای اسباب آن جدول دیده شود.

تظاهرات کلینیکی

نزد هر مریضی؛ که خواب آلود و کوماتوز میشود یا اختلاج دارد؛ خصوصاً اگر مریضی شدید داشته باشد یا طفل باشد؛ هایپوگلیسمی را مد نظر داشته باشید.

معاینات

گلوکوز خون (blood sugar) کمتر از 45 mg/dl (پایانتر از 2.5 mmol/l)

اهتمامات

۱. اگر مریض بلع نموده میتواند برای او ۲ قاشق چایخوری بوره (حدود ۱۰ گرام گلوکوز) و بعداً غذا (مثلاً نان خشک یا شیر) بدهید.

کوشنگ سندروم و عدم کفایه حاد ادرینال (Cushing's syndrome و acute adrenal insufficiency)

کورتیزون (cortisone)؛ هورمونی است که در غده ادرینال تولید میشود. کوشنگ سندروم و عدم کفایه ادرینال معمولاً از باعث تداوی غلط با دوا ها مشابه به کورتیزون (ستیروئید ها مثلاً dexamethasone, prednisolone یا hydrocortisone) به میان میآید.

کوشنگ سندروم در صورتی واقع میشود که کورتیکوستیروئید ها به دوزهای بلند برای مدت چند

طرز استفاده مصنون استروئید ها

ستروئید ها (مثلاً prednisolone, dexamethasone, hydrocortisone) باید صرف توسط شخص مسلکی تحصیل یافته و متخصص توصیه شده نباید بدون نسخه داکتر به فروش برسد.

استطبابات: استمأ، عكس العمل های الرژیک حاد، تب محرقة شدید همراه با آشفته گی دماغی، توبركلوز جاورسی، نفروتیک سندروم، و بعض واقعات روماتوئید آرتریت.

نوت: هیچ وقتی ستروئید ها را؛ برای درد های كمر و درد های غیر وصفی مفاصل ندهید!

چطور باید قوت ستروئید های مختلف را مقایسه نمود؟

مقدار 5 mg prednisolone معادل قوت 0.75 mg dexamethasone و 20 mg hydrocortisone است.

بهترین طریقه تطبیق ستروئید ها:

۱. از ستروئید ها صرف زمانی استفاده نمائید که کدام بدیل دیگر برای آن ها وجود نداشته باشد و از آنها برای کوتاهترین زمان ممكنه استفاده نمائید.
۲. همیشه تداوی را با دوز های بلند شروع نمائید. بهتر است ستروئید ها به یک دوز واحد و از طرف صبح تطبیق شوند.
۳. اگر ستروئید ها برای ۷ روز یا کمتر از آن داده شود؛ میتوانید آنرا بصورت آنی قطع نمائید.
۴. اگر ستروئید ها برای مدت بیشتر از ۷ روز داده شود:
 - prednisolone را به دوز های بیشتر از 7.5 mg یا مقدار معادل آن از ستروئید های دیگر برای مدت طولانی ندهید.
 - به مریض بگوئید تا دوا را بدون نظارت داکتر قطع ننماید.
 - isoniazid را در هنگام تطبیق ستروئید ها؛ برای جلوگیری از فعال شدن توبركلوز بدهید.
 - متوجه عوارض جانبی عمده تداوی طویل المدت با ستروئید ها باشید: • obesity • growth retardation • hypertension • diabetes mellitus • osteoporosis • adrenal gland suppression.

چطور باید ستروئید ها را به صورت تدریجی قطع نمود؟

- مریضان ذیل باید ستروئید ها را به صورت تدریجی قطع نمایند:
- مریضانی که کورس های مکرر ستروئید را اخیراً اخذ نموده باشند (ایشان باید جهت جلوگیری از عود مرض که ستروئید را به منظور تداوی آن اخذ نموده اند، ستروئید ها را به صورت تدریجی قطع نمایند)
 - مریضانی که مقدار بیشتر از 40 mg ستروئید prednisolone یا به مقدار معادل آن از ستروئید دیگر اخذ نمایند.
 - مریضانی که دوز های مکرر ستروئید ها را از طرف شب اخذ نموده اند.
 - مریضانی که ستروئید ها را برای مدت بیشتر از ۲ هفته اخذ در زمان قطع ستروئید ها؛ جهت جلوگیری از خطر عدم کفایه حاد غدوات ادرینال، دوز آنها به صورت تدریجی و هر ۳-۷ روز بعد تنقیص دهید. دوز دوا را هر هفته 5 mg الی رسیدن دوز آن به 7.5 mg prednisolone در یک روز کم نموده بعداً به مقدار 2.5 mg در هفته کم نمائید. اگر مریض کدام ستروئید دیگر اخذ میدارد؛ مقدار معادل prednisolone را برایش بدهید (در بالا دیده شود).
 - در جریانی که دوز ادویه را کاهش میدهید؛ وضعیت مریض را به صورت منظم ارزیابی نمائید تا از عدم عود مرض در جریان قطع آن اطمینان حاصل شود.
 - مثلاً یک مریض جهت تداوی استمأی شدید از prednisolone به مقدار 15 mg برای ۳ هفته اخذ نموده است. مریض بهبود حاصل نموده و شما میخواهید این دوا را قطع نمائید. برای یک هفته به مقدار 10 mg در روز بدهید. بعداً به مقدار 7.5 mg برای یک هفته بدهید؛ بعداً به مقدار 5 mg برای یک هفته بدهید و بعداً به مقدار 2.5 mg برای یک هفته بدهید، و بالاخره این دوا را قطع نموده میتوانید.

هفته یا طولانی تر داده شوند. ندرتاً از باعث یک تومور تولید کننده هورمون؛ بوجود میآید.

چند هفته بعد از اخذ ستروئید ها؛ غدوات ادرینال تولید cortisone را توقف میدهند. اگر مریض بعد از چند مدتی اخذ ستروئید ها را دفعتاً توقف میدهد؛ در بدن خود هیچ کوتیزون نخواهد داشت. که این حالت به نام **عدم کفایه حاد ادرینال** یاد میشود؛ که ممکن به شاک و مرگ مریض بانجامد. عدم کفایه اولیه ادرینال؛ (Addison's disease) از باعث تخریب غدوات ادرینال نادر است.

برای چگونه گی استعمال مصنون ستروئید ها جدول دیده شود.

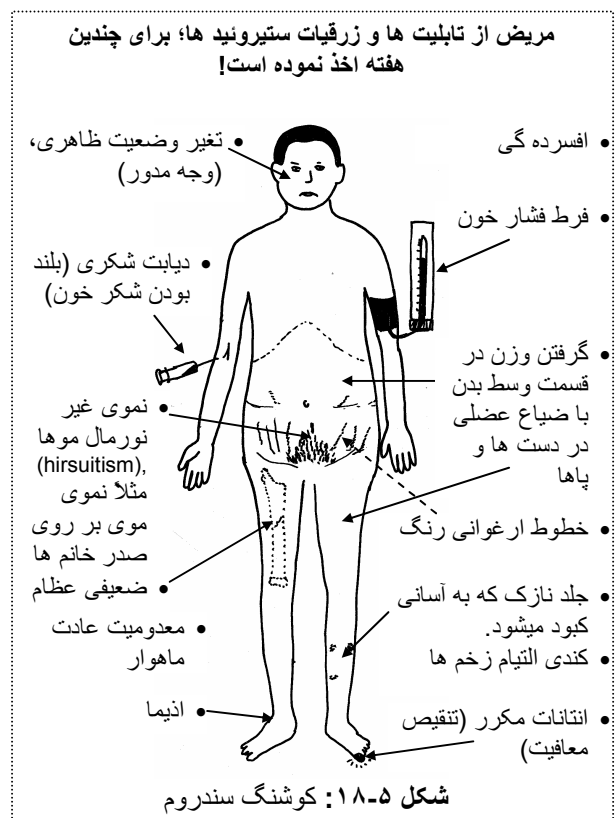
کوشنگ سندروم (CUSHING'S SYNDROME)

تظاهرات کلینیکی

شکل ۵-۱۸ را مشاهده نمائید.

اهتمامات

مقدار ستروئید را به طور آهسته کاهش دهید. اگر شما آنها را بطور سریع قطع مینمائید، مریض شما در خطر عدم کفایه حاد ادرینال قرار میگردد. جدول را برای "طرز استفاده مصنون ستروئید ها" مطالعه نمائید.



مرتبه برای مریض بدهید زیرا بدن او به کورتیزون بیشتر نیاز دارد. اگر شکاک واقع میشود؛ بعداً دوز مشابه را از طریق عضلی روزانه ۴ مرتبه الی ثابت شدن حالت مریض برایش تطبیق نمائید.

عدم کفایه حاد ادرینال

عدم کفایه حاد ادرینال نسبت به کوشنگ سندروم کمتر معمول میباشد.

تظاهرات کلینیکی

● مریض دوز های بلند ستیروئید هارا برای چندین هفته اخذ نموده و آنها را بصورت سریع قطع نموده است.

● ضعیفی

● اسهال و استفراغ

● تنقیص فشار خون و شکاک

● درد بطنی

اهتمامات

اهتمامات مرض مشکل بوده باید توسط یک نفر متخصص نظارت شود. ستیروئید ها را ادامه داده و کوشش نمائید تا دوز آنها را به بسیار آهسته گی به قدمه های کوچک 1-2.5 mg در یک هفته مطابق جواب مریض تنقیص دهید. غالباً این کار ممکن نبوده مریض وابسته به ستیروئید خواهد شد.

زمانیکه مریض انتان داشته باشد یا تحت عملیات قرار بگیرد؛ دوز نورمال کورتیکوستیروئید را روزانه ۳

ماخذها

1. Eddleston M, Pierini S. *Oxford Handbook of Tropical Medicine*. Oxford: Oxford University Press 1999.
2. International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders. www.people.virginia.edu as on 17.3.2004.
3. IDD in the Middle East. *IDD Newsletter* 2001; 17: 3.
4. Kumar P, Clark M. *Clinical Medicine*. 5th edition. Edinburgh: WB Saunders 2002.
5. Lee S, Pearce E. Iodine deficiency. *Emedicine* (www.emedicine.com/med/topic1187.htm) 2003, as on 18.3.2004.
6. Medecins Sans Frontieres (MSF). *Clinical Guidelines - Diagnostic and Treatment Manual*. 5th edition. Paris: MSF 2003.
7. National Prescribing Centre. Management of common thyroid disease. *MeReC Bulletin* 2002; 12: 9-12.
8. Schull CR. *Common Medical Problems in the Tropics*. 2nd edition. London: Macmillan 1999.
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Management of diabetes*. SIGN Publication No. 55. Edinburgh: SIGN 2001.
10. Southall D, Coulter B, Ronald C, Nicholson S, Parke S. *International Child Health Care: A practical manual for hospitals worldwide*. London: BMJ Books 2002.
11. World Health Organization. *Diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications*. Geneva: WHO 1999.
12. World Health Organization. *Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring their Elimination: a guide for programme managers*. 2nd edition. Geneva: WHO 2001.

۱۹. پرابلم های چشم

چگونه میتوان مریضان مصاب پرابلم های چشم را ارزیابی نمود؟

ارزیابی های اساسی در تمام پرابلم های چشم؛ یکسان اند.

تاریخچه بگیری:

○ از مریض بپرسید:

- اعراض چه وقت شروع نمودند؟ (آیا این اعراض بهبود یافته اند یا تشدید شده اند؟)
- آیا به خوبی دیده میتوانید؟
- آیا درد، خارش یا افرازات وجود دارد؟
- آیا کدام صدمه ئی به چشم تان وارد شده یا کدام چیزی داخل چشم شما شده است؟

وضعیت عمومی مریض را ارزیابی نمائید

○ آیا شخص مریض به نظر میرسد یا خوب است؟ مریض را به طور درست معاینه نمائید (مثلاً علایم سرخکان نزد طفلی که سرخی چشم دارد، از نظر نماند).

چون امراض چشم میتوانند به کوری منجر شوند بناً برای هر شخص مسلکی صحی؛ لازم است تا اساسات مراقبت چشم را بدانند. سالانه حدود ۲۵۰۰۰ نفر در افغانستان کور میشوند که حدود ۸۰٪ این واقعات جدید کوری وقایه شده میتوانند. اسباب عمده کوری نزد کاهلان عبارت اند از: تراخم، گلوکوما، کترکت و جروحات. دراطفال اسباب عمده کوری را کمبود ویتامین A، کترکت ولادی و انتان چشم جدیدالولاده ها تشکیل میدهند.

دانش مراقبت اساسی چشم بدان معنی است که شما امراض معمول چشم را تشخیص و تداوی نموده قادر به شناسائی آنده مریضانی باشید که باید به مراقبت اختصاصی معرفی شوند.

چندین شکل عمده وجود دارد که به آنصورت پرابلم های چشم تظاهر مینمایند:

۱. سرخی چشم ها

۲. درد چشم ها

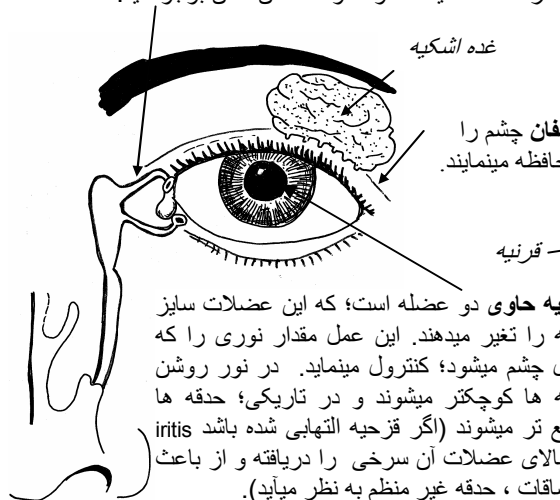
۳. ضیاع یا اختلال رویت (مشکلات دید)

۴. سفیدی غیر نورمال چشم ها

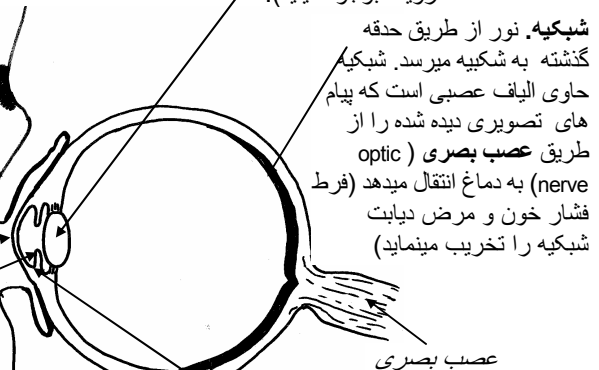
۵. جروحات و اجسام اجنبی

۶. اندیمای اطراف چشم

غده اشکیه (lacrimal gland) مایع اشک را تولید نموده که چشم را محافظت مینماید. در فقدان ویتامین A چشم خشک میشود. اگر قنات اشکیه مسدود شود؛ ممکن انتان بوجود آید.



عدسیه در عقب حدقه قرار داشته و مانند قرنیه شفاف است (اگر عدسیه مکرر شود کترکت تشوش رویت بوجود میآید).



در بیت قدامی مایع تولید میشود - اگر جریان مایع بسته شود، فشار داخل چشم بلند رفته و عصب بصری را تخریب مینماید: glaucoma.

قرنیه یک طبقه شفاف و روشن است که حدقه و قزحیه را ستر مینماید. قرنیه مانند شیشه کلکین است که نور را بداخل چشم راه میدهد. هم چنان در عمل انکسار نور مهم است (اگر قرنیه تخریب شود تشوش شدید رویت را بار میآورد).

شکل ۱-۱۹: وظایف اساسی و پرابلم های چشم

چشم را معاینه نمائید

○ همیشه تمام این قسمت های چشم را با دقت مشاهده نمائید:

۱. قرنیه: آیا شفاف است؟
۲. حدقه: آیا سیاه است یا خیر؟ (سفیدی کترکت در صورتی خوب معلوم میشود که شما یک چراغ را بداخل حدقه بتابانید)
آیا حدقه مدور است یا شکل غیر منظم دارد؟
بداخل حدقه نور را بتابانید آیا در مقابل نور عکس العمل نشان میدهد؟ (به صورت نورمال بودن؛ حدقه کوچکتر میشود)
۳. سفیدی چشم (منضمه): آیا منضمه چشم سفید است یا سرخ؟ آیا در آن افزایات قیچی، خشکی یا لکه های سفید وجود دارد؟
۴. اجفان: آیا کدام تورم وجود دارد؟ اگر بر موجودیت جسم اجنبی، تراخم یا التهاب الرژییک منضمه مشکوک هستید جفن را به خلف دور دهید (شکل ۲-۱۹ دیده شود).

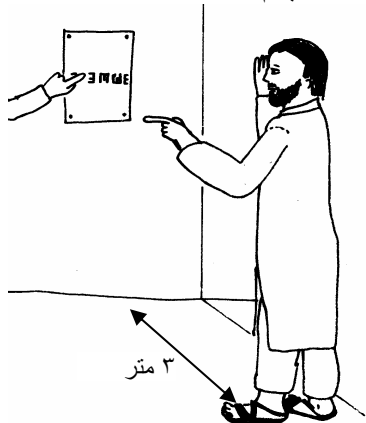
نوت: معاینه قسمت خلفی چشم (شبکیه، عصب بصری، و اوویه دموی شبکیه) و اندازه گیری فشار داخلی چشم (در گلوکوم بلند میباشد) ایجاب داشتن اوفتالموسکوپ (ophthalmoscope) و تونومتر (tonometer) را مینماید.

○ دید یا رویت را تست نمائید (شکل ۳-۱۹ دیده شود).
داکتر چشم معاینه مفصل رویت را انجام میدهد. برای داکتر عمومی، کافی است تست نماید که آیا رویت شدیداً مختل شده است یا خیر؟

علائم خطر

همیشه مریضی را که یکی از اعراض ذیل را داشته باشد به متخصص چشم معرفی نمائید؛ چه ممکن است دچار حالات وخیم بوده در معرض خطر کور شدن قرار داشته باشد:

۱. چارت صفحه ۳۴۸ را در یک اتاق روشن یا در روشنی آفتاب اویزان نمائید.
۲. مریض را دقیقاً ۳ متر دور تر از چارت ایستاده نمائید. نور باید به چشم مریض نتابد.
۳. از مریض تقاضا نمائید تا چشم چپ خود را با دست چپ خود ببندد.
۴. به حروف مختلف اشاره نموده از مریض تقاضا نمائید تا سمت شاخه های هر حرف را نشان دهد.
۵. عین پروسه را برای چشم راست تکرار نمائید.



استبوابات معرفی مریض به داکتر:

هر مریضی را که رویت (قدرت دید) یک چشم و یا هر دوی آن ضعیف باشد و سمت شاخه های حرف را نشان داده نتواند؛ به داکتر چشم معرفی نمائید.

شکل ۳-۱۹: طریقه سریع کشف تشوشات دید

- × ضیاع یا اختلال دید
- × درد شدید چشم
- × هر مرضی که قرنیه را ماوف نموده باشد. (به استثنای ندبات سابقه)
- × تمام جروحات چشم که ممکن بداخل چشم نفوذ نموده باشند.
- × مژگانی که بطرف داخل تدور نموده و قرنیه را خراش نماید.

چشم سرخ

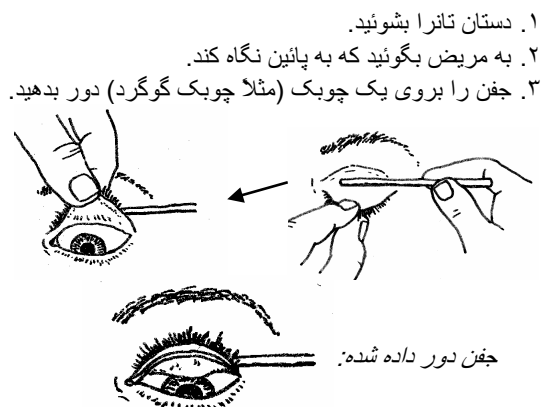
اسباب سرخی چشمان

سرخی حاد چشم

- التهاب منضمی (بکتریائی یا ویروسی)
- قرحه قرنی
- التهاب قزحیه (iritis)
- گلوکومای حاد
- اجسام اجنبی
- صدمات چشم همراه با التهاب
- التهاب نسج حجاج (جوف چشم)
- hordeolum و chalazion
- dacryocystitis

سرخی مزمن چشم

- تراخم
- التهاب منضمی الرژییک
- خشکی چشم



شکل ۲-۱۹: چطور باید جفن را به عقب دور داد؟

طریقه مفید در تشخیص دقیق عبارت از دریافت جواب به سوالات ذیل میباشد:

خشکی مزمن چشم (chronic dry eye)	التهاب الرژیک منظمه (allergic conjunctivitis)	تراخم (trachoma)	گلوکوم حاد (acute glaucoma)	التهاب قزحیه (iritis)	تقرح قرنی (corneal ulcer)	التهاب حاد منظمی (acute conjunctivitis)	
مزمن	مزمن	مزمن	حاد	حاد	حاد	حاد	۱. آیا پرابلم حاد است یا مزمن؟
هر دو چشم	هر دو چشم	هر دو چشم	یک چشم	یک چشم	یک چشم	معمولاً هر دو چشم	۲. آیا صرف یک چشم ماوف شده است یا هر دو چشم؟
نخیر، درد خفیف، خارش یا تخریش	نخیر، بسیار خارش دارد.	نخیر	بلی	بلی	بلی	نخیر، درد خفیف، خارش و احساس جسم اجنبی وجود دارد.	۳. آیا چشم بسیار دردناک است؟
یک تعداد مریضان نخیر؛ یک تعداد مریضان بلی، خفیفاً آب مانند و روشن است.	بلی، روشن آب مانند	بلی، قیح	نخیر	بلی، آب مانند	بلی، آب مانند	بلی، قیح بسیار چسپناک (باکتریال) یا مخاطی یا موکوئید (ویروسی)	۴. آیا افزایش وجود دارد؟ اگر بلی، چگونه است؟
بلی	بلی	بلی	نخیر، حلقه ها متوسع بوده تقیض نمیکند.	نخیر، حلقه ها کوچک و غیر منظم بوده؛ توسع نمیکند.	بلی	بلی	۵. آیا حلقه نورمال است؟
بلی، به استثنای واقعات شدید	بلی	بلی، در مراحل ابتدائی. نخیر در مراحل اخیر	بلی، مگر ممکن است خفیفاً مکدر باشد.	بلی	نخیر	بلی	۶. آیا قرنیه نورمال است؟
نخیر، به استثنای واقعات شدید	نخیر	در مراحل موخر	بلی	بلی	اکثراً	نخیر	۷. آیا دید مختل شده است؟

نوت: اگر صرف یک چشم ماوف شده باشد، اجسام اجنبی را نیز مد نظر داشته باشید.

سرخی حاد چشم

التهاب منظمه (CONJUNCTIVITIS)

باکتری ها و یک تعداد زیاد ویروس ها میتوانند سبب التهاب منظمه شوند (شکل ۴-۱۹ دیده شود).

تظاهرات کلینیکی

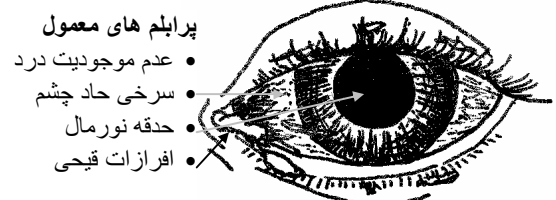
- شروع حاد: معمولاً هر دو چشم ماوف میشوند.
- افزایش افرازات در انتانات باکتریائی بسیار

چسپناک و قیحی (زرد) یا مخاطی (سفید) میباشد. در انتانات ویروسی قیح کمتر دیده میشود. مگر در کار عملی تشخیص تفریقی میان انتان باکتریائی و ویروسی صرف با نظر اندازی به افرازات مشکل میباشد. اگر افرازات کاملاً آبگین باشد سبب مرض را باکتری تشکیل نمیدهد. در التهاب ویروسی منظمه (viral conjunctivitis) معمولاً علایم انتان طرق تنفسی علوی موجود میباشد.

- ناراحتی وجود داشته اما درد واقعی وجود ندارد.
- قرنیه، حلقه و دید نورمال میباشد.

اهتمامات

۱. جسم اجنبی را رد نمایند.
۲. التهاب منظمی باکتریائی را با تطبیق مرهم چشمی tetracycline روزانه ۴ مرتبه برای ۵-۷ روز مداوی نمایند (شکل ۵-۱۹ دیده شود).



شکل ۴-۱۹ التهاب منظمی باکتریائی

پرابلم های متعدد مختلف؛ ممکن تخریب قرنی را بار آورند. سبب مرض نزد اطفال غالباً در اثر اشتراک سرخکان (measles) و سوئغذی (فقدان ویتامین A) میباشد. سایر اسباب مرض را اجسام اجنبی، خراش قرنی یا سایر جروح و انتان ویروسی هرپس (herpes) تشکیل میدهد. مریضان در حالت وخیم مریضی و بیهوشی زمانی که قادر به بستن تام چشمان خود نباشند در خطر تفرح قرنیه قرار داشته قسمت مکشوف قرنیه شان خشک شده؛ تفرح مینماید.

تظاهرات کلینیکی

- معمولاً یک چشم سرخرنگ بوده و افرازات آبیگین میداشته باشد.
- درد شدید و ترس از روشنی (photophobia)
- قرنیه شفاف نمیباشد. شما میتوانید اندفاع را به شکل یک پینه خاکستری رنگ یا یک قسمت قرنیه که کمتر درخشنده است ببینید.
- حدقه ها نورمال اند. مگر وقتی تثقب واقع شده باشد حدقه شکل غیر منظم را میداشته باشد.
- تشوش دید.
- در واقعات شدید شما ممکن در عقب قرنیه قیج را مشاهده نمائید (hypopyon). این علامه نشان دهنده آنست که چشم در معرض خطر بزرگ قرار دارد. اگر قرنیه پارچه پارچه شود قسمت های از چشم ممکن به بیرون برآیند.

اهتمامات

تفرح قرنی؛ واقعه عاجل بوده به تداوی جدی ضرورت دارد. باید تداوی را آغاز نموده در صورت امکان مریض را جهت تداوی به داکتر متخصص معرفی نمائید.

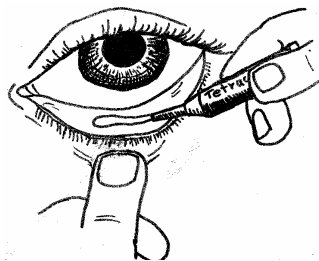
۱. برای تمام اطفال مصاب امراض قرنی ویتامین A (retinol) تطبیق نمائید. دوز ادویه را در بخش کمبود ویتامین A ببینید.

۲. تداوی جدی با کاربرد انتی بیوتیک ها ضرورت میباشد. مرهم چشمی tetracycline کافی نمیباشد. قطرات چشمی قوی gentamicin استعمال میشوند. این قطرات از انداختن امپول gentamicin (80 mg) به داخل بوتل های معمول قطره چشم که 5 ml باشند؛ ساخته میشوند. در ابتدا قطره gentamicin را به صورت ساعت وار تطبیق نمائید. زمانی که انتان بهبود یابد قطره را به هر ۲ ساعت بعد و بعداً هر ۴ ساعت تنقیص دهید.

۳. قطره یا مرهم چشمی atropine را روزانه ۳ مرتبه برای یک هفته تطبیق نمائید. این دوا بمنظور توسع

چطور میتوان مرهم چشم را به صورت درست تطبیق نمود؟

۱. موضوعات ذیل را به فامیل یا مریض توضیح بدارید:
 ۱. قبل از تطبیق مرهم به چشم؛ دست های تانرا بشوئید.
 ۲. تمام افرازات قیجی را با آب گرم و پاک یا جای بشوئید.
 ۳. به مریض بگوئید که بالا نگاه کند. جفن سفلی را به پائین کش نمائید و مقدار کم مرهم (1 cm) را داخل جفن سفلی بفشارید



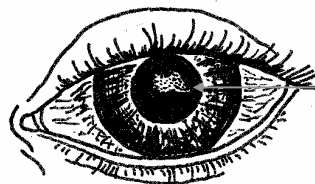
شکل ۵-۱۹: طرز تطبیق درست مرهم چشم

اگر بعد از ۲ روز جوابی وجود نداشته باشد از مرهم یا قطره های چشمی gentamicin یا chloramphenicol برای مریض توصیه نمائید. از قطره های gentamicin برای مدت بیشتر از یک هفته استفاده ننمائید. التهاب منضمی ویروسی (viral conjunctivitis) بخشی از بیماری ویروسی بوده به صورت بنفسهی بدون تداوی شفا میشود،

برای مطالعه conjunctivitis در مرض سرخکان صفحه ۴۲-۴۳ دیده شود.

قرحه قرنیه (CORNEAL ULCER)

امراض قرنیه بسیار خطرناک اند. یک خراش کوچک ممکن است سطح نازک قرنیه را تخریب نموده سبب خراش قرنی (corneal abrasion) گردد. حادثه بخاطری خطرناک است که ممکن انتان انکشاف نموده قرحه قرنی را بار آورد. در واقعات بسیار شدید؛ قرنیه ممکن تثقب نماید و قسمت های از چشم بیرون آیند. قرحات قرنی غالباً با تشکل ندبه شفا شده بنا شفافیت قرنیه از دست رفته و دید تنقیص مییابد (شکل ۶-۱۹ دیده شود).



- بسیار خطرناک
- دردناک
- قرنیه شفاف نباشد
- موجودیت قرحه بر قرنیه



- اختلالات:
- حاد: انتان شدید و از دست دادن چشم
- طویل المدت: ندبه قرنی که پرابلم های دید را بار میاورد.

شکل ۶-۱۹: قرحات قرنی و ندبه قرنی

یا غشائی را بروی حذقه تشکل نماید؛ خطرناک میباشد. این حالات ممکن گلوکوما (ازدیاد فشار داخل کره عین) یا کوری را بار آورد. جهت جلوگیری از این اختلالات؛ حذقه را به صورت کامل توسع دهید زیرا توسع؛ قزحیه را از عدسیه دور مینماید. به مریض **مرهم یا قطره atropine** روزانه ۳ مرتبه برای یک هفته تطبیق نمائید. التهاب اکثراً به صورت بنفسهی رشف میشود و ممکن پرابلم های را در قسمت های خلفی چشم (vitreous, retina و optic nerve) بار آورد. در صورت امکان مریض را به متخصص چشم معرفی نمائید.

گلوکوما (GLAUCOMA)

گلوکوما به حیث نیوروپتی بصری تعریف میشود که معمولاً با فشار بلند داخل چشم مترافق میباشد. فشار بلند؛ عصب بصری را تخریب نموده ضیاع رویت یا دید را سبب میشود. اسباب گلوکوما عبارت اند از آیریتیز (iritis)، خونریزی در داخل چشم یا استعمال طویل المدت ادویه سنثروئید در چشم. مگر غالباً سبب مرض نا معلوم میباشد. گلوکوم نزد اطفال و اشخاص جوان نادر میباشد.

تظاهرات کلینیکی

ما میان دو شکل گلوکوم تشخیص تفریقی مینمائیم:

در گلوکوما حاد (گلوکوما با زاویه بسته: closed angle) فشار داخل چشم سریعاً بلند رفته مریض از اعراض شدید آنی شکایت مینماید (شکل ۸-۱۹ دیده شود).

- معمولاً یک چشم ماوف میشود.
- درد شدید در چشم و سردردی شدید
- دلبدی و استفراغ
- سرخی چشم
- حذقه های متوسع که به مقابل نور عکس العمل ندارند

در گلوکوما مزمن (گلوکوما با زاویه باز - open angle) فشار داخل چشم به آهسته گی بلند میرود. مریض الی



حذقه ها داده میشود زیرا معمولاً iris نیز التهابی میباشد.

وقایه

۱. خراش کوچک قرنی را با مرهم چشمی tetracycline الی زمان شفای مرض تداوی نمائید.
۲. برای تمام اطفال مصاب سرخکان یا سوتغذی ویتامین A تطبیق نمائید.
۳. تمام مریضانی را که اجفان آنها به طرف داخل دور خورده اند تراخم (trachoma) به عملیات جراحی راجع سازید.
۴. اگر چشم یک مریض به سبب شدت مریضی یا فلج وجهی (facial palsy) باز بماند، مقدار کافی مرهم tetracycline چشمی را تطبیق نمائید. بالای جفن مریض یک پلاستر تطبیق نمائید تا چشم او بسته نگهداشته شود.
۵. از دوا های عنعنوی برای چشم استفاده ننمائید!

التهاب قزحیه (IRITIS)

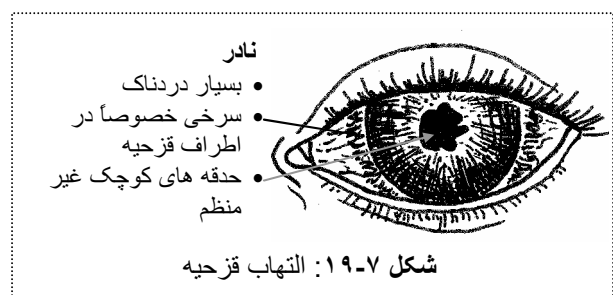
التهاب قزحیه ممکن است از باعث انتان خارجی (مثلاً جروحات یا قرحه قرنی) بوجود آید یا از باعث عکس العمل غیر انتانی به امراض سیستمیک (مثلاً در جذام یا آرتریت روماتیزمل - rheumatoid arthritis) در اکثر واقعات سبب مرض ناشناخته باقی مینماید (شکل ۷-۱۹ دیده شود).

تظاهرات کلینیکی

- شروع آهسته یا آنی
- درد شدید و ترس از نور. افرازات آبگین غیر قیچی
- احمرار در اطراف قرنیه بیشتر از همه است.
- حذقه ممکن کوچک یا غیر منظم باشد؛ یا در موقعیت متوسط قرار داشته و در مقابل نور به خوبی عکس العمل نشان نه دهد.
- بعضاً تشوش دید موجود میباشد.

اهتمامات

التهاب قزحیه به سبب آنکه ممکن با قدام عدسیه بچسپد

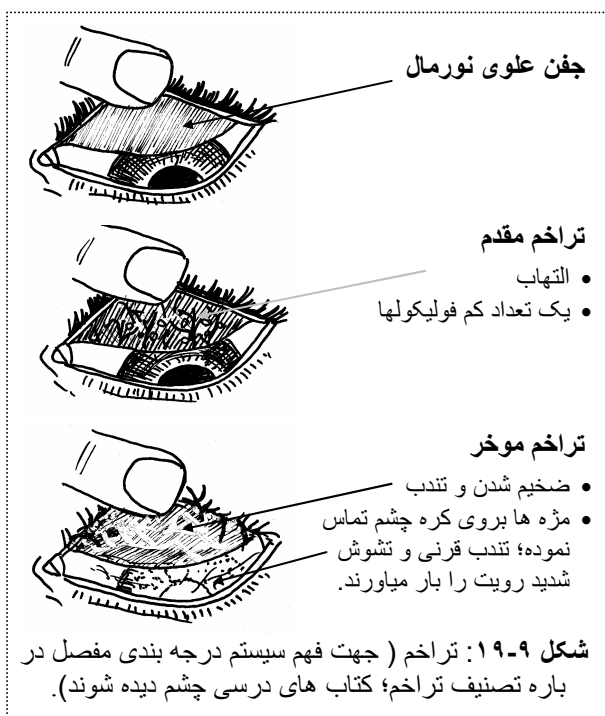


تراخم (TRACHOMA)

تراخم یک شکل مزمن التهاب منظمی است؛ که به آهسته گی در طی ماه ها یا سالها تشدید میشود. تراخم یکی از اسباب عمده کوری در تمام جهان میباشد. این مرض خصوصاً در نواحی خشک و پرگرد و خاک؛ که کمبود آب و حفظ الصحة خراب در آن وجود دارد؛ واقع میشود. تراخم توسط باکتری کلامیدیا (chlamydia) که توسط تماس یا مگس ها انتشار مینماید به وجود میآید. انتقال مرض اکثراً زمانی واقع میشود که مادران از دستمال هاو پارچه های کثیف جهت پاک نمودن افرازات چشم اطفال شان استفاده مینمایند. انتانات کرر؛ سبب ایجاد ندبات در اجفان میشوند. این ندبات مژه ها را به طرف داخل کش مینماید (trichiasis). این مژه ها قرنيه را تخریش نموده و تقرح قرنی، تندب و کوری را بارمیآورند. انتان در زمان طفولیت شروع نموده و مرحله اخیر کوری معمولاً در زمان کهولت واقع میشود.

تظاهرات کلینیکی

- چشم به صورت خفیف سرخی و افرازات چسپناک را برای چندین هفته دارا بوده معمولاً سایر اطفال این خانواده ماوف مینمایند.
- علایم عمده در سطح داخلی جفن علوی واقع میشود. تراخم را نظر به این دریافت های کلینیکی به مراحل مختلفه تصنیف مینمایند (شکل ۹-۱۹ دیده شود).



از دست دادن یک قسمت زیاد رویت خود کدام عرض نمیداشته باشد. این نوع گلوکوم نسبت به گلوکوم حاد زیادتر معمول میباشد. نزد یک تعداد زیاد مریضان گلوکوم مزمن بنام "گلوکوم با فشار نورمال" یاد میشود و هیچگاهی فشار بلند داخل چشم نزد شان انکشاف نمینماید. متاسفانه گلوکوم مزمن معمولاً به صورت بسیار موخر زمانی که ضیاع رویت واقع شده باشد؛ تشخیص میشود. مریضان ذیل را جهت رد نمودن گلوکوم به متخصص چشم معرفی نمائید، (۱) تمام کاهلانی را که گاهگاهی از سردردی و درد چشم شاکی اند، (۲) تمام کسانی را که نزد اقارب آنها؛ گلوکوم تشخیص شده باشد.

اهتمامات

تداوی هر دو نوع گلوکوم؛ توسط جراحی چشم صورت میگیرد.

گلوکوم حاد یک واقعه عاجل میباشد زیرا در صورت عدم تداوی؛ مریض در ظرف چند روز کور خواهد شد. تداوی عاجل طبی را آغاز نموده؛ مریض را فوراً به متخصص چشم معرفی نمائید. تداوی گلوکوم حاد شامل *acetazolamide* فمی به مقدار 250 mg روزانه ۲ مرتبه میباشد. اگر مریض *acetazolamide* فمی را گرفته نتواند برای مریض از طریق وریدی یا عضلی به صورت آهسته تطبیق شود. (یا 20% mannitol الی 100 g = 500 ml؛ از طریق انفیوژن بطی الی زمان تنقیص فشار؛ تطبیق نمائید.) بر علاوه از قطره های چشمی 0.5% *timolol maleate* روزانه ۲ مرتبه تطبیق نمائید. جراحی چشم زمانی اجرا میشود که بحران حاد چشم ختم شود.

سرخی مزمن چشم

اسباب عمده سرخی مزمن چشم را التهاب الرژیک منظمه (allergic conjunctivitis)، تراخم (trachoma) و غیره تشکیل میدهد. التهاب الرژیک منظمه و تراخم را میتوان توسط تظاهرات کلینیکی آنها از هم تشخیص تقریقی نمود. هرگاه صرف یک چشم به صورت مزمن سرخ باشد موجودیت جسم اجنبی را رد نمائید.

التهاب الرژیک منظمه (allergic conjunctivitis)	تراخم (trachoma)
● افرازات آبگین	● افرازات چسپناک
● بسیار خارش دارد.	● سوزش دارد اما خارش ندارد.
● تغییرات موسمی وجود دارد.	● تدور اجفان:
● تدور اجفان:	● مرحله مقدم: سرخی و لکه های سفید کوچک (حدود ۱ ملی متر یا کمتر از آن) که بنام فولیکول ها یاد میشود.
● منظمه ممکن است نورمال معلوم شود و تورمات آبگین موجود باشد.	● مرحله موخر: ضخیم شدن (قطعات سفیدرنگ) و سرخی. لکه ها دیدن اوعیه دموی نورمال را نا ممکن میسازد.

- تغییرات موسمی: در جریان تابستان شدید تر بوده و در زمستان خوبتر میباشد.
- سرخی و خارش چشم ها همراه با افزایش آبیگی بدون موجودیت قیج.
- بعض اوقات تورم اطراف قزحیه یا منضمه تحت جفن دیده میشود.

اهتمامات

۱. به مریض توضیح نمائید که این اعراض درد سردهنده او؛ از باعث الرژی به مقابل گردوخاک وپولن به وجود میآید. این پرابلم مزمن بوده اعراض آن تداوی شده اما مرض علاج نمیشود. مرض غالباً با گذشت سالها و بزرگ شدن شخص بهبود مییابد. مریض کوشش نماید تا مانع آنچه که سبب الرژی میشود؛ گردد.

۲. اگر اعراض الرژیک دیگر (افرازت انفی یا عطسه زدن) وجود داشته باشد برای مریض chlorphenamine یا promethazine توصیه نمائید.

۳. اگر اعراض بهبودی کسب نمیکنند؛ مریض را جهت شناسائی آنعده مریضانی که مصاب vernal keratoconjunctivitis (spring catarrh) اند و از باعث مریضی شان یا از باعث استفاده نادرست ستیروئید ها کور شده میتوانند؛ به متخصص چشم معرفی نمائید.

نوت: به مریض مرهم های چشمی ستیروئید ندهید! ادویه چشمی ستیروئید با خطرات جدی؛ به شمول کوری، مترافق بوده صرف توسط متخصص چشم باید توصیه شود.

خشکی مزمن چشم

خشکی چشم نزد کاهلان درهرسن واقع میشود مگر با زیاد شدن سن تشدید می یابد. این مرض از باعث کار زیاد خارج از منزل و فعالیت های که ایجاب دقت و توجه بیشتر را مینماید (مثلاً خواندن یا مطالعه) تشدید میشود. مریض معمولاً از درد چشم واحساس موجودیت جسم اجنبی در چشم یا غالباً آبرزدن چشمان، خارش، وبعض اوقات افرازت خفیف شاکمی میباشد. معمولاً تشخیص خشکی چشمان با التهاب انتانی یا الرژیک چشم مغالطه میشود و با قطراتی تداوی میشود که مرض را بهبود نبخشیده آنرا خرابتر میسازد. البته تداوی ابتدائی مرض عبارت از اشک مصنوعی میباشد.

زمانی که مریض مصاب تراخم را؛ درمییابد سایر اعضای فامیل او را نیز معاینه نمائید. تراخم از یک شخص به شخص دیگر به آسانی سرایت مینماید. هدف عمده اهتمامات را مختل نمودن میکانیزم سرایت مرض تشکیل میدهد بناً تعلیمات صحی بسیار مهم میباشد.

۱. به فامیل مریض توضیح دهید که آنها مصاب یک انتان مزمن چشم که ممکن در آینده کوری را سبب شود؛ شده اند. به آنها توضیح دهید که انتان در نتیجه حالات ذیل بوجود آمده است: (۱) توسط مگس هائیکه بروی طفل نشسته اند، (۲) بوسیله پاک نمودن روی طفل توسط پارچه های ناپاک و (۳) بوسیله مالیدن چشم توسط انگشتان ملوث. بناً پیام اساسی صحی عبارت از آنست که "پاکی در جلوگیری از تراخم کمک مینماید"، و این بدان معنی است که شما فامیل خود را میآموزانید که:

- دست های اطفال را حد اقل روزانه ۲ مرتبه؛ ترجیحاً قبل از هر غذا بشویند!
- صرف از پارچه های پاک جهت پاک نمودن روی اطفال استفاده نمابند!
- چشمان اطفال را در هنگام خواب؛ توسط پارچه های پاک ببوشانند!
- از تعداد مگس های خانه بکاهند!

۲. انتان چشم را با مرهم های چشمی tetracycline روزانه ۲ مرتبه برای ۶ هفته تداوی نمائید. اطمینان حاصل نمائید که؛ فامیل مریض میداند که نباید تداوی را قبل از میعاد ختم آن؛ قطع نمایند.

اگر التهاب تحت جفن شدید باشد برای مریض doxycycline را به مقدار 100 mg روزانه یک مرتبه برای ۳ هفته تطبیق نمائید (این دوا نزد اطفال و زنان حامله گی مضاد استطبیب میباشد). برای اطفال و زنان حامله erythromycin فمی را روزانه ۲ مرتبه برای ۳ هفته تطبیق نمائید. azithromycin 20 mg/kg، حد اعظمی 1 g) یک دواوی جدید و قیمتی میباشد. یک دوز این دوا موثر میباشد مگر نباید نزد زنان حامله و اطفال پائینتر از ۶ ماه استعمال شود.

۳. اشخاصی که تدور داخلی مژگان نزد شان وجود داشته باشد؛ فوراً برای جراحی معرفی نمائید.

التهاب منضمی الرژیک

(ALLERGIC CONJUNCTIVITIS)

در تمام واقعات؛ سرخی چشم از باعث انتان نمیباشد. التهاب منضمی الرژیک یک مرض مزمن معمول چشم میباشد. این مرض از باعث الرژی به مقابل گرد و خاک وپولن یا گرده گل ها بوجود میآید.

ترضیض کند (BLUNT TRAUMA)

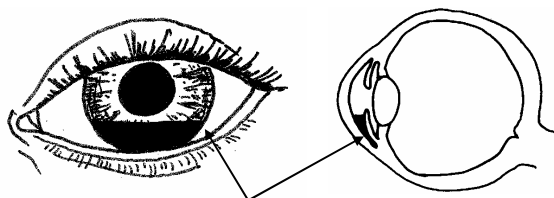
در ترضیض کند (به طور مثال ضربه توسط مشت) تمام قسمت های چشم را جهت حصول اطمینان از اینکه کدام تخریب یا تنقب وجود ندارد؛ معاینه نمائید. دید مریض را چک نمائید.

اهتمامات

۱. مرهم چشمی انتی بیوتیک را تطبیق نمائید.
۲. مریضان ذیل را به صورت فوری به متخصص چشم معرفی نمائید:

- مریضان مصاب تشوش یا ضیاع دید.
- مریضانی که کره چشم شان مملو از خون باشد (hyphaema) (شکل ۱۰-۱۹ دیده شود). اگر در بیت؛ خون موجود باشد و رجعت عاجل مریض ممکن نباشد به مریض قطره چشمی atropine + تابلیت های acetazolamide (برای کاهش 250 mg هر ۶ ساعت بعد؛ برای اطفال 62.5-125 mg هر ۶ ساعت بعد) تطبیق نمائید. مریض باید استراحت نماید.
- اگر صرف یک بخش از بیت مملو از خون باشد نه تمام آن؛ خون معمولاً رشف میشود. یک اختلاط آن گلوکوم میباشد.

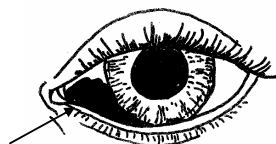
Hyphaema خطر ناک است!



تجمع خون در یکی از بیت های چشم به تعقیب ترومای کند

خونریزی تحت منظمی بی خطر است!

خونریزی تحت منظمه به کدام تداوی ضرورت ندارد. خون بعد از ۲-۳ هفته جذب میشود. این حادثه در سیاه سرفه یا بصورت بنفسمی واقع شده میتواند.



شکل ۱۰-۱۹: موجودیت خون در چشم

صدمات کیمیای

اگر یک ماده مخرش کیمیای داخل چشم شده باشد فوراً آنرا با آب پاک برای مدت ۱۵ دقیقه شستشو نمائید. چشم سالم را جهت حصول اطمینان از اینکه مایع

جروحات واجسام اجنبی چشم

زمانی که مریض با صدمه چشم را؛ ارزیابی مینمائید جواب دوسوال ذیل را دریابید.

۱. آیا مریض به خوبی دیده میتواند؟
۲. آیا چشم مریض مجروح است (جرحه نافذه) یا خیر (ترضیض کند)؟

جروحات نافذه چشم

عمق تنقب؛ شدت وفوریت را مشخص مینمائید. یکی از خطرات را؛ انتان تشکیل میدهد. همیشه دید مریض را چک نمائید.

اهتمامات

۱. حالات ذیل را جهت وقایه انتانات؛ توسط مرهم های انتی بیوتیک چشمی؛ تداوی نمائید:

- پاره شده گی منضمه (*torn conjunctiva*): این حادثه معمولاً به صورت بنفسمی به خوبی التیام مییابد؛ مگر باید مطمئن باشید که ساختمان های عمیقتر تخریب نشده اند.
- خراش قرنی (*corneal abrasion*): عبارت از یک جرحه سطحی است که در آن صرف قسمت خارجی قرنیه مآوف میشود. غالباً از باعث خراش توسط ناخن انگشتان یا شاخه درخت بوجود میآید. مریض از درد خفیف شاک میباشد. خراش در صورتیکه انتان مداخله ننماید بدون بجا گذاشتن ندبه شفا میشود.

۲. مریضان ذیل را به صورت فوری به متخصص چشم معرفی نمائید:

- مریضان مصاب تنقب قرنی (*corneal perforation*) حتی اگر بسیار کوچک هم باشد، زیرا تمام ضخامت قرنیه تخریب شده می باشد. میکروب ها میتوانند مداخله نمایند و به انتان شدید واز دست دادن چشم منجر شود. مرهم های چشمی انتی بیوتیک را تطبیق نموده؛ چشم را توسط یک پارچه پاک بپوشانید و مریض را فوراً به متخصص چشم معرفی نمائید.
- به مریضان مصاب ترضیضات نافذه شدید؛ هیچ نوع ادویه را به چشم تطبیق ننمائید. چشم را توسط یک پارچه پاک که باید بالای چشم فشار وارد نکند پوشانیده مریض را فوراً به متخصص چشم معرفی نمائید.
- مریضان مصاب ضیاع وتشوش رویت.
- هر مریضی را که شما در مورد عمق یا شدت جرحه آن مشکوک باشید.

اگر نزدیکترین متخصص چشم بسیار دور باشد برای مریض قطره انتی بیوتیک را شروع و به او عضلی تطبیق نمائید. (یا ampicillin + gentamicin) از طریق

اسیدی داخل چشم نشود؛ بپوشانید. مرهم چشمی انتی بیوتیک را برای ۵ روز تطبیق نمائید. اگر قرنیه شفاف نباشد یا احتمال تخریب چشم موجود باشد مریض را فوراً به متخصص چشم معرفی نمائید.

سوخته گی ها

سفیدی غیر نورمال چشمان

سفیدی غیر نورمال چشمان میتواند در منضمه (در کمبود ویتامین A - Bitot's spots)، در قرنیه (ندبات قرنی) دریافت شده یا حدقه سفید معلوم شود (کترکت). شکل ۱۱-۱۹ دیده شود.

چشمی را که سوخته است فوراً توسط آب پاک برای مدت ۱۵ دقیقه؛ شستشو نمائید. بعد مرهم چشمی tetracycline را هر دو ساعت بعد؛ برای ۲ روز اول تطبیق نمائید. به مریض بگوئید که الی التیام سوخته گی اجفان خود را به صورت مکرر باز وبسته نماید تا از التصاق جفن با کره چشم جلوگیری شود. اگر قرنیه شفاف نباشد یا احتمال تخریب چشم برود مریض را فوراً به متخصص چشم معرفی نمائید.

اجسام اجنبی

زمانیکه مریض مشکوک به اجسام اجنبی چشم را؛ معاینه مینمائید، همیشه جفن علوی را جهت چک نمودن جسم اجنبی دور دهید (شکل ۲-۱۹ در صفحه ۲۷۷ دیده شود).

تصمیم گیرید که آیا جسم اجنبی در سطح چشم قرار دارد یا به داخل چشم نفوذ نموده است؟

– جسم اجنبی که بر سطح یا داخل منضمه یا قرنیه قرار داشته باشد باعث احمرار، تخریش یا آزدن چشم میگردد.

– زمانیکه جسم اجنبی؛ داخل چشم شده باشد در ابتدا یک تعداد کم اعراض موجود میباشد. مگر یک واقعه عاجل میباشد زیرا ممکن است انتان شدید؛ سریعاً انکشاف نماید.

اهتمامات اجسام اجنبی غیر نافذه

۱. کوشش نمائید تا جسم اجنبی را توسط یک سواب پنبه ئی (یا پارچه پاک) با پاک نمودن ملایم آن به استقامت بینی یا توسط شستن با آب گرم پاک دور نمائید. بعد از دور نمودن جسم اجنبی دوباره چک نمائید که کدام جرحه ئی (جرحه نافذه) وجود ندارد.

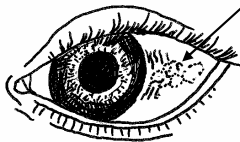
۲. از مرهم چشمی tetracycline برای ۳ روز استفاده نمائید.

۳. اگر جسم اجنبی را دور نموده نمیتوانید؛ مریض را به متخصص چشم معرفی نمائید.

اهتمامات اجسام اجنبی نافذه

کوشش ننمائید تا جسم اجنبی را دور نمائید مگر مریض را فوراً به متخصص چشم معرفی نمائید.

● Bitot's spots یا خشکی قرنیه: xerophthalmia (فقدان ویتامین A)

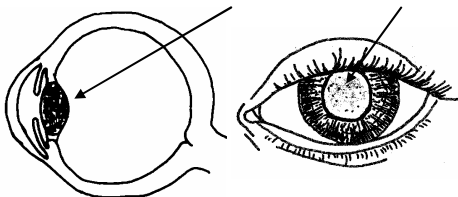


● Corneal scar: سفیدی در قدام حدقه. یک قسمت یا تمام قرنیه سفید است. ممکن حدقه را دیده نتوانید. سرخی وجود نمیداشته باشد.



● Cataract: حدقه سفید دیده میشود. قرنیه شفاف است. شما حدقه را دیده نمیتوانید مگر سفید یا خاکی رنگ معلوم میشود. حادثه از باعث مکرر شدن عدسیه بوجود میاید و نزد اطفال ندرتاً از باعث retinoblastoma (تومور چشم) بوجود میاید.

حدقه سفید (عدسیه مکرر یا تاریک)



شکل ۱۱-۱۹: اسباب و تشخیص تفریقی سفیدی های غیر نورمال چشم

تشوشتات فقدان ویتامین A و چشمان (خشکی چشم) (XEROPHTHALMIA = چشم)

ویتامین A برای یکتعداد زیاد وظایف بدن (دید، دفاع و نمو بدن) بسیار مهم میباشد. برای چشمان ویتامین A برای انتقال سیاله های نوری از شبکیه به دماغ بسیار ضروری میباشد. این موضوع توضیح میدارد که چرا شبکوری؛ مقدمترین علامه فقدان ویتامین A میباشد.

تظاهرات کلینیکی

شکل ۱۲-۱۹ دیده شود. یک تعداد زیاد اطفال از فقدان مخفی و غیر عرضی ویتامین A رنج میبرند. در حالتی که تقاضای آنی به ویتامین A جهت ترمیم سطح بدن بوجود آید؛ طفل ممکن به طور سریع به مرحله نرمی قرنی (corneal softening) و نتقب قرنی (corneal perforation) داخل شود. حالات خطر شامل سوءتغذی شدید؛ خصوصاً در جریان مرحله شفایابی، سرخکان و اسهالات مزمن میباشند.

اهتمامات

۱. حتی اگر صرف به فقدان ویتامین A مشکوک میشوید؛ مریض را تداوی نمائید. یک دوز ویتامین A (retinol) را در اولین دیدار طفل، دوز دومی را روز بعد و دوز بعدی را ۲ هفته بعد برای طفل تطبیق نمائید. یک دوز واحد را بعد از ۴ ماه تکرار نمائید. برای اطفال کمتر از ۶ ماه 50,000 units

برای اطفال ۷-۱۲ ماه 100,000 units و برای اطفال بالاتر از ۱ سال 200,000 units (در حامله گی مضاد استتباب است) تطبیق نمائید.

۲. اگر علائم انتان؛ موجود باشد مرهم چشمی ۱% tetracycline را تطبیق نمائید.

۳. اگر تفرح قرنی یا قسمت های از چشم موجود باشد، ویتامین A را همراه با قطرات چشمی gentamicin بدهید. از بسته بودن چشم اطمینان حاصل نمائید، چشم مریض را توسط یک پارچه معقم یا پاک پوشانیده مریض را فوراً به متخصص چشم معرفی نمائید.

وقایه

از فقدان ویتامین A با دادن ویتامین A به تمام اطفال معروض به خطر (خصوصاً کسانی که سرخکان، سوءتغذی یا اسهال مزمن دارند) و توصیه اطفال و خانم های حامله به خوردن غذاهای غنی از ویتامین ها، به شمول ویتامین A، وقایه نمائید. در صورت موجودیت اکملات خوب کپسول های ویتامین A، یک دوز ویتامین را هر ۶ ماه بعد برای تمام اطفال بین ۶ ماهه تا ۵ ساله دهید.

نوت: مصرف کپسول های حاوی دوز های بلند ویتامین A در زمان حامله گی؛ مضاد استتباب است.

ندبه قرنی (CORNEAL SCAR)

اگر قرنیه توسط صدمه یا قرحه قرنی تخریب شده باشد؛ التیام آن معمولاً از خود؛ ندبه به جا میگذارد. این ندبه؛ با در نظرداشت موقعیت آن، ممکن است دید مریض را مختل سازد. کدام تداوی برای آن قابل دسترس نمیباشد. (شکل ۱۱-۱۹ دیده شود).

کترکت (CATARACT)

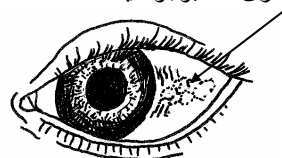
کترکت؛ زمانی تشکل مینماید که عدسیه (lens) مکرر شود. اسباب معمول کترکت را صدمات چشم، التهاب داخلی چشم، سن بلند، ادویه ستیروئید تشکیل داده و در نزد اطفال؛ ولادی نیز بوده میتواند. فکتور های خطر کترکت را حملات قبلی دیهایدریشن های حاد (مثلاً اسهالات شدید یا گرما زده گی - heat stroke) تشکیل میدهد. دود نمودن سگرت نیز خطر انکشاف کترکت را در آینده بلند میبرد.

در کترکت ولادی غالباً بیشتر از یک عضو فامیل موافق میشود. مکدریت عدسیه مانع رسیدن نور به شبکیه میشود. بدون اجرای عملیات در سال اول حیات، طفل دید نورمال داشته نمیتواند. مهم است تا کترکت

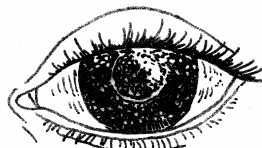


• اعراض مقدم: شب کوری مقدمترین عرض آن بوده زمانیکه هوا تاریک میشود؛ شخص در قدم زدن دچار مشکلات میشود.

• بعد تر: بعد تر خشکی منضمه بوجود میاید (xerophthalmia)، منضمه خشک و چمک معلوم میشود. ممکن Bitot's spots پلک های خاکستری اند؛ بوجود آیند.

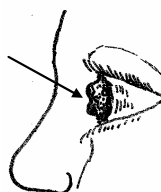


• با تشدید مرض؛ قرنیه خشک شده؛ مکرر و خشن میشود.

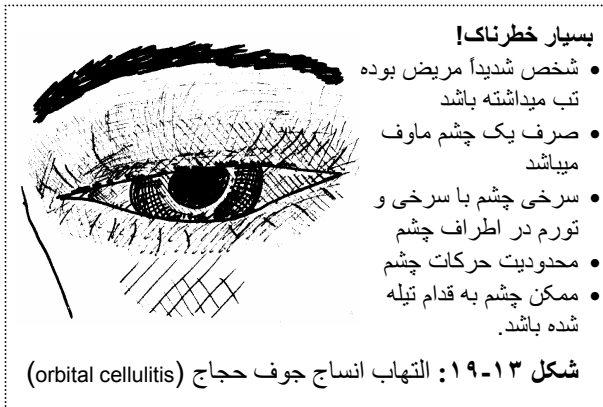


(تمام این مراحل با تطبیق ویتامین A کاملاً شفا میابند)

• ممکن است تفرح قرنی به سرعت بوجود آید. در مراحل موخر؛ قرنیه نرم شده (keratomalacia) و نوب میشود. این حادثه کوری شخص را بار میآورد. ممکن قسمت های از چشم به طرف خارج برآیند. غالباً این مرحله، مرض؛ آنقدر حاد واقع میشود که شخص را در ظرف چند ساعت محدود یا چند روز کور میسازد. هر گاه به زودی تداوی شود؛ ندبه حاصل ممکن اجازه دهد مریض تا اندازه ای بینائی خود را دوباره حاصل نماید.



شکل ۱۲-۱۹: فقدان ویتامین A



عاجل تداوی نشود ممکن یک آبسه تشکل نموده چشم را به قدام براند (شکل ۱۳-۱۹ دیده شود).

۱. *ceftriaxone* را از طریق عضلی تطبیق نمائید. اگر در دسترس نباشد + benzylpenicillin chloramphenicol را از طریق عضلی یا وریدی تطبیق نمائید.

۲. مریض را فوراً به یک متخصص چشم معرفی نمائید، زیرا ممکن است به تخلیه جراحی لازم افتد.

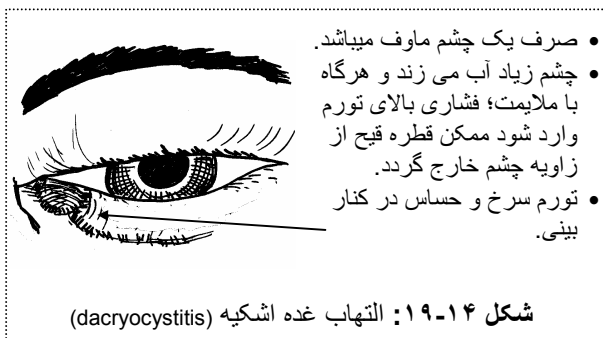
التهاب غده اشکیه (DACRYOCYSTITIS)

التهاب غده اشکیه؛ انتان غده اشکیه است (شکل ۱۴-۱۹ دیده شود). ممکن آبسه تشکل نماید یا انتان مزمن شود.

۱. کامپرس یا تطبیقات گرم را تطبیق نمائید: یک پارچه پاک را با آب گرم مرطوب نمائید. پارچه را بیش از حد مرطوب نسازید؛ آب از پارچه روان نشود. این پارچه گرم را روزانه ۴ مرتبه برای مدت ۱۵ دقیقه بر بالای ناحیه نگهدارید.

۲. مرهم چشمی tetracycline را تطبیق نمائید.

۳. در واقعات شدید cloxacillin فمی را توصیه نمائید.



انترکس جلدی (CUTANEOUS ANTHRAX)

انتان از طریق تماس با پوست حیوانات منتن؛ سرایت مینماید (مثلاً از طریق حیوانات مرده). همچنان انترکس از طریق وخذه حشرات نیز انتقال مینماید.

اطفال با ریتونوبلاستوما (retinoblastoma) که یک کانسر نادر است؛ تشخیص تفریقی شود.

تظاهرات کلینیکی (شکل ۱۱-۱۹ دیده شود)

- عدسیه سفید، قرنیه نورمال
- تشوش دید

اهتمامات

اطفالی را که حدقه شان سفید است به صورت عاجل به متخصص چشم معرفی نمائید.

یگانه تداوی کترکت تداوی جراحی است. اگر نزد یک کاهل ضیاع دید از باعث کترکت بوجود آمده باشد؛ عمل جراحی ممکن است به او کمک کند تا دوباره دیده بتواند. کشیدن خارج کپسولی کترکت و غرس عدسیه داخل چشمی (ECCE + IOL) بهترین نتیجه را دارا است. اگر عدسیه غرس نشود بعد از عملیات جراحی لازم است تا عینک های ضخیم پوشیده شود.

تورم اطراف چشم

جواب سوالات ذیل را دریابید:

۱. آیا مریض خوب بنظر میرسد یا مریض؟
۲. آیا هر دو چشم ماوف اند یا یکی آن؟
۳. تورم دقیقاً در کجا موقعیت دارد؟
۴. آیا علایم التهاب (سرخ، حساسیت یا گرمی) وجود دارد؟

التهاب انساج جوف حجاج

(ORBITAL CELLULITIS)

التهاب انساج جوف حجاج؛ یک انتان خطرناک جوف عظمی حجاج چشم میباشد. انتان میتواند به دماغ سرایت نموده سبب سپس گردد. اگر به صورت

اسباب تورم اطراف چشم

معمولاً صرف یک چشم ماوف است

- چلزیان (chalazion)
- گل مژه (stye یا hordeolum)
- التهاب غده اشکیه (dacryocystitis)
- Periorbital cellulitis (التهاب انساج اطراف چشم)
- انترکس جلدی
- التهاب منضمی شدید

هر دو چشم ماوف شده اند

- التهاب منضمی شدید
- انیمای ناشی از امراض سیستمیک (مثلاً امراض کلیوی، الرژی، انحده ادما)

چلزیان (Chalazion)

چلزیان (chalazion) از اثر بندش غده عرقیه بوجود میآید. تورم سخت بوده و دردناک نمیباشد. چلزیان ممکن برای ماه ها دوام نماید (شکل ۱۷-۱۹ دیده شود).

اهتمامات

تطبیقات گرم (بخش التهاب غده اشکیه را ببینید).



- شخص مریض بوده؛ تب میداشته باشد.
- صرف یک چشم ماوف میباشد.
- تورم، وزیکول ها و ارچق وصفی سیاهرنگ (eschar)

شکل ۱۵-۱۹: انترکس جلدی

تظاهرات کلینیکی

انترکس جلدی در هر ناحیه از بدن واقع شده میتواند اما اکثراً اجفان و نواحی اطراف چشمان را ماوف میسازد. یک پاپول سرخرنگ در ناحیه که باکتری انترکس وارد جلد میشود؛ تشکل مینماید. روز بعدی در اطراف اندفاع؛ وزیکول ها؛ دیده میشود که این وزیکول ها ترکیده قرحات و ارچق سیاهرنگ وصفی (eschar) را میسازند (شکل ۱۵-۱۹ دیده شود).

اهتمامات

Benzylpenicillin را به شکل وریدی (یا *procaine penicillin* عضلی) تطبیق نمائید. در واقعات خفیف از *amoxicillin* فمی استفاده نمائید.

اگر در مقابل *penicillin* حساسیت وجود داشته باشد برای مریض *co-trimoxazole* و برای اشخاص بسیار مریض *ciprofloxacin* بدهید. التیام اندفاع مرضی حدود ۲-۶ هفته را در بر میگیرد.

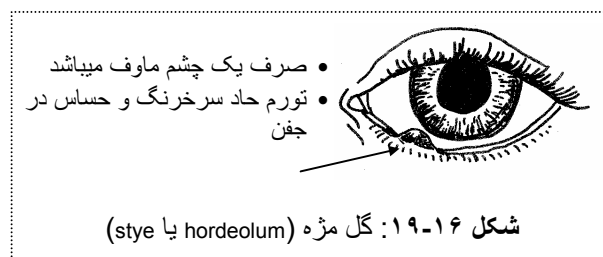
کتلات اجفان

گل مژه (hordeolum یا sty)

گل مژه (*hordeolum*) عبارت از یک حادثه انتانی؛ به مانند بایل (*boil*) است. این حادثه حاد و دردناک میباشد (شکل ۱۶-۱۹ دیده شود).

اهتمامات

۱. مرهم *tetracycline* را تطبیق نمائید.
۲. تطبیقات گرم را تطبیق نمائید (بخش التهاب غده اشکیه - *dacryocystitis* - را ببینید).



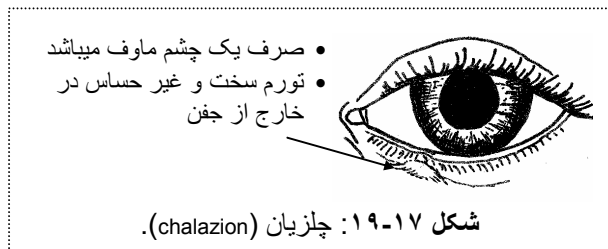
شکل ۱۶-۱۹: گل مژه (hordeolum یا sty)

ضیاع یا تشوش رویت

هدف عمده مراقبت چشم را؛ جلوگیری از کوری؛ تشکیل میدهد. مریض ممکن دید خود را به صورت آنی یا تدریجی از دست دهد. (چوکات دیده شود) لازم است تا رویت اشخاصی را که پرابلم های چشم دارند تست نمائیم (شکل ۲-۱۹ در صفحه ۲۷۷ دیده شود). این کار در شناسائی اسباب جدی مثل جروحات یا پرابلم های قرنی که ممکن سبب کوری شوند؛ کمک مینماید.

چگونه میتوان شخصی را که خوب دیده نمیتواند کمک کرد؟

۱. به شخص نابینا فرصت های متعدد را فراهم سازید تا در مورد دنیای خود بیاموزد. به او مواد مختلفه را بدهید تا لمس نماید.

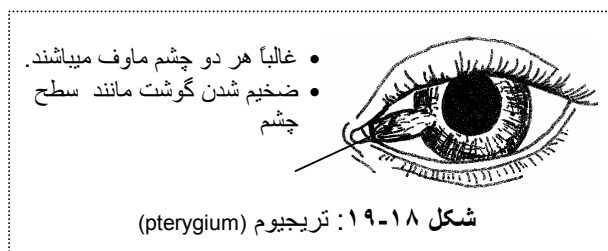


- صرف یک چشم ماوف میباشد
- تورم سخت و غیر حساس در خارج از جفن

شکل ۱۷-۱۹: چلزیان (chalazion).

تریجیوم (PTERYGIUM)

تریجیوم؛ عبارت از ضخیم شدن سلیم و گوشتی سطح چشم میباشد و میتواند در دید یا رویت مداخلت نماید. زمانی که به کنار حدقه میرسد مریض باید جهت ارزیابی و عملیات احتمالی به متخصص چشم معرفی گردد (شکل ۱۸-۱۹ دیده شود).



- غالباً هر دو چشم ماوف میباشدند.
- ضخیم شدن گوشت مانند سطح چشم

شکل ۱۸-۱۹: تریجیوم (pterygium)

۵. به او بیاموزانید تا جهت دریافت راه اش از چوب دست کار گیرد.

۶. مواظب تعلیم و تربیه طفل نابینا باشید. الفبای اشخاص نابینا (Braille) در افغانستان در دسترس است. برای شخص نابینا کاری را که به آسانی انجام داده میتواند دریابید.

پیر چشمی یا دور بینی (PRESBYOPIA)

اشخاص پیر غالباً از خرابی رویت شان شکایت دارند. زمانی که شما آنها را مطابق توضیحات این کتاب معاینه مینمائید نزد آنها کدام پرابلم بزرگ را دریافته نمیتوانید زیرا شما اکثراً رویت دور را معاینه مینمائید. مگر پرابلم آنها؛ آنست که اشیای نزدیک را به وضاحت دیده نمیتوانند. مثلاً یک شخص در زمان دوختن پرابلم میداشته باشد. این پرابلم بنام presbyopia یاد میشود و از باعث پیر شدن طبیعی عدسیه بوجود میآید. گرفتن عینک پرابلم را به ساده گی حل مینماید.

اسباب ضیاع رویت

اسباب ضیاع حاد رویت

- جروحات
- انتانات شدید یا التهاب حاد (به شمول انتان چشم نوزادان، سرخکان و ophthalmia neonatorum)
- انفصال شبکی (retinal detachment)
- انسداد ورید ها و شراین چشم

ضیاع تدریجی رویت

کاهلان:

- کترکت
- تراخم
- گلوکوم مزمن
- پیر چشمی
- ندبه قرنی (به شمول تراخم)
- استحاله شبکی (مثلاً در دیابت شکر یا فرط فشار خون)

اطفال

- فقدان ویتامین A (ممکن ضیاع رویت حاد باشد)
- کترکت ولادی

۲. فامیل شخص را تشویق نمائید تا هرچه را میبینند به او توضیح دهند.

۳. فامیل شخص را تشویق نمائید تا به او در قسمت حرکت کردن و مراقبت از خودش کمک نمایند. بعض از فامیل ها بیش از حد محافظه کار اند.

۴. به فامیل مریض بیاموزانید تا چگونه با او قدم زنند. ایشان باید در قدام مریض قرار گیرند و از عقب او قدم نزنند. ایشان باید به مریض کمک نمایند تا در محل زنده گی اش به تنهایی قدم زده بتواند. فامیل باید به او نشانی های مهم ساحه را که او میتواند احساس نماید یا بشنود نشان دهند.

مأخذ ها

1. Khaw PT, Elkington. *ABC of Eyes*. 3rd edition. London: BMJ Books 1999.
2. McGavin M. Ophthalmology in the Tropics and Subtropics. In: Cook GC, Zumla A. *Manson's Tropical Diseases*. 21st edition. London: WB Saunders 2003: 301-361.
3. Ministry of Health, WHO, UNICEF. *Integrated Management of Childhood Illness*. Kabul 2003.
4. Werner D. *Where there is no doctor*. Revised edition. London: The Macmillan Press, 1993.

۲۰. پرابلم های جلدی

○ "کدام نوع تداوی ها را تا حال انجام داده اید؟"

○ "پرابلم جلدی؛ چه اثراتی بالای زنده گی تان داشته است؟"

مریض را معاینه نمائید

تمام جلد به شمول مو، ناخن ها و سطح مخاطی را معاینه نمائید. معاینه آفات جلدی در روشنی طبیعی بهتر انجام شده میتواند. اولاً آفت را مشاهده نموده بعداً آنرا جس نمائید. اگر جواب سوالات ذیل را دریابید؛ تمام معلومات مربوط به آفت را بدست خواهید آورد:

○ آفات در کدام قسمت بدن توضع دارند؟ (هر مرض جلدی؛ در یک محل خاص؛ واقع میشود که شما میتوانید اکثریت اندفاعات مرضی را در آن ساحه دریابید).

○ تعداد اندفاعات مرضی؛ چند عدد است؟ آیا یک تعداد کم آن وجود دارد یا تمام ساحه را یا تمام بدن را پوشانیده است؟

○ آیا اندفاعات مرضی به صورت متناظر واقع شده اند؟ متناظر بدان معنی است که اندفاعات در هر دو طرف بدن مشابه اند (مثلاً اکزیما یا سورپاز).

بعد از آنکه توزیع عمومی آفت مشخص شد، اندفاعات مرضی را دقیق تر مشاهده نمائید:

○ کدام انواع اندفاع را دیده میتوانید؟ (شکل ۲-۲۰ دیده شود).

○ اندفاعات چه رنگ دارند؟ مثلاً خاسف (hypopigmented) یا سرخ روشن (التهاب حاد)؟

اندفاع را جس نمائید:

○ آیا جلد گرم یا حساس است؟ (علائم التهاب)

○ آیا در هنگام مالیدن اندفاع، تفلسات دیده میشود؟

○ آیا اندفاع مرضی؛ خارش دارد؟

○ آیا علائم امراض عمومی را دریافت نموده میتوانید؟

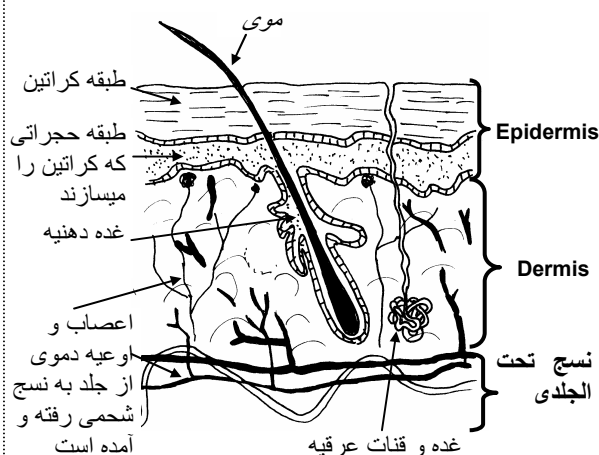
چطور میتوان به تشخیص رسید؟

۱. اولاً تصمیم بگیرید که مریض در کدام گروپ قرار میگردد:

– مریض مصاب آفتی است که صرف جلد را ماووف میسازد (مثلاً زخ ها)

وظایف اساسی جلد:

- محافظه بدن از اجسام و تأثیرات خارجی (مثلاً جروحات، گرما، سرما، پتوجن ها)
- حفظ آب و نمک به داخل عضویت.
- نورمال نگهداشتن حرارت بدن (مثلاً تعرق در زمان بسیار گرم بودن بدن)
- انتقال معلومات به بدن (مثلاً تماس، درد، حرارت، سردی)



شکل ۲۰-۱: ساختمان اساسی جلد

چطور میتوان پرابلم های جلدی را ارزیابی نمود؟

اغوا و فریت بزرگی است. هرگاه به عوض اخذ دقیق تاریخچه و انجام معاینه سیستماتیک؛ مشاهده مختصر یک آفت جلدی گرفته شده تشخیص فوری (که غالباً غلط میباشد) گذاشته شود. جهت تشخیص درست آفات جلدی باید به صورت سیستماتیک و قرار ذیل پیش روید.

تاریخچه بگیرید

○ "چه پرابلم دارید؟"

○ "پرابلم چه وقت شروع نموده؟" (مدت دوام آن)

○ "در کجا و چطور شروع نموده؟" "آیا انتشار نموده است؟" آیا بهتر شده یا شدت کسب نموده؟"

○ "آیا قبلاً این گونه پرابلم داشته اید؟"

○ "آیا در فامیل شما کسی دیگر نیز مصاب این پرابلم است؟"

○ "آیا خارش وجود دارد؟" "آیا تب یا پرابلم های دیگر نیز دارید؟"

– مریض مصاب آفت عمومی است که در آن جلد نیز مصاب شده است (مثلاً سرخکان)

۲. در آفات موضعی؛ موجودیت انتان جلدی را معاینه نمائید. انتانات جلدی معمول بوده احتمالاً خطر ناک میباشند.

۳. بعداً در مورد تظاهرات عمده تصمیم بگیرید (مثلاً خارش یا تفرج). یک تعداد زیاد پرابلم ها اندفاعات مشابه را بوجود آورده میتوانند؛ ولی هر پرابلم تظاهرات وصفی خود را دارا است (مثلاً توزع وصفی) که در قسمت تشخیص تفریقی اسباب آن به شما کمک مینماید. در چوکات ها تمام امراض جلدی که میتوانند مسئول تظاهرات مشخص عمده باشند، وجود دارند. اگر هیچ یک از پرابلم ها به مریض شما صدق ننماید، مریض را به متخصص جلدی رجعت دهید زیرا ممکن است یک مرض جلدی نادر باشد.

درین فصل چوکات ها و توضیحات را در مورد گروپ های تشخیصیه تفریقی ذیل دریافت نموده میتوانید:

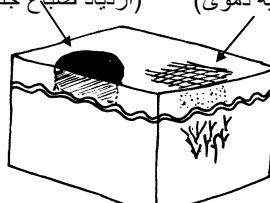
- رشح عمومی
- خونریزی داخل جلدی (پیتچییا - petechia، پورپورا - purpura)
- انتانات بکتریائی جلدی (سرخرنگ، گرم، حساس، ارچق های زردرنگ یا پستول ها - pustules)
- اندفاعات جلدی مملو از مایع (وزیکول ها و آبله ها)
- پاپول ها (papules) و نودول ها (nodules)
- قرحات جلدی
- صفیحات و تفلسات
- اورتیکاریا (urticaria) الرژی و اندفاعات ناشی از ادویه
- هایپوپگمینتیشن (hypopigmentation) - کم شدن صباغ جلدی
- خارش (pruritus)
- تغییرات مو
- علایم جلدی نشان دهنده امراض سیستمیک

اسباب خونریزی جلدی (petechia یا purpura)

- سپس منینگوکاکوس (meningococcal septicaemia)
- تشوشات تحثر خون (مثلاً در اپلاستیک انیمیا، لوکیمی و امراض مزمن کبدی)
- تب کنگو - کرمین هیماراجیک (congo-crimean haemorrhagic fever)
- وسکیولیت الرژیک (allergic vasculitis)
- دوز های بلند ادویه ضد تحثر خون

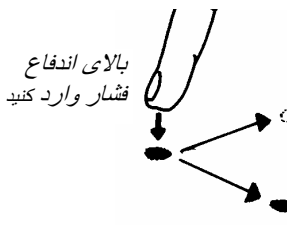
تغییرات موضعی رنگ جلد

• اریتمیا (erythema) (سرخ) • ماکول (macule) یا لکه ناشی از توسع او عیه دموی (از دید صباغ جلدی)



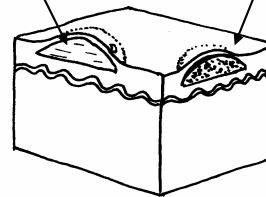
• پیتچییا (petechia) یا پورپورا (purpura) (خونریزی داخل جلد)

اندفاع اریتماتوس با وارد نمودن فشار بالای آن از بین میرود. پیتچیال یا پورپوریک از بین نمیرود.



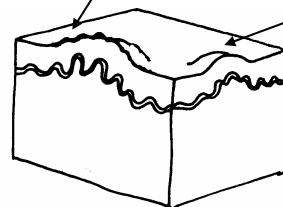
اندفاعات مملو از مایع

- پستول (pustule) - اندفاع که با مایع آبیگین مملو باشد: - با قیح مملو میباشند (وزیکول (کوچک)، آبله (بزرگ))



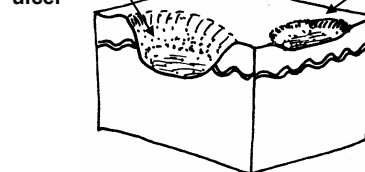
اندفاع برجسته با کنار های واضح

- پیبول (papule) (اگر کوچک باشد) نودبول (nodule) (اگر بزرگ باشد)

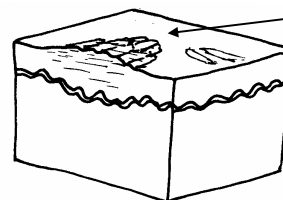


dermis و Epidermis تخریب شده

- خراش (اگر سطحی باشد) • قرحه (اگر بزرگ باشد)



پلاک (plaque)



شکل ۲-۲۰: انواع مختلف اندفاعات جلدی

ارچق تشکل مینماید. به صورت وصفی شما میتوانید تمام انواع اندفاعات مرضی را به صورت همزمان در یک وقت دریابید (شکل ۳-۲۰ دیده شود). ارچق ها حدوداً بعد از ۱۰ روز میافتند و در صورتیکه مریض آنها را نخارد بدون بجا گذاشتن ندبات؛ شفا میشود.

اهتمامات

۱. اندفاعات سپتیک علاوه شده را؛ با *gentian violet* تداوی نمائید.

۲. جهت تسکین خارش؛ لوشن *calamine* و در واقعات شدید *antihistamine* (مثلاً *promethazine*) بدهید.

۳. مریضان مصاب انحطاط سیستم معافیتی (*immunosuppressed*) و کاهلانی را که اعراض صدی دارند با *aciclovir* فمی برای ۷ روز تداوی نمائید (برای اطفال 20 mg/kg/day به ۴ دوز کسری؛ برای کاهلان 800 mg روزانه ۵ مرتبه).



شکل ۳-۲۰: آب چیچک

- تب خفیف
- مراحل مختلف رش در عین وقت قابل دید میباشد:
- ماکول ← پاپول ← وزیکول
- ← پوستول ← ارچق
- خارش

پتی ریاسیز روزی (PITYRIASIS ROSEA)

این مرض معمولاً اشخاص جوان را ماوف میسازد. سبب آن احتمالاً یک ویروس است. رش مرضی با یک اندفاع لکه مانند بزرگ (بیضوی، سرخرنگ، تفلسی با کنار های بارز) شروع مینماید که غالباً مریض متوجه آن نمیشود. بعدتر اندفاعات مشابه ولی کوچکتر بوجود میآیند. مرض معمولاً جذع، عنق و بازو ها را ماووف می سازند. (شکل ۴-۲۰ دیده شود).

این رش بی خطر بوده و تداوی آن لازم نیست. رش ممکن چند هفته بعد به صورت بنفسهی از بین برود. به مریض اطمینان دهید.

رش عمومی (generalized rash)

اگر آفت جلدی؛ ساحه وسیع یا تمام بدن را فراگرفته باشد؛ بنام رش یاد میشود. رش حاد که با تب مترافق باشد؛ معمولاً از باعث یک انتان ویروسی مثلاً سرخکان یا آب چیچک میباشد. اگر مریض رش مشابه را در گذشته نیز داشته باشد؛ رش مذکور غالباً از باعث یک مرض زمینوی اساسی مثلاً اکزیما یا سوریاوز میباشد. اگر بیشتر از یک عضو فامیل در عین زمان مصاب پرابلم مشابه شده باشند؛ رش مذکور معمولاً از باعث امراض ساری مثلاً سکیبیس (*scabies*) بوجود میآمده باشد. اسباب رش های عمومی را در چوکات ببینید.

اسباب رش های عمومی در بدن

رش حاد همراه با تب

- سرخکان
- آب چیچک (خارش)
- سایر امراض ویروسی
- تب مخملک (*scarlet fever*) - انتان سترپتوکوکال، معمولاً با تانسلیت)
- اریتمیا مولتی فورم (*erythema multiforme*)

رش بدون تب

- پتی ریاسیز ورسیکولور (*pityriasis versicolor*) (معمولاً در قسمت بالای صدر)
- پتی ریاسیز روزی (*pityriasis rosea*) (معمولاً در جذع)
- سکیبیس (*scabies*) (خارش، غالباً سایر اعضای فامیل رش های مشابه دارند)
- اریتمیا مولتی فورم (*erythema multiforme*)
- اکزیم وسیع (خارش، مریض قبلاً آنرا داشته است)
- سوریاوز وسیع (مریض قبلاً آنرا داشته)
- حساسیت دوائی، پت (خارش، شروع آنی)

آب چیچک (CHICKENPOX)

آب چیچک؛ یک مرض ویروسی است که معمولاً اطفال خوردسال را ماوف میسازد. این مرض معمولاً خفیف میباشد. مگر میتواند نومونیای شدید را نزد نوزادان و کاهلان، به خصوص اشخاصی که سگرت دود مینمایند و خانم های حامله؛ بار آورد. آب چیچک نزد اشخاص مصاب انحطاط سیستم معافیت ها (مثلاً ایدس) خطرناک میباشد.

تظاهرات کلینیکی

رش های وصفی مرض که شدیداً خارش دارند بعد از یک یا دو روز تب خفیف؛ بوجود میآید. ماکول های سرخرنگ سریعاً به پاپول ها و بعداً وزیکول ها تغیر مینمایند. وزیکول ها به زودی خشک شده

لیمفانجیت (lymphangitis) انتان در امتداد او عیه لمفاوی انتشار مییابد. تظاهرات کلینیکی این انتانات را درد شدید موضعی تشکیل میدهد. با انتشار انتان؛ نزد مریض تب بوجود آمده شخص شدیداً مریض میشود. اگر مریض تداوی نشود؛ ممکن از باعث سپسیس (septicaemia) (شکل ۵-۲۰ دیده شود) فوت نماید.

پستول (pustule) یک وزیکول کوچک مملو از قیح میباشد. یک دانه یا (boil) عبارت از تجمع قیح در محل نشوونمو موی (فولیکول موی) میباشد. impetigo در ذیل دیده شود. انترکس جلدی (cutaneous anthrax) را در صفحه ۲۸۶-۲۸۷ ببینید.

بعض اوقات نزد اطفال؛ اندفاعات منتن متعدد دیده شده میتواند (پایودرما - pyoderma). این اندفاعات اکثراً بصورت ثانوی بعد از منتن شدن سکیبیس (scabies) و اکزیما بوجود میآیند. درچنین حالت؛ اول حادثه انتانی تداوی شود بعداً علت اساسی جستجو شود.

چطور میتوان انتانات جلدی را تداوی نمود؟

اساسات تداوی انتانات جلدی همیشه یکسان اند:

۱. اگر انتان موضعی باشد؛ ارچق ها را با آب؛ صابون پاک نموده gentian violet را روزانه دو مرتبه تطبیق نمائید.
۲. اگر علایم انتشار انتان موجود باشد، با انتی بیوتیک آنرا تداوی نمائید.

• **لیمفانجیت (lymphangitis)، سیلولیت (cellulitis)** و لیمفادینیت (lymphadenitis) را با *penicillin V* فمی تداوی نمائید.

– اگر جواب ندهد؛ *cloxacillin* فمی را علاوه نمائید.

– اگر انتان شدید باشد؛ *benzylpenicillin* + *procaine cloxacillin* را از طریق وریدی یا عضلی را تطبیق نمائید.

– اگر در مقابل *penicillin* حساسیت وجود داشته باشد؛ *erythromycin* بدهید.

اسباب اریتیم (erythema)

اسباب معمول

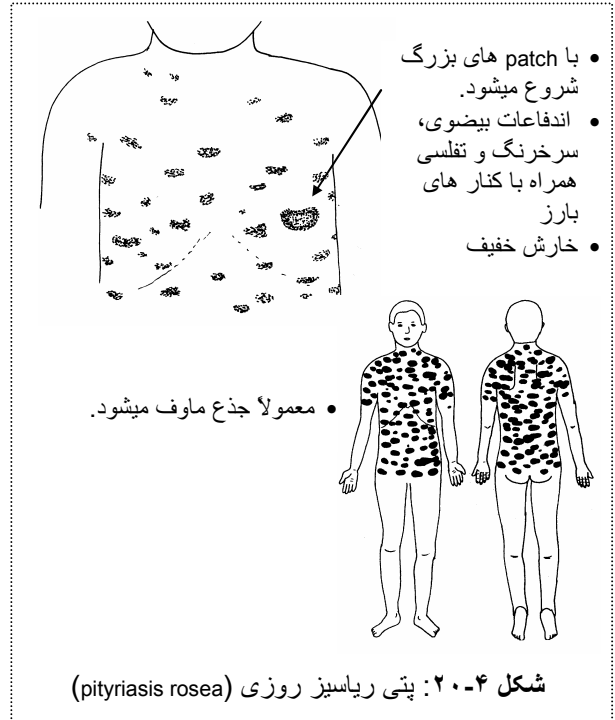
• انتانات موضعی بکتریائی

سایر اسباب

- سوخته گی های سطحی
- اریتیم نودوزوم (erythema nodosum)

اریتیمای مزمن

- لیکن پلانوس (lichen planus)
- لوپس اریتیماتوس (lupus erythematosus) تحت الجلدی (رش های وصفی شب پره مانند)



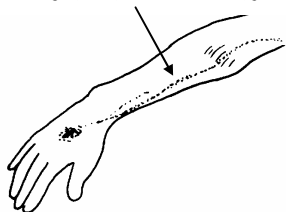
انتانات بکتریایی جلدی (سرخرنگ، گرم، حساس، ارچق های زردرنگ یا پستول ها)

انتانات بکتریایی جلدی بسیار معمول اند. بکتری ها معمولاً *ستافیلوکوکوس (staphylococcus)* ها و *سترپتوکوکوس (streptococcus)* ها؛ میتوانند وارد جلد نورمال شوند. غالباً این ها زمانی داخل جلد میشوند که سطح محافظوی جلد از بین رفته باشد. بکتری ها تكثر نموده و التهاب تاسس مینمایند. تاسس التهاب مفید است چه حجات دفاعی را به ناحیه منتن کشانده تا با بکتری ها مقابله نمایند. التهاب مسؤل ایجاد علایم کلینیکی انتان میباشد؛ او عیه دموی توسع مینماید (سرخی و گرمی)، قابلیت نفوذیه جدار او عیه دموی زیاد شده به حجات دفاعی اجازه میدهد تا از آن عبور نمایند (تورم، و درد ناشی از تورم). یک تعداد زیاد ارگانیزم ها و حجات سفید خون از بین میروند و بخشی از مایعی را که بنام قیح (pus) میشود؛ تشکیل میدهند. بدن کوشش مینماید تا قیح را محصور نماید. اگر این کار شود؛ آبسه (abscess) تشکیل مینماید. اگر آبسه در نزدیک جلد واقع باشد بر قسمت زیرین یا تحتانی جلد فشار وارد نموده بالاخره جلد را باز نموده و به خارج جریان مینماید که با التیام؛ ندبه به جا میگذارد. اگر آبسه از طریق جلد خارج نشود؛ به نشو و نمو خود ادامه میدهد.

بعض اوقات انتان جلدی انتشار نموده انساج را مورد حمله قرار میدهد. در سیلولیت (cellulitis)؛ انتان در انساج به صورت وسیع انتشار مییابد. در

التهاب او عیه لمفاوی:

انتان به امتداد او عیه لمفاوی انتشار میابد. خط سرخرنگ وصفی مرض؛ غالباً در جلد تاریک به مشکل دیده میشود.



سیلولیت (CELLULITIS): التهاب نسج جلدی

انتان به انساج اطراف زخم انتشار نموده و باعث ایجاد تورم، سرخی، حساسیت و گرمی جلد ناحیه میشود. ممکن است آبسه تشکیل نماید.



انتانات موضعی:

جرحه حساس شده و قیج پیدا میشود.

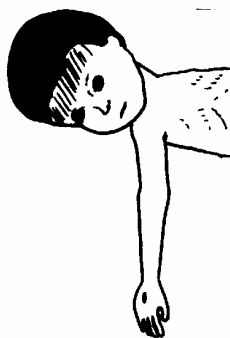
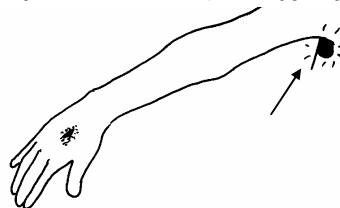


بریده گی کوچک غیر منتن در پشت دست راست



التهاب عقده لمفاوی:

انتان به عقده لمفاوی ساحوی انتشار نموده تورم، حساسیت، گرمی و سرخی آن را بار میاورد. ممکن است آبسه عقده لمفاوی تشکیل نماید.



سپسیس

انتان به دوران خون انتشار میابد. مریض تب داشته و بسیار بیمار می باشد. ممکن مریض فوت شود.

شکل ۵-۲۰: چگونه انتان جلدی انتشار میابد؟ (در یک مثال جرحه کوچک پشت دست نشان داده شده است.)

اهتمامات یک آبسه:

اگر وضعیت عمومی مریض خراب نباشد؛ شما میتوانید آبسه را بدون عمل جراحی باز نمائید: پارچه گاز یا تکه پاک را در آب داغ که مریض را نسوزاند مغطوس نمائید. این پارچه را بروی آبسه گذاشته الی سرد شدن آن انتظار بکشید. بعداً آنرا بار دیگر با داخل نمودن در آب داغ؛ گرم نمائید. این عمل را روزانه چندین بار الی باز شدن آبسه ادامه دهید.

تخلیه بوسیله شق جراحی:

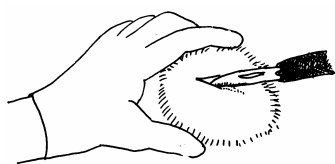
۱. جلد را با ماده انتی سپتیک پاک نموده؛ دست کش ها را بدست تان نمائید.

۲. ناحیه جلد را که میخواهید شق نمائید با زرق نمودن ماده استپتیک موضعی (مثلاً لیدوکائین ۱%) بیحس نمائید. در انساج شدیداً ماوف شده؛ کرختی کامل غالباً ایجاد شده نمیتواند.

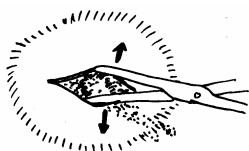
۳. وقتی در مورد تشخیص آبسه در شک هستید؛ با یک سرنج حاوی سوزن کلان، آبسه را آسپیری نموده از موجودیت قیج اطمینان حاصل نمائید.

۴. با دست آزاد تان جلد بالای آبسه را کش نموده در ناحیه که تموج بیشتر دارد و یا بلند تر از سایر نواحی قرار دارد؛ یک شق اجرا نمائید. شق به اندازه کافی بزرگ باشد؛ تا جوف آبسه به خوبی پاک شده بتواند.

انجام شق کوچک؛ اشتباه معمولی است که در نتیجه آن آبسه به خوبی تخلیه نمیشود. این اشتباه باعث آبسه های مکرر یا مزمن میگردد!



۵. نوک فورسپس، سوزن گیر یا قیچی را داخل شق نموده و بعداً آنرا باز نمائید تا تخلیه بهتر صورت گیرد و اطمینان حاصل نمائید که تمام قیج تخلیه میشود. در صورت امکان انگشت تان را داخل جوف آبسه نموده تمام التصاقات موجوده آنرا از بین ببرید.



۶. بخاطر حصول اطمینان از باز ماندن شق؛ یک درن یا یک مقدار گاز را داخل جوف آبسه بگذارید تا قیج باقی مانده به صورت آزادانه تخلیه شود. درن را همه روزه به صورت تدریجی دور نمائید. درن را بعد از ۳-۵ روز به صورت مکمل دور نمائید.



شکل ۶-۲۰: طرز تخلیه یک آبسه

مرداردانه (امپتیگو - IMPETIGO)

مرداردانه (impetigo) یک انتان سطحی است که غالباً در وجه و در اطراف بینی اطفال واقع میشود. این انتان بوسیله بکتری staphylococcus یا streptococcus بوجود میآید. شما ارچق های به رنگ عسل را، بر بالای جلد سرخرنگ میبینید (شکل ۷-۲۰ دیده شود).

• پستول ها (pustules) و دانه ها (boils) را با cloxacillin فمی تداوی کنید.

۳. اگر قیج تشکیل نموده باشد؛ با ساده ترین و سریعتترین میتود آنرا تخلیه نمائید (شکل ۶-۲۰ دیده شود).

اسباب ویزیکول ها**کوچک**

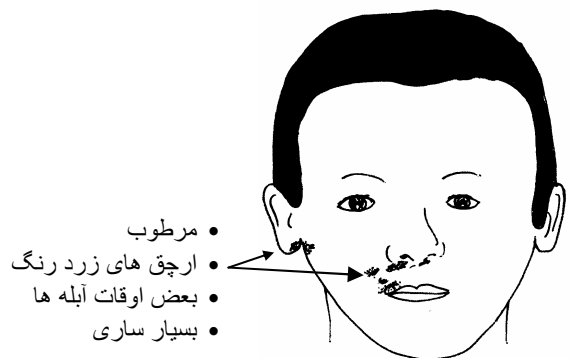
- هرپس زوستر (herpes zoster) و هرپس سمپلکس (herpes simplex) سایر انتانات ویروسی
 - Chickenpox (آب چیچک)
 - Urticaria (پت)
 - حشره گزیده گی
 - Impetigo (مردار دانه)
 - اکزیما (eczema) و التهاب جلدی تماسی (contact dermatitis)
- اسباب نادر:
- دیرمتیتیز هرپیتیفارمز (dermatitis herpetiformis)

بزرگ (آبله)

- سوخته گی ها
- پمفیگوئید (pemphigoid)
- پمفیگوس (pemphigus)
- Porphyria (پارفیریا)
- Urticaria (پت)

بعض اوقات ویزیکول های مملو از مایع تشکل مینماید (انتان staphylococcus).

۱. ارچق ها را با آب و صابون دور نمائید.
۲. مرجم fusidic acid یا gentian violet را تطبیق نمائید.
۳. اگر وضعیت طفل خوب نباشد و انتان منتشر باشد؛ وی را با cloxacillin تداوی نمائید. اگر در مقابل penicillin حساسیت وجود داشته باشد؛ erythromycin بدهید.
۴. به خانواده مریض توصیه نمائید که مردار دانه (impetigo) فوق العاده ساری بوده به آسانی به همه اشخاص دیگر؛ سرایت نموده میتواند.



شکل ۷-۲۰: مردار دانه (impetigo)



- درد؛ قبل از رش شروع میشود.
- رش امتداد عصب را تعقیب نموده و در نصف بدن واقع میشود.
- رش ها مراحل ماکول - پاپول - ویزیکول - پوستول - ارچق را طی مینمایند.

Herpes zoster در چشم

- التهاب منظمی ویروسی شدید، خطر قرحات قرنی



شکل ۸-۲۰: هرپس زوستر (herpes zoster)

چطور باید از انتانات جلدی؛ جلوگیری نمود؟

- انتانات جلدی با حفظ الصحه ساده؛ قابل جلوگیری اند. برای بیمار ان گفته شود:
۱. بدن شانرا حد اقل هفته دو بار با آب و صابون بشویند.
 ۲. ناخن ها را هفته یک بار کوتاه نمایند.
 ۳. لباس پاک بپوشند.

اسباب پوستول ها

- انتانات بکتریایی
- سوریااز (psoriasis)

چیچک؛ ویروس عامل مرض؛ در گانگلیون عصبی باقی مینماید. بعداً ویروس به دلایل ناشناخته دوباره فعال شده و در نواحی که توسط این گانگلیون تعصیب میشوند (dermatome)؛ ویزیکول ها بوجود میاید و دلیل این موضوع نامعلوم میباشد (شکل ۸-۲۰ دیده شود). به صورت وصفی درد، ضعیفی عمومی و بعض اوقات تب قبل از اندفاعات بوجود میایند. این ویزیکول ها همانند ویزیکول های آب چیچک مراحل مشابه را گذشتانده بدون اختلالات التیام مییابند.

اندفاعات جلدی مملو از مایع (ویزیکول ها و آبله ها)**هرپس زوستر (HERPES ZOSTER)**

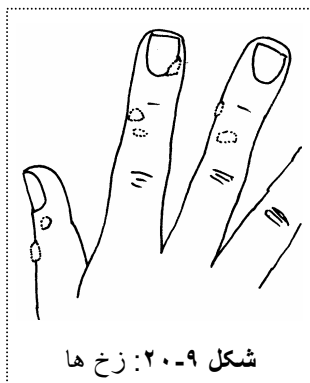
هرپس زوستر (herpes zoster)؛ از اثر ویروس مشابه به؛ عامل آب چیچک؛ بوجود میاید. بعد از انتان آب

پمفیگوس (PEMPHIGUS)

پمفیگوس (pemphigus) یک مرض اوتوایمون (autoimmune) است که کاهلان جوان را ماوف میسازد. شما آبله های نرم را که به آسانی می ترکند درمیابید. زمانیکه این آبله می ترکند؛ تخریبات وسیع را بار میآورند. آفات غالباً در دهن شروع میشوند. مریض را با prednisolone برای مدت طولانی تداوی نمائید.

پاپول ها (papules) و نودول ها (nodules)**اسباب نودول ها و پاپول ها**

- زخ ها
- مولسکم کانتجیوزم (molluscum contagiosum)
- تومور های جلدی (سلیم و خبیث)
- علایم امراض سیستمیک، مثلاً در روماتوئید آرتریت و نقرص
- اریتما نودوزوم (erythema nodosum)
- پاپول بحیث جزء از رش های عمومی

زخ ها (WARTS)

زخ ها؛ انتان ویروسی سطحی اند (شکل ۹-۲۰ دیده شود) که پاپول های ضخیم را باعث میشوند. زخ ها غالباً نزد اطفال واقع شده برای ماه ها و سال دوام مینمایند و چون بی خطر اند بهتر است الی زمان از بین رفتن خود بخودی آنها؛ انتظار کشید.

مولسکم کانتجیوزم**(MOLLUSCUM CONTAGIOSUM)**

مولسکم کانتجیوزم (molluscum contagiosum) انتان ویروسی است؛ که به صورت وصفی اطفال خورد سال را ماوف میسازد. درین مریضی پاپول های مدور که در مرکز خود؛ فرورفته گی دارند؛ دیده میشود. این پاپول ها ممکن حاوی مواد سفید رنگ باشند (شکل ۱۰-۲۰ دیده شود).

به فامیل مریض اطمینان دهید که مرض خطر ناک نبوده پاپول ها بعد از چند ماه به صورت بنفسی از بین میروند.

مگر در بعض حالات، هرپس زوستر (herpes zoster) خطرناک بوده اختلالات را بار میآورد:

- اگر عصب تعصیب کننده چشم؛ ماوف شود التهاب منضمی ویروسی شدید و احتمالاً تقرح قرنیه را بار میآورد.
- نزد یک تعداد اشخاص پیر با درد های عصبی عود کننده در ساحه ماوفه بوجود میآید. بعض اوقات این درد ها برای ماه ها و حتی سالها دوام مینماید (نیورلجی بعد از هرپس زوستر - post-herpetic neuralgia).
- نزد اشخاص مصاب انحطاط سیستم معافیتی ممکن هرپس زوستر (herpes zoster) شدید ومنتشر بوجود آید.

اهتمامات

۱. اگر منابع موجود باشد و اعراض مرض در کمتر از ۷۲ ساعت ایجاد شده باشد؛ **aciclovir** را مطابق به مقدار مورد نیاز در آب چیچک؛ بدهید.
۲. مریضانی را که چشمان شان ماوف شده است به متخصص چشم رجعت دهید.
۳. post-herpetic neuralgia را با amitriptyline فمی تداوی نمائید.

هرپس سмплекс (HERPES SIMPLEX)

هرپس سмплекс (herpes simplex)؛ انتان معمول است که کتلات کوچک آبله های شفاف و سخت را؛ بار میآورد. این کتلات معمولاً در اطراف لب ها، بینی و ناحیه تناسلی بوجود آمده ولی میتواند در سایر نواحی بوجود آید. به صورت وصفی؛ قبل از ظهور آبله ها احساس سوزش موجود میباشد. این کتلات در ظرف یک هفته التیام مینمایند؛ مگر تمایل به عود دارد که در محل مشابه و غالباً زمانی واقع میشود که بیمار مصاب مرض تب دار باشد. معمولاً تداوی توصیه نمیشود.

نزد اطفال خوردسال؛ انتان اولی هرپس غالباً -gingivo-stomatitis (ستومتیت) را همراه با قرحات فمی بار میآورند (صفحه ۷۹-۸۰ دیده شود).

انتان فعال herpes تناسلی نزد خانم حامله، نوزاد را در زمان ولادت؛ در معرض خطر بلند قرار میدهد.

پمفیگوئید (PEMPHIGOID)

پمفیگوئید (pemphigoid)؛ یک مرض اوتوایمون اشخاص پیر است که با رش های پت مانند (urticarial) همراه با آبله های سخت میباشد. مریض را با کریم های ستیروئید یا prednisolone فمی تداوی نمائید.

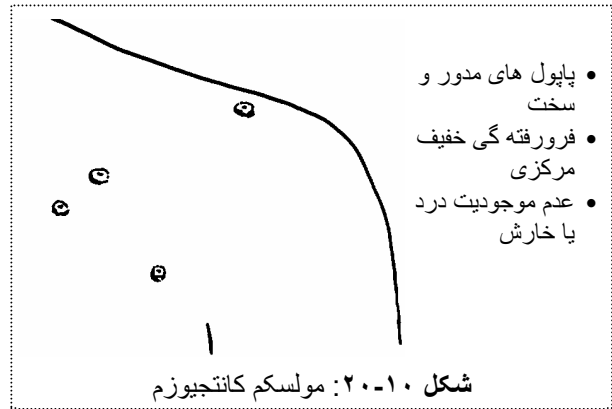
کانشر جلدی (SKIN CANCER)

کانشر جلدی؛ غالباً در نواحی بوجود میآید که در معرض شعاع آفتاب قرار میگیرند (وجه، نرمه های گوش، قسمت ظهري و دست ها - شکل ۱۲-۲۰ دیده شود). کانشر های جلدی نزد اشخاص پیر واقع میشوند. دود نمودن سگرت یک فکتور خطر برای کانشر لب ها میباشد.

Basal cell carcinoma (کارسینومای حجرات قاعدوی) به شکل یک غده مروارید مانند؛ با کنار های مدور؛ معلوم میشود. اگر آنرا به دقت ببینید، در بالای آن یک تعداد اوعیه دموی را دیده میتوانید. این کانشر را در وجه اشخاص پیر؛ دریافت نموده میتوانید. این کانشر با آهسته گی نمو نموده ساختمان های اطراف خود را تخریب مینماید. این کانشراز طریق میتاستاز ها؛ انتشار نمیکند و اگر غده کانسری به صورت تام برداشته شود؛ مریض شفا میشود.

هر گاه نزد اشخاص پیر یک اندفاع غیر منظم و متقروح را که التیام نمینمایند؛ دریابید به کنسر سکوامس سل (**squamous cell carcinoma**) مشکوک شوید. تداوی آن با دور نمودن جراحی آن صورت میگیرد. میتاستاز (**metastases**) آن نادر میباشد.

ملانوما (melanoma) به ندرت نزد اشخاص سیاه پوست؛ دیده میشوند. ملانوما (**melanoma**) ها در هر قسمت بدن واقع شده میتوانند. اگر یک اندفاع صباغی واحد را که کناره های غیر منظم داشته باشد و بزرگتر از ۰,۵ سانتی متر قطر داشته باشد و جسامت آن بزرگتر شده برود نزد یک کاهل دریابید به ملانوما



لیکن پلانوس (LICHEN PLANUS)

سبب این مرض دانسته نشده است. این مرض نزد اطفال نادر است. اندفاعات وصفی آنرا؛ پاپول های که راس آن هموار و در سطح آن خطوط سفید دیده میشود؛ تشکیل میدهد. این پاپول ها شدیداً خارش دارند. این پاپول ها را در نواحی مشخص یافته میتوانید (شکل ۱۱-۲۰) دیده شود. اندفاعات مشابه به لیکن پلانوس (**lichen planus**) از باعث گرفتن chloroquine و یک تعداد دیگر ادویه ضد ملاریا؛ بوجود میآیند.

کریم های ستیروئید را جهت از بین بردن خارش آن تطبیق نمائید. اندفاعات مرضی بعد از ۶-۱۸ ماه خودبه خود از بین میروند.

کارسینومای حجرات قاعدوی (basal cell carcinoma)

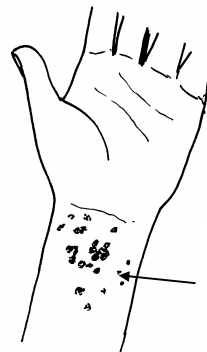
- مریضان پیر
- در جلد مکشوف معروض به آفتاب، معمولاً در وجه
- نودول های سخت همراه با برجسته گی کناره ها و قرحه مرکزی
- عدم موجودیت درد



کارسینومای حجرات فلسی (squamous cell carcinoma)

- مریضان پیر
- در جلد معروض به شعاع آفتاب
- ضخیم شدن جلد همراه با نودول ها و قرحات که التیام نمیکند.
- عدم موجودیت درد

شکل ۱۲-۲۰: کانشر جلدی

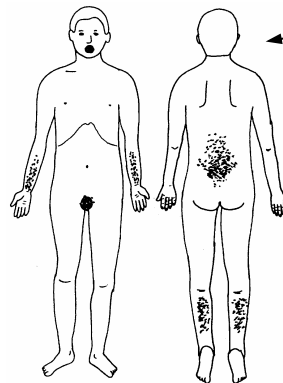


• تریجیوم (pterygium)

- خارش شدید
- پاپول های کوچک همراه با خطوط وصفی سفید (Wickham's striae)

نواحی وصفی:

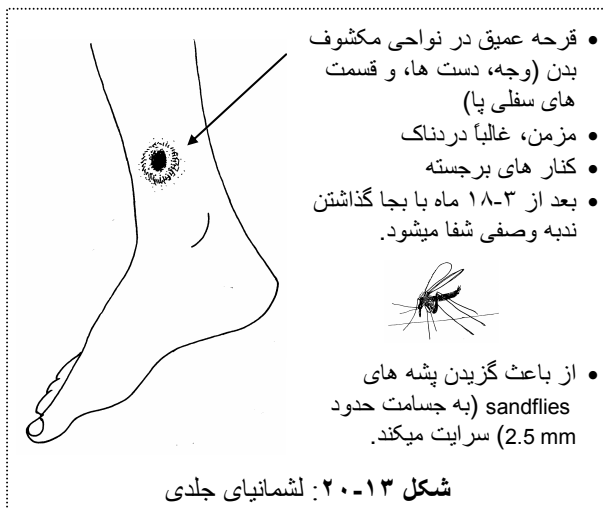
- وجوه قابضه بند دست، ساعد، مفصل قدم و پاها، مگر بعض اوقات در راس و غشاهای مخاطی (سطح داخلی رخسار و ناحیه تناسلی)
- اندفاعات بیشتر در نواحی ترضیضی؛ پدیدار میگرددند.



شکل ۱۱-۲۰: لیکن پلانوس (lichen planus)

به آهسته گی از ۱-۵ سانتی متر از دیاد یافته و سطح آن را یک ارچق میپوشاند. بعداً ارچق مذکور اکتیده و یک قرحه بدون درد؛ مشابه آتش فشان با کنار های برجسته که در مرکز خود دهنه میداشته باشد؛ ایجاد میشود. قرحه میتواند بدون درد باشد یا دردناک شود. قرحه مذکور بعد از ۳-۱۸ ماه خودبخود شفا شده و ندبه به جا میگذارد (شکل ۱۳-۲۰ دیده شود). بعد از التیام مرض؛ شخص در مقابل انتان؛ معافیت حاصل مینماید.

- بعض اوقات اندفاعات ستاره مانند ایجاد شده و یک تعداد مریضان بیشتر از یک قرحه میداشته باشد.
- بعض اوقات عقدات لمفاوی ناحیوی ضخاموی میشوند.
- قرحات به صورت وصفی در نواحی مکشوف بدن: وجه، بازو ها و قسمت های سفلی پا دیده میشوند.



معاینات

تشخیص مرض؛ بوسیله تظاهرات کلینیکی وصفی آن صورت میگیرد ولی میتواند با دریافت پرازیت های مرض در سمیر نسجی؛ که از کنار قرحه فعال گرفته شده باشد؛ تأیید شود.

اهتمامات

۱. اندفاعات ساده مرضی را؛ تداوی ننمائید.
 ۲. اندفاعات ذیل را تداوی نمائید: ● اندفاعات بزرگ ● اندفاعات متعدد ● اندفاعاتی که در مسیر اوویه لمفاوی انتشار نموده باشند و ● اندفاعاتی که توانایی شخص را در انجام فعالیت های روزمره اش محدود نموده باشد (مثلاً اندفاعاتی که بر بالای مفاصل موقعیت داشته باشند).
- در اطراف و زیر زخم در فاصله های ۲-۵ روز؛ $1-5 \text{ ml sodium stibogluconate}$ را زرق کنید.

(melanoma) مشکوک شوید. تنوع رنگ در اندفاع مرضی دیده میشود. این اندفاع بعض اوقات خارش داشته؛ خونده میباشد. ملانوما (melanoma) از طریق میتاستاز سرایت مینماید. اگر غده در مرحله مقدم برداشته نشود؛ انداز آن خراب میباشد.

قرحات جلدی (skin ulcer)

قدم اول رسیدن به تشخیص؛ عبارت از تعیین موقعیت قرحه میباشد (چوکات دیده شود).

بعداً جواب سوال، قرحه چگونه شروع نمود؟ را دریابید و مریض را با دقت معاینه نمائید. معمولاً بدینطریق سبب آن آشکار میشود.

اسباب قرحه جلدی

نواحی مکشوف بدن (وجه، دست ها، پاها)

● لشمانيای جلدی

ناحیه تناسلی

● انتانات مقاربتی

ثدییه

● آبسه های ثدییه (پستان) معمولاً نزد خانم های که به طفل شیر میدهند.

● کانسر ثدییه (معمولاً نزد خانم های پیرتر)

در قسمت سفلی پا

● جذام (لیروسی)

● دیابت

در هر قسمت

● انتانات بکتریایی

● اوستیومیالیت

● زخم های بستر (مریضان فلج یا محکوم به بستر)

● توبرکلوز جلدی

● سو تغذی شدید (معمولاً پاها)

● دفتری جلدی

● قرحه وریدی یا شریانی (معمولاً پاها)

● کانسر جلدی (معمولاً در نواحی معروض به شعاع آفتاب)

لشمانيای جلدی

(CUTANEOUS LEISHMANIASIS)

لشمانيای جلدی یک مرض پرازیتی جلدی معمول است که از طریق وخذه پشه (sandfly) انتشار مینماید. وخذه توسط این پشه معمولاً از ماه ثور الی سنبله صورت میگیرد.

تظاهرات کلینیکی

- یک پاپول سرخ رنگ خارش دار؛ چند هفته یا چند ماه بعد از گزیدن پشه بوجود میآید. اندازه این پاپول

پوشیده می باشند و معمولاً قبل از التیام و بجا گذاشتن ندبه؛ برای ماه ها بدون تغییر باقی میمانند.

● **آبسه توبرکلوزیک ممکن** ریچر نموده قرحه حاوی کنار های خیلی نا منظم و قاعده پاک را بجا گذارد. سکروفولدرما (scrofulderma) عبارت از ندبه است؛ که از تخریب جلد از اثر آفت زمینوی توبرکلوزیک؛ که معمولاً عقده لمفاوی میباشد، بوجود میآید.

● **لوپس ویلگاریس (lupus vulgaris)** معمولاً سر و گردن را ماوف میسازد. نودول های جیلی مانند بوجود آمده بعض اوقات تقرح مینمایند. لوپس ویلگاریس (lupus vulgaris) یک حالت خیلی مزمن بوده؛ تندب و تخریبات وسیع را از خود بجا میگذارد.

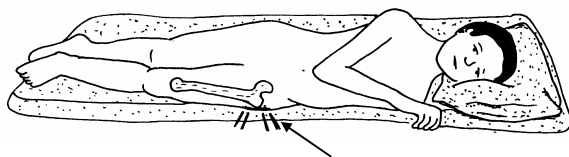
تمام انواع توبرکلوز جلدی به تداوی ستندرد کتگوری سوم جواب میدهند. همیشه به خاطر داشته باشید که مریض مصاب توبرکلوز جلدی ممکن آفات توبرکلوزیک را در سایر اعضای خود نیز داشته باشد.

قرحات و زخم بستر (PRESSURE SORES)

قرحات و زخم های بستر؛ زمانی بر بالای نواحی عظمی بوجود میآیند که شخص مریض یا فلج برای مدت طولانی بدون حرکت؛ بر بالای آن ساحات بنشینند یا بخوابد. پس جلد بر بالای بستر یا چوکی فشرده شده و اروای دموی ناحیه مختل میگردد (شکل ۱۴-۲۰ دیده شود). در ابتدا یک ساحه سرخرنگ یا تیره رنگ بوجود آمده که بعداً تقرح مینماید. زخم های بستر بسیار خطرناک میباشند زیرا انساج مرده را در برداشته به آسانی منتن میشوند. زخم بستر یکی از اسباب عمده مرگ؛ نزد اشخاص مصاب صدمات نخاع شوکی میباشد. اشخاص ذیل در معرض خطر زخم بستر قرار دارند:

● اشخاص مریض، ضعیف و ناتوان که خود را دور داده نتوانند.

● اشخاصی که بعض قسمت های بدن شان حسیت نداشته و در هنگام تخریب جلدی درد را حس نمایند. اشخاص مصاب صدمات نخاعی در معرض خاص



معمولترین نقطه وقوع زخم های بستر (بالای قسمت علوی عظم ران)

شکل ۱۴-۲۰: محل وصفی زخم بستر

– یا از sodium stibogluconate به مقدار 20 mg/kg/day برای ۱۰ (تا ۲۰) روز بدهید. دوا را از طریق عضلی تطبیق نمایند و در واقعاتی که مقادیر بزرگ ادویه ضرورت باشد؛ آنرا با 50 ml گلوکوز ۵% مخلوط نموده از طریق وریدی در ظرف ۱۰ دقیقه تطبیق نمایند.

نوت: thermotherapy با کاربرد radio frequency waves؛ هم چنان مؤثر است.

وقایه

لشمانیای جلدی را میتوان به طرق ذیل وقایه نمود:

● توصیه نمایند تا مردم درپشه خانه های که با مواد ضد حشره مغطوس شده باشند، استراحت نمایند. هر چند سوراخ های جالی تا اندازه کافی برای پشه ها بزرگ بوده و پشه ها در جالی داخل شده میتوانند؛ مگر ادویه آنها را میکشد.

● مردم با مقدار باقی مانده حشره کش داخل خانه هارا دوا پاشی نمایند تا پشه ها را بکشد (برای ساحاتی توصیه شود که یک تعداد زیاد اشخاص در آن ماوف شده اند).

● مردم محلات بود و باش پشه (sandfly)؛ محلات نمناک و مرطوب مثلاً خانه های کهنه و خرابه؛ را از بین ببرند.

توبرکلوز جلدی (SKIN TUBERCULOSIS)

توبرکلوز جلدی به طرق متعدد تظاهر مینماید. توبرکلوز جلدی معمول نبوده و تشخیص آن غالباً از نظر باز میماند.

● **انتان اولیه جلدی (primary skin infection):** باسیل توبرکلوز از طریق جروحات کوچک (معمولاً وجه، دست ها و پا ها) وارد جلد میشود. قرحه اولی التیام نموده بعداً یک پاپول بوجود میآید که بعداز تخریب آن قرحه سطحی تشکل مینماید. در عین حال عقدهات لمفاوی ناحیوی ضخاموی میشوند که ممکن دلیل آمدن مریض نزد شما باشد. بنا هر مریض مصاب ضخامه عقدهات لمفاوی را از نظر توبرکلوز جلدی معاینه نمایند. محراق توبرکلوزیک جلدی ممکن به شکل قرحه نباشد بل به شکل ضخیم شدن جلدی که اطراف آنرا لکه ای زردرنگ کوچک در داخل جلد احاطه نموده است تظاهر نماید. بعض اوقات تظاهرات مشابه را در محل ندبه واکسین BCG دریافت می توانید.

● **قرحه منفرد بزرگ بدون درد بر بالای دست ها و وجه.** این قرحات توسط جلد ناهموار و متقلس

دیفتری جلدی (SKIN DIPHTHERIA)

قرحه با یک وزیکول شروع مینماید. این وزیکول به زودی ریچر نموده فوراً یک قرحه بزرگ را میسازد. قرحه عمیق بوده حاوی آگزودات خاکی یا ارچق سیاه رنگ میباشد. جلد اطراف آن سرخ‌رنگ یا آبی رنگ میباشد: دیفتری جلدی در صفحه ۷۸-۷۹ دیده شود.

خطر؛ قرار دارند چه قادر به دور خوردن نبوده همچنان حسیت بعض قسمت های بدن شان معدوم میباشد.

- مریضانی که نزد شان پلاستر بدون گذاشتن پنبه بر بالای بارزه های عظمی؛ تطبیق شده باشد.

وقایه

وقایه زخم بستر نسبت به تداوی آن آسانتر است:

۱. خطرات را به مریض و فامیل وی توضیح بدارید.
۲. وضعیت مریض را هر ۲ ساعت بعد تغیر دهید.
۳. جهت جلوگیری از زخم بستر نواحی عظمی را با پارچه های نرم بپوشانید.

تداوی

۱. با معاینه همه روزه مریضی که در معرض خطر زخم بستر قرار دارد؛ متوجه علایم اولیه خطر زخم بستر باشید. اگر ساحات سرخ‌رنگ یا تیره رنگ دیده شود؛ با استفاده از پارچه های نرم ناحیه را از زخم بستر محافظه نمائید.

۲. اگر زخم های بستر تاسس نموده باشند:

- باید از وارد شدن فشار به طور دایم و تام بالای ناحیه مافه جلوگیری شود. از پارچه ها استفاده شود نه از حلقه ها؛ زیرا سبب قطع جریان خون اطراف زخم شده وضعیت را وخیم میسازد.
- ساحه را کاملاً پاک نمائید. شواهدی وجود ندارد که یک نوع پانسمان را بر نوع دیگر ترجیح دهد کاربرد ادویه بخش مهم اهمات نمیباشد. مگر انتانات را با انتی بیوتیک (مثلاً *amoxicillin + cloxacillin*، علاوه نمودن *metronidazole* را بررسی نمائید) تداوی نمائید.
- زخم را روزانه ۲-۳ مرتبه پاک نمائید. انساج مرده را دور نمائید (شکل ۱۵-۲۰ دیده شود).
- اطمینان حاصل نمائید که مریض غذای خوب می خورد و مصاب سو تغذی نمیباشد.

صفیحات (plaques) و تفلسات (scales)

تفلسات صرف زمانی دیده میشوند که اندفاع مرضی را مالش نمائیم. در آفاتی که با صفیحات همراه باشند؛ توزیع آنها را مشاهده نمائید: توزیع اندفاعات در سوریازس متناظر میباشد. در انتانات فنگسی، توزیع مرض غیر متناظر بوده صرف یک و یا چند اندفاع مرضی موجود بوده که به آهسته گی توسعه یافته و خارش میداشته باشند. اکزیم در ذیل دیده شود.

اسباب پلاک ها یا ارچق ها

- انتانات فنگسی
- تمام جروحات
- مردار دانه (impetigo)
- سوریازس
- لشماتیای جلدی
- انترکس
- اکزیم

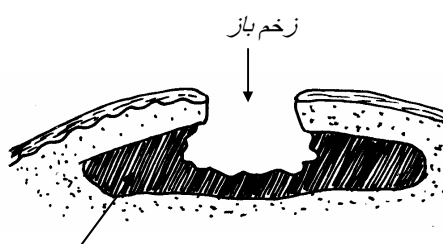
اسباب آفات با تفلسات (scales)

- انتانات فنگسی
- سبورویک دیرماتیتیس (seborrhoeic dermatitis)
- سوریازس (psoriasis)
- پتی ریاسیز ورسیکولور (pityriasis versicolor)
- پتی ریاسی روزیا (pityriasis rosea)

انتانات فنگسی

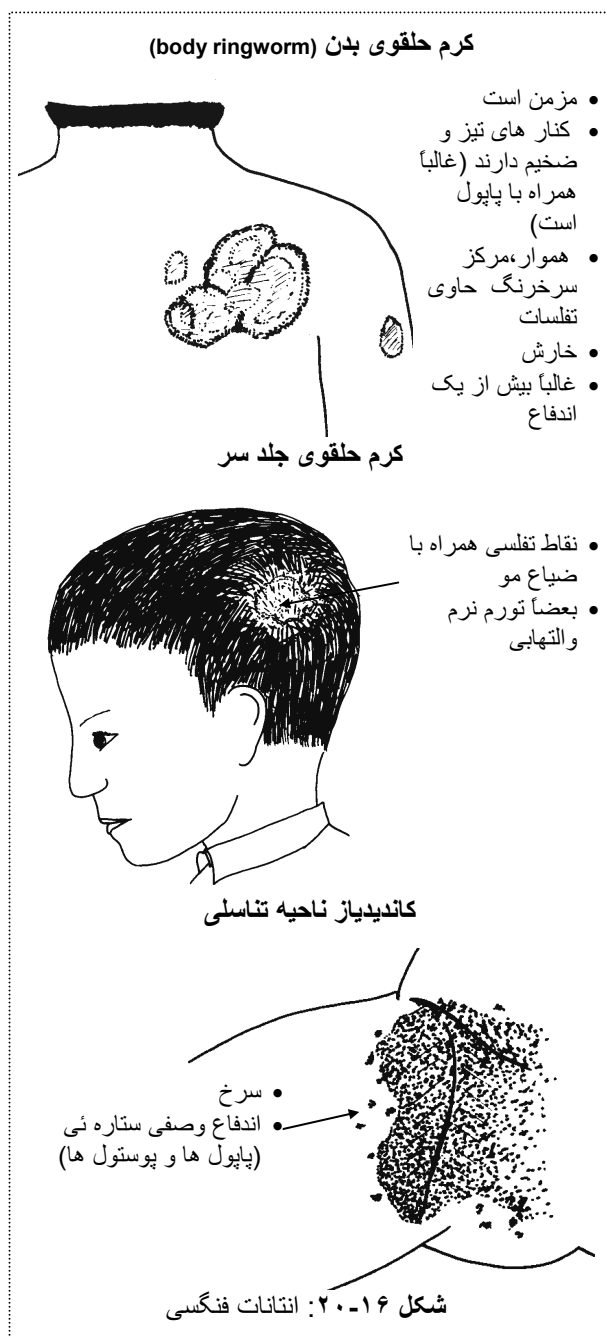
انتانات جلدی فنگسی؛ سطحی معمول اند. این انتانات ممکن از طریق حیوانات یا خاک به انسانها سرایت نمایند. انتان جلد راس؛ غالباً زمانی واقع میشوند که موهای اطفال با پل های ناپاک تراش شوند. هرگاه یک اندفاع مجرد، خشک، خارش دار و متفلس را که بدون کدام دلیل واضح (مثلاً بدون موجودیت تاریخچه اکزیم) واقع شده باشد؛ میبینید به انتان فنگسی مشکوک شوید.

اگر اندفاع مرضی به طور غلط با ستیروئید ها تداوی شده باشد؛ تظاهر آن خیلی غیروصفی میباشد. خارش مرض بهبود یافته ولی آفت تشدید میشود.



انساج نکروتیک (مرده) در تحت کنار های زخم دیده میشوند. این انساج ممکن برنگ خاکی، سیاه یا سبزرنگ باشند. در صورت منتن بودن، بدبوی میباشد. این نسج مرده باید دور شود تا زخم التیام یابد.

شکل ۱۵-۲۰: نسج مرده در یک زخم بستر



کرم حلقوی (ringworm یا tinea - تینیا)

کرم حلقوی در نواحی مختلفه بدن نشونمو نموده میتواند؛ مثلاً پاها، ناحیه مغبنی، جذع، جلد راس و ناخن ها. به دلیل اینکه کناره های اندفاع به یک کرم مشابهت میرساند؛ بنام کرم حلقوی (ringworm) یاد میشود. هرچند کرم حلقوی در انتانات ناشی از کرم ها دخیل نمیشد.

اندفاعات مرضی با خارش همراه بوده، کناره های واضح برجسته داشته که توسعه مییابد. قسمت مرکزی آفت غالباً نورمال میباشد. زمانی که اندفاعات را بمالید، تفلسات را دریافته میتوانید. اگر انتان در جلد راس واقع شده باشد (tinea capitis) شما وریقات تفلسی را همراه با ضیاع مو و بعض اوقات تورم التهابی پوقانه یی (boggy) مانند؛ دریافته میتوانید (شکل ۱۶-۲۰ دیده شود).

اهتمامات کرم حلقوی

۱. کریم *clotrimazole* (یا *miconazole*) را روزانه ۲ بار تطبیق نمایند.

۲. انتانات جلد راس و سایر اندفاعات را که در ظرف ۲ هفته با تداوی موضعی شفا نشده باشد؛ با *griseofulvin* فمی برای ۶-۸ هفته تداوی نمایند. تورم تفلسی پوقانه یی (boggy) مانند یک آبسه نمیشد. این آفات با *griseofulvin* بهبود حاصل مینماید و عملیه جراحی توصیه نمیشود.

برفک سطحی (superficial candidiasis)

برعلاوه انتانات فمی و مهیلی؛ برفک میتواند جلد مرطوب و التوات جلدی (مثلاً چمکی نواحی طفل که با تکه ها پوشانیده می شود، تحت ثدیة ها یا ناحیه مغبنی) را منتن سازد. جلد منتن بسیار سرخ رنگ و مرطوب میباشد. شما غالباً یک تعداد کم پاپول ها را در نزدیک سرحد رش (اندفاع ستاره مانند) یافته میتوانید. (شکل ۱۶-۲۰ دیده شود).

اهتمامات برفک

۱. ساحه ماوفه را خشک نگهدارید.

۲. کریم *clotrimazole* (یا مرخم Whitfield's یا *miconazole*) روزانه ۲ مرتبه تطبیق شود.

سوریازز (PSORIASIS)

سوریازز یک مرض جلدی التهابی مزمن است که غالباً چندین عضو یک فامیل را مصاب میسازد. سبب مرض شناخته نشده مگر فشارها، انتانات سترپتوکوکال، ترضیضات موضعی و دواها (مثلاً

ادویه ضد ملاریا و بیتابلاکر ها مثل *atenolol*) ممکن سبب اشتعال اندفاعات مرضی گردند.

تظاهرات کلینیکی

اندفاعات وصفی سوریازز با صفیحات مشخص سرخ رنگ که با تفلسات نقره ئی همراه است؛ دیده میشوند. اندفاعات مرضی توضع وصفی دارد (شکل ۱۷-۲۰ دیده شود). اندفاعات مرضی بامعروضیت به شعاع آفتاب؛ بهبودی کسب مینماید. بعض اوقات پوستول های معقم در کف دست ها یا کف پاها دریافت میشوند. اندفاعات جلدی سوریازز خطرناک نیستند ولی نزد یک تعداد مریضان، آرتريت مزمن ایجاد میشود.

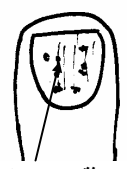
سیبورهیک درماتیتیس (SEBORRHOEIC DERMATITIS)

در seborrhoeic dermatitis جلد راس، ابروها و قابضه ها توسط اندفاعات سرخرنگ خشک و تفلسات پوشانیده میباشند. این مرض احتمالاً از باعث فرط نشوونومی خمیر مایه ها (yeasts) بوجود میآید (شکل ۱۸-۲۰ دیده شود). مرض بی خطر است. این مریضی بعضی اوقات نزد اطفال خوردسال واقع شده با impetigo منتشر به اشتباه گرفته میشود.

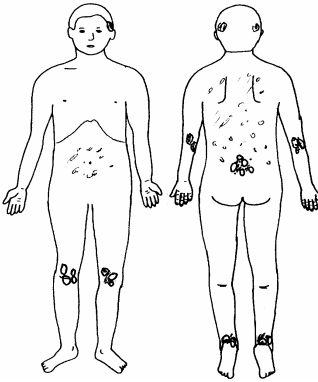
۱. توصیه نمائید تا بروی اندفاعات از چرب کننده ها (emollient) تطبیق نمایندو چند ساعت بعد آنرا بشویند.

۲. کریم استروئید ضعیف همراه با کریم clotrimazole تطبیق گردد. نزد کاهلان؛ غالباً ضرورت میافتد تا تداوی به وقفه ها تکرار شود. به والدین اطفال اطمینان دهید که سیبورهیک درماتیتیس (seborrhoeic dermatitis) اطفال با بزرگ شدن آنها از بین میرود.

- غالباً سایر اعضای فامیل ماوف میباشند.
- خارش ندارد.
- آفت در محل ترضیض بوجود میاید. (Koebner's phenomenon)
- بهبودی اندفاعات مرض در شعاع آفتاب
- بعضی اوقات با آرتریت مترافق میباشند.



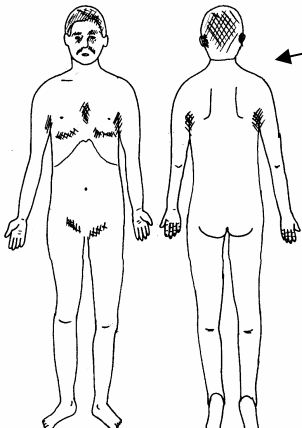
- چقر رفتن و ضخیم شدن ناخن ها
- سطوح باسطنه آرنج ها و زانو ها نواحی وصفی اند
- اندفاعات مرضی جلد راس.



- پلاک های نقره مانند، حاوی حوایی مشخص و متفلس (بعضی اوقات شدید و وسیع) اریثیما (سرخ)
- آفت در کف دست و پا دیده شده بعضی اوقات پوستول ها دیده میشود.

شکل ۱۷-۲۰: سوریاز

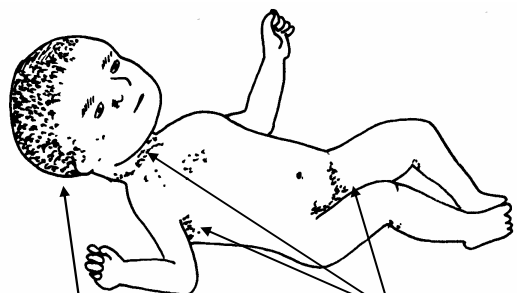
کاهلان:



- نواحی وصفی آن عبارت است از جلد راس، گوش ها و ابرو ها، بالای عظم قفس، جوف ابط، تحت ثدیبه ها و در ناحیه مغبنی
- اندفاعات مرضی سرخرنگ همراه با ارچق های زردرنگ
- وضعیت مریض خوب میباشند.

اطفال خوردسال:

- سن ۲-۳ ماه
- وضعیت طفل خوب بوده و آفت، طفل را ناآرام نمیسازد.



- همچنان نواحی قابضه گردن، گوش ها، ابرو ها، جوف ابط و نواحی که تکه گرفته میشود غالباً ماوف میشوند.
- جلد راس طفل با تفلسات خشک و چرب پوشیده است (کلاه)

شکل ۱۸-۲۰: سیبورهیک درماتیتیس

اهتمامات

۱. از تمام فکتورهای که مرض را تشدید مینمایند، جلوگیری نمائید. به مریض توضیح دهید که سبب مرض شناخته نشده است. تمایل به انکشاف سوریازز بخش از بنیه مریض میباشند. هدف تداوی را کنترل مرض؛ تشکیل میدهد.

۲. از امیولینت (مواد چرب کننده بدن) استفاده شود.

۳. *Coal tar* برای تداوی اندفاعات ثابت موثر و مصئون بوده ولی ساحات حاوی التهاب حاد را تخریش مینماید. جهت تداوی اندفاعات ضخیم این مواد را با ۲۰% salicylic acid یکجا نمائید.

۴. *Dithranol* میتواند تخریش جلدی را بار آورد. این مواد را بادقت کامل صرف بر بالای نواحی ماوفه تطبیق نموده بعداز ۲۰-۳۰ دقیقه بشوئید؛ از غلظت های ۰,۱%، آن شروع نموده در صورتیکه مریض تحمل نموده بتواند آنرا به غلظت های ۰,۲۵% ← ۰,۵% ← ۱% بالا ببرید.

۵. **ستروئید ها** سبب بهبود موقت مرض میشود ولی از تطبیق دوامدار آن اجتناب نمائید چه سوریازز فوراً دوباره عود مینماید.

۶. در صورت وقوع آرتریت؛ مریض را به متخصص جلدی راجع نمائید. تداوی آن معمولاً با methotrexate صورت میگیرد.

فصل "۱۵. پرابلم های سیستم عصبی" دریافت می‌توانید. سایر اسباب تقریباً صباغ جلدی را در چوکات ببینید.

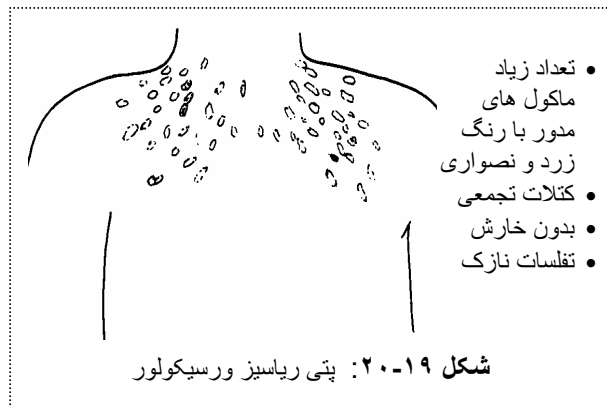
اسباب تنقیص صباغ جلدی

- بعد از التهاب (تندب)
- برص (وتیلیگو - vitiligo)
- پتی ریاسیز ورسیکولور (pityriasis versicolor)
- پتی ریاسیز البا (pityriasis alba)
- جذام (لپروسی - leprosy)

پتی ریاسیز ورسیکولور (PITYRIASIS VERSICOLOR)

پتی ریاسیز ورسیکولور (pityriasis versicolor) در اقلیم گرم و مرطوب معمول می‌باشد. این مرض یک انتان فنگسی نبوده مگر از باعث فرط نشوونموی yeast ها (خمیر مایه ها) بر بالای جلد بوجود می‌آید. رش های مرض معمولاً بالای صدر مریض دیده میشوند. این رش ها از یک تعداد زیاد ماکول های زرد باشند. شما می‌توانید تقلسات نازک را دریابید (شکل ۱۹-۲۰ دیده شود).

مرض بی خطر است. به مریض توصیه نمائید که هر زمانیکه عرق مینماید، بدن خود را بصورت منظم بشوید و در صورت خواست کریم clotrimazole را روزانه ۲ مرتبه تطبیق نماید.



پتی ریاسیز البا (PITYRIASIS ALBA)

این مرض با لکه های خشک؛ سفید رنگ در وجه اطفال تظاهر مینماید. این مرض یکنوع دیگر تاپک اکزیما (atopic eczema) می‌باشد. این مرض علامه مصابیت با کرم نمی‌باشد. مریض را با واسلین (Vaseline) یا کریم 0.5% hydrocortisone برای ۵ روز مداوم نمائید.

اورتیکاریا (urticaria)، الرژی و اندفاعات ناشی از ادویه

اورتیکاریا (urticaria) عبارت از رش جلدی است که بوسیله الرژن ها (مثلاً دواها، غذا، مواد کیمیایی یا وخذه حشرات) بوجود می‌آید. الرژن ها باعث آزاد شدن هستامین و سایر مواد در جلد میشود. این مواد سبب انیمای طبقه درم میشود که به شکل رش های جلدی حاد و خارش دار (پت) دیده میشود. طبقه اپیدرم نورمال میباشد. بعض اوقات این عکس العمل ها با درد های مفصلی، درد معده و تب همراه میباشد. اورتیکاریا (urticaria) ممکن بخشی از عکس العمل های الرژیک تهدید کننده حیات باشد.

اهتمامات آن در صفحه ۳۱۶ دیده شود.

اگر اورتیکاریا (urticaria) برای چندین هفته دوام نماید؛ مریض را در مقابل کرم ها چنگکی که بعض اوقات اورتیکاریا (urticaria) مزمن را بار می‌آورند (مثلاً اسکاریس و کرم های چنگکی - hookworm)، مداوی نمائید. هرچند غالباً اسباب اورتیکاریا (urticaria) مزمن ناشناخته باقی می ماند.

اندفاعات ناشی از ادویه (DRUG ERUPTIONS)

یک تعداد عوارض جانبی دواهای ممکن است اندفاعات جلدی را بار آورند. غالباً رش های ناشی از ادویه به صورت متناظر واقع میشوند. هر زمانیکه ادویه مذکور دوباره اخذ گردد، رش های مذکور دوباره در همان ناحیه قبلی تاسس مینماید:

- اورتیکاریا (urticaria) (پت)
- احمرار (اریتما - erythema)
- اریتما ملتیفورم (erythema multiforme)

اهتمامات

۱. تمام دواهای را که احتمالاً سبب عکس العمل (حساسیت) می‌باشند؛ قطع نمائید.

۲. جهت دریافت دوا عامل عکس العمل، صرف دواهای ضروری را یکی بعد دیگری شروع نمائید.

تقریب صباغ جلدی (hypopigmentation)

هر زمانی که یک اندفاع hypopigmented را ببینید به موجودیت جذام (leprosy) فکر نمائید. اندفاعات جلدی علایم واضح مرض جذام می‌باشند، ولی تخریبات در نسج عصبی واقع میشود. بناً شما مرض جذام را در

برص (وتیلیگو - VITILIGO)

درین مرض حجراتی که صباغ نورمال جلدی را تولید مینمایند وظایف خود را به صورت نورمال انجام نداده و نواحی موضعی از جلد بدون صباغ میشوند (depigmentation). depigmentation مذکور متناظر و ماکولر بوده و دارای حوافی واضح میباشد. خارش و تفلس وجود ندارد و حسیت نورمال میباشد (شکل ۲۰-۲۰ دیده شود). مرض تداوی نداشته و ضرورت هم به تداوی ندارد.



۱. خطر سوخته گی ناشی از آفتاب و کانسر جلدی: جلد این اشخاص باید به اشعه آفتاب معروض نشود. لباس حاوی آستین های دراز و کلاه پوشیده شود. از لوشن های محافظوی جلد استعمال نمایند.
۲. خطر تخریب چشم و رویت خراب. زمانیکه خانه را ترک مینمایند؛ عینک های آفتابی به چشم نمایند.

خارش (pruritus)

حالت خارش همراه با تغییرات جلدی را، از خارش بدون تغییرات جلدی تفریق نمائید (چوکات دیده شود). اگر تغییرات جلدی دریافت نشود تست های ذیل خون را انجام دهید: (blood sugar)، Hb، WBC، GPT (ALT)، (گلوکوز) و creatinine. عکس العمل های دوائی، اورتیکاریا (urticaria) و لیکن پلانوس (lichen planus) را در بالا ببینید.

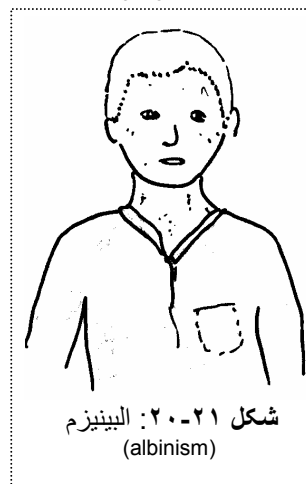
اهتمامات عمومی خارش

۱. سبب زمینوی را دریافته تداوی نمایند.
۲. یک کریم مرطوب کننده ساده را جهت نرم ساختن جلد توصیه نمایند.
۳. جهت از بین بردن خارش calamine لوشن و انتی هستامینیک های فمی (مثلاً promethazine) را توصیه نمایند.

البینیزم (ALBINISM)

البینیزم (albinism) یک مرض ارثی است. نزد مریضان مصاب البینیزم؛ فقدان تام صباغ جلدی بصورت ولادی دیده میشود.

تشخیص این مرض بسیار آسان است. جلد این اشخاص سفید گلابی رنگ بوده، موهای شان سفید و قزحیه چشم شان گلابی میباشد (شکل ۲۰-۲۱ دیده شود). نزد این اشخاص صباغ جلدی که عضویت را از اثرات خطرناک اشعه آفتاب محافظت مینماید، موجود نمیباشد.



بنأ اشخاص مصاب البینیزم خصوصاً در ممالک حاره و تحت حاره در معرض خطرات متعدد قرار دارند. به فامیل هایکه اطفال مصاب البینیزم دارند در مورد خطرات و طرز محافظه نوزادن از خطرات چیزی بیاموزانید:

سکبیسیس (SCABIES)

این مرض توسط پرازیت scabies mite بوجود میاید. عامل مرض؛ در تونل های جلدی زنده گی مینماید.

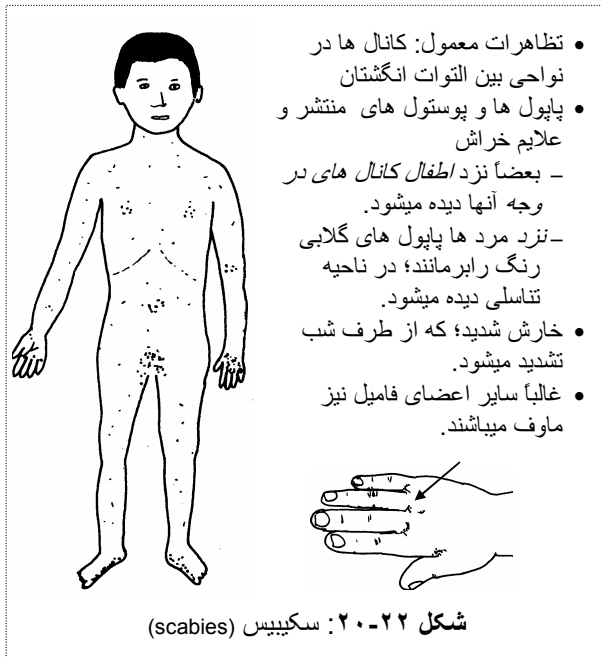
اسباب خارش

همراه با اندفاعات مرضی جلدی

- سکبیسیس (scabies)
- اورتیکاریا و عکس العمل دوائی
- شیش
- وخذه حشرات (گزیده گی)
- تماس با مواد مخرش
- انتانات فنگسی
- رش های ناشی از گرمی
- ایدس
- در متیتیز هرپیتیفارمز (dermatitis herpetiformis)

بدون اندفاعات مرضی جلدی

- عکس العمل دوائی
- عدم کفایه مزمن کلیه
- عدم کفایه مزمن کبد
- دیابت شکاری
- کانسر اعضای داخلی (خصوصاً لمفوما)
- کمخونی ناشی از فقدان آهن



شیش زده گی (LICE INFESTATION)

سه نوع شیش وجود دارد: شیش بدن که در لباس شخص زنده گی نموده؛ صرف جهت اخذ خون برای تغذی خود وارد جلد میشوند. شیش سر و شیش عانه مستقیماً بر بالای جلد زنده گی دارند (جلد راس و ناحیه عانه). این شیش ها تخم میگذارند و تخم آنها بر بالای موهای ناحیه چسبیده میباشند و شما میتوانید آنها را ببینید (شکل ۲۰-۲۳ دیده شود).

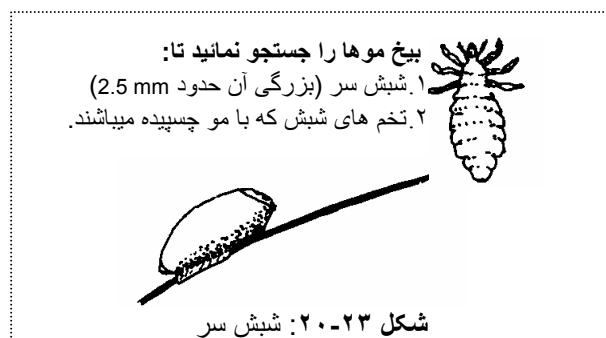
شیش؛ خارش شدید را بار آورده باعث میشود تا شخص خود را بخارد. خاریدن جلد غالباً آن را تخریب نموده و انتانات ازین طریق وارد بدن شده میتوانند.

اهتمامات شیش سر و عانه

۱. در شیش سر؛ باید از کریم 5% یا لوشن *permethrin* 1% بر موها تطبیق نموده آنرا برای ۱۲ ساعت یا تمام شب بگذارند و بعداً آنرا بشویند. در شیش عانه *permethrin* را بر تمام بدن تطبیق نماید.

در عوض میتوان از لوشن 25% *benzyl benzoate* نیز استفاده نمود.

۲. تداوی را باید بعد از ۷ روز تکرار نماید.



عامل مرض بوسیله تماس های شخصی و نزدیک؛ بین اعضای فامیل؛ سرایت مینماید. در ابتدا کدام عرض موجود نمیشد. بعدتر در هفته ۲-۴ مریضی؛ رش های جلدی پاپولر منتشر که شدیداً خارش میداشته باشد؛ بوجود میآید. این رش از باعث فرط حساسیت بدن در مقابل عامل مرض بوجود میآید. خارش از طرف شب شدید میباشند.

رش ها وسیعاً منتشر میباشند ولی پاپول ها و بعض اوقات تونل ها را؛ خصوصاً در ساحاتی که درشکل ۲۰-۲۲ نشان داده شده اند، یافته میتوانید.

اهتمامات

۱. تمام اعضای خانواده را در یک وقت تداوی نمایند؛ در غیر آن مرض ممکن دوباره عود نماید زیرا یک تعداد اعضای فامیل بدون عرض میباشند.

۲. هر شخص باید بدن خود را خوب بشوید و ناخن های خود را قطع نموده پاک نگهدارد.

۳. مریض را *permethrin* 5% بدهید تا کریم را به استثنای روی خود؛ باید بر تمام بدن تطبیق نماید. بعداً لباس پاک بشوید. *permethrin* را ۸-۱۲ ساعت بعد بشوید. اطمینان حاصل نمائید که دوا بر بالای جوف ابطی، بند دستان و ناحیه عانه تطبیق شده است. نزد اطفال کوچک دوا را بر بالای روی، جلد سر، گردن و گوش هایش نیز تطبیق نمائید.

یا لوشن 25% *benzyl benzoate (BBE)* را که ممکن جلد را تخریش نماید؛ بدهید. این دوا را بر تمام نواحی بدن تطبیق نمائید ولی از تماس آن به چشمان و نواحی تخریب شده جلدی خوداری نمائید. اگر انتان ثانوی وجود داشته باشد؛ قبل از تطبیق *BBE* انتان را تداوی نمائید. *BBE* را برای ۲۴ ساعت نشویند. این دوا را روز بعد نیز تکرار نمائید و در فاصله این دوبار تطبیق دوا؛ جلد را نشوید. سپس جلد را بعد از ۲۴ ساعت بشویند.

۴. به فامیل مریض توصیه نمائید که کالاهای و روجایی های خود را بشویند یا آنها را اتو نمایند و یا آنها را در بین یک بکس یا خریطه پلاستیکی برای ۳ روز نگهدارند. عامل مرض (mite) نمیتواند برای بیشتر از ۷۲ ساعت دور از میزبان خود زنده بماند و در نتیجه میمیرد.

۵. به مریض توضیح نمائید که ممکن خارش و یک تعداد از پاپول ها (خصوصاً در نواحی قضیب) برای چند هفته بعد از تداوی موفقانه، باز هم باقی بمانند.

۶. خارش را با *antihistamine* ها (مثلاً *promethazin*) و *calamine* لوشن تداوی نمائید.

اهتمامات شبش بدن

این شبش در لباس زنده گی مینماید نه بر بالای بدن. به مریض توصیه نمائید تا لباس خود را بشوید و آنرا اتو نماید. خود شخص به تداوی ضرورت ندارد.

اکزیما (ECZEMA)

اکزیما یک مرض معمول بوده که از باعث یک تعداد زیاد فکتورهای مختلف بوجود میاید. اکزیما همانند استما و التهاب الرژیک بینی (hay fever) یک مرض اتاپیک (atopic) بوده که در برضی فامیل ها دیده میشود. این مرض معمولاً نزد اطفال نمایان شده با بزرگ شدن اطفال مصابیت از بین میرود.

تظاهرات کلینیکی

اکزیما معمولاً متناظر بوده و توضع بالخاصه دارد. موجودیت یک گروپ از وزیکول ها که با درجات مختلف اکزودات و تقلس همراه میباشند؛ برای اکزیما وصفی میباشند. بعض اوقات خشکی تظاهر اصلی مرض را تشکیل میدهد. مرض شدیداً خارش داشته و غالباً نشان های خارش و انتانات ثانوی بکتریائی را دیده میتوانید (شکل ۲۴-۲۰ دیده شود).

اهتمامات

۱. به فامیل مریض توضیح دهید که تمایل به ایجاد اکزیم؛ منحیث یک جواب عضویت در مقابل فکتور

های مشتعل کننده مختلف؛ بخشی از حالت طبیعی یا بنیوی شخص میباشند.

۲. توضیح دهید که جلد خشک؛ خارش میداشته باشد و آنها باید حد اقل روزانه ۲ مرتبه جلد مریض را با چرب کننده ها (emollient) (ملینات) مرطوب سازند.

۳. ناخن های انگشتان را کوتاه نگهدارند تا از تخریش بیشتر جلد در هنگام خاریدن آن جلوگیری شود.

۴. اگر اندفاعات فعال همراه با خارش شدید موجود باشد؛ مرجم ستیروئید (steroid) یا کریم های ستیروئید؛ تطبیق نمائید مرجم آن بهتر است زیرا چرب تر است. از مستحضرات قوی تر از 1% hydrocortisone در وجه؛ استعمال ننمائید. مستحضرات قویتر را بالای اندفاعاتی که در وجه نیستند؛ برای ۷ روز استعمال نمائید. بعداً از مستحضرات ضعیف تر استفاده نمائید. ستیروئید های موضعی را برای مدت طولانی تطبیق ننمائید زیرا سبب نازک شدن جلد میشوند. ستیروئید های موضعی نیز جذب بدن شده عوارض جانبی مشابه به ستیروئیدهای فمی را به شمول انحطاط غده درینال، خصوصاً نزد اطفال؛ دارا اند.

۵. اگر اندفاعات؛ التهابی و مرطوب اند، یک پارچه را در آب جوش داده سرد؛ مغطوس نموده آنرا بالای اندفاع بگذارید.

۶. اگر خارش سبب ایجاد مشکلات شده باشد یک antihistaminic بدهید.

التهاب جلدی تماسی

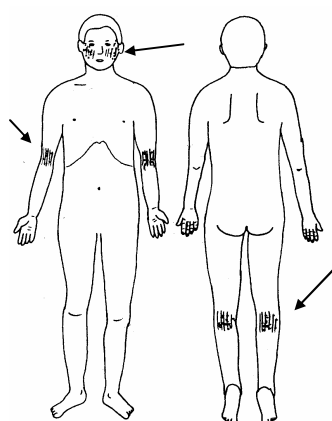
(CONTACT DERMATITIS)

یک تعداد زیاد مواد ممکن عکس العمل های الرژیک موضعی جلدی یا تخریش ساده جلد را بار آورند. التهاب جلدی تماسی (contact dermatitis) یک عکس العمل الرژیک موضعی معمول میباشند که از باعث الرژی با فلزات (مثلاً گوشواره ها)، مواد کمیایوی (پودر کالا شوئی یا مواد آرایشی)، دواهای موضعی (مثلاً کریم انتی بیوتیک ها) بوجود میاید.

تغییرات جلدی معمولاً به ساحات که به تماس مواد مخرش میآیند؛ محدود میباشند. حوافی اندفاع واضح میباشند.

رش های رنج آورمشابه؛ ممکن صرف از اثر معرفیت بدن به اشعه آفتاب؛ بوجود آید (photo dermatitis). هرگاه رش ها اساساً در ماه های تابستان واقع شوند به اشخاص در جریان اخذ یک تعداد دوا ها مشخص (مثلاً sulphonamides و tetracycline) نمایان میشود.

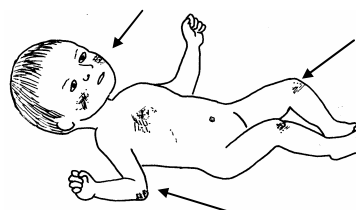
کاهلان و اطفال بزرگتر:



- متناظر
- خارش شدید
- پاپول ها، اندفاعات
- مرضی مزمن و خشک
- نواحی بالخاصه: معمولاً در سطوح قابضه، و هم چنان در وجه

اطفال خوردسال:

- اندفاعات خشک خارش دار، در روی و سطوح باسطه



شکل ۲۴-۲۰: اکزیم (eczema)

اهتمامات

باعث الوپسیا اریتا (alopecia areata) بوجود میآید. سبب الوپسیا اریتا (alopecia areata) نامعلوم میباشد. تداوی موثر برای آن وجود ندارد. به مریض بگوئید تا منتظر بماند زیرا نشوونمای دوباره موی معمولاً بعد از چند ماه شروع میشود (شکل ۲۵-۲۰ دیده شود).

مورفته گی نزد اشخاص مصاب هایپوتایروئیدیزم (hypothyroidism) و اطفال مصاب سؤتغذی شدید، واقع میشود.

مورفته گی نورمال در مرد ها الوپسیا اریتا (alopecia areata)



شکل ۲۵-۲۰: مورفته گی بدون تغییرات جلد

علائم جلدی نشان دهنده امراض سیستمیک

اریتیمای نودوزوم (ERYTHEMA NODOSUM)

اریتیمای نودوزوم (erythema nodosum)؛ عبارت از اندفاعات دردناک، برجسته و سرخرنگ میباشند که در قدام ساق پا واقع میشوند (شکل ۲۶-۲۰ دیده شود). اسباب آن نامعلوم بوده ولی ممکن با • توپرکلوز اولیه • انتانات سترپتوکوکال • مرض التهابی امعا (inflammatory bowel disease) و • تطبیق sulphonamides مترافق باشند.

لوپس اریتماتوس

(LUPUS ERYTHEMATOSUS)

لوپس اریتماتوس سیستمیک (SLE - systemic lupus erythematosus) یک مرض اتوایمیون است. این

مرض غالباً خانم ها را ماوف میسازد. تظاهر جلدی وصفی این مرض را رش های سرخرنگ تشکیل میدهد که بر بالای بینی و وجه واقع شده و منظره شب پره را به خاطر میآورد. این مرض به طور وصفی بوسیله اشعه آفتاب مشتعل میشود (شکل ۲۷-۲۰ دیده شود). systemic lupus erythematosus باعث ایجاد اعراض در ارگان های متعدد و مختلف؛ خصوصاً مفاصل و عضلات، کلیه ها، ریه ها و خون، میگردد. این مرض اعراض سیستمیک مانند تب و ضعفی را بار میآورد. برای دریافت تفصیلات بیشتر؛ کتاب های درسی داخله دیده شود.

اسباب مورفته گی (الوپسیا - alopecia)

همراه با تغییرات جلد راس

- کرم حلقوی جلد راس (scalp ringworm - نواحی مورفته گی همراه با خارش و تورمات مانند)
- Lichen planus (ندبه بجا میگذارد)
- اکزیم شدید
- سورپاز شدید
- التهاب
- سوخته گی

بدون تغییرات جلد راس

- الوپسیا اریتا (alopecia areata)
- مورفته گی نورمال در مرد ها (androgenic alopecia)
- تقریط فعالیت غده درقیه (hypothyroidism)
- سؤتغذی شدید
- دیابت شکر
- فقدان آهن

مورفته گی همراه با تغییرات جلد راس

معمولترین آنرا کرم حلقوی جلد سر (tinea capitis) تشکیل میدهد. اسباب بیشتر آن در چوکات دیده شود.

مورفته گی بدون تغییرات جلد راس

با زیاد شدن عمر مرد ها؛ رفتن مو های شان نورمال پنداشته میشود. مورفته گی های موضعی غالباً از

• اندفاعات سرخرنگ سکه مانند همراه با آبله های وصفی در مرکز آن

• **نواحی وصفی:** دست ها، پاها، غشای مخاطی دهن، چشمان، ناحیه تناسلی

به طور مثال با موارد ذیل مترافق میباشد:

- انتانات (معمولترین آن هرپس سمپلکس)
- دواها (مثلاً sulphonamides)
- امراض اوتوایمیون
- تومور ها

• بعض اوقات شدید و همراه با اندفاعات منتشر، تب و سایر علایم سیستمیک میباشد (متن دیده شود)

شکل ۲۸-۲۰: اریتمیا مولتی فورم (erythema multiforme)

• شروع تدریجی. اندفاعات قبل از التیام برای ۴-۸ هفته دوام مینمایند. مراحل اخیر آن به مثل کیبودی معلوم میشود.

• اندفاعات مرضی حساس، سخت، سرخرنگ. اندازه آن از ۱-۵ سانتی متر فرق میکند.

• معمولاً بالای سطوح قدامی ساق ها دیده میشود.

به طور مثال با موارد ذیل مترافق میباشد:

- توپرکلوز ابتدائی
- انتانات سترپتوکوکول
- انتانات ویروسی
- دواها (مثلاً sulphonamides)
- امراض التهابی امعا

شکل ۲۶-۲۰: اریتمیا نودوزوم (erythema nodosum)

• رش پروانه مانند

شکل ۲۷-۲۰: تظاهرات جلدی معمول systemic lupus erythematosus (SLE)

ماخذها:

1. Buxton P. *ABC of dermatology*. 4th edition. London: BMJ Books 2003.
2. Collier J, Longmore M, Scally P. *Oxford Handbook of Clinical Specialities*. 6th edition. Oxford: University Press 2003.
3. Cook GC, Zumla A (ed.). *Manson's Tropical Diseases*. 21st edition. London: WB Saunders 2003.
4. Crofton J, Horne N, Miller F. *Clinical Tuberculosis*. 2nd edition. London: Macmillan 1999.
5. Eddleston M, Pierini S. *Oxford Handbook of Tropical Medicine*. Oxford: Oxford University Press 1999.
6. Gibbon KL et al. Unnecessary surgical treatment of fungal kerions in children. *British Medical Journal* 2000; 320: 696-697.
7. Kumar P, Clark M. *Clinical Medicine*. 5th edition. Edinburgh: WB Saunders 2002.
8. Masche UP, Weissenbach T. Ektoparasiten. *Pharma-Kritik* 2003; 25: 61-64 (in German).
9. Reithinger R et al. *The efficacy of therothrapy to treat cutaneous leishmaniasis caused by Leishmaniasis tropica in Kabul: a randomised, controlled trial*. HealthNet International, Peshawar 2004.
10. Schull CR. *Common Medical Problems in the Tropics*. 2nd edition. London: Macmillan 1999.
11. Sladden MJ, Johnston GA. Common skin infections in children. *British Medical Journal* 2004; 329: 95-99.
12. Werner D. *Disabled Village Children*. 2nd edition, 5th printing. Palo Alto, CA: The Hesperian Foundation 1999.

اریتمیا مولتی فورم

ERYTHEMA MULTIFORME

این مرض عبارت از رش عمومی است که از باعث عکس العمل به مقابل انتانات ویروسی

(ویروسی هرپس سمپلکس)، دواها (مثلاً co-trimoxazole یا sulphonamides های دیگر) یا تومور ها بوجود میآید. شما میتوانید اندفاعات سکه مانند احمراری را که در مرکز شان آبله وصفی وجود میداشته باشد ببینید. این اندفاعات در دست

ها و پاها و در غشای مخاطی دهن، چشمان ناحیه تناسلی یافت میشوند (شکل ۲۸-۲۰ دیده شود). بعض اوقات عکس العمل شدید بوده و با تب، عدم کفایه کلیه، درد های مفصلی و اسهالات همراه میباشد (Stevens-Johnson-Syndrome) در واقعات شدید مرض prednisolone فمی بدهید.

۲۱. واقعات عاجل و جروحات

خلاصه کمک های اولیه طبی در واقعات عاجل

۱. متوجه خطرات باشید.
 ۲. ارزیابی کنید: مریض به هوش است یا بیهوش؟
 ۳. قدمه های ABC احیای مجدد را پیروی نمایید:
 - A = طرق تنفسی (آیا طرق تنفسی مریض باز است؟)
 - B = تنفس (آیا تنفس مریض خوب است؟)
 - C = دوران خون (آیا دوران خون مریض خوب است؟)
 - D = دواها
 ۴. در قدم اول خطرناکترین حالت یا پرابلم را تداوی نمایید:
 - خونریزی شدید
 - شک
 - سوخته گی های شدید
 - کسر عظام
 ۵. در خواست کمک: در جریانی که از شخص مصدوم مراقبت مینمائید؛ یک نفر باید درخواست کمک نماید.
 ۶. هر نوع جروحات صغیره را تداوی نمایند.
 ۷. هرگاه ضرورت باشد مریض به شفاخانه انتقال شود، از موارد ذیل اطمینان حاصل نمایید:
 - A = طرق تنفسی مریض باز باقی بماند.
 - B = مریض به تنفس خود ادامه دهد.
 - C = دوران خون مریض ثابت باقی مانده و شک باید در جریان انتقال؛ وقایه و تداوی شود.
- وی به خطر بیشتر معروض باشد (مثلاً در یک خانه که در حال سوختن باشد).

۲. ارزیابی نمائید آیا مریض با هوش است یا بیهوش؟

- مریض را جهت دانستن اینکه به هوش است یا بیهوش؟ ارزیابی نمائید. با احتیاط کامل شانه های مریض را تکان داده و از مریض سوال نمائید که چه واقع شده است؟
- اگر مریض بیهوش باشد؛ قدم های ABC احیای مجدد را تعقیب نمائید.
 - اگر مریض به هوش باشد؛ در ابتدا وخیم ترین حالت را تداوی نمائید.

۳. قدم های ABC احیای مجدد را تعقیب نمائید (ABC of resuscitation)

برای زنده ماندن؛ لازم است تا مقدار کافی اکسیجن به صورت منظم برای تمام اعضای بدن خود داشته باشیم. بالخصوص اگر دماغ برای مدت چند دقیقه فاقد اکسیجن بماند؛ شدیداً صدمه مبینند. مریض بیهوش

صدمات ترفائیکی؛ روی جاده ها سبب عمده مرگ و ناتوانی ها را تشکیل میدهد. اکثریت قربانیان را اشخاص پیاده رو، راکبین سرویس ها و بایسکل سواران تشکیل میدهد. یک تعداد زیاد اشخاص از خطرات تصادمات آگاه اند، مثلاً وقتی از بس های کهنه و پر از بیروبار استفاده می شود و این اشخاص چاره دیگر برای ترانسپورت ندارند. بناً واقع بینانه نیست که توقع داشته باشیم ترفائیک در آینده نزدیک مصئون تر شود. اما طریقه ئی برای تنقیص میزان های بلند مرگ و میر از باعث صدمات وجود دارد، که عبارت از بهبودی مراقبت های قبل از شفاخانه (کمک های اولیه - first aid) و انتقال مصئون قربانی حادثه؛ به شفاخانه میباشد. نشان داده شده است که اجرای این تدابیر نسبت به بهبود بخشیدن تسهیلات شفاخانه حیات یک تعداد زیاد اشخاص را نجات میدهد چه کمک های اولیه صحی بهتر و انتقال مصئونتر؛ میتواند حیات سایر مصدومین (مثلاً قربانیان ماین) یا مریضان مصاب امراض تهدید کننده حیات را نجات دهد.

دانستن چگونه گی ارائه کمک های اولیه طبی بسیار مهم است. باید کمک های اولیه را به دیگران بیاموزانید (مثلاً در مکاتب) زیرا معمولاً اشخاص تعلیم نیافته و اشخاص غیر مسلکی؛ اولین کسانی اند که شاهد حادثه میباشند.

کمک های اولیه در واقعات عاجل

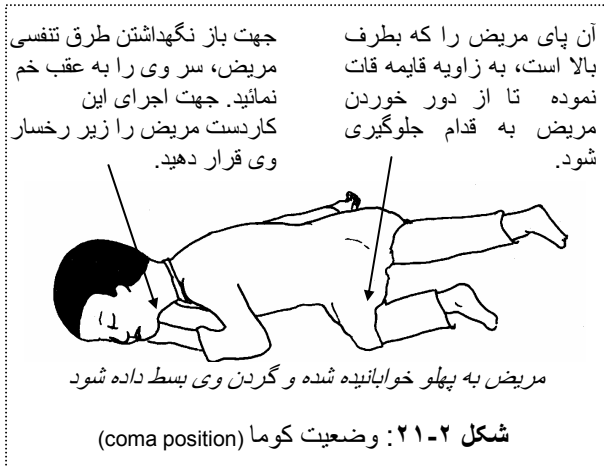
به هنگام کمک های اولیه در حادثات و سایر واقعات عاجل؛ همیشه از قدمه های مشابه پیروی نمائید (چوکات دیده شود).

بعض اوقات با چندین شخص مصدوم مواجه میشوید (مثلاً بعد از یک تصادم بس). در چنین حالات در قدم اول مصدومین ایرا چک نمائید که خاموشتر از دیگران اند؛ چه ممکن است بیشتر از دیگران صدمه دیده باشند!

۱. متوجه خطر باشید

در زمان مراقبت از یک قربانی؛ اطمینان حاصل نمائید که خود را در خطر قرار نمیدهید. مثلاً زمانی که مردم میخواهند یک شخص را از ساحه ماین نجات دهند، اکثراً خود را مصدوم میسازند. و در اخیر به عوض یک قربانی؛ چندین قربانی وجود میداشته باشد.

همیشه اول اوضاع را ارزیابی نمائید و بعداً به قربانی کمک نمائید. مصدوم را صرف زمانی حرکت دهید که



میشود، به زودی تنفس و دوران خون مریض متوقف شده فوت مینماید.

جهت حفظ اکمال اکسیجن به دماغ، سه چیز مهم است. این سه چیز را بوسیله سه حرف اول الفبای انگلیسی (ABC) که حروف اول کلمات اند، به خاطر داشته باشید:

A = Airway (طرق هوایی). باز بودن و پاک بودن طرق هوایی؛ که هوای حاوی اکسیجن؛ میتواند از طریق آن به ریه ها برسد.

B = Breathing (تنفس). تنفس نورمال که هوا را داخل ریه فرو میبرد. بعداً اکسیجن از ریه داخل جریان خون میشود.

C = Circulation (دوران خون). دوران نورمال که ایجاب می کند قلب پمپ کننده همراه با مقدار کافی خون در وعیه دموی؛ موجود باشد تا اکسیجن از ریه ها به تمام اعضای عضویت انتقال یابد.

هدف احیای مجدد را حفظ و اعاده این سه موضوع مهم تشکیل میدهد.

A برای Airways (طرق هوایی)

طرق هوایی را ارزیابی نمائید تا مسدود نباشد. هرگاه مریض بیهوش بوده به حالت ظهری قرار گیرد، ممکن است زبان او به خلف حرکت نموده؛ طرق هوایی او را مسدود نماید. که این موضوع نزد یک مریض بیهوش؛ قابل جلوگیری است:

- طرق هوایی مریض را با به عقب کشانیدن راس و بلند نمودن رنخ مریض به قدام باز نمائید (شکل ۱-۲۱ دیده شود). از دهن بیمار خون و افرازات اگر موجود باشد؛ خارج ساخته شود.

B برای Breathing

تنفس مریض را فوراً چک نمائید و برای انجام این کار بیشتر از ۱۰ ثانیه را صرف ننمائید:

- حرکات صدی مریض را مشاهده نمائید. یک دست تانرا بالای صدر مریض و دیگرش را بالای بطن مریض قرار داده و علایم تنفس را جس نمائید (حرکت صدر و بطن).

- رخسار تانرا تا حد ممکن در نزدیکی دهن مریض قرار دهید. به آواز های تنفسی مریض گوش دهید و تنفس مریض را با رخسار خود جس نمائید.

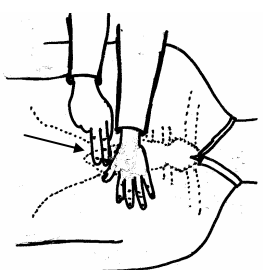
– اگر مریض تنفس نماید؛ او را به وضعیت کوما (coma position) قرار دهید (شکل ۲-۲۱ دیده شود).

– اگر مریض تنفس نداشته باشد، برای مریض دو بار تنفس مصنوعی (rescue breaths) موثر دهید (شکل ۳-۲۱ دیده شود).

C برای Circulation (دوران خون)

بعد از آنکه دوبار تنفس مصنوعی برای مریض دادید؛ فوراً چک نمائید که آیا مریض دوران خون نورمال دارد یا خیر؟ این کار بیشتر از ۱۰ ثانیه را نگیرد!

- نبض سباتی (کاروتید) را جس نمائید.
 - اگر جس نبض کاروتید را بلد نیستید، تنفس مریض، سرفه و حرکت مریض را جستجو نمائید.
- اگر علایم دوران خون را درمییابید؛ به دادن تنفس ادامه دهید.



۱. وضعیت درست را دریافته کف دست تان را بالای آن بگذارید (۲ انگشت بالاتر از قاعده عظم قص)

۲. دست دیگر تان را بالای دست اول بگذارید.

۳. به صورت مستقیم طوری زانو بزنید که شانه های تان بالای عظم قص قرار گیرد و بازو های تان مستقیم باشد. عظم قص را تا ۴ سانتی متر به پایین تپله نماند.

۴. فشار دست تان را دور نموده مگر دست تان را از بالای عظم قص دور نماند. صدر مریض را به سرعت ۱۰۰ مرتبه فی دقیقه برای ۱۵ مرتبه بفشارید. بعد از هر ۱۵ مرتبه فشار دادن، مریض را ۲ بار تنفس مصنوعی دهید.

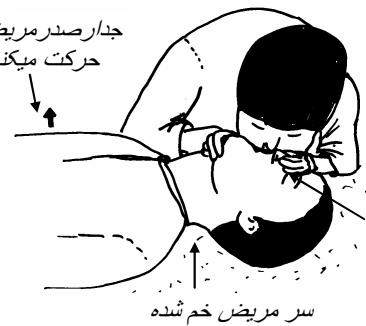
۵. اگر علائم بهبود وضعیت مریض دیده شود؛ یکبار دیگر مراحل A, B, C احیای مجدد را انجام دهید (متن دیده شود).

شکل ۴-۲۱: C برای دوران خون و وارد نمودن فشار بالای

۱. سر مریض را به عقب خم نماند.

۲. عمیقاً شهيق نموده؛ دهن خود را باز نموده و دهن مریض را با لب های خود بسته نماند. بینی مریض را محکم بگیرید. هوا را به صورت قوی و ثابت الی بالا رفتن صدر مریض به وی بدمید. تنفس مصنوعی باید تماماً حدود ۲ ثانیه را در بر گیرد.

اگر صدر مریض حرکت نکند؛ دریابید که آیا سر مریض به اندازه کافی به عقب خم شده است و هوا از طریق بینی مریض فرار نمیکنند؟



۳. زمانیکه هوا از شش های مریض خارج میشود، سر خود را بالا نموده و پائین رفتن صدر مریض را ملاحظه نماند.

۴. اگر مریض تنفس نماید؛ مریض را به وضعیت کوما قرار دهید.

شکل ۳-۲۱: B برای تنفس؛ تنفس مصنوعی

واقعه اختصاصی: احیای مجدد در حامله گی

در ترايستر سوم حامله گی؛ رحم بزرگ میباشد. زمانیکه خانم حامله به وضعیت خوابیده به پشت دراز میگردد، رحم بالای آورده کبیره که خون را دوباره به قلب برمیگرداند (vena cava inferior) فشار وارد مینماید. بناً در جریان احیای مجدد یک خانم حامله، مریض را به پهلوئی چپ بخوابانید و یا از کسی بخواهید تا رحم را با دستان خود به طرف چپ و راس مریض بلند نماید. زمانیکه به یک خانم حامله وضعیت کوما را میدهید، مریض را به سمت پهلو چپش بخوابانید.

۴. وخیم ترین حالات را اول تداوی نماند.

بعد از حصول اطمینان از باز بودن طرق تنفسی مریض و اینکه مریض تنفس مینماید؛ حالات وخیم صحتی را؛ که ممکن است به مرگ مریض بیانجامد؛ تداوی نماند.

خونریزی های شدید

در صورت ضیاع مقادیر زیاد خون، شاک و بالآخره مرگ واقع میشود. خونریزی میتواند به صورت قابل

– اگر علائم دوران خون وجود نداشته باشد؛ فشار دادن صدر (chest compressions) را شروع نماند (شکل ۴-۲۱ دیده شود). فشار دادن های صدری با تنفس مصنوعی یکجا تطبیق میشود. (cardio-pulmonary resuscitation).

نوت: در شرایط خارج از شفاخانه بدون موجودیت خدمات منظم امبولانس یا بخش مراقبت جدی؛ ادامه فشار دادن قلبی برای مدت طولانی درست نمیباشد. بهر صورت همیشه به تداوی حالات زمینوی که توقف قلبی را بار آورده است؛ قبل از توقف تداوی مریض، کوشش نماند.

D برای Drugs (دواها)

مابعات و خون ضایع شده را معاوضه نموده عکس العمل های وخیم الرژیک را با adrenaline؛ قبل از توقف تداوی مریض؛ تداوی نماند. تطبیق دوا ها در سایر واقعات عاجل صحتی مثلاً استمای شدید و عدم کفایه حاد قلبی؛ نیز مهم است.

جروحات؛ شاک معمولاً از باعث خونریزی و در سوخته گی ها از باعث ضیاع مایعات بوجود میآید. سایر اسباب شاک را دیهایدریشن شدید، حساسیت های شدید (توسع اوعیه دموی)، سپس، گرما زده گی و عدم کفایه شدید قلبی تشکیل میدهد.

تظاهرات کلینیکی

✗ جلد خاسف، سرد و مرطوب

✗ نا آرامی و دلبدی

✗ نبض کعبری (رادپال) سریع، ضعیف و غیر قابل جس

تعداد نورمال نبض

اطفال بالاتر از ۱ سال ۷۰-۱۲۰ ضربه در یک دقیقه

کاهلان ۶۰-۸۰ ضربه در یک دقیقه

✗ به تعویق افتادن پرشدن دوباره اوعیه شعریه (delayed refill time). ناخن مریض را با انگشت تان فشار دهید تا خون آن تخلیه شود. بعداً انگشت تان را دور نمائید و مدت زمانی را که جهت پرشدن اوعیه شعریه بستر ناخن توسط خون لازم است؛ محاسبه نمائید. اگر این مدت بیشتر از ۲ ثانیه باشد؛ به مختل بودن دوران خون و شاک دلالت مینماید.

علامه موخر شاک پیشرفته:

✗ ضیاع تدریجی شعور

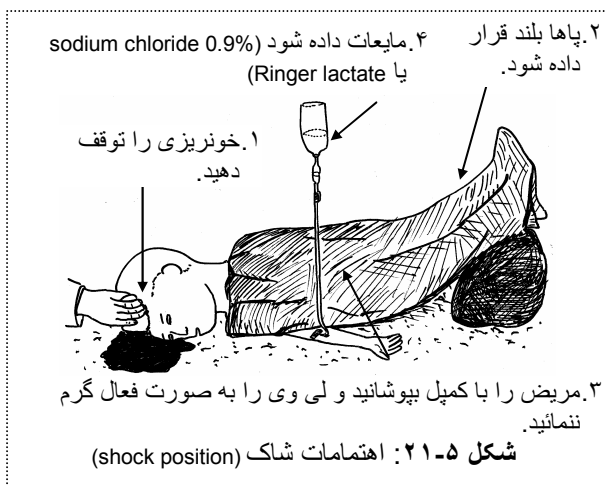
✗ تنقیص فشار خون

✗ کم شدن یا قطع اطراح ادرار (عدم کفایه حاد کلیوی - acute renal failure)

کمک های اولیه

۱. تمام خونریزی های عمده را متوقف سازید. اسباب دیگر شاک را تداوی نمائید.

۲. پاهای مریض را بلند قرار دهید (وضعیت شاک - shock position جدول ۵-۲۱ دیده شود).



دید به خارج از بدن (خونریزی خارجی) و یا به صورت غیر قابل دید به داخل عضویت (خونریزی داخلی) صورت گیرد.

کمک اولیه

۱. خونریزی را متوقف سازید. بالای جرحه که خونریزی شدید دارد با یک پارچه پاک پانسمان یا لباس فشار وارد نمائید. در صورتیکه خونریزی از بازو و یا ران باشد؛ طرف مذکور را بلندتر از سطح قلب نگهدارید. بلند نمودن و وارد نمودن فشار تقریباً تمام خونریزی ها را توقف میدهد. معمولاً ضرر تطبیق تورنیکت نسبت به مفاد آن بیشتر میباشد!

۲. مریض را از نظر شاک معاینه و تداوی نمائید.

۳. از انتانات جلوگیری نمائید. جرحه را توسط یک پانسمان معقم بپوشانید.

۴. اگر مریض را به شفاخانه میفرستید؛ اطمینان حاصل نمائید که وارد نمودن فشار بر جرحه و تداوی شاک در جریان انتقال؛ ادامه داده میشود.

واقعات بالخاصه:

● جروحات ناشی از گلوله. خونریزی های شدید را مطابق آنچه در بالا توضیح شده؛ تداوی نمائید. این جروحات همیشه به سبب خطر انتان و کسور؛ در صورتیکه گلوله با عظم تصادم نموده باشد؛ خطرناک میباشد. بناً در جریان انتقال در طرف؛ اتل (سپلنت) تطبیق شود و در صورتیکه شفاخانه دور باشد؛ جرحه را پاک کاری نموده و دوز اول procaine penicillin را از طریق عضلی تطبیق نمائید.

● جروحات ناشی از ماین. خونریزی های شدید را مطابق آنچه در بالا توضیح شد، تداوی نموده و جروحات را تا حد ممکن پاک کاری نمائید. در صورتیکه شفاخانه دور باشد، دوزاول procaine penicillin را از طریق عضلی تطبیق نمائید.

شاک (SHOCK)

شاک؛ یکی از اسباب معمول دیگر مرگ را تشکیل داده که میتوان با مراقبت خوب قبل از شفاخانه و انتقال مصئون از آن جلوگیری نمود. شاک زمانی واقع میشود که دوران خون؛ مصاب عدم کفایه شود. پس خون قادر به انتقال مقدار کافی اکسیجن به دماغ و سایر اعضای حیاتی نمیشود. اگر شاک برای مدت طولانی دوام نماید؛ تخریب دایمی این اعضا را بار میآورد. در

۳. **مریض را با یک کمپل پوشانیده** و او را از سردی و گرمی شدید محافظه نمائید. مریض را به صورت فعال گرم ننمائید.

۴. **مایعات ضایع شده** را با تطبیق محلول *sodium chloride 0.9%* یا *Ringer-Lactate* به طور سریع الی زمانی معاوضه نمائید که نبض کعبی قوی جس شود. اگر دسترسی به ورید مریض ممکن نباشد؛ نزد مریض؛ کت دون وریدی (به وجود آوردن مجرا بالای ورید - venous cut down) را نزد کاهلان اجرا نمائید. نزد اطفال از طریق بین العظمی (intraosseus) تطبیق نمائید (صفحه ۳۲۷ دیده شود).

۵. **اگر شما مریض را به شفاخانه راجع میسازید؛** اطمینان حاصل نمائید که تداوی شاک (وضعیت شاک و مایعات وریدی) در جریان انتقال؛ ادامه داده میشود.

نوت: شواهدی وجود ندارد که برتریت مستحضرات کلونیدی (haemaccel, gelatine, dextrans colloids) را نسبت به محلول *sodium chloride 0.9%* و *Ringer-Lactate* در تداوی شاک نشان دهند. مگر شواهدی وجود دارد که نشان میدهند؛ مستحضرات کلوییدی ممکن حیاتیات مریض را پائین آورند. از انفیوژن *glucose* در تداوی شاک استفاده نمیشود.

اهتمامات بیشتر

• **زمان:** سوخته گی چه وقت واقع شده است؟ اگر مدت زیاد گذشته باشد، آیا علایم انتان وجود دارد (سرخ، قیح یا تب)؟

• **موقعیت:** کدام قسمت بدن سوخته است؟ (اگر سوخته گی در وجه، ناحیه تناسلی یا بالای مفاصل باشد، خطرناک است).

• **وسعت:** چند فیصد سطح بدن سوخته است؟ (اگر سوخته گی بیشتر از ۱۰٪ سطح بدن مریض باشد، خطرناک بوده و خطر شاک وجود دارد).

تخمین ساده؛ به اساس اندازه وسعت کف دست مریض؛ صورت میگیرد. مساحت معادل اندازه یک کف دست از سوخته گی؛ حدود ۱٪ سطح بدن نماینده گی مینماید. به صورت بدیل از "قاعده ۹ ها" (برای کاهلان) و "قاعده ۷ ها" (برای اطفال) استفاده شده میتواند (شکل ۶-۲۱ دیده شود).

• **عمق سوخته گی:** عمق سوخته گی چقدر است؟ (شکل ۷-۲۱ دیده شود) (اگر سوخته گی درجه سوم باشد به سبب اینکه به صورت بنفسهی التیام نمیکند، خطر ناک است).

اهتمامات وابسته به نتایج ارزیابی میباشد.

۱. **مریضان ذیل را که در معرض خطر اند به شفاخانه معرفی نمائید:**

۱. **اگر شاک بسیار وخیم و واضحاً از باعث ضیاع خون باشد؛** تطبیق خون کامل از گروپ *O Rhesus negative* را به مقدار 15 ml/kg بدون انجام *cross-matching* مد نظر داشته باشید.

۲. **اکسیجن** تطبیق نمائید. نوت: نزد مریضان مصاب شاک؛ سیانوز دیده نمیشود!

۳. **مقدار اطراح ادرار** را با دقت مونیتور نمائید زیرا ممکن است نزد مریض؛ عدم کفایه حاد کلیوی تاسس نموده باشد.

سوخته گی ها (BURNS)

سوخته گی ها مترافق با خطرات وخیم میباشدند:

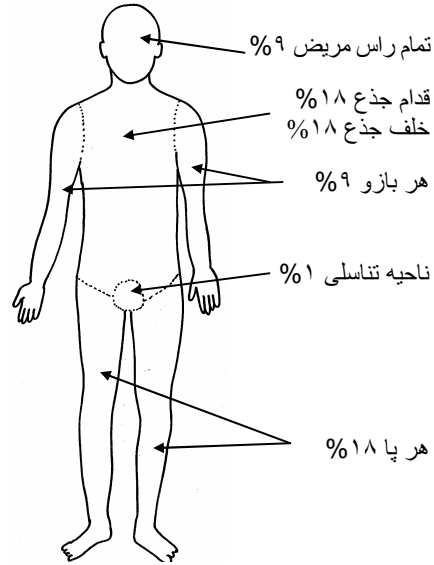
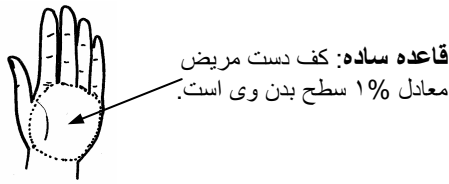
• سوخته گی های وسیع، حتی اگر سطحی باشند ممکن ضیاع مایعات و شاک را بار آورند. اطفال خصوصاً در معرض خطر قرار دارند زیرا مساحت سطح بدن شان؛ سه برابر مساحت سطح بدن کاهلان است.

• سوخته گی؛ مانعه محافظوی جلد را از بین برده در نتیجه مکروب ها میتوانند داخل عضویت شده و انتان را بار آورند.

چه مقدار از سطح بدن مریض سوخته است؟

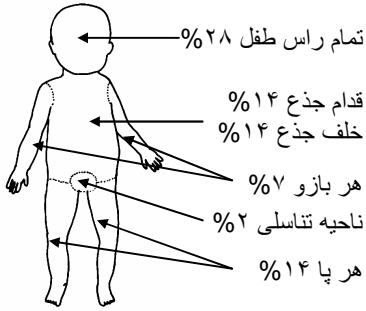
کاهلان - قاعده ۹ :

سطح بدن مریض را به قطعات ۹٪ تقسیم نمائید. این کار در تعیین فیصدی سوخته گی سطح بدن کمک مینماید.



اطفال - قاعده ۷ :

سطح بدن طفل را به قطعات ۷٪ تقسیم نمائید.



شکل ۶-۲۱: طرز ارزیابی وسعت (فیصدی) سوخته گی ها

سوخته گی با ضخامت تام:	سوخته گی با ضخامت قسمی (سرخى و آبله). این سوخته گی ها بعد از ۱-۴ هفته شفا میشوند.	سوخته گی های سطحی (سرخى). این نوع سوخته گی صرف طبقه بالائی جلد را مآوف ساخته بعد از چند روز به صورت بنفسهی شفا میشود.
نکروز، جلد سفید، نسواری یا سیاهرنگ معلوم میشود) تمام طبقات جلدی مآوف میشوند. این سوخته گی ها به صورت خود بخودی التیام نمی کنند.		

شکل ۷-۲۱: ضخامت سوخته گی ها. به زودی بعد از وقوع سوخته گی؛ ضخامت کامل آن واضح نمیشد.

- بدهید. هیموگلوبین خون را چک نموده و دهنه (out-put) ادرار را کنترل نمائید.
- مریضانی که روی شان در اثر شعله های آتش سوخته باشند؛ ممکن سوخته گی های طرق تنفسی نیز داشته باشند.
- مریضانی که مصاب سوخته گی درجه سوم اند و بعد از سه هفته التیام نمی یابند به پیوند جلدی (skin graft) ضرورت خواهند داشت.

• تمام مریضانی که بیشتر از ۱۰٪ سطح بدن شان سوخته است؛ زیرا در معرض خطر شاک و انتان ثانوی قرار دارند. اگر تداوی در شفاخانه ممکن نباشد، توازن الکترولیت ها را قرار ذیل تداوی نمائید:

الف. ورید مریض را باز نموده؛ مایعات ضایع شده را معاوضه نمائید. ضروریات مایعات ۲۴ ساعت اول را محاسبه نمائید:

$$۴ \times \text{وزن بدن مریض} \times \text{فیصدی سطح سوختگی} = \text{مایعات ضروری در ۲۴ ساعت اول}$$

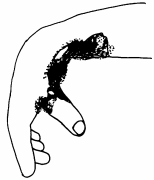
ب. نیم مایعات ضروری را در ۸ ساعت اولی بدهید. Ringer-Lactate یا sodium chloride

۲. مریض را از تیتانوس وقایه نمائید.

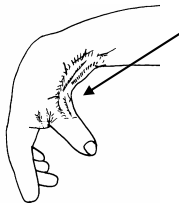
۳. تداوی موضعی - همیشه همانند پروسیجر های معقم دستکش پوشیده شود

دلیل خطر ناک بودن نسج ندبی (scar):

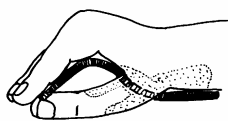
نسج ندبی که به تعقیب سوخته گی های عمیق بوجود میآید، بسیار خطر ناک بوده میتواند. زیرا این نسج میتواند کانترکچر (contracture) های را بوجود آورد که بدن را در یک وضعیت غیر نورمال کش نماید. اطفال در معرض خطر بلند اند زیرا بدن شان نمو نموده اما نسج ندبی نشو و نمو نمینماید.



مثلاً:
این سوخته گی دست راست در یک وضعیت غیر نورمال تداوی شده است.



نسج ندبی کانترکچر (contracture) رابه وجود آورده که استعمال انگشت کلان دست یا راست نمودن دست را ناممکن ساخته است.

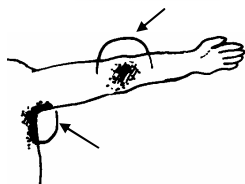
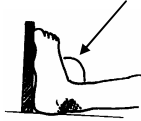


تطبیق سپلنت به دست درین وضعیت ازین معیوبیت جلوگیری نموده میتوانست.

درست وضعیت دادن یکتعداد مفاصل مهم:

مفصل را در یک وضعیتی که از خطر معیوبیت دایمی جلوگیری نماید؛ سپلنت نمائید!

- سوخته گی مفصل عنق القدم: به زاویه ۹۰ درجه نگهداشته شود.



- سوخته گی جوف ایط: آنرا به زاویه ۹۰ درجه نگهداشته و سوخته گی آرنج (طرف قابضه) آنرا به زاویه ۱۸۰ درجه نگهدارید.
- سوخته گی دست ها و انگشتان: در بالا دیده شود.
- سوخته گی گردن: در وضعیت بسط نگهداشته شود.
- سوخته گی مفصل حرقفی - فخذی و زانو ها: در وضعیت بسط نگهداشته شود.

شکل ۸-۲۱: درست وضعیت دادن سوخته گی های نهایت و گردن

از دیاد یابد یا اگر تب و ضخامه عقدات لمفاوی ساحوی بوجود آید؛ آنرا زود تر تبدیل نمائید.

- اگر التیام بنفسهی در ظرف ۲۱ روز واقع نشود؛ ایجاب پیوند جلدی را مینماید.

۳. آرام نمودن درد. انتخاب نوع دوا وابسته به شدت درد میباشد (جدول دیده شود). نزد بعض از مریضان در زمان بعد تر دردهای عصبی بوجود میآید. این درد ها را با amitriptyline و carbamazepine تداوی نمائید.

۴. از انتی بیوتیک ها صرف زمانی استفاده نمائید که علایم انتان مهاجم وجود داشته باشد. در صورتیکه

- همیشه قبل و بعد از معاینه سوخته گی؛ دست های تان را بشوئید، دست کش های معقم بپوشید
- ساحه سوخته گی را به صورت کامل پاک نمائید. قبل از انجام پاککاری ادویه قوی ضد درد تطبیق نمائید. از 0.9% sodium chloride یا آب جوشانده شده جهت سشتشوی هر نوع ناپاکی و انساج مرده؛ استفاده نمائید. قبل از استعمال؛ آب جوش را بگذارید تا سرد شود.

- برای انجام پانسمان اولیه دو میتود وجود دارد: (۱) میتود باز (۲) پانسمان ضخیم پوششی.

الف. میتود باز (مثلاً برای سوخته گی های بدن، ناحیه تناسلی، وجه و گردن): بگذارید تا هوا ناحیه را خشک سازد و از کدام مرهم و پانسمان استفاده نمائید. مریض باید در زیر یک جالی میده خانه قرار گیرد سوخته گی ها به صورت روزمره کنترل شود و انتانات جستجو شوند.

ب. پانسمان ضخیم پوششی (مثلاً برای سوخته گی های دست و پا): همیشه صرف از پانسمان های معقم استفاده شود. طبقه اول پانسمان که در نزدیکی به زخم قرار میگیرد باید حاوی مواد انتی سپتیک چون پایودین، آیودین ۱۰% (povidone iodine) یا کلور هکزیدین (chlorhexidine) باشد. در طبقه اول یک طبقه ضخیم از گاز را گذاشته و بعداً جهت جذب مایعات از پنبه معقم بگذارید. تمام این ها توسط یک بنداز در جایش تثبیت میشوند. همچنان ممکن است از silver sulphadiazine (Flammazine) یا paraffin (Vaseline) کار گیرید. در سوخته گی های دست هر انگشت را به صورت جداگانه بنداز نمائید. وضعیت دادن مفاصل بسیار مهم میباشد. اگر یک سوخته گی عمیق بر بالای قابضه یک مفصل (محل که مفصل در آن قات میشود) واقع شود؛ خطر آن وجود دارد که کانترکچر ناشی از تندب؛ بعد از التیام به وجود آید. از این کار با تطبیق سپلنت بر مفصل ماوفه در وضعیت بسط (شکل ۸-۲۱) دیده شود) و تشویق نمودن مریض به حرکت دادن مفاصلش به درجه کاملش و تا حدی که امکان دارد؛ جلوگیری نمائید.

پانسمان اولیه را بعد از ۲۴ ساعت دور نمائید. قبل از دور نمودن پانسمان به مریض انگلیزیک بدهید. بعداً سوخته گی را دوباره ارزیابی نموده؛ پاک نموده و انساج مرده را دور و سوخته گی را از نظر علایم انتان معاینه نمائید. پانسمان را هر ۲-۵ روز بعد تبدیل نمائید. در صورتیکه پانسمان با اکزودات مغطوس شده باشد، و یا درد

علامه کلینیکی کسر ها:

- علامه غیر یقینی آنهایی اند که ممکن از باعث sprain ها، جروحات اوتار، و یا خلع مفصلی بوجود آیند.
- درد، تورم، هیماتوما
 - محدودیت حرکات
 - تحریک غیرنورمال
 - سوشکل
 - استخوان قابل دید (کسر باز)



اختلالات کسور:

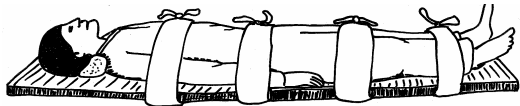
حاد:

- تخریب ساختمان های دیگر (اعصاب و اوعیه دموی)
- خونریزی (خصوصاً عظام کلان از قبیل عظم فخذ)
- انتان (کسور باز)
- **طویل المدت:**
- ضیاع وظیفوی
- عظام به سبب خرابی وضعیت نهاییات مکسوره التیام نمیکند.

کمک های اولیه صحی برای کسور مشکوک:

هدف اساسی را تثبیت کسر تشکیل میدهد تا نهاییات مکسوره در جریان انتقال مریض حرکت نکرده تخریبات بیشتر را بار نیاورده و انتقال مریض کمتر دردناک شود. تمام کسور باز را تا حد امکان با پانسمان های معقم بپوشانید. در صورت لزوم شک را تداوی نمایند.

- **کسور ستون فقرات:** مریض را با دقت و احتیاط کامل حرکت دهید. در صورت لزوم مریض را بروی یک تخته انتقال داده یا وی را بروی تخته بسته نمایند.



- **کسور پا:** یک تخته چوب را با پارچه های نرم پوشانیده آنرا با پای مجروح مریض بسته نمایند. در کسور عظم فخذ، اطمینان حاصل نمایند که سیلنت از حوصله مریض بالاتر گذشته باشد. یا پارچه های نرم را در بین پاهای مریض قرار دهید.



- **کسور بازو:** بازو را در دستمال سه گوشه قرار داده آنرا به بدن مریض محکم نمایند.



شکل ۹-۲۱: کسور عظام

۴. اگر مریض را به شفاخانه راجع میسازید؛ اطمینان حاصل نمایند که کسر او خوب تثبیت شده است. تثبیت خوب کسر؛ صدمات بیشتر به اوعیه دموی، اعصاب و ارگان ها را تنقیص میدهد. و هم چنان درد را در هنگام انتقال مریض تنقیص میدهد.

انتان بوجود آید از *amoxicillin + clavulanic acid* یا *gentamicin* یا *cloxacillin* (Augmentin) بدهید. اگر به انتان *pseudomonas* مشکوک بودید از *ciprofloxacin* بدهید.

کسر ها (FRACTURES)

شکل ۹-۲۱ دیده شود. تشخیص تفریقی میان کسر عظام، صدمات مفصلی (مثلاً کشش یا پاره شدن لیگامنت ها) و صدمات عضلی ممکن است مشکل باشد. اگر به کسر مشکوک شدید و اکسری قابل دسترس نباشد، مریض را من حیث مریض مصاب کسر تداوی نمایند.

تظاهرات کلینیکی

اگر مریض از حساسیت و درد موضعی شدید بر بالای ناحیه مصدومه شاکی باشد، به کسر مشکوک شوید. معمولاً تورم و کبودی و ناتوانی در حرکت دادن طرف ماوفه وجود میداشته باشد. در صورتیکه تدور و سوشکل طرف وجود داشته باشد، تشخیص کسر واضح میباشد.

نوت: شکسته بند های عنعنوی اکثراً صدمات انساج رخوه و strain ها را به نام کسر تشخیص مینمایند. و بعداً ادعا مینمایند که کسور به میتود آنها نسبت به تداوی طبی سریعتر التیام مینمایند. در حقیقت، شکسته بند ها ممکن است در یک کسر واقعی صدمه بیشتر به مریض وارد نمایند.

معاینات

اکسری به دو وضعیت مختلف اجرا شود.

کمک های اولیه

عظام دارای اوعیه اعصاب و اعضای مهم بوده که در امتداد عظام قرار گرفته اند. بناً تمام کسور باید به صورت دقیق مراقبت شوند.

هدف کمک های اولیه را جلوگیری از تخریبات بیشتر تشکیل میدهد. این کار را با نگهداشتن عظم در یک وضعیت ثابت انجام داده میتوانید.

۱. تمام جروحات باز را با یک پانسمان معقم بپوشانید تا از انتان عظمی اوستیومیالیت (osteomyelitis) جلوگیری شود.

۲. کسر را تثبیت نمایند، مثلاً با تطبیق یک سیلنت. همیشه مفصل بالا و پایان را نیز تثبیت نمایند.

۳. شک را ارزیابی و تداوی نمایند. کسر عظام کبیره (مثلاً فخذ) ممکن است خونریزی شدید داخلی را بار آورد.

اهتمامات بیشتر

اهتمامات بیشتر وابسته به نوع و محل کسر میباشد. بعضی اوقات جهت ارجاع دوباره عظام به عملیات جراحی ضرورت میباشد. بیان جزئیات این موضوع از محدوده این کتاب خارج است اما نکات عمومی عمده؛ قرار ذیل اند:

۱. عظم مکسوره تثبیت میشود تا التیام بتواند. به منظور جلوگیری از ایجاد کانترکچر طرف مافوه در وضعیت خنثی؛ استراحت داده میشود. مدت زمان تثبیت وابسته به کسر بوده ولی معمولاً ۴-۸ هفته میباشد. اگر شما پلاستر گچ تطبیق نموده اید؛ روز بعدی آنرا چک نمائید و اطمینان حاصل نمائید که بسیار محکم نمیشود. باید درد وجود نداشته باشد و بخش های بعیده (دورتر) طرف باید اروای خوب داشته باشد، سفید، کبود و متورم نباشد.

۲. اطمینان حاصل نمائید که بیمار تمریناتی را جهت تقویه عضلات ضعیفه خود انجام داده و مفاصل غیر متحرک شده را بعد از دور نمودن cast دوباره متحرک سازد. فزیوتراپی بسیار مهم است.

عکس العمل های الرژیک

یک عکس العمل الرژیک؛ ممکن است خفیف یا شدید و تهدید کننده حیات باشد.

تظاهرات کلینیکی

عکس العمل های الرژیک خفیف ممکن است با خارش، راش های عمومی پت مانند اورتیکاریال (urticarial)، تورم، التهاب بینی (rhinitis)، دلیدی و استفراغ، درد بطنی و التهاب منضمه (conjunctivitis) تظاهر نماید.

عکس العمل های الرژیک شدید معمولاً در ظرف چند دقیقه به تعقیب تطبیق یک دوا و یا گزیدن زنبور واقع میشود. عکس العمل الرژیک شدید، بر علاوه اعراض الرژی خفیف با یکی یا هر دو علامه خطر ذیل مشخص میشود:

× مشکلات تنفسی از باعث اذیمای حنجره و سپزم قصبات.

× کولاپس یا ضیاع شعور از باعث تقریط فشار خون.

اهتمامات

۱. مواد الرژنزا را دور سازید (مثلاً تطبیق ادویه را متوقف سازید)

۲. یک انتی هستامینیک (chlorphenamine) یا (promethazine) و کورتیکو ستیروئید مثل (prednisolone)؛ برای ۳-۵ روز بدهید.

تداوی عکس العمل های الرژیک شدید مترافق با مشکلات یا کولاپس تنفسی

۱. *adrenaline* (epinephrine) را از طریق عضلی بدهید. در صورت ضرورت آنرا ۱۰ دقیقه بعد تکرار نمائید.

برای اطفال کمتر از ۵ سال، یک امپول ادرینالین ۱:۱۰۰۰ را با ۹ ملی لیتر سودیم کلوراید رقیق نمائید.

۱ ماهه - ۱ ساله	0.05 mg	(= 0.5 ml محلول رقیق شده)
۱-۲ ساله	0.1 mg	(= 1 ml محلول رقیق شده)
۲-۵ ساله	0.2-0.4 mg	(= 2-4 ml محلول رقیق شده)
۶-۱۲ ساله	0.5 mg	(= 0.5 ml امپول ادرینالین)
کاهلان	0.5-1 ml	(= 0.5-1 ml امپول ادرینالین)

۲. *chlorphenamine* را بدهید.

۱-۵ سال	2.5-5 mg	تحت الجدی نه عضلی و وریدی
۶-۱۲ سال	5-10 mg	از طریق عضلی
کاهلان	10-20 mg	وریدی یا عضلی

ادویه بدیل: *promethazine* (دوز کاهلان 50 mg وریدی یا عضلی)

۳. *dexamethasone* از طریق وریدی یا عضلی

کمتر از ۶ سال	2-4 mg	
۶-۱۲ سال	4-8 mg	کاهلان
کاهلان	8-12 mg	
ادویه بدیل: <i>hydrocortisone</i> (دوز کاهلان 200 mg از طریق عضلی یا وریدی)		

۴. تداوی حمایتی. در صورت ضرورت جهت تداوی شاک؛ مایعات وریدی داده شود و برای تداوی تقبض قصبات از *salbutamol* یا *aminophylline* بدهید.

۳. در صورت عکس العمل های الرژیک شدید، مطابق آنچه در چوکات توضیح شده است تداوی نمائید.

۵. درخواست کمک

زمانیکه کمک های اولیه را انجام میدهید؛ بعد از تداوی حالات تهدید کننده حیات؛ درخواست کمک را نمائید. به صورت ایدیال از کسی دیگر تقاضا نمائید تا در جریانیکه شما از شخص مصدوم مراقبت مینمائید؛ وی درخواست کمک را نماید.

۶. تمام جروحات جزئی را؛ تداوی نمائید

توضیح پروسیجر های جراحی از محدوده این کتاب خارج است. مگر هر شخص مسلکی صحی باید قادر به انجام مراقبت از جروحات جزئی باشد:

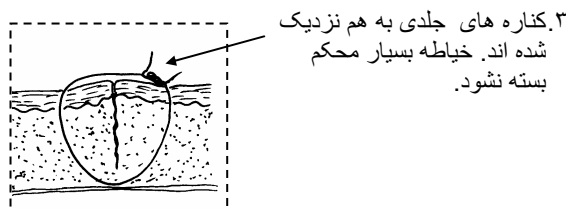
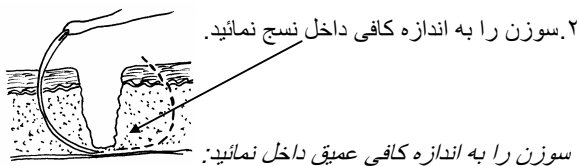
۱. قبل و بعد از تداوی جروحات؛ دست های تانرا با آب و صابون بشوئید.

۲. جرحه را با آب پاک و صابون بشوئید. در هنگام شستن جرحه؛ اطمینان حاصل نمائید که تمام ناپاکی ها را دور نموده اید زیرا حتی کوچکترین ذره ناپاکی؛ سبب انتانات خطرناک میشود.

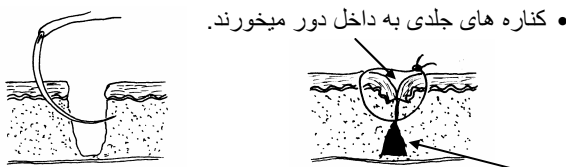
به خاطر داشته باشید:

- یک جرحه را صرف زمانی بسته نمائید که از وقوع آن کمتر از ۱۲ ساعت گذشته باشد!
- یک زخم را صرف زمانی بسته نمائید که خوب پاک باشد!
- زخم گزیده گی را بسته نمائید!

۱. جرحه را خوب پاک نموده تمام انساج مرده را دور نمائید.



پرابلم های معمول سطحی بودن خیاطه ها:



• خون در داخل جرحه تجمع مینماید (خطر انتان).

شکل ۱۱-۲۱: طرز خیاطه گذاری یک جرحه. جهت دانستن دقیق طرز خیاطه گذاری به یک کتاب درسی جراحی مراجعه نموده یا از یک داکتر جراح بخواهید تا برای شما بیاموزاند.

- تمام مریضان بیهوش؛ باید به وضعیت کوما وضعیت داده شوند.
- بالای تمام او عیه که خونریزی شدید دارند؛ فشار دوامدار وارد شود.
- تمام مریضان مصاب شاک و خونریزی شدید؛ باید در جریان انتقال به وضعیت شاک انتقال شوند و تطبیق مایعات باید در جریان انتقال ادامه داده شود.
- جهت جلوگیری از صدمات بیشتر و تنقیص درد؛ تمام کسور باید تثبیت شوند.
- تمام مریضان مصاب عسرت تنفس به وضعیت نشستہ انتقال داده شوند؛ به استثنای بیمارانیکه شاک در نزد شان وجود داشته باشد.
- ۲. در مورد اینکه مریض را به کجا ببرند، رهنمودهای واضح بدهید.

۳. شق های بزرگ در صورتیکه کناره آنها با هم نزدیک ساخته شده و نزدیک نگهداشته شوند؛ به سرعت بیشتر التیام مینمایند. نزدیک نگهداشتن کناره های شق از انتان نیز جلوگیری مینماید. شما میتوانید کناره های جرحه را با استعمال تیپ ها یا بخیه ها با هم نزدیک سازید (شکل ۱۰-۲۱ و ۱۱-۲۱ دیده شود).

نوت: صرف کنار های جروحاتی را نزدیک سازی که در ظرف کمتر از ۱۲ ساعت واقع شده باشند یا بسیار پاک باشند. کنار های جروحات ناشی از وخته را بسته نمائید. اهتمامات جروحات منتن را در صفحه ۲۹۲-۲۹۳ ببینید.

۴. تیتانوس حتی از طریق جروحات بسیار کوچک انتشار یافته میتواند. هیچگاهی معافیت دادن (واکسین) مریض مجروح را در مقابل تیتانوس فراموش نمائید.

به خاطر داشته باشید:

- صرف جرحه ۱ را بسته نمائید که کمتر از ۱۲ ساعت از وقوع آن گذشته باشد!
- صرف زخم های را بسته نمائید که خوب پاک باشند!
- زخم های گزیده گی را بسته نمائید!

۱. زخم را خوب پاک نمائید.

۲. بعداً پارچه های لوکوپلاستر را قطع نموده آنها بالای زخم طوری بچسبانید که کناره های زخم با هم یکجا شوند. تمام طول زخم را بسته نمائید، فواصلی را جهت خروج افرازات بگذارید.

۳. مریض را در مقابل تیتانوس معافیت دهید.

۴. پارچه های لوکوپلاستر را برای ۷ تا ۱۰ روز، که مربوط به ناحیه زخم میباشد؛ در محل بریده گی بگذارید.

شکل ۱۰-۲۱: طرز بسته نمودن زخم ها با استفاده از لوکوپلاسترز

انتقال مصئون تر مریض؛ به شفاخانه

از مرگ مریض در جریان انتقال؛ جلوگیری نمائید! هدف کمک های اولیه را تامین ثبات وضعیت مریض؛ جهت انتقال مصئون او؛ تشکیل میدهد.

۱. انتقال مریض را تا حد امکان؛ مصئون سازید!

پیچانیده و مرطوب نگهدارید (یا به صورت مداوم بالای مریض آب پاشیده و وی را در عین زمان بکته زنید). این کار را تا زمانی ادامه دهید که درجه حرارت بدن مریض به یک سطح مصئون (پائینتر از ۳۸ درجه سانتی گراد - 100.4°F) پائین آید.

پائین شدن درجه حرارت بدن (HYPOTHERMIA)

هایپوترمی؛ زمانی واقع میشود که درجه حرارت بدن به پائینتر از ۳۵ درجه سانتی گراد (95°F) سقوط نماید. اطفال نوزاد و مصاب سؤتغذی؛ مخصوصاً در معرض خطر قرار دارند.

تظاهرات کلینیکی

- خواب آلودگی، احتمالاً ضیاع شعور
- جلد بسیار سرد و لرزه
- تنفس بطی، نبض ضعیف.

اهتمامات

برای اهتمامات هایپوترمی نزد اطفال جدیدالولاده و مصاب سؤتغذی؛ صفحه ۶۵ و ۲۵۷ دیده شود.

۱. تمام لباس های مرطوب را دور نموده در عوض لباس خشک به تن مریض نمائید. مریض را با پیچاندن یک کمپل گرم به اطرافتنه اش، گرم نمائید. اگر مریض به هوش باشد، به او چای گرم همراه با بوره یا مایعات گرم دیگر بدهید.

۲. سرما زده گی (frostbite) را جستجو نمائید.

۳. مریض را مونیتور نمائید؛ خصوصاً نبض و فشار خون مریض را؛ زیرا ممکن است در نزد او اریتمی بوجود آید.

سرما زده گی (FROSTBITE)

سرما زده گی؛ زمانی واقع میشود که قسمتی از عضویت؛ از باعث سرمای شدید؛ یخ بندان شود. این حادثه با هایپوترمی مترافق بوده میتواند.

تظاهرات کلینیکی

● درد به وصف سوزنک زدن که با ضیاع تدریجی حسیت ساحه ماوفه؛ تعقیب میشود.

● جلد ناحیه ماوفه سخت احساس شده و سفید رنگ میشود؛ که بعداً آبی رنگ و در اخیر سیاهرنگ می گردد.

۳. یک معرفی خط تحریری برای مریض بدهید (صفحه ۲۱ دیده شود).

پرابلم های که با گرما و سرما ارتباط می گیرند.

خستگی زیاد ناشی از گرما (HEAT EXHAUSTION)

خستگی زیاد ناشی از گرما (heat exhaustion) از باعث ضیاع غیر نورمال نمک و آب؛ از طریق تعرق زیاد، بوجود میآید.

تظاهرات کلینیکی

- سردردی
- جلد خاسف، تعرق
- بلند رفتن خفیف درجه حرارت بدن
- علایم شاک، در واقعات شدید ضیاع شعور

اهتمامات

۱. کمک های اولیه: مریض را در یک جای سرد به وضعیت شاک بگذارید. به مریض مقدار های زیاد آب بدهید تا بنوشد.

۲. در صورت وخیم بودن حالت sodium chloride 0.9% را از طریق وریدی تطبیق نمائید.

گرما زده گی (HEAT STROKE)

گرما زده گی (heat stroke) زمانی واقع میشود که عضویت از باعث مریضی و یا معروضیت دوامدار به گرمی و رطوبت؛ قادر نباشد که خود را بوسیله تعرق سرد سازد.

تظاهرات کلینیکی

- سردردی و احساس گنسی، بعداً ضیاع شعور
- جلد بسیار گرم و سرخرنگ، بدون عرق
- تب بلند (ممکن است درجه حرارت بدن به ۴۰ درجه سانتی گراد یا بالاتر برسد - 104°F).
- نبض سریع و قوی

اهتمامات

درجه حرارت بدن مریض را به زودی ممکنه پائین آورید! مریض را در جای سرد قرار داده لباس او را دور نمائید. مریض را در یک پارچه سرد و مرطوب

اهتمامات

۲. مریض را در مقابل تیتانوس وقایه نمائید!

۳. تمام اشخاصی را که جروحات گزیده گی دارند، **انتی بیوتیک و قایوی بدهید**. در صورت قابل دسترس بودن **co-amoxiclav** که ترکیبی از amoxicillin و clavulanic acid (Augmentin) است و دوز آن مطابق amoxicillin است، بدهید. ادویه بدیل آن doxycycline + metronidazole برای ۵ روز (هردوی این دوا ها در حامله گی و doxycycline نزد اطفال؛ مضاد استتباب اند) یا procaine penicillin از طریق عضلی است.

۴. به زودی ممکنه بعد از آنکه شخص را یک سگ ناشناخته؛ یا احتمالاً دیوانه بگذرد؛ مریض را در **مقابل مرض سگ دیوانه واکسین نمائید (rabies vaccine)**. تداوی سنتنرد آن عبارت از تطبیق یک دوز عضلی واکسین در عضله دلتونید (قسمت علوی بازو) یا قسمت وحشی علوی ران در نزد اطفال (هیچگاه در سرین تطبیق نشود!) روز های ۰، ۳، ۷، ۱۴ و ۲۸ بعد از گزیدن است. مگر این واکسین قیمت است. رژیم تطبیق داخل جلدی (intradermal) (واکسین های PCEC یا HDCV) به تعقیب معروضیت در هشت ساحه ارزانتر بوده و موثریت مشابه را دارا است:

روز ۰: 0.1 ml را به صورت intradermal در ۸ ساحه راست و چپ (در دلتونید، فوق کتفی suprascapular، ران و قسمت علوی بطن زرق نمائید.

روز ۷ (یک هفته بعد): 0.1 ml را به صورت intradermal در ۴ ساحه (دلتونید ها و ران ها) طرف راست و چپ).

روز های ۲۸ و ۹۱ (۴ هفته و ۳ ماه بعد از گزیدن): 0.1 ml را به صورت intradermal در ۱ ساحه (دلتونید) زرق نمائید.

مار گزیده گی

مار های زهری؛ همیشه زهر خود را در هنگام گزیدن وارد بدن انسان نمیسازند. بناً تمام مارگزیده گی ها خطر ناک نمیباشند. علایم تسمم را درد موضعی و تورم تشکیل میدهد. تورم ممکن انتشار نموده و ممکن نکروز بوجود آید. اختلالات سیستمیک آن شامل تشوشات خونریزی همراه با شاک، پرابلم های عصبی که مشکلات بلع و تنفس را بار میآورند، و اریتمی های قلبی میباشد.

اهتمامات

۱. کمک های اولیه:

الف. تورنیکیت تطبیق ننموده و ساحه گزیده گی را شق نمائید!

۱. **کمک های اولیه**: ساحه ماوفه را بصورت تدریجی گرم سازید. مثلاً مریض میتواند دست های خود را در زیر بغلش و پاهای خود را در زیر بغل یکی از اعضای فامیلش قرار دهد و به این کار تا زمانی که رنگ و حسیت جلد برگردد ادامه دهند. بعداً ساحه ئی ماؤوفه را با یک پارچه گرم بیوشانید. عضو ماؤوفه را در بین آب گرم یا سرد نگذارید، زیرا ممکن است صدمات نسجی بیشتر را بار آورند.

۲. از انتانات جلوگیری نموده نسج نکروتیک را دور نمائید.

گزیده گی ها و تسممات

سگ گزیده گی و مرض سگ دیوانه

سگ گزیده گی؛ انتانات را بار آورده میتواند. خطرناک ترین انتان آن؛ انتان سگ دیوانه است. مرض سگ دیوانه (rabies) یک انتان ویروسی است که از باعث گزیدن حیوانات دیگر نیز به وجود میآید. غالباً یک تعداد علایم مرض نزد حیوان دیده میشود (مثلاً بر خورد عجیب و نا آشنا، آمدن کف از دهن، ناتوانی در فعل نوشیدن، یا اینکه حیوانات وحشیانه عمل نموده و هر کس را میگزند). حیوان ماؤوفه معمولاً در ظرف ۵-۷ روز میمیرد.

زمانیکه نزد مریض علایم مرض آشکار شود، مریض دیگر قابل علاج نمیباشد. اولین علامه مرض در نصف مریضان؛ درد موضعی در ناحیه گزیده شده میباشد. درد معمولاً ۳-۸ هفته بعد از گزیدن بوجود میآید. بعد تر فعل بلع مشکل و دردناک میشود. افرازات غلیظ از دهن مریض به خارج میریزد. مریض هوشیار بوده ولی احساس ترس، تخرشیت یا فرط تهیج نزدش موجود میباشد. ممکن است نزد مریض اختلاج و فلج بوجود آید. بالاخره مریض به کوما رفته و میمیرد.

از مرض سگ دیوانه توسط (۱) کنترول سگ های ولگرد و (۲) تداوی خوب جروحات گزیده گی؛ جلوگیری شده میتواند.

اهتمامات جروحات گزیده گی

۱. **جرحه را با آب و صابون خوب بشوئید**. صابون میتواند ویروس سگ دیوانه را از بین ببرد. تمام انساج مرده را دور نمائید. بعداً جرجه را با محلول آیودین یا الکل ۴۰-۷۰٪ بشوئید. جروحات گزیده گی را؛ با بخیه کوک ها؛ بسته نمائید!

- ب. ساحه و خذہ را با یک پارچہ پاک؛ پاک نموده و آنرا بیوشانید.
- ج. تمام طرف را غیر متحرک سازید.
- ۲. تداوی وقایوی تیتانوس را اجرا نمایند.
- ۳. مریض را مونیتور نمائید:

اهتمامات

۱. کمک های اولیه: از پروسیجر های ABC احیای مجدد پیروی نمائید.

۲. دریابید که مریض چه را، چه وقت و به چه اندازه گرفته است؟

۳. لواژ معده (gastric lavage) و تنبیه استفراغ دیگر در یک تعداد زیاد واقعات تسمم توصیه؛ نمیشوند. لواژ معده یا تنبیه استفراغ بوسیله تخریش قسمت خلفی گلو توسط انگشت دست را؛ صرف در صورتی مد نظر داشته باشید که مریض مقدار های زیاد مواد سمی را در جریان یک ساعت اخیر اخذ نموده باشد؛ کاملاً به هوش باشد و ریفلکس های سرفه و اوق نزدش موجود باشد. تمام این تدابیر؛ در صورتیکه شخص تیل خاک یا مواد مخرش (مثلاً اسید) را بلع نموده باشد، مصاد استطباب اند.

Activated charcoal از جذب بیشتر مواد سمی جلوگیری مینماید. در صورتیکه مریض مقادیر زیاد مواد سمی را؛ در ظرف ۲ ساعت اخیر؛ اخذ نموده باشد به او *activated charcoal* را از طریق فمی بدهید (کاهلان به مقدار 50-100 g که در یک گیلان آب حل شده باشد، اطفال بالاتر از ۱ سال به مقدار 25-50 g). در واقعات تسمم با *carbamazepine, dapson, phenobarbital, theophylline* و *quinine* دوز را هر ۴ ساعت بعد تکرار نمائید. زیرا این کار در برطرف نمودن دوا های فوق؛ کمک مینماید. استفراغ را با *metoclopramide* تداوی نمائید.

نوت: تطبیق اماله ها، مسهلات و تنبیه تبول با دادن *frusemide* مفید نمیشاند!

۴. مریض را مونیتور نمائید. اعراض و اختلالات را زمانیکه بوجود آیند؛ تداوی نمائید.

وقایه

به مردم گفته شود تا جهت جلوگیری از تسممات تصادفی، هیچگاهی تیل خاک و سایر مواد سمی را در بوتل ها نگهداری ننمایند. همیشه بوتل های حاوی مواد سمی را به صورت واضح نشانی نمایند. مواد سمی و دوا ها را در یک جای جداگانه و دور از دسترس اطفال نگهدارند.

– اگر ۲ ساعت بعد از گزیده گی کدام تورم موضعی موجود نباشد؛ گزیده گی سمی نمیشاند. مریض را مرخص نموده و به او اطمینان دهید.

– اگر ۲ ساعت بعد از گزیده گی تورم موضعی بوجود آمده باشد؛ مریض را حد اقل برای ۱۲ ساعت تحت مشاهده قرار دهید. اختلالات را جستجو نموده و تداوی نمائید.

– اگر تورم یا نکروز وجود داشته باشد، طرف را غیر متحرک ساخته و بلند نگهدارید. *procaine penicillin* را از طریق عضلی برای ۵ روز تطبیق نمائید. اگر تورم کتلوی باشد؛ یک کورتیکوستیروئید مثلاً (*dexamethasone*) بدهید.

تسمم (POISONING)

تسمم ممکن است از باعث اقدام مریض جهت وارد نمودن صدمه به خودش؛ بار آید (مثلاً حادثه تسمم به حیث فریادی برای جلب کمک توسط شخص افسرده بکار رود). یا ممکن است زمانی بوجود آید که شخص به صورت تصادفی مواد سمی را اخذ نماید. مواد سمی ممکن بلعیده شود، تنفس شود، زرق شود، یا از طریق جلد جذب شود.

چطور تسمم را تشخیص نمائیم؟

زهر نقاط مختلف بدن را متأثر میسازد اگر مقدار زیاد آن جذب شده باشد. بعض اوقات موجودیت تسمم؛ از اوضاع دور و پیش بسیار واضح میشود گاهی مریض خود میگوید که مایع اسیدی را نوشیده است. در حالات دیگر، اگر مریض هر یک از اعراض ذیل را نشان دهد، که وابسته به نوع مواد سمی گرفته شده میباشد؛ تسمم را منحیث یک تشخیص تقریبی مد نظر داشته باشید:

- اختلاج، گجی و ضیاع شعور
- استفراغ، اسهال و درد بطنی
- حذقه های بسیار کوچک (تسمم با حشره کش ها و اوپیات ها)
- عسرت تنفس (اگر مواد سمی انشاق شده باشد) یا توقف تنفسی (دوز بسیار بلند مواد مخدر).
- ضربان غیر منظم قلبی، توقف قلبی، تقریط فشار خون (کمتر اوقات فرط فشار خون)

ساعت بعد تب، شاک، اختلاجات، کوما و عدم کفایه کبدی واقع میشود. اختلاطات موخر آنرا تصفیقات معدی معانی تشکیل میدهد. deferoxamine را به مقدار 15 mg/kg فی ساعت به آهسته گی از طریق انفیوژن وریدی تطبیق نمائید. دوز آنرا بعد از ۴-۶ ساعت تا اندازه ئی کم نمائید که دوز آن از 80 mg/kg در ۲۴ ساعت زیاد نشود.

● **بلع تیل خاک (kerosene)** ممکن است pneumonia کیمیای را بار آورد. اگر بلع آن در ظرف یک ساعت گذشته واقع شده باشد و مقدار آن بیشتر از 1 ml/kg باشد؛ معده مریض را لواژ نمائید.

● **مخدره ها (opiates)**. اگر کوما و تنقیص شدید سرعت تنفس وجود داشته باشد، به مریض naloxone را به مقدار (برای کاهلان 0.8-2 mg از طریق عضلی یا وریدی هر ۲-۳ دقیقه بعد الی مقدار 10 mg، و برای اطفال 0.01 mg/kg و در صورتیکه جواب ندهد به مقدار 0.1 mg/kg بدهید).

● **ازدیاد دوز paracetamol** ممکن است تخریب شدید کبدی را بار آورد. اگر مقدار های بیشتر از 12 g آنرا کاهلان و مقدار های بیشتر از 150 mg/kg آنرا اطفال بخورند، به آنها از acetylcysteine از طریق انفیوژن وریدی بدهید. دوز آن برای کاهلان و اطفال مشابه است، مگر برای اطفال مقدار های کمتر مایع انفیوژن را بدهید (به مقدار 150 mg/kg در گلوکوز ۵٪ در ظرف ۱۵ دقیقه شروع نمائید، و آنرا با 50 mg/kg در گلوکوز ۵٪ در ظرف ۴ ساعت و بعداً با مقدار 100 mg/kg در گلوکوز ۵٪ در ظرف ۱۶ ساعت ادامه دهید).

ماخذها

1. British Red Cross. *Practical First Aid*. Revised edition. London: Dorling Kindersley 2002.
2. Eddleston M, Pierini S. *Oxford Handbook of Tropical Medicine*. Oxford: Oxford University Press 1999.
3. Hettiaratchy S, Papini R. ABC of burns: Initial Management of a major burn: II-assessment and resuscitation. *British Medical Journal* 2004; 329: 101-103.
4. King M (Editor). *Primary Surgery*, Volume 2, Trauma. Oxford: Oxford University Press 1987.
5. Mayor S. Saline has similar effect to albumin in critically ill patients (report from SAFE trial). *British Medical Journal* 2004; 328: 852.
6. Médecins Sans Frontières (MSF). *Clinical Guidelines - Diagnostic and Treatment Manual*. 5th edition. Paris: MSF 2003.
7. Morris S, Stacey M. Resuscitation in pregnancy. *British Medical Journal* 2003; 327: 1277-1279.
8. Nantulya VM, Reich MR. The neglected epidemic: road traffic injuries in developing countries. *British Medical Journal* 2002; 324: 1139-1141.
9. O'Connor A, Bemer GA. *Burns: a surgical perspective*. Emedicine. www.emedicine.com/med/topic2929.htm as on 19.3.2004.
10. Resuscitation Council (UK). *Basic Life Support - Resuscitation Guidelines 2000*. London 2001.
11. Schull CR. *Common Medical Problems in the Tropics*. 2nd edition. London: Macmillan 1999.
12. The Management of Poisoning. General Principles. *Uganda Continuing Medical Education Newsletter* 1999; 3.

معلومات اضافی کلینیکی؛ در مورد مواد سمی خاص

● **Benzodiazepine** ها (مثلاً diazepam) ممکن است گنسیت، کوما و انحطاط تنفسی را بار آورند. اعراض آنرا تداوی نمائید.

● **تسمم با carbon monoxide** معمولاً از باعث انشاق دود، دود موثر یا گازهای مواد سوخت بوجود میاید. اثرات توکسیک آن از باعث hypoxia (فقدان اکسیجن) میباشند: سردردی، استفراغ، جلد سرخ‌رنگ برنگ آلبالو، تنفس سریع، نبض سریع، اختلاجات و توقف قلبی. مریض را به هوای آزاد انتقال دهید و از اکسیجن ۱۰۰٪ تطبیق نمائید.

● **تسمم با chloroquine** بسیار خطر ناک است و تداوی آن مشکل میباشند. ممکن است سبب ایجاد اریتمی های آنی قلبی و اختلاجات گردد. اعراض آنرا تداوی نمائید.

● **نوشیدن مواد مخرش (مثلاً اسیدها)**. هیچگاهی استفراغ را تنبیه نمائید. مریض مقدار های زیاد آب و شیر را بنوشد ولی نه آنقدری که شروع به استفراغ نماید. آماده تداوی اذیمای حنجره، شاک، تنقب مری؛ معده و انتان باشید. اختلاطات طویل‌المدت آنرا ایجاد تندب و تضیق مری یا معده تشکیل میدهد.

● **تسمم فلزات ثقیله (ارسنیک، مرکبوری، zinc، سرب، مس و طلا)** ممکن است باعث کوما، اختلاجات و عدم کفایه چندین عضو (multiple organ failure) گردد. dimercaprol را از طریق عضلی هر ۴ ساعت بعد برای ۲ روز و بعداً روزانه ۲-۴ مرتبه برای ۲ روز دیگر بدهید. بعداً روزانه ۱-۲ مرتبه برای ۱۰ روز یا الی صحت یاب شدن ادامه دهید. (دوزادویه برای کاهلان 100-200 mg = 3 mg/kg/dose است، دوز آن برای اطفال نیز 3 mg/kg/dose است).

● **حشره کش ها (insecticides)** ممکن است بلع یا انشاق شوند یا از طریق جلد به عضویت جذب شوند. تسمم آن دلبدی، استفراغ، فرط تهویه، حذقه های بسیار کوچک، ضعیفی عضلات، تشنج یا سپرم قصبات، توقف تنفسی و اختلاجات را بار میآورد. جلد ملوث مریض را بشوئید. atropine را به مقدار 2 mg از طریق وریدی هر ۱۰ دقیقه بعد الی متوسط شدن حذقه ها، سریع شدن نبض (۱۲۰-۱۴۰ ضربه در یک دقیقه) و خشک شدن و سرخ‌رنگ شدن جلد بدهید.

● **تسمم آهن (iron)** مراحل مختلف را دارا است: نیم تا ۲ ساعت بعد از بلع آهن، نزد مریض کرمپ های بطنی و اسهالات خوندار بوجود میاید. ۶-۲۴

۲۲. مراقبت های آرامبخش و سرطان ها

ارزیابی پروبلم های جسمانی:

- از بیمار در مورد درد پرسید: "هر دردی دارید به من در مورد آن چیزی بگوئید!"
- "آیا ناقراری و گیجی دارید؟"
- "مشکلات خواب چطور؟"
- "آیا نفس کوتاهی یا سرفه های معند دارید؟"
- "دلیدی، استفراغ یا قیضیت دارید؟ زخم های دهن یا خشکی آن؟ مشکلات بلع؟ هکهاک؟"
- "زخم های بستر موجود است؟"
- "اختلاجات دیده میشود؟"

ارزیابی پروبلم های روانی:

- "آیا افسرده گی دارید؟"
- "اضطراب؟"
- "آیا احساس گناه و تقصیر دارید؟"
- "مشکلات در قبولی حادثه مرگ؟"

ارزیابی مشکلات مراقبت کننده ها:

- ترس و نگرانی آنها از چیست؟
- آیا توانایی مراقبت بیمار را دارند؟ در چه بخش به حمایت بیشتر نیاز دارند؟
- آیا مشکلات ناشی از مرگ بیمار دارند؟

چگونه باید بیمار محکوم به مرگ و خانواده اش را کمک کرد؟

طرز مراقبت از علایم جسمانی:

- درد: علت هر درد را باید دانست، مثلاً درد های ناشی از زخم های منتن بستر؛ معالجه غیر از مراقبت های درد های ناشی از حادثه (مستاساز) سرطانی استخوان ها را میخواهد.
- سه اصل عمده تدای دردها در مراقبت های آرامبخش:

۱. درد های دوامدار به تدای دوامدار نیاز دارد.
راه غیر منطقی و روش غلط این خواهد بود

افراد مسلکی صحتی؛ مواجه به بیمارانی می گردند که بیماری شان علاج پذیر نبوده محکوم به مرگ اند، البته اینها نه تنها بیماران سرطانی اند بل آنها را که در مراحل اخیر بیماری قلبی یا عدم کفایه کبد قرار دارند نیز شامل می گردد. غالباً داکتران از پذیرفتن اینکه بیمار می میرد خود داری ورزیده در عوض به او نسخه داده؛ رخصت اش می کنند. داکتر بیمار را طوری تدای می کند که گویا او بهبودی می یابد. داکتر وقت خود را به کمک بیمار و خانواده اش؛ مصرف نمی کند تا آنها بدانند که معالجه ای وجود ندارد و این طرز بر خورد مشکلات زیادی را بار می آورد.

۱. بیمار محکوم به مرگ از تکالیف غیر ضروری جسمانی؛ مثلاً درد ها رنج می برد.

۲. بیمار از اینکه محکوم به مرگ است آگاهی نمیداشته باشد و فرصت آن را ندارد تا مساله مرگ را بپذیرد در عوض نزد داکتران مختلف مراجعه نموده؛ پول هنگفتی را به خرید دوا های غیر موثر می پردازد.

۳. خانواده بیمار در شرایط خیلی دشوار بدون همکاری قرار می گیرند و احساس ناامیدی، درمانده گی و گناه می نمایند.

مراقبت های آرامبخش (palliative care) چنین تعریف شده است: مراقبت فعال از بیماران غیر قابل علاج، به عباره دیگر مراقبت فعال به معنی آنست که با اعراض و مشکلات بیمار به طور فعالانه؛ مجادله می گردد. بناً هدف؛ شفایابی بیمار نه بوده بل بلند بردن کیفیت زنده گی در هفته ها یا روز های اخیر زنده گی بیمار و خانواده اش می باشد. مراقبت های آرام بخش نه تنها به رفع اعراض و علایم جسمانی متمرکز بوده بل به رفع مشکلات روانی و جسمانی بیمار و خانواده اش نیز می پردازد.

ارزیابی بیماران در حالت مرگ

وقتی به بیماران در حالت مرگ؛ مواجه می شوید، به نکات ذیل توجه کنید: (۱) پرابلم های جسمانی (۲) پرابلم های روانی و (۳) مشکلات مراقبت کننده ها علایم و مشکلات بیماران نظره تغیر سریع و پیشرفت حادثه مرض شان؛ فرق می کند بناً بایست بیماران و اعضای خانواده شان را؛ از هر سه نکته نظر فوق؛ در هر بار ملاقات؛ ارزیابی کرد.

تداوی اشکال خاص درد ها:

- **درد عظام (bone pain):** ibuprofen, acetyl salicylic acid (Aspirin) یا دواهای دیگر NSAID
- **درد های عصبی از اثر اسپزم ها:** diazepam 5-10 mg روز ۳ بار
- **درد های ناشی از قلنج های روده ها:** loperamide 2-4 mg روزانه ۴ بار
- **درد های ناشی از انتفاخ معده:** magnesium hydroxide (یا antacid دیگر) + metoclopramide 10 mg قبل از غذا ها.
- **درد های عصبی:** amitriptyline 10-25 mg هر شب در صورت ضرورت افزوده شود.
- **درد های توام با التهاب یا ادیما:** dexamethasone 4-8 mg صبحانه
- **ناقاراری و دلنگی:** haloperidol 1-3 mg در ۸ ساعت بعد یا chlorpromazine 25-50 mg در ۸ ساعت بعد البته این دوا باعث sedation بیشتر می گردد.

هرگاه نظر به تقاضای بیمار دوا های آرام کننده داده شود. در عوض باید دوا های ضد درد طور منظم در فواصل معین زمانی (مثلاً هر ۴، ۶ یا ۸ ساعت بعد داده شود).

۲. به مقدار دواها؛ تاحدی افزوده شود که بیمار احساس آرامش کند.

۳. هر زمانی که دواها نمی توانند به تنهایی باعث کاهش درد های بیمار گردند؛ دواهای قویتر استعمال گردند. در همچو موارد علاوه بر دواهای ضد درد، افزودن دواهای ضد افسرده گی (مثلاً amitriptyline) نیز مفید می باشد. در چنین حالات باید از روشی که به اصطلاح "زینه های تداوی درد" نامیده می شود (چوکات دیده شود)؛ استفاده گردد و آن بدین معنی است که برای رفع درد بیمار از یک دوا به دوا قوی تر دیگر باید جست؛ که مشابه بلند شدن از پته های زینه می باشد.

تطبیق قدمه وار انگلیزیک ها:

دوز های که در ذیل بیان شده اند دوز دوا برای کاهش می باشد:

درد خفیف

- **Paracetamol** فمی 1g-500 mg هر ۶ ساعت بعد یا
- **Ibuprofen** فمی 400-800 mg هر ۸ ساعت بعد یا
- **Naproxen** فمی 500 mg ۱-۲ مرتبه روزانه یا
- **Acetylsalicylic acid (Aspirin)** فمی 300-900 mg هر ۴-۶ ساعت بعد.
- یا هر NSAIDs دیگر (صفحه ۱۸۹ دیده شود)

نوت: در صورتیکه مریض دوز های بلند آسپرین (acetylsalicylic acid) یا NSAID ها را بگیرد؛ یا اگر در سابق پرابلم های معدوی داشته باشد، بر علاوه ادویه ضد درد؛ یک دوا تقیص دهنده خطر اختلالات معدی معانی را نیز به وی بدهید (صفحه ۱۸۹ را ببینید).

➤ اگر درد مریض کنترل نشود؛ یک قدم فرا تر رفته از دواهای ضد درد های متوسط بدهید

درد متوسط

- **Codeine phosphate** (یا dehydrocodeine) از طریق فمی به مقدار 30 mg هر ۶ ساعت بعد یا
- **Hydrocodeine/paracetamol** (تابلیت های 15 mg/325 mg) ۲ تابلیت از طریق فمی هر ۶ ساعت بعد یا
- **Tramadol** فمی به مقدار 50-100 mg هر ۴-۶ ساعت بعد.

نوت: مستحضرات حاوی codeine قیضیت را بار میاورند. اگر یکی از آن مستحضرات را به مریض میدهید همزمان با آن یک مسهل معمولی را نیز بدهید (مثلاً bisacodyl یا lactulose)

➤ اگر درد مریض کنترل نشود؛ یک قدم فراتر رفته از ادویه ضد درد های شدید بدهید.

درد شدید

- **Morphine** فمی به مقدار 5-20 mg هر ۴ ساعت بعد. دوز دوا را میتوان نظر به جواب مریض و به صورت قدمه وار تا 100 mg یا بیشتر از آن بلند دوز عضلی و وریدی این دوا نصف دوز فمی آن میباشد.
- نوت: morphine در ۳۰٪ اشخاص سبب دلیدی و استفراغات میشود. جهت جلوگیری از این عوارض در ۴-۵ روز اول، مورفین را همراه با metoclopramide فمی به مقدار 10 mg بدهید. هم چنان ممکن مورفین باعث خواب آلودگی شود که بعد از ۵-۷ روز بهبود کسب مینماید. مورفین باعث قیضیت شده در صورت تجویز آن به مریض؛ همراه آن یک مسهل معمول را نیز بدهید.

اگر مورفین در دسترس نباشد؛ از انگلیزیک های بدیل ذیل برای درد های شدید داده میتوانید.

- **Pentazocine** فمی به مقدار 50-100 mg هر ۳-۴ ساعت بعد (دوز اعظمی 600 mg در یک روز). دوز تحت الجلدی و عضلی آن 30-60 mg هر ۳-۴ ساعت بعد میباشد
- **Pethidine** فمی به مقدار 50-150 mg هر ۴ ساعت بعد؛ دوز تحت الجلدی و عضلی آن 25-100 mg هر ۴ ساعت بعد میباشد.

اگر ادویه قوی ضد درد در دسترس نباشد؛ چه باید کرد؟

اگر درد شدید باشد و مورفین و یا سایر ادویه قوی ضد درد در دسترس نباشد، قوی ترین دوا ضد درد موجود را؛ با یک دوا ضد درد از گروپ دیگر یکجا توصیه نمائید. دو دوا NSAID را با همدیگر و یا با آسپرین (acetylsalicylic acid) یکجا ندهید؛ زیرا خطر خونریزی معدی معانی وجود دارد.

بر علاوه ادویه ضد درد؛ از یک دوا ضد افسرده گی (مثلاً amitriptyline) نیز بدهید.

هم چنان بخش "تداوی اشکال خاص درد ها" را درین فصل مطالعه نمائید.

اعراض روانی و هیجانی را چگونه باید تداوی کرد؟

بیماران علاج ناپذیر؛ مقادیر زیاد پول را جهت بهبودی حالت شان مصرف می کنند البته این کار یکی به علت بی خبری آنهاست که برای شان گفته نشده که تداوی آنها را؛ خوب نمی کند و یا هم به علت آنست که بیماران باور نمی کنند که بیماری شان غیر قابل علاج می باشد.

همیشه طرح مساله مرگ و میر با افرادی که در حالت مرگ قرار دارند خیلی مشکل می باشد غالباً ترس آن موجود می باشد که وقتی موضوع مرگ یاد می شود، احساسات شخص جریحه دار گردد. از سوی دیگر مهم است تا شخص در حالت مرگ؛ حادثه را پذیرفته با آن کنار آید. بیمار به فرصتی نیاز دارد تا نگاهی به زنده گی خویش انداخته؛ ممکن بخواهد با خداوند و مردم صادقانه برخورد نموده با آرامش خاطر بمیرد. ممکن شخص بیمار بخواهد تا از جا های دیدن نموده یا با اعضای خانواده و دوستان ملاقات کند. هرگاه این کار ها را انجام دهد؛ برای خانواده اش نیز بعد از مرگ حادثه آسانتر خواهد شد؛ زیرا اعضای خانواده احساس خواهند کرد که تمام کار ها انجام یافته است و این باعث می شود که بدین وسیله در داغیده گی و ماتم آنها کمک گردد.

چگونه مراقبت کننده گان کمک کردند؟

مراقبت از بیماران در حال مرگ عملیه خیلی دشوار است. دیدن عضو خانواده یا دوستیکه رنج می کشد مشکل است و اجرای عملیه مراقبت واقعاً کار سختی است. شخص مراقبت کننده به آسانی خسته شده؛ افسرده می گردد.

در مورد احساس مراقبت کننده ها با آنها سخن گفته؛ تشویق شان کنید که کار خیلی خوب است وقتی برای بهتر؛ ساختن ماه ها و روز های آخر زنده گی شخص بیمار انجام میدهند. کار خیلی مفید این است تا بار مراقبت از بیمار به همه اعضای خانواده تقسیم شده و هر یکی استراحت نموده قوت تازه ای بدست آرد.

سرطان (cancer)

سرطان هر گاه در مراحل اولیه تشخیص گردد علاج شده می تواند. با تاسف در تمامی دنیا بخصوص در کشور های فقیر؛ بیماران در مراحل پیشرفته سرطان مراجعه می کنند. مهم است تا شما به علایم اولیه سرطان آشنایی داشته و قبل از آن که حالت غیر قابل

● **بی خوابی:** یکی از مشتقات benzodiazepine ها مثل 10-20 mg temazepam یا loprozalam 1-2 mg شبانه داده شود.

● **نفس تنگی (طور مثال از اثر سرطان ریه):** طور منظم morphine داده شود با مقدار 5 mg هر ۴ ساعت شروع گردد. در صورتیکه bronchospasm موجود باشد یک steroid مثل prednisolone یا dexamethasone مفید بوده می تواند.

● **سرفه های معند (مثلاً در اثر سرطان ریه):** توصیه گردد تا آب را بجوشانند و بیمار باید بخارات آن را تنفس کند، morphine به مقدار 5 mg هر ۴ یا ۶ ساعت داده شود.

● **دلبدی و استفراغ:** نزد بیماران سرطانی پیشرفته معمول است. ایجاب می کند مثل درد ها علت آن دریافت گردد. (تاثیر جانبی morphine انسداد امعاء یا gastritis)

metoclopramide به مقدار 10 mg ۳ مرتبه در روز یا promethazin 25 mg روز ۲ مرتبه یا chlorpromazine 25 mg ۳-۴ بار روزانه داده شود. در صورتیکه تمام این دوا ها کمک شده نتوانند dexamethasone امتحان گردد. در مرحله اخیر انسداد معایی (promethazine، hyoscine butylbromide) عضلی یا وریدی داده شود.

● **قبضیت:** طور منظم شبانه یک نوع laxative مثل 5-10 mg bisacodyl و گاهی هم 20 mg داده شود.

● **عسرت بلع:** طور مثال در حادثات کانسر مری prednisolone به مقدار 15-30 mg روز یکبار؛ ممکن سبب راحتی مریض برای چند هفته شود؛ مساله برفک دهن (oral thrush) مدنظر باشد که با یستی با تطبیق nystatin تداوی گردد.

● **زخم و یا خشکی دهن:** اعضای خانواده را در مورد حفظ الصحه خوب دهن آموزش دهید (به بخش تداوی عمومی زخم های دهن به صفحه ۷۹-۸۰ توجه شود!)

● **هکهاک معند:** هر شش تا هشت ساعت بعد 10 mg metoclopramide داده شود. در صورتیکه موثر نباشد chlorpromazine 25-50 mg هر ۶-۸ ساعت داده شود.

● **زخم های بستر:** جلوگیری و تداوی آن مطابق هدايات صفحه ۲۹۸-۲۹۹ صورت گیرد.

● **اختلاجات:** مطابق شرح صفحه ۲۱۱-۲۱۳ تداوی گردد، در صورتیکه تطبیق دواها امکان پذیر نباشد phenobarbital به مقدار 50-200 mg روز ۲ مرتبه زرق عضلی شود.

اعراض عمومی سرطان:

- ضیاع وزن بدون سبب واضح، بی اشتها، بی اشتها، ضعیفی
- کمخونی با سبب غیر واضح

کانسر دهن (فکتور های خطر):

- سگرت دود نمودن، استعمال نصور دهن):
- قرحات لب ها و گلو که در ظرف ۳ هفته التیام نمی یابند

کانسر ریه (فکتور خطر):

- دود نمودن سگرت):
- سرفه مزمن، آمدن خون با سرفه

کانسر مری:

- مشکلات بلع

کانسر معده

- دیسپسیسی (dyspepsia)
- نزد اشخاص مسن

کانسر امعاء:

- تغییر در عادت دفع مواد غایطه، موجودیت خون در مواد غایطه، و اسهالات مکرر نزد اشخاص مسن

کانسر کليه يا مثانه:

- هیماتوری بدون درد

کانسر رحم:

- خونریزی بعد از توقف عادت ماهوار (انقطاع طمث)

کانسر عنق رحم:

- خونریزی غیر نورمال مهبل

شکل ۱-۲۲: اعراض مهم کانسر

علاج گردد؛ تشخیص و تداوی شود (به شکل ۱-۲۲ دیده شود). به خاطر داشته باشید که هیچ علامه ای به تنهایی برای تشخیص سرطان وجود ندارد طور مثال سرفه های مزمن؛ بیشتر برای حادثه توبرکلوز یا برانشکتازیا (bronchiectasis) وضعی است تا به سرطان ریه. با اجتناب از مصرف سگرت از بسیاری واقعات سرطان جلوگیری شده می تواند!

ماخذها:

1. Bewes P. Managing your dying patients. Script from *Uganda Continuing Medical Education*.
2. *British National Formulary* Number 45 (March 2003), London: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain 2003.
3. Finlay IG. Palliative Care: An Introduction. *Medicine 2000; 1:1*.
4. Hawkins, S. *Practical Guide to Mental Health Problems*. Kabul: IAM 2004.
5. Murray SA, Grant E, Grant A, Kendall M. Dying from cancer in developed and developing countries: lessons from two qualitative interview studies of patients and their carers. *British Medical Journal* 2003; 326: 368-371.
6. Wee B, Hiller R. Pain Control. *Medicine 2000; 1:2-6*.

الف. پروسیجر های عملی

چه از سبب این برخورد غیر مسئولانه اشخاص مسلکی؛ یک تعداد زیاد اطفال مجروح شده اند.

یک چقری را جهت دفن نمودن سوزن ها و سایر مواد صحتی باطله (health waste) حفر نمائید. این بدان مفهوم است که یک چقری مشابه به چقری تشناب های صحرائی حفر نمائید و این چقری باید صرف یک سوراخ کوچک داشته باشد تا بتوان از آن طریق سوزن ها را بداخل انداخت. یا هم میتوان سوزن ها را بداخل یک قطی (مثلاً یک قطی آهنی حاوی یک سوراخ کوچک) انداخت و بعد از پر شدن آن، قطی را در یک جای مصئون در یک چقری عمیق دفن کرد. اگر کارکنان صحتی و شفاخانه ها مواد صحتی باطله را به طریقه مصئون جابجا ننمایند، با این کار خود در عوض تداوی امراض، باعث امراض میشوند. هرگاه شما در ساحه کار خود مسئولانه عمل نمائید، دیگران از شما منعیث یک نمونه خوب پیروی خواهند نمود.

درین فصل طرز اجرای پروسیجر های اساسی ذیل توضیح شده است:

- تطبیق مصئون زرقیات
- تطبیق دواها و مایعات عاجل؛ در صورت عدم دسترسی به ورید
- تطبیق تیوب انفی معدوی
- تطبیق اکسیجن
- تخلیه ایفیوژن پلورائی (انصباب پلورائی)
- تخلیه حبن
- بذل مفاصل
- بذل قطنی
- تطبیق کنتیر در طرق بولی
- طرز تخلیه آبه ها و طرز مراقبت جروحات صغیره در صفحه ۲۹۳ و ۳۱۶-۳۱۷ دیده شود.

تطبیق دواها، مایعات و اکسیجن

از مجروح شدن خود با سوزن پیچکاری جلوگیری نمائید!

تطبیق مصئون زرقیات (injections)

هنگام تطبیق زرقیات؛ بایست اطمینان حاصل نمائید که خود را صدمه نمی رسانید. جروحات ناشی از سوزن پیچکاری خطرناک بوده ممکن است باعث سرایت هیپاتیت B و C و ویروس ایدس (HIV) گردد. اکثریت این جروحات زمانی واقع میشوند که اشخاص مسلکی سرپوش سوزن را دوباره بر سر آن میگذارند. هیچگاهی سرپوش سوزن را دوباره بر آن نگذارید! مگر سرنج و سوزن را به طریقه مصئون بدون آنکه سرپوش آنرا دوباره بر سرش بگذارید؛ به دور اندازید!

زرقیات عضلی

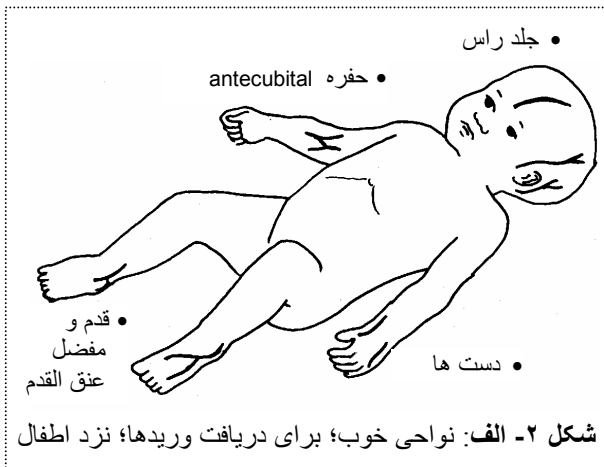
(IM = intramuscular injections)

زرقیات عضلی را صرف زمانی تجویز کنید که استطباب واضح داشته باشند. بیشتر از یک سوم زرقیات عضلی به صورت غیر ضروری داده میشوند.

۱. صرف از سرنج و سوزن معقم استفاده نمائید.
۲. صرف در محلی که در شکل ۱-الف نشان داده شده است، زرق نمائید. در غیر آن، ممکن باعث صدمات وخیم اعصاب و ساختمان های دیگر شوید.
۳. جلد ناحیه را با مواد انتی سپتیک (antiseptics) یا آب و صابون پاک نمائید. حدود ۱/۳ تمام واقعات هیپاتیت B و C از باعث استعمال سوزن ها و سرنج های ملوث بوجود میآیند.
۴. سوزن را به صورت مستقیم داخل عضله نمائید!
۵. قبل از زرق ادویه، پلنجر سرنج را به عقب کش نمائید:

سوزن ها و مواد باطله طبی را طوری جابجا نمائید که هیچ شخصی را صدمه نرساند.

زمانیکه سوزن ها را بکار میبرید؛ از جابجا نمودن مصئون آنها بعد از استفاده و کاربرد؛ اطمینان حاصل نمائید. هم چنان این نکته را در مورد سایر مواد ملوث، مثلاً ملوث با خون و مواد غایطه، مد نظر داشته باشید. خیلی شرم آور خواهد بود هرگاه در جریان عبور از یک سرک؛ سوزن های استعمال شده یا بنداژ های خون آلود را که با سایر کثافات به دور انداخته شده، ببینید



شکل ۲- الف: نواحی خوب؛ برای دریافت وریدها؛ نزد اطفال

۳. جلد ناحیه را با مواد آنتی سپتیک یا آب و صابون پاک نمائید.

۴. سوزن را داخل ورید نمائید. تطبیق سوزن را از کتاب آموخته نمیتوانید آنرا در کنار بستر مریض می توان آموخت!

۵. تورنیکت را باز نمائید. اگر ادویه وریدی را تطبیق مینمائید؛ اولاً جهت حصول اطمینان از اینکه سوزن آیا داخل ورید است؟ پلنجر را به عقب کش نمائید. باید خون داخل سرنج شود.

اگر میخواهید مایع قطره قطره وارد بدن شود، سوزن را با لوکوپلاستر تثبیت نموده و مایع را بدان وصل نمائید.

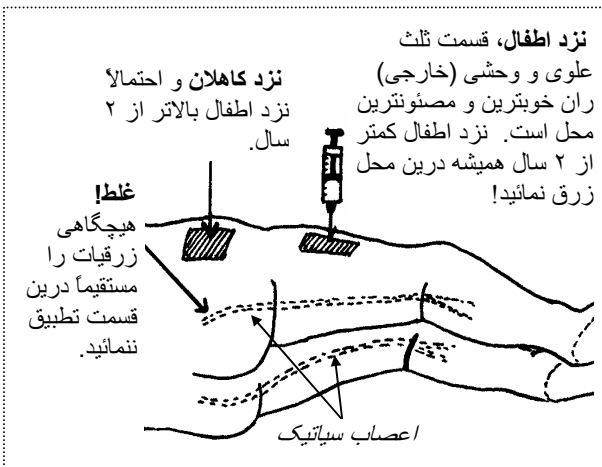
تطبیق دواها و مایعات عاجل در صورت عدم دسترسی به ورید

بعض اوقات در جریان تداوی حالات عاجل؛ دریافت ورید ها برای تطبیق دواها وریدی و انفیوژن ها ناممکن میباشد. در چنین واقعات سه طریقه بدیل برای آن وجود دارد:

- در اختلاجات، ادویه را از طریق مقعد مریض بدهید! (صفحه ۲۱۲ دیده شود). تطبیق مایعات از طریق مقعد جهت احیای مجدد مریض؛ بسیار موثر نمیشود!
- برای اطفال خوردهسال؛ مایعات و دواها را از طریق داخل عظمی (intraosseus) بدهید!
- نزد کاهلان؛ به وجود آوردن مجرا بالای ورید (venous cut-down) انجام شود!

تخنیک تطبیق داخل عظمی کانول (intraosseus cannulation technique)

شکل ۳- الف دیده شود. این میتود صرف نزد اطفال خوردهسال؛ قابل اجرا است. خطر انتان را مد نظر داشته



شکل ۱- الف: محل مصنون زرق عضلی

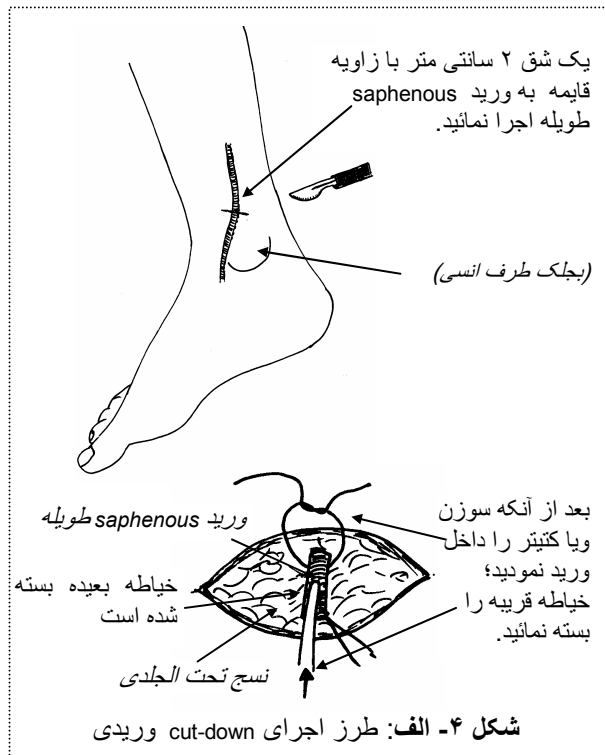
- اگر خون وارد سرنج شود؛ نشان دهنده آنست که ممکن سوزن داخل اوعیه شده باشد. در چنین واقعات ادویه را زرق نمائید. سوزن را از بدن خارج ساخته و آنرا دوباره در محل دیگر و نزدیک به ساحه اولی داخل نمائید تا از تطبیق مستقیم ادویه بداخل جریان خون اجتناب شود.
- اگر خون وارد سرنج نشود؛ ادویه را به آهسته گی زرق نمائید.

زرقیات و انفیوژن های داخل وریدی

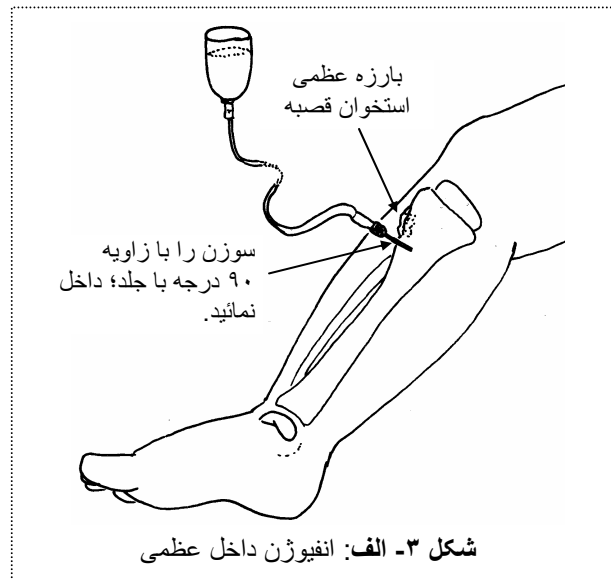
(IV = intravenous injections و infusions)

۱. مناسب ترین ورید را دریابید. در واقعات تطبیق قطره قطره مایعات؛ از تطبیق آن در ورید هائیکه در بالای مفصل قرار دارند اجتناب نمائید. بهترین جاهای را که میتوانید در آن ورید های طفل را دریابید در شکل ۲- الف نشان داده شده اند. عموماً بهتر است تا ورید ها را با جس نمودن دریافت نمود نه با جستجو با چشم!

۲. بازوی مریض را با تورنیکت ببندید و جهت برجسته شدن ورید به آهسته گی بالای آن ضربه وارد نمائید.



شکل ۴- الف: طرز اجرای cut-down وریدی



باشید (اوستیومیالیت). به جز از واقعات عاجل، هیچگاهی ازین طریقه به جای پروسیجر های روتین استفاده نمائید.

۱. بارزه عظمی (tuberositas tibiae) را جس نمائید.

۲. جلد ناحیه را با انتی سپتیک خوب پاک نمائید.

۳. یک سوزن با قطر بزرگ را در قسمت proximal عظم قصبه (tibiae) در قسمت پائینتر از بارزه عظمی به زاویه ۹۰ درجه داخل نمائید. زمانیکه سوزن داخل عظم میشود؛ از بین رفتن آنی مقاومت به مقابل سوزن را؛ حس نموده میتوانید.

۴. یک مقدار مایع را بداخل سرنج کش نمائید تا قرار گرفتن درست سوزن چک شود. شما تمام مایعات و دواها وریدی را ازین طریق تطبیق نموده میتوانید.

۵. به زودی بعد از حصول دسترسی به طریقه دیگر، کانول را از عظم بکشید.

کت- داون وریدی (venous cut-down)

شکل ۴- الف دیده شود. به سبب خطر انتان، ازین طریقه صرف در واقعات عاجل استفاده نمائید.

۱. ورید long saphenous را در ساحه دوانگشت بالاتر از بجک داخلی (medial ankle - malleolus) در یابید.

۲. ناحیه را با مواد انتی سپتیک پاک نموده؛ دستکش های معقم را بدست؛ کش نمائید. اگر مریض با هوش باشد، جلدناحیه را با انسستیک موضعی بیحس نمائید.

۳. بر بالای وریدسفن طولانی به زاویه قائمه یک شق به اندازه ۲ سانتی متر اجرا نمائید. (شق عمودی)

۴. نسج تحت الجدی را با یک آله کند و موازی به ورید؛ طوری تسلیخ نمائید تا به ورید دسترسی خوب حاصل نمائید.

۵. در نواحی بعیده و قریبه به دور ورید؛ لیگاتورها را بگذرانید. صرف لیگاتور بعیده آنرا گره یا بسته نمائید.

۶. ورید را در قسمت بالاتر از لیگاتور بسته شده؛ خفیفاً سوراخ نموده؛ کنتیر وریدی یا سوزن را داخل ورید نمائید.

۷. خون را بدل نمائید. اگر خون دیده نشود، کنتیر را کمی عقب کش نمائید.

۸. جلد ناحیه شق شده را بسته نموده آنرا با پانسمان بپوشانید.

۹. به زودی ممکنه کانول را دور نمائید.

طرز تطبیق تیوب انفی معدوی (nasogastric tube)

شکل ۵- الف دیده شود. جهت دادن مایعات و غذا، میتوان یک تیوب انفی معدوی را داخل معده مریض تطبیق نمود. استطبابات آن قرار نیل اند: (۱) جهت تطبیق مایعات به مریضی که دیهیدریشن شدید دارد ولی به هوش میبایشد و ورید وی قابل دسترس نباشد (۲) جهت تغذی اطفال مصاب سو تغذی شدید یا نوزادان کم وزن که خودشان مقدار کافی غذا را اخذ نمیدارند و (۳) در واقعات مشخص بطن حاد (مثلاً انسداد معائی).

۱. طول تیوبی را که باید وارد معده مریض شود اندازه نمائید: فاصله را از نوک بینی الی نرمة گوش بعداً

- اگر از آن جهت؛ ریهایدریشن استفاده مینمائید، یک بوتل انفیوژن را بدان وصل نمائید.
- اگر از آن جهت تغذی مریض؛ استفاده مینمائید؛ یک سرنج ۲۰ سی سی را (بدون پلنجر) به تیوب وصل نموده مایعات یا غذا را بداخل سرنج بریزید. این مواد به وزن خود داخل معده مریض؛ جریان مینمایند.

تطبیق اکسیجن (oxygen)

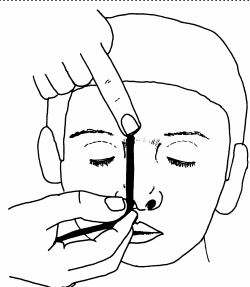
شما اکسیجن را از طریق کنتیر انفی، nasal prongs یا ماسک که کمتر موثر است تطبیق نموده میتوانید.

کنتیر انفی

اگر کنتیر انفی در دسترس نباشد؛ یک سیت تطبیق سیروم را گرفته و قسمت رابری آن را طوری که در شکل ۶-الف نشان داده شده است؛ قطع نمائید و آنرا به تیوب پلاستیکی که از بوتل اکسیجن میآید یا مستقیماً به بوتل وصل نمائید.

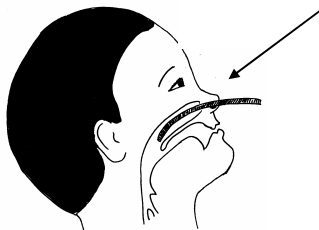
۱. فاصله بین فوچه بینی و طرف داخلی ابرو را اندازه نمائید و این فاصله را نشانی نمائید.

۲. کنتیر را تا قسمت نشانی شده تطبیق نمائید. کنتیر

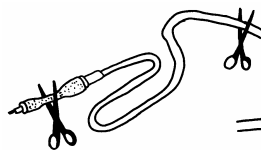


۱. قبل از تطبیق کنتیر انفی طول آنرا اندازه نمائید. طول آن مساوی به فاصله بین قاعده سوراخ بینی و کنار داخلی ابرو میباشد.

۲. نهایت کنتیر را چرب نموده آنرا طوری که نشان داده شده؛ داخل نمائید.



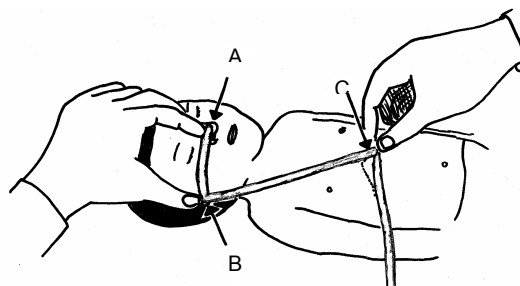
اگر کنتیر انفی قابل دسترس نباشد؛ یک سیت سیروم را گرفته و قسمت رابری آنرا مطابق شکل قطع نمائید. آنرا با تیوب پلاستیکی که از بالون اکسیجن آمده یا مستقیماً به بالون؛ وصل نمائید.



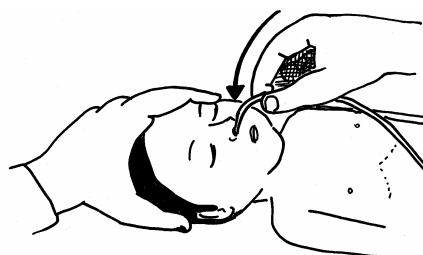
چندین سوراخ را در تیوب بوجود آورده و نوک تیوب را به صورت مایل قطع نمائید.

شکل ۶-الف: طرز تطبیق کنتیر انفی جهت تطبیق اکسیجن

طول تیوب را که باید داخل شود، اندازه نمائید: فاصله بین نوک بینی (A) و نرمه گوش (B) را اندازه نموده بعداً آنرا تا ناحیه اپی گستریک (C) اندازه نمائید. بعداً تیوب را در نقطه (C) نشانی نمائید.



نوک تیوب را چرب نموده آنرا با ملایمت از طریق یک سوراخ بینی الی محل نشانی شده، داخل نمائید (متن دیده شود)



شکل ۵-الف: طرز تطبیق تیوب معدی معانی

تا ناحیه اپی گستریک اندازه نمائید. تیوب را در همان ناحیه نشانی نمائید (C در شکل ۵-الف).

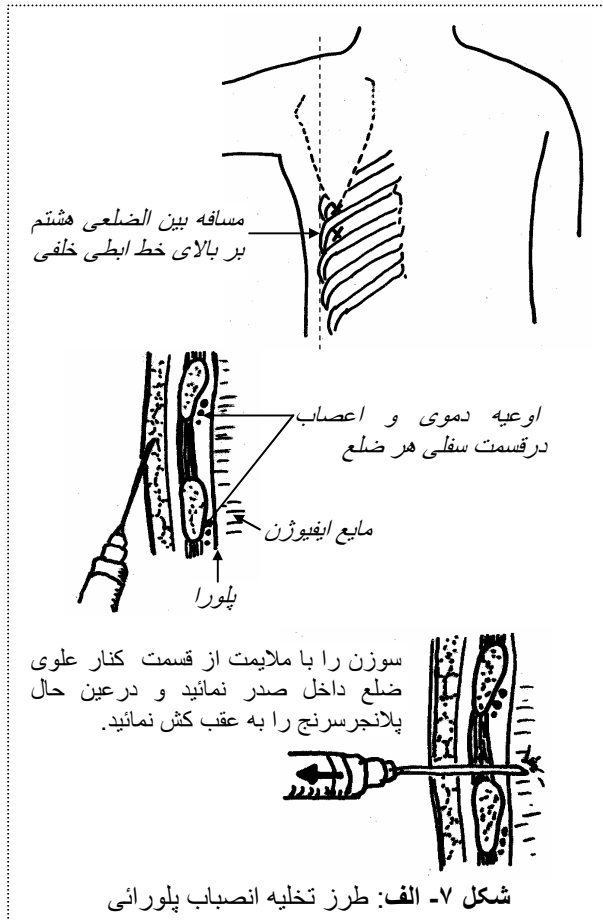
۲. نوک تیوب را با آب مرطوب نموده و آنرا داخل یکی از فوحات بینی نمائید. تیوب را به آهسته گی داخل نمائید. تیوب باید به آسانی و بدون موجودیت مقاومت در مقابل آن؛ وارد معده شود.

۳. زمانی که به ناحیه نشانی شده رسیدید؛ تیوب را بر بالای بینی با لوکوپلاستر تثبیت نمائید.

۴. موقعیت گرفتن تیوب را بداخل معده؛ چک نمائید. یک مقدار کم محتوی معده را با سرنج کش نمائید تا مطمئن شوید که تیوب در موقعیت درست قرار دارد (به صورت ایدیال چک نمائید که آیا مایع بذل شده کاغذ لیمس (litmus) را گلابی میسازد؟). اگر شما نتوانید مایع را کش نمائید؛ موقعیت تیوب را با اجرای اکسری بطنی یا تطبیق هوا بداخل تیوب و اصغاً آن بر بالای بطن با یک ستاتسکوپ تثبیت نمائید. اگر تیوب داخل معده باشد؛ شما داخل شدن هوا بداخل معده را اصغاً نموده میتوانید.

اگر تیوب از طریق شزن داخل ریه شده باشد؛ نزد مریض سرفه بوجود آمده مریض مصاب ضجرت تنفسی میشود. اگر درین حالت مایعات یا غذا داخل تیوب ساخته شود؛ مریض ممکن بمیرد. بناً اگر کمترین اشتباهی در مورد موقعیت تیوب داشته باشید؛ تیوب را کشیده دوباره تطبیق نمائید.

۵. زمانی که تیوب در موقعیت درست قرار گرفت:



شکل ۷- الف: طرز تخلیه انصباب پلورائی

دارند. بناً سوزن را از کنار بالای ضلع وارد صدر نمائید. در حالی که پلنجر را به عقب کش مینمائید؛ سوزن را به آهسته گی پیش برانید. با داخل شدن سوزن بداخل جوف پلورا یک آواز شنیده شده و مایع بداخل سرنج وارد میشود.

۴. مایع را به آهسته گی بذل نمائید. در نزد کاهلان؛ در هر مرتبه بیشتر از ۷۰۰ میلی لیتر را تخلیه ننمائید!

۵. در حالی که سوزن را دور مینمائید به بذل ادامه دهید. جهت جلوگیری از دخول هوا به فضای پلورائی و تشکل نوموتورکس، ناحیه سوراخ شده را بایک پانسمان معقم تحت فشار قرار دهید.

۶. مایع را معاینه نمائید.

تخلیه حبن (ascites)

شکل ۸- الف دیده شود.

۱. به مریض بگوئید که مثانه خود را تخلیه نماید.

۲. مریض را طوری بر پشت تکیه دهید که مایع در قسمت سفلی بطن وی جمع شود.

۳. جلد ناحیه را با مواد انتی سپتیک پاک نمائید. دستکش های معقم را پوشیده از تجهیزات معقم کار بگیرید.

باید در موقعیتی که در شکل ۶- الف نشان داده شده است، قرار گیرد.

۳. کنتیتر را با لوکوپلاستر تثبیت نمائید.

۴. اکسیجن را با جریان ۱-۲ لیتر در دقیقه شروع نمائید.

Nasal prongs

Prong را در داخل فوچه انفی قرار داده و با لوکوپلاستر آنرا تثبیت نمائید.

پروسیجر های دیگر

تمام پروسیجر های ذیل باید تحت شرایط معقم اجرا شوند و این بدان معنی است که:

۱. از تجهیزات معقم استفاده نمائید.

۲. جلد ناحیه را با مواد انتی سپتیک پاک نمائید (مثلاً با chlorhexidine یا iodine polyvidone). یک سواب معقم را که در انتی سپتیک مغطوس شده باشد بگیرید. پاک نمودن جلد را از ناحیه که سوزن تطبیق میشود یا شق صورت میگیرد؛ شروع نمائید. پاک کردن را به طرف خارج ادامه دهید. این کار را با سواب دوم تکرار نموده درین مرتبه نسبت به مرحله اول ساحه کمتر را پاک نمائید. بعداً سواب سوم را گرفته صرف ناحیه تطبیق سوزن را با آن پاک نمائید.

۳. دستان را؛ با مواد انتی سپتیک یا صابون و آب خوب بشوئید. دست کش های معقم را به دست نمائید. اطمینان حاصل نمائید که در هنگام پوشیدن دستکش ها صرف طرف داخل آنها را تماس نموده اید.

بذل انصباب پلورائی (pleural effusion)

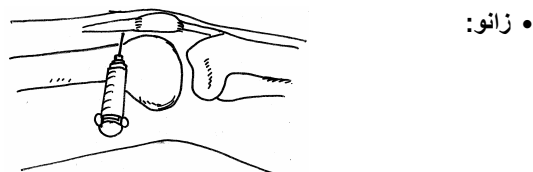
شکل ۷- الف دیده شود.

۱. مریض را بنشایند. با انجام قرع سویه بالائی مایع ایفیوژن را مشخص نمائید. مایع پلورائی را از ناحیه که به اندازه یک مسافه بین الضلعی پائینتر از سویه بالائی مایع قرار دارد، تخلیه نمائید. بهترین ساحه تخلیه ایفیوژن پلورائی را؛ مسافه بین الضلعی هشتم در بالای خط ابطی خلفی؛ تشکیل میدهد.

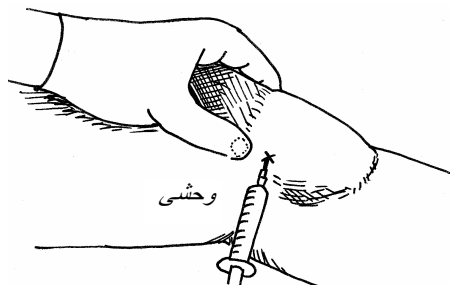
۲. ناحیه جلدی را با انتی سپتیک پاک نموده دستکش های معقم را بیوشید و از تجهیزات معقم استفاده نمائید.

۳. از یک سرنج با سوزن طویل کار بگیرید. اوعیه دموی و اعصاب در امتداد کنار سفلی اضلاع سیر

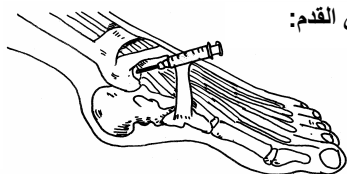
همیشه از قوانین پروسیجر های معقم پیروی ننمائید (متن دیده شود)؛ در غیر آن ممکن انتان مفصلی بوجود آید!



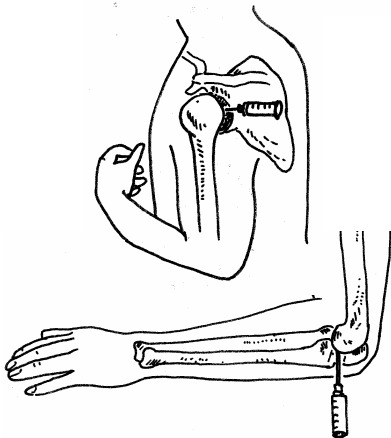
• زانو:



• عق القدم:

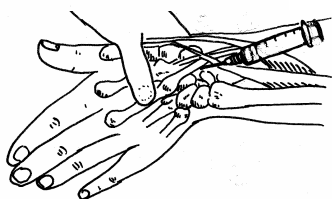


• شانه:



• آرنج:

• بند دست:



شکل ۹- الف: طرز اجرای بذل مفصلی

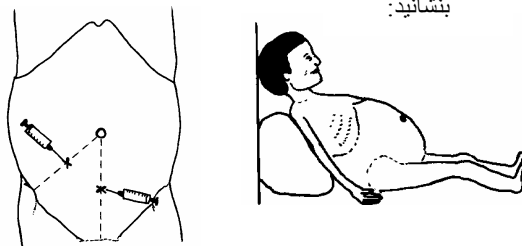
۳. محل داخل نمودن سوزن را مشخص ننمائید: قنزع های حرقی (iliac crest) ها را جس نموده و خط واصل آنها را در کمر مریض تعقیب ننمائید.

۴. سوزنی را که برای تطبیقات عضلی از آن استفاده میشود در یکی از فواصل بین الفقری قطنی پائینتر ازین خط تطبیق ننمائید.

نوک سوزن را با انگشت خود لمس ننمائید و از تماس سوزن با اشیای غیر معقم اجتناب ننمائید! در

محل داخل نمودن سوزن:

مریض را طور ذیل بنشانید:



شکل ۸- الف: بذل بطنی.

۴. سوزن را در قسمت متوسط فاصله بین سره و عظم عانه یا در قسمت متوسط فاصله بین سره و بارزه iliac داخل ننمائید. مایع را تخلیه ننمائید ولی نزد کاهلان این مقدار در هر مرتبه بیشتر از ۱ لیتر تخلیه نشود.

۵. مایع را معاینه ننمائید.

بذل مفاصل (joint aspiration)

شکل ۹- الف محل تطبیق سوزن را بداخل مفاصل مختلف نشان میدهد. مگر در صورت عدم داشتن تعلیمات مناسب و کامل؛ مفصل حرقی فخذی را بذل ننمائید. مفاصل را همیشه تحت شرایط معقم بذل ننمائید؛ در غیر آن انتانات را وارد مفصل نموده آرتريت سپتیک را باعث میشوید.

۱. ناحیه جلدی را با مواد انتی سپتیک خوب پاک ننمائید. دستکش های معقم را پوشیده از تجهیزات معقم استفاده ننمائید.

۲. تمام مایع موجود در مفصل را کش ننمائید.

۳. بالای ناحیه سوراخ شده یک پانسمان معقم را بگذارید.

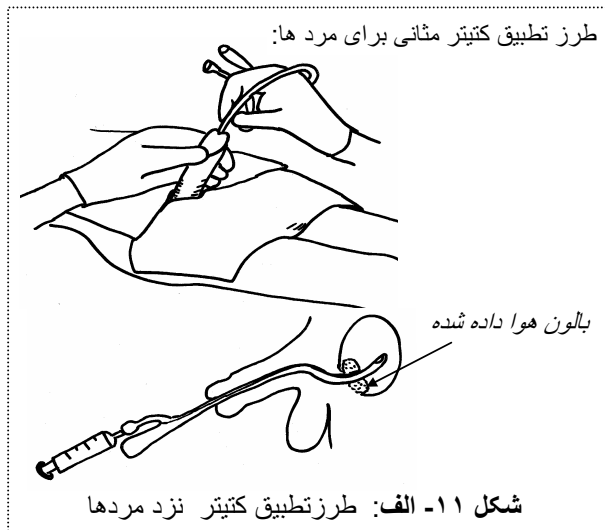
۴. مایع را معاینه ننمائید.

بذل قطنی (LP - lumbar puncture)

شکل ۱۰- الف دیده شود. اگر به بلند بودن فشار داخل قحفی مشکوک بودید؛ بذل قطنی را اجرا ننمائید!

۱. وضعیت دادن درست مریض بسیار مهم است. مریض باید زانو هایش را به طرف صدرش کش نموده و گردن خود را خم نماید. این کار مسافه بین جسم فقرات را باز مینماید. نزد اطفال؛ به یک نفر کمک کننده جهت وضعیت دادن طفل؛ ضرورت میداشته باشید.

۲. ناحیه جلدی را با مواد انتی سپتیک خوب پاک ننمائید. دستکش های معقم را پوشیده و از تجهیزات معقم استفاده ننمائید.



باعث شوید یا ممکن تخریبات احلیلی را بار آورید! تطبیق کنتیتر باید همیشه تحت شرایط معقم صورت گیرد! شما به یک کنتیتر معقم (فولی سایز ۱۴ یا ۱۲ Foley's No. ۱۰، دستکش های معقم، سرنج 10 ml، انتی سپتیک (مثلاً chlorhexidine) و یک امپول 5 ml آب مقطر جهت زرق نمودن در کنتیتر ضرورت دارید.

۱. مریض باید بر پشت بخوابد. فوچه احلیلی و در نزد مردها حشفه را با دقت با مواد انتی سپتیک پاک نمائید. دستکش های معقم را بپوشید.

۲. کنتیتر را با chlorhexidine لشم سازید.

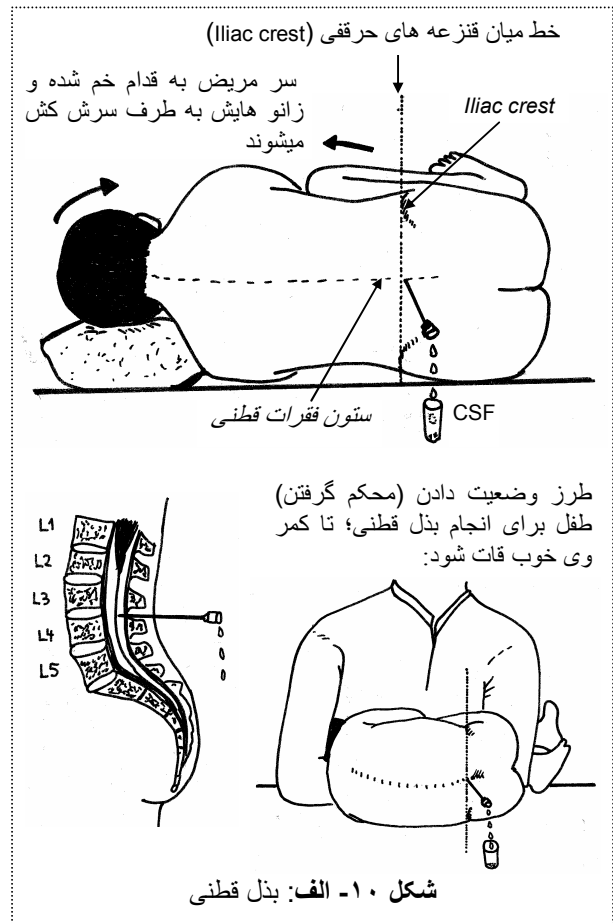
۳. در مردها؛ با دست چپ خود قضیب را گرفته و طوریکه در شکل ۱۱- الف نشان داده شده جهت جلوگیری از التوات آنرا کش نمائید. دست چپ تان باید به تماس کنتیتر نیاید!

۴. با دست راست خود کنتیتر را داخل فوچه احلیل نموده با ملایمت آنرا به پیش برانید. هیچ گاهی آنرا به زور تیله ننمائید. اگر کنتیتر به پیش نرود از یک کنتیتر سایز کوچکتر استفاده نمائید.

۵. کنتیتر را تا زمانی که دیگر آنرا بیشتر وارد مثانه نتوانید؛ داخل مثانه نمائید و منتظر باشید تا ادرار خارج شود.

۶. اگر میخواهید کنتیتر در جایش باقی بماند؛ بالون نهایت کنتیتر را با زرق 5 ml آب مقطر متوسع سازید. کنتیتر را به عقب کش نمائید تا نهایت آن در عنق مثانه قرار گیرد. در نزد مردهای که ختنه نشده اند، جلد حشفه را کش نمائید. یک خریطه معقم ادرار (urine container) را به کنتیتر وصل نمائید.

۷. فوچه احلیل را همه روزه با انتی سپتیک پاک نموده و علایم انتان طرق بولی را جستجو نمائید. از نگهداشتن کنتیتر در مثانه؛ برای مدت بیشتر از ضرورت؛ اجتناب نمائید!



صورت تماس سوزن با اشیای غیر معقم از یک سوزن جدید کار بگیریید!

در حالی که نوک سوزن بطرف سره جهت داده شده است سوزن را مستقیماً داخل نمائید. زمانی که سوزن وارد فضای حاوی مایع نخاعی دماغی (cerebral spinal fluid - CSF) میشود، آنآ به آسانی بیشتر؛ به پیش میرود. به زودی بعد از آنکه سوزن داخل فضای نخاعی شد؛ مایع CSF خارج میشود. حدود ۲ میلی لیتر مایع را بداخل بوتل پاک بگیریید هیچ گاهی مایع را با سرنج کش ننمائید!

۵. سوزن را کشیده ناحیه را با پانسمان معقم بپوشانید. به مریض مشوره دهید تا برای مدت ۱ ساعت به صورت هموار دراز بکشد. بعض مریضان به تعقیب این عملیه از سردردی شاکی میباشند که معمولاً چند ساعت یا چند روز بعد از بین میرود.

۶. مایع CSF را معاینه نمائید.

تطبیق کنتیتر در طرق بولی (urinary catheter)

اگر استنباب واضح وجود نداشته باشد، هیچگاهی کنتیتر را تطبیق ننمائید زیرا ممکن انتانات وخیم را

1. Hutin Y et al. Best infection control practices for intradermal, subcutaneous, and intramuscular injections. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81: 491-500.
2. Longmore M, Wilkinson I, Török E. *Oxford Handbook of Clinical Medicine*. 5th edition. Oxford: University Press 2001.
3. Schull CR. *Common Medical Problems in the Tropics*. 2nd edition. London: Macmillan 1999.
4. Southall D, Coulter B, Ronald C, Nicholson S, Parke S. *International Child Health Care: A practical manual for hospitals worldwide*. London: BMJ Books 2002.
5. UNICEF. Safe injections - Guidelines on the Rational Use of Drugs in Basic Health Services. *The Prescriber* 1998; 15: 1-16.
6. World Health Organization. *Wastes from health-care facilities*. Fact sheet No 253. Geneva: WHO October 2000.
7. World Health Organization. *Managing Complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Geneva: WHO 2003.

ب. اکسری صدی (chest x-ray)

- عدم کفایه احتمالی قلب؛ که تشخیص تفریقی آن از پرابلم ریوی از نظر کلینیکی مشکل باشد
 - تب دوامدار غیر واضح
- به خاطر داشته باشید که توپرکلوز ریوی؛ توسط معاینه بلغم و نومونیا؛ توسط تظاهرات کلینیکی؛ تشخیص میشوند!

چگونه میتوان معاینه اکسری صدی را انجام داد؟

زمانیکه مریض را معاینه میکنید؛ جهت جلوگیری از دست دادن معلومات مهم ودوری از اشتباه؛ باید مریض را به صورت سیستماتیک معاینه کنید. این موضوع در مورد معاینه کلیشه اکسری صدی نیز درست است. (به چوکات مراجعه شود) همیشه تمام مراحل توضیح شده را انجام دهید؛ حتی اگر دریافت رادیولوژیک بعد از یک نظر سطحی نزد شما واضح شود.

اکثریت امراض معمول قلبی وریوی؛ میتوانند بدون اکسری صدی تشخیص شوند. مگر اکسری صدی یک معاینه وسیعاً قابل دسترس میباشد. بنا رهنمود خلص در مورد چگونه گی ارزیابی سیستماتیک یک کلیشه صدی واینکه حالات معمول، چگونه به نظر میآیند درین کتاب گنجانیده شده است. یک نفر رادیولوژیست جزئیات بیشتر از آنچه را که درین جا توضیح شده است، جستجو خواهد نمود.

کلیشه اکسری صدی معمولاً به وضعیت خلفی-قدامی (از خلف به قدام - posterior-anterior = pa) در حالیکه مریض ایستاده است و تنفس عمیق (شهیق کامل - full inspiration) نموده است؛ اخذ میگردد. ساختمان های جامد یا مایع؛ اشعه را جذب نموده؛ در حالیکه هوا به آن اجازه عبور میدهد. بنا به هر اندازه که انساج جامد و مایعات در بین فلم اکسری و اشعه قرار گیرند به همان اندازه ساحه سفید تر معلوم میشود. و به هر اندازه هوای بیشتر در بین فلم اکسری و اشعه قرار گیرد، ساحه به همان اندازه سیاه تر معلوم میشود.

استطیبات اکسری صدی:

هر زمانیکه جهت انجام اکسری صدی؛ نزد یک مریض تصمیم میگیرید، دو سوال ذیل را از خود بپرسید:

۱. چرا به اکسری ضرورت دارم؟

۲. آیا نتایج اکسری اهمات مرا تغییر خواهد داد؟

صرف زمانی اکسری را توصیه کنید که نظر واضح در مورد آنچه که از اکسری توقع دارید؛ داشته باشید یا اینکه اکسری بالای اهمات شما اثر داشته باشد.

موارد ذیل *استطیبات معمول* کلیشه صدی میباشد:

● موجودیت اختلالات احتمالی نومونیا

● نومونیای مزمن

● جهت تشخیص سرفه مزمن یا درد صدی زمانی که معاینه بلغم از نظر باسیل توپرکلوز منفی باشد و علایم واضح کلینیکی استما موجود باشد.

● احتمال موجودیت توپرکلوز جاورسی

● جهت تائید ایفیوژن پلورایی (pleural effusion) یا نوموتوراکس مشکوک جهت مشخص ساختن اندازه آنها.

خلاصه: چطور باید اکسری صدی را ارزیابی نمود؟

۱. کیفیت آنرا چک نمائید:
- الف. آیا فلم به درستی به شعاع مواجه شده است یا به مقدار کم یا زیاد؟
- ب. آیا مریض راست ایستاده شده یا دور خورده است؟
- ج. آیا اکسری در زمان شهیق کامل اخذ شده است؟
۲. تشخیص اولیه شما چیست؟
۳. شزن را ارزیابی نمائید.
۴. منصف را ارزیابی نمائید.
۵. قلب را ارزیابی نمائید.
۶. حجاب حاجز و پلورا را ارزیابی نمائید.
۷. سره ها و ساحات ریوی را ارزیابی نمائید.
۸. عظام و انساج رخواه را ارزیابی نمائید.

۱. کیفیت کلیشه را چک نمائید.

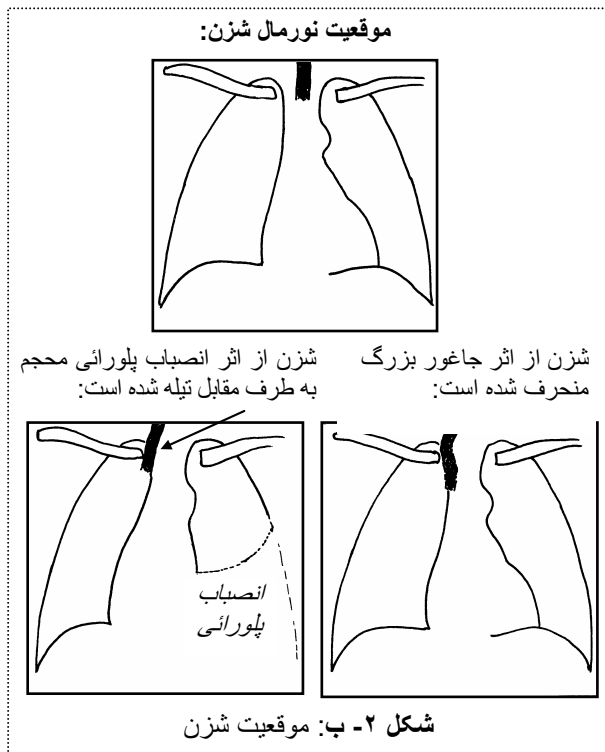
فلم را از نظر درست بودن تخنیک ارزیابی نمائید (شکل ۱- ب دیده شود).

۱. آیا فلم به صورت درست در معرض شعاع قرار داده شده است یا معروضیت آن بسیار زیاد یا بسیار کم بوده است؟

طرز ارزیابی: اگر کیفیت فلم خوب باشد، شما ستون فقرات صدی را در عقب خیال قلب دیده میتوانید.

۳. شزن را معاینه نمائید.

○ **شزن در کجا موقعیت دارد؟** (شکل ۲- ب دیده شود) به صورت نورمال شزن در قسمت متوسط صدر موقعیت داشته و ممکن است خفیفاً به طرف راست دور بخورد. شزن ممکن است توسط یک کتله منصفی (مثلاً جاغور) یا توسط حالاتی که تمام منصف در آن به یک طرف تغییر موقعیت مینماید (مثلاً ایفیوژن پلورائی - pleural effusion بزرگ) بیجا شود. اگر به بیجا شدن منصف مشکوک میشوید به قلب و منصف ببینید که آیا آنها نیز به عین سمت بیجا شده اند یا خیر؟



۴. منصف را معاینه نمائید. (شکل ۳- ب دیده شود)

○ **آیا اندازه مجموعی منصف با در نظر داشت سن** **مریض نورمال میباشد؟**

نوت: اطفال خورد به نسبت داشتن غده thymus؛ دارای منصف بزرگ اند.

○ **آیا شکل منصف نورمال است؟** شکل منصف در یک کلیشه خلفی قدامی از ساختمان های مختلف متشکل میباشد. منصف را منحیث یک کثافتی که توسط دو ریه مملو از هوا احاطه شده است تصور نمائید. شکل این انساج حاشیوی ممکن از باعث عقدا ت لمفاوی بزرگ، تومورها، غده درقیه یا انشقاق ابهر برهم بخورد.

پرابلم ها: اگر فلم به شعاع بسیار زیاد یا بسیار کم معروض شده باشد؛ ممکن تغییرات مرضی از نظر باز مانده یا به صورت غلط تفسیر شوند.

۲. آیا مریض وضعیت مستقیم دارد یا دور خورده؟

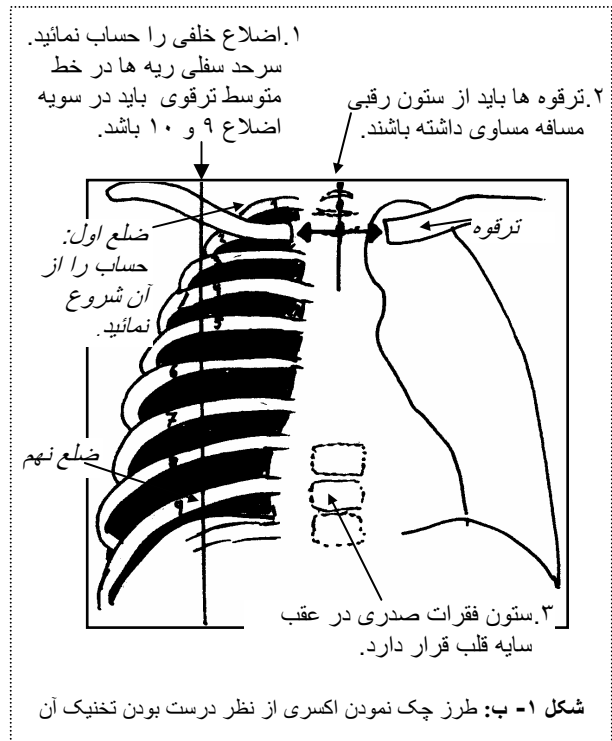
طرز ارزیابی: اگر فلم کیفیت خوب داشته باشد هر دو ترقوه ها (clavicles) دارای فاصله مساوی از بارزه های شوکی (spinous processes) ستون فقرات رقیبی میباشد.

پرابلم ها: اگر مریض دور خورده باشد ساختمان های نورمال خصوصاً ساختمان های منصفی دورخورده معلوم میشوند.

۳. آیا اکسری در زمان شهیق کامل اخذ شده است؟

طرز ارزیابی: اضلاع خلفی را حساب نمائید. سرحد ریه ها در خط متوسط ترقوی (mid-clavicular line) باید در سویه اضلاع ۹-۱۰ باشد.

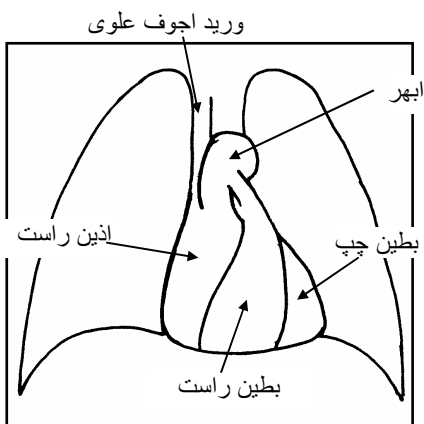
پرابلم ها: اگر مریض هوا را به درستی داخل ریه های خود نساخته باشد؛ سرحد ریه ها بلند تر میباشد. پس هوای کمتر در ریه ها موجود بوده وخیال قلب بزرگتر معلوم شده و lung marking (مسیر او عیه دموی) واضح تر میباشد. که این حالت اشتباه تشخیص بزرگی قلب یا آفت ریوی را بار میآورد.



۲. تشخیص احتمالی اولی شما چیست؟

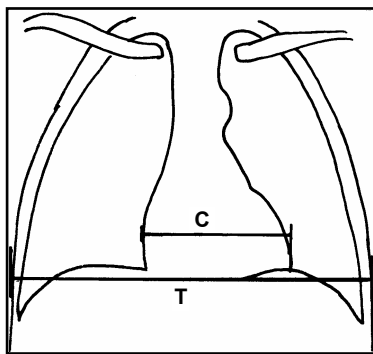
○ **آیا شما کدام ابنورمالتی واضح را میبینید؟**

ساختمان های خیال قلب:



چطور باید سایز قلب را در اکسری صدی اندازه نمود؟
 بزرگترین قطر خیال قلب (C) و بزرگترین قطر صدر (T) را اندازه
 نمائید این رقم بنام نسبت قلب - صدر یاد میشود.

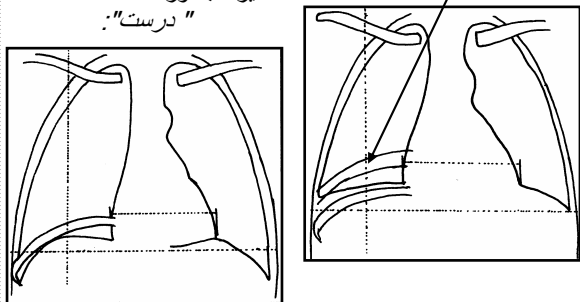
در حالت نورمال C کمتر از ۵۵% اندازه T میباشد.



چرا در مورد سایز قلب صرف زمانی قضاوت نموده
 میتوانید که اکسری در زمان شهیق عمیق اخذ شده باشد؟

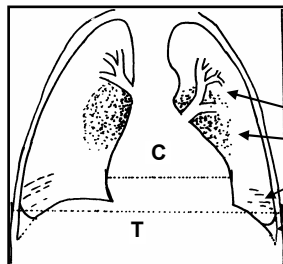
غلط:

این اکسری در زمان شهیق عمیق بنا با وجودیکه قلب نورمال است،
 اخذ نشده است. چون سرحد سفلی ریه طرف راست صرف تا ضلع ۸
 میرسد، بنا شما آنرا دیده میتوانید. سایز قلب نورمال است.
 "درست"



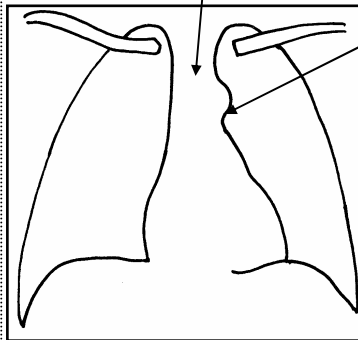
عدم کفایه قلبی:

- قلب بزرگ است (C بزرگتر از ۵۵% اندازه T است)
- اوعیه بارز فص علوی
- اذیمای ریوی
- انصباب پلورائی کوچک در هر دو طرف



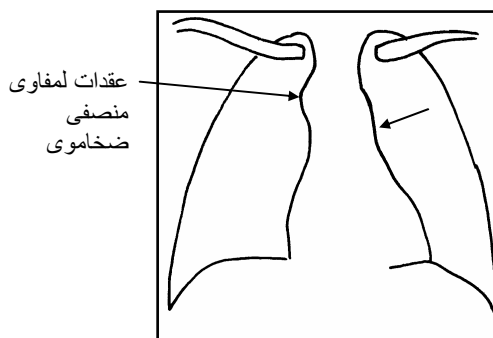
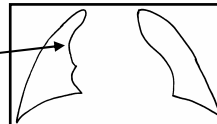
شکل ۴- ب: قلب

اندازه نورمال منصف نزد کاهلان:



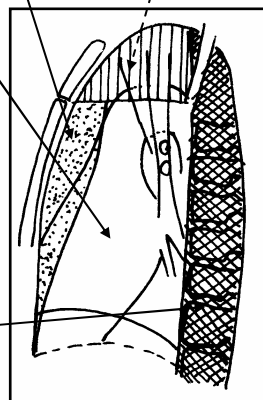
به دسام ابهری - ریوی نگاه نمائید. در اکسری خلفی قدیمی؛ قوس ابهر به شکل خیال محدب معلوم میشود. (اگر قابل دید نباشد به موجودیت یک عقده لمفاوی ضخاموی مشکوک شوید).

منصف یک طفل خوردهسال (بزرگ بودن آن نورمال بوده از باعث غده تایمس میباشد).



اکسری صدی جنبی بخش های مختلفه منصف و ساختمان های آنرا نشان میدهد:

- منصف علوی:**
 - غده تایروئید
 - قوس ابهر و اوعیه کبیره
 - شزن و مری
- منصف قدامی:**
 - ابهر صاعده
 - عقدات لمفاوی
 - اضلاع و عظم قص
 - غده تایمس
- منصف متوسط:**
 - قلب
 - شرانین و اورده قریبه ریوی (سروی)
 - شزن و مری
 - جذر شجر قصبی
 - ورید اجوف
- منصف خلفی:**
 - ابهر نازله
 - اضلاع و ستون فقرات



شکل ۳- ب: منصف

۵. قلب را معاینه نمائید.

○ آیا سایز قلب نورمال است؟ (شکل ۴- ب دیده شود)
 عرض قلب به صورت نورمال کمتر از نصف
 اندازه قفس صدی میباشد (تناسب قلب-
 صدر - cardio-thoracic ratio). اگر این اندازه بیشتر
 از آن باشد پس قلب بزرگ شده است. متوجه باشید

بیشتر هوا در ریه موجود می‌باشد (hyperinflation).
 که این علامه استما یا امراض انسدادی مزمن ریوی (COPD) می‌باشد.

○ آیا شکل حجاب حاجز نورمال است؟ سطح حجاب حاجز باید لشم و قبه مانند باشد. اگر در حجاب حاجز طرف راست شکل کتله برآمده را می بینید به موجودیت کتله کبدی؛ مشکوک شوید جهت روشن شدن موضوع معاینه التراسوند کبد را انجام دهید.

○ آیا زاویه costophrenic (زاویه میان اضلاع و حجاب حاجز) نورمال است؟ اگر شما زاویه costophrenic را به نسبت سفیدی دیده نمیتوانید، به مفهوم آنست که مایع در جوف پلورا (pleural effusion) موجود می‌باشد.

۷. سره ها و ساحات ریوی را معاینه نمایند
 (شکل ۶- ب دیده شود)

○ آیا کثافت و موقعیت سره نورمال است؟ شکل سفید سره راست و چپ بعضاً با عقدات لمفاوی ضخامی یا تکثافت اشتباه میشوند. خیال سره ها توسط شرائین ریوی با شعبات آنها واورده ریوی تشکیل میشود. شریان ریوی چپ معمولاً کمی بالاتر از شریان ریوی راست قرار داشته و هیچگاهی پائینتر از آن قرار نمیگیرد. کثافت هر دو طرف باید مشابه باشند. بدین مفهوم که باید سفیدی آنها مشابه باشد.

سره ها ممکن از باعث فیروز به یک موقعیت غیر نورمال کش شوند یا ممکن موقعیت آنها از باعث تنقیص حجم ریوی در کولاپس ریوی تغیر نماید.

○ مسیر او عیه دموی را تعقیب نمایند:

• آیا او عیه دموی به کنار (سطح) ریه میر سند؟ اگر نوموتوراکس موجود باشد vascular marking (مسیر او عیه دموی) معدوم شده و شما کنار ریه را میبینید.

• آیا او عیه دموی به صورت غیر نورمال عریض (متوسع) می‌باشد؟ در عدم کفایه قلبی او عیه دموی؛ خصوصاً او عیه دموی ساحات علوی ریوی به صورت غیر نورمال متوسع می‌باشند.

○ آیا اندازه عمومی ریه راست و چپ نورمال است یا کدام طرف آن کوچکتر معلوم میشود؟

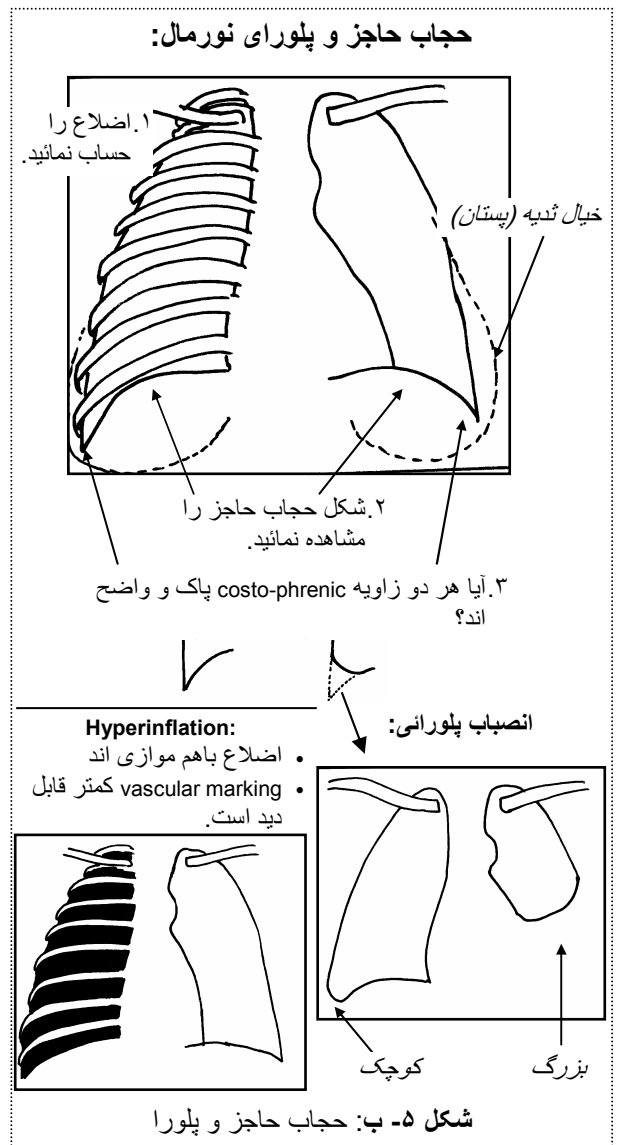
○ کلیشه رادیوگرافی را از نظر موجودیت ساحات واضح سیاهی (شفافیت - translucency) یا سفیدی (مکدریت و کثافت - opacity و density) معاینه نمایند (به چوکات مراجعه شود). چشمان خود را عادت دهید تا از طریق قلب و قسمت علوی بطن؛ ریه ها را در عقب آنها ببینید.

اگر مریض به صورت کامل تنفس نکرده باشد، یا اگر اکسری صدی به وضعیت قدیمی-خلفی (از قدام به خلف - ap) اخذ شده باشد یا اگر فلم در حالتی اخذ شده باشد که مریض به وضعیت خوابیده (اصطجاع ظهری - supine) قرار داشته باشد، قلب ممکن بزرگتر معلوم شود.

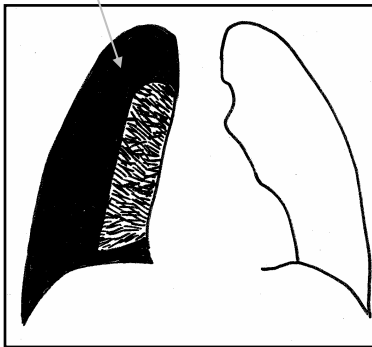
۶. حجاب حاجز و پلورا را معاینه نمایند.
 (شکل ۵- ب دیده شود)

○ آیا ارتفاع حجاب حاجز نورمال است؟ حجاب حاجز طرف راست معمولاً به اندازه ۱-۳ سانتی متر بلند تر از حجاب حاجز طرف چپ قرار دارد. اگر یکی از حجاب های حاجز بلندتر از حالت نورمال باشد؛ نشان دهنده آنست که در ریه همان طرف؛ مقدار هوا کم می‌باشد میتواند کولاپس ریوی را نشان دهد.

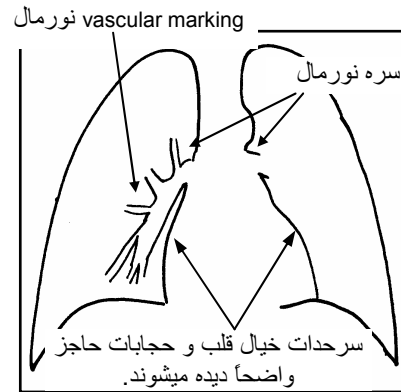
اگر سرحد حجاب حاجزی - ریه پائینتر از ضلع دهم خلفی قرار داشته باشد، نشان دهنده آنست که مقدار



نوموتوراکس طرف راست
ریه سیاه‌رنگ بدون vascular marking



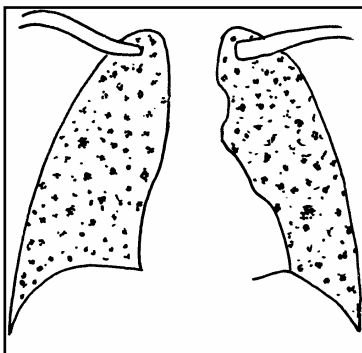
ساحات ریوی نورمال:



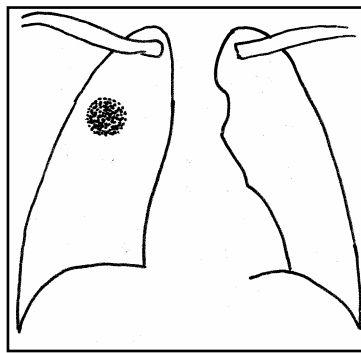
ساحات ریوی را به صورت سیستماتیک مشاهده نمائید. اگر ساحاتی را که مشاهده نمیکنید، بیوشانید دریافت اینورمالتی های کوچک را؛ آسانتر میسازد.



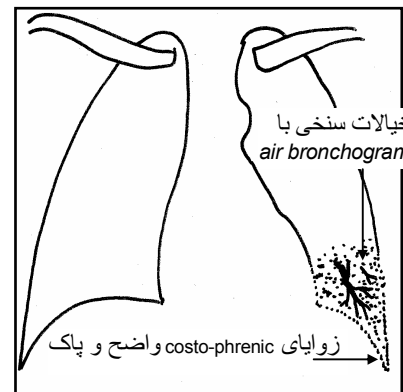
خیالات مدور کوچک و متعدد
(توبرکلوز جاورسی، میتاستاز ریوی)



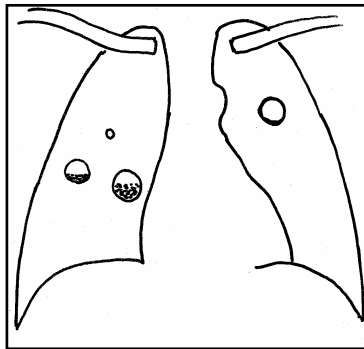
خیال واحد بزرگ و مدور - coin lesion
(کانسر، امراض هیداتید)



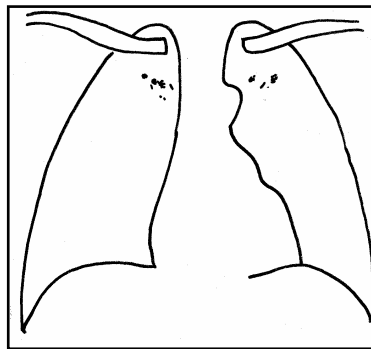
خیالات سنخی (pneumonia)



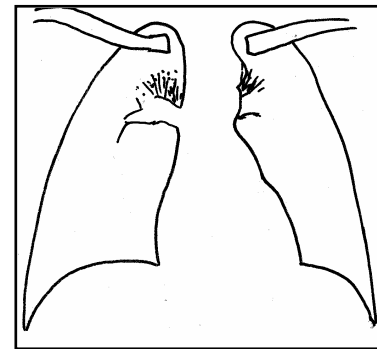
اندفاعات حلقه مانند
(آیسه، نومونیای ستافیلوکوکال)



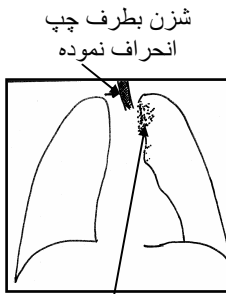
Calcifications (تکلسات - علایم التهاب قبلی، خصوصاً توبرکلوز سابقه)



خیالات شبکه مانند (فیروز قسمت های علوی ریه که سره ریه را کش مینماید)

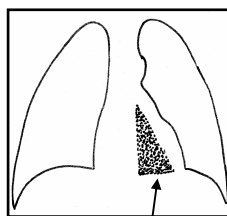


کولاپس فص علوی طرف چپ



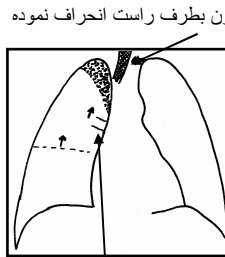
کثافت غیر مشخص

کولاپس فص سفلی طرف چپ



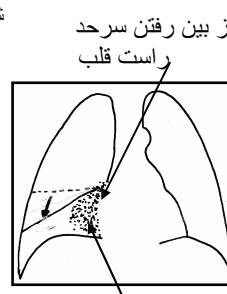
کثافت مثالی در عقب قلب. از بین رفتن قسمت متوسط حجاب حاجز

کولاپس فص علوی طرف راست



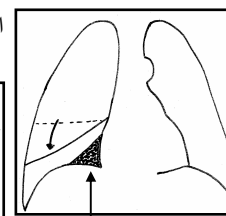
سره طرف راست بطرف بالا بیجا شده

کولاپس فص متوسط طرف راست



کثافت غیر مشخص

کولاپس فص سفلی طرف راست



کثافت مشخص در مجاورت سرحد راست قلب قابل دید است.

شکل ۶- ب: ریه ها

اگر در نسج ریوی جوار قلب، منصف یا حجاب حاجز هوا وجود نداشته باشد؛ سرحدات آن ساختمان ها قابل دید نمیباشند. که این حالت در تعیین موقعیت آفت کمک مینماید و اکثراً جهت مشخص ساختن موقعیت دقیق آفت؛ به یک اکسری جنبی؛ ضرورت میباشد.

اگر کدام مکردیت غیر نورمال را در مییابید، کوشش نمائید تا آنرا طبق ذیل توضیح نمائید و جهت تشخیص تفریقی آفت جزئیات بیشتر را جستجو نمائید.

– خیال مدور: • آیا یک خیال وجود دارد یا بیشتر از آن؟ • آیا سایز خیال کوچک است یا بزرگ؟ یا اندازه های متفاوت دارند؟ • آیا خیال سفید جامد (مثل سکه) است یا مشابه به انگشتی است؟

– خیال شبکوی
– به شکل سخی (به شکل پرمانند معلوم میشود) است. air bronchogram؟
– اشتراک سه نوع مکردیت های فوق.

– دریافت های اضافی معمول:
– تکلسات (اندفاعات کوچک برونک سفید استخوانی) معمولاً علایم انتانات سابقه (مثلاً توبرکلوز) میباشد.

– مرمی ها از باعث جروحات جنگی
نوت: در مریضان اناث، ثدییه هایشان خیالات اضافی میدهند. این خیالات را با کثافت های غیر نورمال اشتباه نکنید.

۸. عظام وانساج رخوه را معاینه نمائید.

(شکل ۷- ب دیده شود)



تکلسات و ضخیم شدن پلورا (انصباب پلورانی التیام یافته TB، empyema، التیام یافته بعد از نومونیای بکتریایی، هیموتوراکس التیام یافته به تعقیب ترخیصات)

شکل ۷- ب: جدار صدر

اسباب سفیدی های غیر نورمال (کتلات متراکم، مکردیت)

Consolidation – طرز پر شدن اسناخ

شما مکردیت غیر مشخص را در air bronchogram میبینید. اسناخ قیح یا مایع وجود داشته باشد؛ شما طرق هوایی بزرگ را به صورت خیال سیاه رنگ میبینید زیرا طرق هوایی بزرگ هنوز هم حاوی هوا میباشد.

- نومونیا
- اذیمای ریوی (بعداً قلب بزرگ میشود)

یک یا چند عدد اندفاعات بزرگ سکه مانند (coin lesion)

- توبرکلوز
- کیست هیداتید
- تومور ریوی
- میتاستاز
- سایر اسباب کمتر معمول

یک تعداد زیاد اندفاعات کوچک سکه مانند

- توبرکلوز جاورسی
- میتاستاز

اندفاعات حلقه مانند

- مقطع مستعرض قصبه (نورمال!)
- توسع قصبیات bronchiectasis
- کهف cavitation (TB)
- آبسه ها (ستائیلوکوکال، آمیبیک، هیداتید، فنگسی)
- تومور

مکردیت های شبکوی

- اسباب معمول
- تندب (فیبروز) انتانات مزمن (معمولاً توبرکلوز سابقه غیر فعال)
- اسباب کمتر معمول
- عدم کفایه مقدم قلب چپ
- کانسر

ضیاع حجم ریوی

- کولاپس ریوی (تظاهرات وصفی آن وابسته به آنست که کدام فص کولاپس نموده است. آنرا با consolidation مغالطه ننمائید!)

اسباب معمول سیاهی های غیر نورمال (شفافیت)

- نوموتوراکس
- Hyperinflation (COPD، استمای حاد، و در اطفال التهاب حاد برانشیولیت ها - bronchiolitis)
- آبله

بعداً ساحات ریوی را از نظر موجودیت خیالات غیر نورمال به صورت سیستماتیک معاینه نمائید:

شما ممکن اینورمالتی های بزرگ را دریابید. پس حالا ساحات ریوی را از نظر موجودیت نواحی کوچک سفیدی (مکردیت - opacity) غیر نورمال به صورت دقیق معاینه نمائید. قسمت های متقابل ریه ها را به صورت سیستماتیک با همدیگر مقایسه نمائید. اگر آن قسمت های از ریه ها را که نمیخواهید ببینید، پوشانید به شما کمک مینماید.

ماخذها:

1. Harvard Medical School. *Radiology for Second-Year Students. Module Chest Radiology*. Webpage www.brighamrad.harvard.edu/education/online as on 16.10.2003.
2. Longmore M, Wilkinson I, Török E. *Oxford Handbook of Clinical Medicine*. 5th edition. Oxford: Oxford University Press 2001.
3. Thompson BH. *Introduction to Clinical Radiology: Chest*. Virtual Hospital - a digital library for health information. www.vh.org/adult/provider/radiology/icmrad/chest as on 16.10.2003.

- مفاصل شانه، ستون فقرات و اضلاع را از نظر **تغییرات عظمی** مشاهده نمائید؛ خصوصاً فقرات را از نظر ارتفاع جسم آنها و مسافات دسک بین الفقری مشاهده نمائید. آیا کنارهای جسم فقرات واضح و صاف اند؟ اگر شما در مورد موجودیت توبرکلوز فقرات مشکوک شدید؛ پس اکسری جنبی ستون فقرات را انجام دهید (صفحه ۲۰۰ دیده شود).
- جدار صدر را از نظر ضخیم شدن یا تکلس (calcification) معاینه نمائید.

ج. ارقام لابراتواری نورمال

نوت: ارقام نورمال که در ذیل بیان شده اند صرف یک رهنما بوده زیرا این ارقام ممکن وابسته به نوع میتود لابراتواری استفاده شده باشند.

		هیماٹولوژی	
Aspartate aminotranferase (AST or GOT)	12–40 U/L	Erythrocyte sedimentation rate (ESR)	کمتر از 15 mm/h ₁
Alpha amylase	25–125 U/L	Haemoglobin (Hb)	
Bilirubin (total)	کمتر از 1.0 mg/dl (17 micromol/L)	14.5–21.0 g/dl	در زمان ولادت
Calcium (total)	2.1–2.6 mmol/L (8.4–10.4 mg/dl)	11.0–12.5 g/dl	اطفال ۲–۱۲ ماهه
Cholesterol	3.5–5.2 mmol/L (120–200 mg/dl)	11.5–14.0 g/dl	اطفال بزرگتر
Creatine kinase (CK)	25–195 U/L مرد ها	13.5–18.0 g/dl	مردها
	25–180 U/L خانم ها	11.5–16.5 g/dl	خانم های غیرحامله
Creatinine	0.6–1.5 mg/dl (70–118 micromol/L)	11.0–15.0 g/dl	خانم های حامله
Gamma-glutamyltransferase (gamma-GT)	11–51 U/L مرد ها	(packed red cell volume, PCV) Haematocrit	
	7–33 U/L خانم ها	0.40–0.54 L/L	مردها
Glucose	70–110 mg/dl (FBS) Fasting	0.37–0.47 L/L	خانم ها
	70–140 mg/dl (3.7–7.8 mmol/L) Random	Mean cell volume (MCV)	80–96 fl
Glycosylated haemoglobin (HbA1c)	2.3–6.5 %	White blood cell count (WBC)	
Lactate dehydrogenase (LDH)	240–480 U/L	5,000–24,000 /mm ³	در زمان ولادت
Potassium	3.5–5.0 mmol/L	4,000–14,000 / mm ³	اطفال
Protein (total)	60–80 g/L (6.0–8.0 g/dl)	4,000–11,000 / mm ³	کاهلان
Sodium	135–145 mmol/L	WBC differential count	
Thyroid-stimulating hormone (TSH)	0.5–5.7 micromol/L	40–75 %	نوتروفیل ها
Thyroxine (T4)	70–140 nmol/L	20–45 %	لمفوسیت ها
Uric acid (urate)	3.5–8.1 mg/dl (210–480 micromol/L) مردها	1–6 %	ایوزیتوفیل ها
	2.5–6.5 mg/dl (150–390 micromol/L) خانم ها	0–1 %	یزوفیل ها
Urea	15–40 mg/dl (2.5–6.7 mmol/L)	2–10 %	مونوسیت ها
		Platelet count	150,000–400,000 /L
		Reticulocyte count	0.8–2.0 % کریوات سرخ خون
		بیوشیمی	
		Alanine aminotranferase (ALT or GPT)	
		70 U/l تا ۱ ماه	اطفال کمتر از ۱ ماه
		5-35 U/l	کاهلان و اطفال بالاتر از ۱ ماه
		Albumin	35–50 g/L (3.5–5.0 g/dl)
		Alkaline phosphatase (AP)	
		130–600 U/L	اطفال
		30–300 U/L	کاهلان

References

1. Kumar P, Clark M. *Clinical Medicine*. 5th edition. Edinburgh: WB Saunders 2002.
2. Longmore M, Wilkinson I, Török E. *Oxford Handbook of Clinical Medicine*. 5th edition. Oxford: University Press 2001.
3. O'Callaghan C, Stephenson T. *Pocket Paediatrics*. Edinburgh: Churchill Livingstone 1992.
4. Southall D, Coulter B, Ronald C, Nicholson S, Parke S. *International Child Health Care: A practical manual for hospitals worldwide*. London: BMJ Books 2002.
5. Wheatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA. *Oxford textbook of medicine*. 3rd edition. Volume 3. Oxford University Press 1996.

ورقه ثبت خصوصیات مریضان داخل بستر

نام: _____ تخلص: _____ جنس: _____ سن: _____ تاریخ: _____
سکونت اصلی: _____

تاریخچه

شکایت اصلی فعلی: _____
تاریخچه شکایت فعلی: _____

دوا ها (نام دواها، مقدار، مدت زمان): _____

حساسیت ها: _____

دود نمودن سگرت: _____

واکسین ها (اطفال): _____

(خانم ها، سن بین ۱۵-۴۵ سال): _____

TT 2	Tetanus toxoid 1		
TT 5	TT 4	TT 3	

Measles	DPT 3	DPT 2	DPT 1	BCG
OPV4	OPV 3	OPV 2	OPV 1	OPV 0

ویتامین A	Mebendazole
-----------	-------------

ویتامین A و تطبیق ادویه ضد کرم:

تاریخچه صحت قبلی: _____

معاینه سیستم ها:

وضعیت عمومی:	
سیستم قلبی و عانی و تنفسی	سیستم معدی معانی
سیستم بولی - تناسلی	سیستم عصبی
صحت روان	سیستم حرکی- سکلتی
گوش ها و چشمان	جلد

تاریخچه فامیلی و اجتماعی: _____

معاینه فیزیکی

ظاهر یا نمای عمومی: مریض یا خوب: _____ وزن: _____ قد: _____

سؤ تغذی	دیهایدریشن	ندارد	متوسط	شدید	تب	مشکلات تنفسی
یرقان	کمخونی				سیانوز	افسرده گی یا سلوک عجیب و غریب

دست و گردن: _____

چشمان: _____ گوش ها، بینی، گلو (ENT): _____

عقدات لمفاوی: _____

سیستم قلبی و عانی: نبض: فشار خون: mmHg / موقعیت نبضان زروه قلب: /
سیستم تنفسی: دفعات تنفس: فی دقیقه فرورفته گی صدری: بلی نخیر

موقعیت شزن:

حرکات صدری:

قرع:

اصغا:

بطن:

تفتیش:

حساسیت:

کبد:

طحال:

کلیه ها:

کتلات:

ناحیه تناسلی:

معاینه مقعدی:

سیستم عضلی سکلیتی:

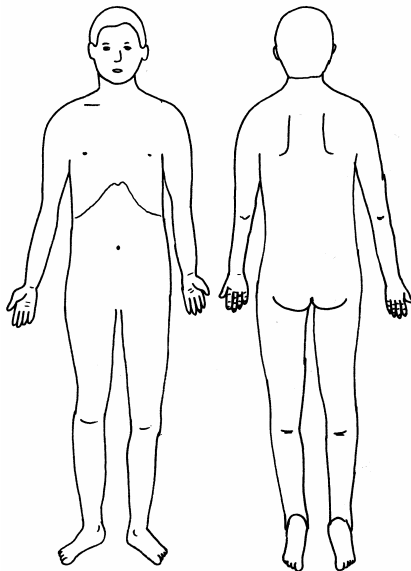
جلد:

سیستم عصبی:

سویه شعوری:

شخی گردن:

هماهنگی:



:Rebound

:Guarding

حسیت	ریفلکس	قوت	تون	بازو ها	پا ها
				راست چپ	راست چپ

لست پرابلم و پلان تداوی

تشخیص کاری:

تشخیص تفریقی:

پرابلم های دیگر:

معاینات:

پلان تداوی:

تعلیمات صحی مربوطه (مهمترین موضوعی را که مریض باید بداند چیست?):

نام و امضای داکتر:

تعدادوی جامع امراض دوره طفولیت

توصیه های غذایی هنگام مریضی و صحت بودن

<p>2 سالی تا بالاتر</p> <ul style="list-style-type: none"> غذا های خانگی روز سه بار طور ذیل داده شود: سه قاشق حبوبات مثل (ماش، دال، نخود یا لوبیا) یا یک تونه کوچک گوشت یا ماهی و یا یکدانه تخم همراه با سه قاشق بامیه یا پالک یا نارنج یا کدو و زردک همراه با یک قاشق روغن که در یک گیلانس برنج و یا کچالو جوش شده یا آتش علاوه میگردند. بر علاوه میوه جات مانند نیم کیله یا سیب ساییده شده و یا توته نان. 	<p>12 ماهگی تا 2 سالی</p> <ul style="list-style-type: none"> شیر مادر هر قدر که طفل میخواهد برایش داده شود. از غذا های ذیل به اندازه کافی توصیه شود: فرنی ✓ لپتی یا شیر ✓ ماش آبه ✓ آش مقوی ✓ روز پنج مرتبه غذا خاکی داده شود. مادان میوه های ساییده شده و یا غذا های شربن شده مانند نیم پیاله ماست با یک قاشق عسل، یک تونه پنیر، یک مشت بادام و یا میوه خشک مانند کشمش. 	<p>12-9 ماهگی</p> <ul style="list-style-type: none"> شیر مادر هر قدر که طفل میخواهد برایش داده شود. غذا های مشتمل داده شود. از غذا های ذیل به اندازه کافی توصیه شود: فرنی ✓ لپتی یا شیر ✓ ماش آبه ✓ آش مقوی ✓ اگر طفل شیر مادر میخورد روز 2 بار - اگر شیر مادر نمیخورد روز 4 بار غذا های ذیل داده میشود. روز یکبار نیم کیله و یا سیب ساییده شده یا توته نام نرم داده شود. 	<p>9-6 ماهگی</p> <ul style="list-style-type: none"> شیر مادر را هر قدر میخواهید روز و شب بدهید. حد اقل 8 بار در 24 ساعت تغذی شود. به طفل غذا های مشتم بدهید. از غذا های ذیل روز سه بار بعد از شیر مادر داده شود: شوله ✓ لپتی یا شیر ✓ ماش آبه ✓ آش مقوی ✓ 	<p>کمتر از 6 ماهگی</p> <ul style="list-style-type: none"> شیر مادر مطابق خواش طفل هر قدر میخواهد روز و شب داده شده و حد اقل در 24 ساعت 8 مرتبه تغذی میشود. غذا ها و مایعات دگر بخصوص مواد ذیل را به طفل ندهید: زرف و بارنگ - ساکودانه - فلیس چای - آب شربت بوزه - شیر گاو برای طفل چوشک و شیر چوشک ندهید. 
--	---	--	---	--

<p>لپتی:</p> <ul style="list-style-type: none"> نیم گیلانس آرد گندم، نیم گیلانس شیر گاو یا بزرگ کتیم قاشق بوزه و یک قاشق روغن را با هم مخلوط نمائید. بعداً بوماد مخلوط شده را پخته کنید و سپس آردا میوه شسته یک گیلانس آب را با نیم گیلانس شیر چوشانید و مخلوط میوه شده را به آن اضافه نموده و برای دو دقیقه آردا به هم بزنید. 	<p>شوله:</p> <ul style="list-style-type: none"> نیم گیلانس آرد برنج، نیم گیلانس شیر گاو یا بزرگ کتیم قاشق بوزه و یک قاشق روغن را با هم مخلوط نمائید. بعداً بوماد مخلوط شده را پخته کنید و سپس آردا میوه شسته یک گیلانس آب را با نیم گیلانس شیر چوشانید و مخلوط میوه شده را به آن اضافه نموده و برای دو دقیقه آردا به هم بزنید. 	<p>ماش آبه:</p> <ul style="list-style-type: none"> برای 20 دقیقه پخته نمائید، یک ونیم قاشق نان خوری ماش یا لپتی، یکبار از ماش شوربا بپزید، نیم گیلانس آرد گندم یا بزرگ یا خوری به آن علاوه کنید یک قاشق نان خوری روغن و 15 دقیقه به آهستگی آردا بپزید و یک قاشق نان خوری روغن به آن اضافه کنید. 	<p>آش مقوی:</p> <ul style="list-style-type: none"> یک گیلانس برنج، یک گیلانس جوار، ماش، نخود یا عدس را در نموده بعداً آردا به صورت جداگانه بریان نمائید. بعد نیم گیلانس آرد گندم بریان شده را آرد جوار را با نیم گیلانس آرد حبوبات بریان شده را یکجا نموده، بعداً نیم گیلانس از مخلوط حاصل شده را با یک نیم گیلانس آب مخلوط نموده و برای 15 دقیقه پخته میکنید و در آخر یک قاشق روغن به آن علاوه میکنید. 	<p>توصیه های غذایی برای اطفال که اسهال مقاوم دارند:</p> <ul style="list-style-type: none"> اگر طفل شیر مادر میخورد شیر مادر به دفعات زیاد و زمانهای طولانی روز و شب برایش داده شود. اگر طفل شیر غیر از شیر مادر میخورد - به عوض آن شیر مادر به تعداد زیاد داده شود. - به عوض شیر برایش ماست داده شود. - به عوض نصف مقدار شیر روزانه غذاهای نیمه جامد مقوی مانند ناشسته حبوبات، تخم و روغن داده شود. • طفل که غذا های غیر از شیر میخورد، نظر به عصر شان غذا انتخاب و علاوه از آن روزانه دوبار غذا اضافی داده میشود.
--	--	---	---	--

Source WHO. Used with permission.

مایعات

برای هر طفل مریض برای طفل مصاب اسهال.

- دادن زیاد مایعات حیات طفل را نجات میدهد!
- مایعات اضافی ذیل به هر مقداری که طفل خواهد آب بدهید
 - محلز نسکی
 - مایعات یا منشا غذایی مانند:
 - شورپا، آب برنج، حساست
 - آب پاک
- مکرر آن با شیر تغذیه شده البته طولانی تر در هر بار
- مایعات اضافی را تا زمان توقف اسهال نروم بدهید.

مقدار مایعات افزای داده شده، به طفل شورپا، آب برنج، حساست و یا آب پاک بدهید.

- مکرر آن با شیر مادر تغذیه گردند.

واکسین محافظت:

BCG DPT1 DPT2 DPT3

OPV0 OPV1 OPV2 OPV3 OPV4 MEASLES

برای محافظت با واکسین بعدی بتاریخ ذیل مراجعه کرده اند.

ویتامین A:

مییندازول:

چه وقت بصورت آبی دوباره مراجعه کرده

تماماً طفل مریض را بیوزرید

اگر تب این زیاد میماند اگر مریضی ایجاد میاید اگر زنده شده نمیواند

طفل مصاب اسهال را بیوزرید

اگر خفت در مواد غلیظه بایند

اگر خفتی به مشکل میوزند

طفل مصاب به سرفه را بیوزرید

اگر مدخل در تنفس موجود بایند

اگر سرعت تنفس زیاده بایند

اگر شیر مادر را خیلی کم بنوشند

طفل شیرخوار را بیوزرید

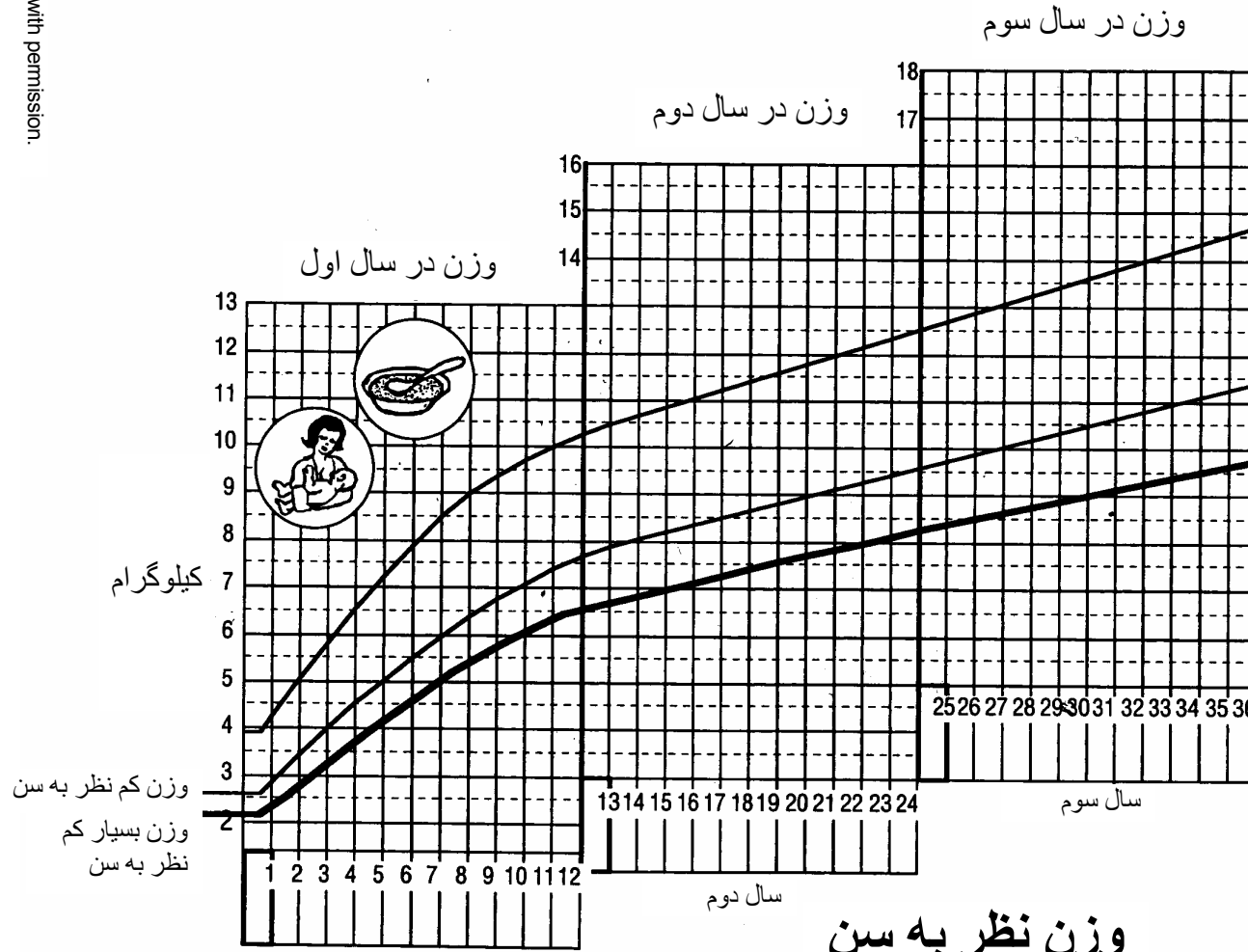
اگر یکی از صمیم فوق موجود بایند.

اگر یکی از صمیم فوق موجود بایند.

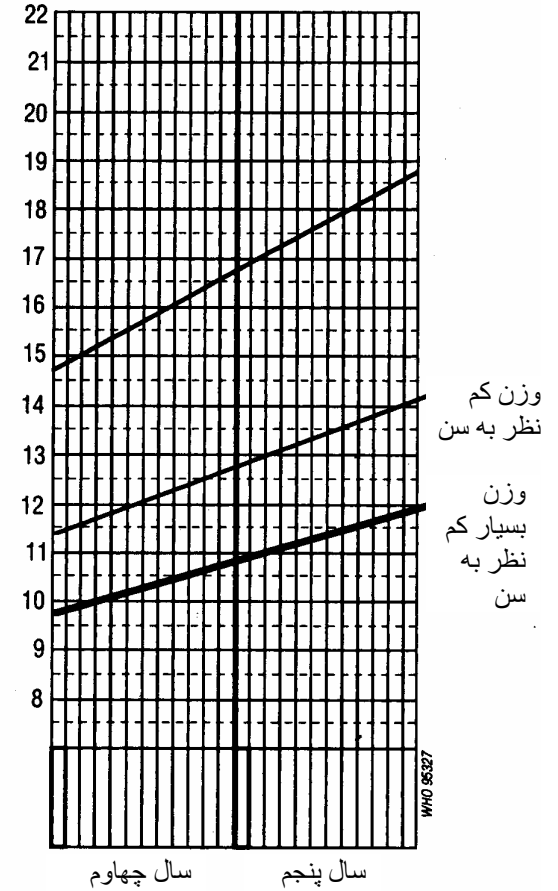
معد لا ۱۰۵۰۴

چارت وزن برای سن

Source WHO. Used with permission.



وزن نظر به سن



د. فورم ها و چارت های مفید

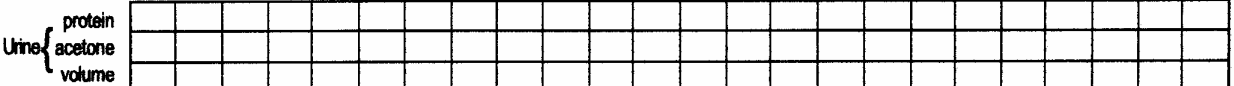
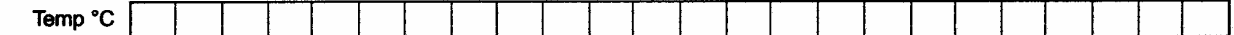
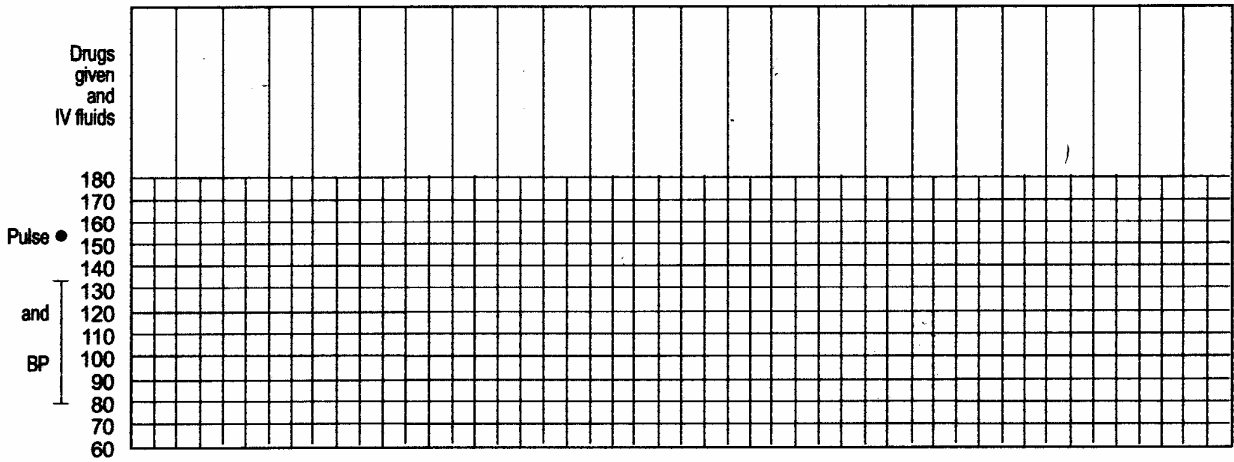
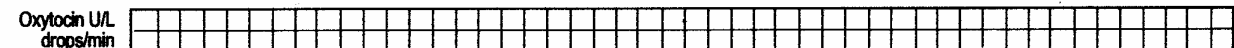
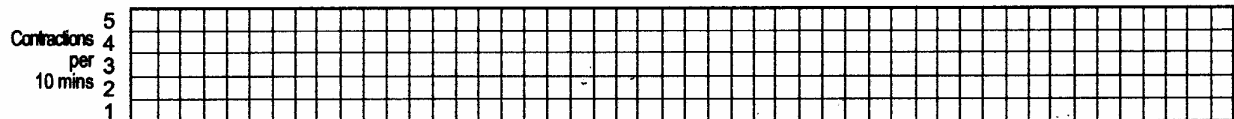
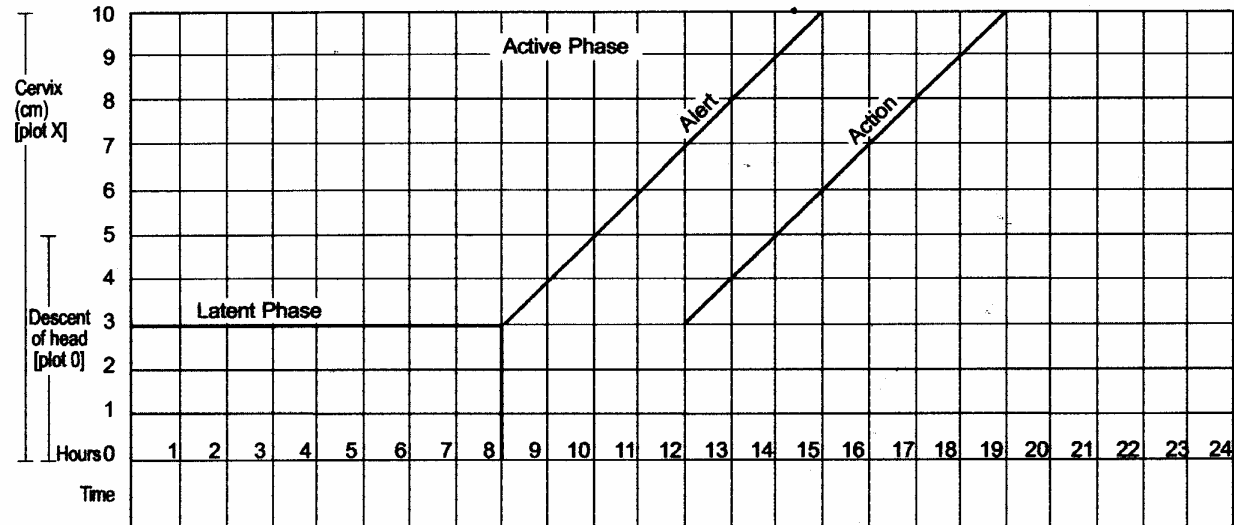
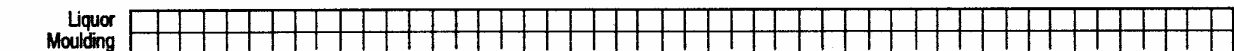
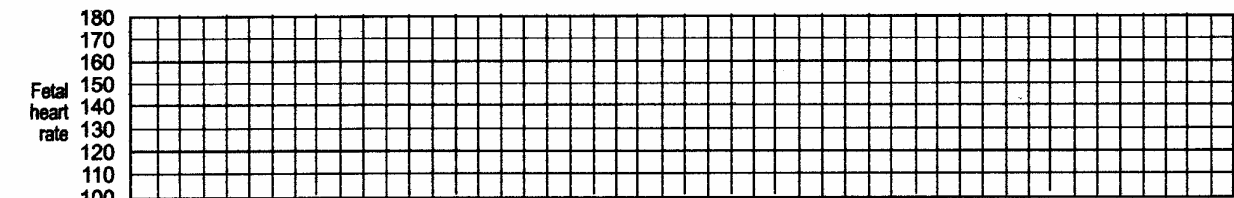
چارت تست ساده رویت. جهت دانستن طرز استعمال آن شکل ۳-۱۹ در صفحه ۲۷۷ دیده شود.

E M E W M

پارتوگراف

Name _____ Gravida _____ Para. _____ Hospital no. _____

Date of admission _____ Time of admission _____ Ruptured membranes _____ hours _____



Source WHO. Used with permission.

ح. لست ادویه اساسی

باشد با استفاده از یکی از دو میتود ذیل دوز دقیق ادویه را برای طفل تعیین نمایند:

میتود اول: حد اوسط وزن را برای ۵ گروپ سنی اطفال حفظ نمایند. این ۵ مرحله سن؛ اساس عملی و خوب را؛ جهت تخمین وزن طفل برای شما میسازد.

سن

ولادت	۲ ماهه	۱ ساله	۵ ساله	۱۵ ساله
	2.5 kg	4 kg	8 kg	15 kg
				35 kg

وزن

میتود دوم: دوز دوی اطفال را؛ به اساس دوز دوی کاهلان؛ تخمین نمایند:

کاهلان دوز ادویه برای کاهلان اطفال

۱۲-۶ ساله	نصف دوز کاهلان
۵-۱ ساله	یک چهارم دوز کاهلان
۱۲-۲ ماهه	یک هشتم دوز کاهلان

این لست تمام دواهای را که شامل "لست ملی ادویه اساسی در افغانستان" اند و در تداوی پرابلم های صحی معمول استعمال میشوند، در بردارد. این لست بحیث یک ماخذ سریع تهیه شده است. امراض بالخاصه ممکن به دوز های مختلف ضرورت داشته باشند و شما باید دوز و دوام تداوی آنرا در فصل مربوطه آن درین کتاب مطالعه نمایند. درین بخش صرف مضاد استتبابات، عوارض جانبی، و عکس العمل های متقابل عمده دواها؛ ذکر شده اند.

دوز دواها نزد اطفال

دوز ادویه را؛ برای اطفال به صورت دقیق محاسبه نمایند. در غیر آن ممکن دوز ادویه بسیار پائین و غیر موثر باشد یا ممکن دوز ادویه بسیار بلند و احتمالاً مضر باشد. دوز اکثر دواها؛ برای اطفال به اساس وزن طفل به کیلوگرام تعیین میشود. دوز این دواها برای اطفال اکثراً برای یک روز (۲۴ ساعت) نشان داده شده که به چند دوز کسری کوچک تر؛ تطبیق میشود. در صورتیکه ترازو برای وزن نمودن اطفال؛ وجود نداشته

لست ادویه اساسی

در مورد ادویه امراض جلدی، پرابلم های چشم و واکسین ها؛ فصل های مربوطه آنها را مطالعه نمایند. جهت دریافت جزئیات بیشتر مربوط به دواهای منفرد و دواهای دیگر به "کتاب رهنمای عملی کاربرد دواها" کابل؛ IAM سال ۱۹۹۹ مراجعه نمایند.

اختصارات: ORAL = فمی، SC = تحت الجلدی، IM = عضلی، IV = زرق و یا انفیوژن وریدی

نام دوا و مستحضرات آن	طریق تطبیق	دوز معمول	استتبابات، استعمال آن در زمان حمل و در جریان شیر دهی با ملاحظات مهم
Acetazolamide Tablets 250 mg	فمی	250-500 mg ۲ مرتبه روزانه	گلوکوم حاد = در جریان حمل و شیردهی اجتناب شود!
Acetylsalicylic acid (Aspirin) Tablets 100, 300, 500 mg	فمی	درد، تب، التهاب کاهلان روزانه 300-900 mg الی ۴ مرتبه = دوز آنرا در امراض التهابی ۲ چند سازید! وقایه احتشای میوکارد و ستروک (stroke) 75-100 mg یک مرتبه روزانه	درد خفیف، تب، امراض التهابی، وقایه احتشای میوکارد و ستروک (stroke) = در تریاستر سوم حمل و در جریان شیر دهی اجتناب شود! = برای اطفال کمتر از ۱۲ سال توصیه ننمایند (خطر Reye's syndrome)!
Aciclovir Tablets 200, 400, 800mg	فمی	آب چیچک (chickenpox) هرپس زوستر اطفال به مقدار 20 mg/kg/day به ۴ دوز کسری کاهلان 800 mg روزانه ۵ مرتبه برای ۷ روز هرپس سمپلکس (herpes simplex) کاهلان 200 mg روزانه ۵ مرتبه برای ۵ روز	آب چیچک (chickenpox)، هرپس زوستر (immunodeficiency) (herpes zoster) = در حمل و جریان شیردهی اجتناب شود! هر چند احتمالاً مصئون بوده اما تجارب انجام شده محدود است. = صرف زمانی موثر است که هرگاه در زمان وقوع رش ها داده شود.

نام دوا و مستحضرات آن	طریق تطبیق	دوز معمول	استطیبات، استعمال آن در زمان حمل و در جریان شیر دهی با ملاحظات مهم
Adrenaline (Epinephrine) Ampoules (1:1000) of 1 ml, containing 1 mg	عضلی / تحت الجلدی / وریدی	برای اطفال کمتر از ۵ سال یک امپول را با 9 ml sodium chloride 0.9% و یا آب مقطر رقیق نمائید. ۱-۱۲ ماه به مقدار 0.5 ml = 0.05 mg محلول رقیق شده ۱-۲ ساله به مقدار 1 ml = 0.1 mg محلول رقیق شده ۲-۵ ساله به مقدار 2-4 ml = 0.2-0.4 mg محلول رقیق شده ۶-۱۲ ساله به مقدار 0.5 mg کاهلان به مقدار 0.5-1 mg	عضلی / تحت الجلدی / وریدی عکس العمل های الرژیک شدید، وریدی: توقف قلبی (cardiac arrest) در واقعات عاجل کدام مضاد استطیاب ندارد.
Albendazole Chewable tablets 400 mg	فمی	کاهلان و اطفال بالاتر از ۱ سال به مقدار 400 mg یک مرتبه امراض هیداتید (صفحه ۱۴۳-۱۴۴ دیده شود)	کرم ها (به استثنای کرم های فیتوی)، امراض هیداتید در جریان ترایمستر اول حمل داده نشود و در جریان شیر دهی بهتر است اجتناب شود! در اطفال کمتر از ۱ سال تطبیق نشود!
Allopurinol Tablets 100 mg	فمی	کاهلان 100-300 mg یک مرتبه روزانه	وقایه نقرص (gout) در جریان حمل و شیر دهی اجتناب شود!
Aluminium hydroxide (magnesium hydroxide) Chewable tablets 500 mg (200 + 200 mg) مستحضرات مختلفه شربتی	فمی	کاهلان ۱ تابلیت و یا 10-20 ml شربت در موقع ضرورت؛ یا ۳۰-۶۰ دقیقه بعد از خوردن غذا و قبل از استراحت	سوهاضمه (dyspepsia) در جریان حمل و شیردهی مضاد استطیاب نمیشود.
Aminophylline Tablets 100 and 200 mg Ampoules of 10 ml, containing 250 mg (=25 mg/ml)	فمی / وریدی	اطفال به مقدار 12-15 mg/kg/day به ۳-۴ دوز کسری ۱-۵ ساله 25-50 mg ۳ مرتبه روزانه ۶-۱۲ ساله 50-150 mg ۳ مرتبه روزانه کاهلان 100-300 mg ۳ مرتبه روزانه اطفال به مقدار 5 mg/kg در گلوکز ۵% انداخته شده و به آهسته گی در ظرف ۲۰ دقیقه تطبیق شده و با انفیورژن مداوم به مقدار 0.9 mg/kg/hour تعقیب شود. کاهلان به مقدار 250-500 mg به آهسته گی در ظرف ۲۰ دقیقه تطبیق نموده و با انفیورژن مداوم به مقدار 0.5 mg/kg/hour ادامه داده شود. اگر انفیورژن مداوم امکان پذیر نباشد؛ دوز اولی را ۸ ساعت بعد تکرار نمائید. اگر مریض در ۲۴ ساعت گذشته از aminophylline و یا theophylline گرفته باشد؛ صرف نصف دوز برایش توصیه شود.	استما، تقبض شدید قصبیات در جریان ترایمستر اخیر حمل داده نشود و از دوز های بلند آن در جریان شیردهی اجتناب شود! در جریان تطبیق آن متوجه علائم سمیت آن باشید (صفحه ۱۰۲ دیده شود) این دوا را با erythromycin یکجا تطبیق ننمائید!
Amitriptyline Tablets 25, 50, 75 mg	فمی	افسرده گی، اضطراب تداوی را با 50 mg از طرف شب شروع نمائید (برای پیران 25 mg). دوز دوا را به صورت تدریجی و با علاوه نمودن 25 mg در هر هفته تا 200 mg بلند ببرید. مریض را حد اقل برای ۳ ماه تداوی نمائید. درد نیوروپاتیکی، نیورلجی بعد از هرپس زوستر تداوی را با 10-25 mg از طرف شب شروع نموده آنرا تا 75 mg در صورت ضرورت بلند ببرید.	افسرده گی متوسط تا شدید، یک تعداد واقعات اضطرابات، درد نیوروپاتیکی (neuropathic pain)، نیورلجی بعد از هرپس زوستر (post-herpetic neuralgia) در جریان حمل و شیردهی مضاد استطیاب نمیشود! برای اطفال داده نشود! بعد از احتشای میوکارد و در گلوکومای زاویه بسته داده نشود!
Amoxicillin Tablets/Capsules 250 and 500 mg Powder for oral suspension 250 mg/5ml و 125mg/5ml	فمی	از ۰ تا ۱۲ ماه به مقدار 62.5-125 mg ۳ مرتبه روزانه ۱-۵ ساله به مقدار 125 mg ۳ مرتبه روزانه ۶-۱۲ ساله به مقدار 250 mg ۳ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 250-500 mg ۳ مرتبه روزانه در انتانات شدید دوز آنرا دو چند سازید!	نومونیا و سایر انتانات طرق تنفسی سفلی، التهاب گوش متوسط، التهاب جیب، تب محرقة و انتانات طرق بولی، و به تعقیب تداوی وریدی یا عضلی با ampicillin، وقایه اندوکاردیت (صفحه ۱۸۴-۱۸۵ دیده شود). در حامله گی و شیردهی مضاد استطیاب نیست! نزد کسانی که به penicillin حساسیت دارند؛ توصیه نشود!

نام دوا و مستحضرات آن	طریق تطبیق	دوز معمول	استطبایات، استعمال آن در زمان حمل و در جریان شیر دهی با ملاحظات مهم
Amoxicillin + clavulanic acid (Augmentin, Co-amoxiclav) Tablets/Capsules 500 mg Powder for oral suspension 125 mg/5ml	فمی	از ۰ تا ۱۲ ماه به مقدار 62.5-125 mg ۳ مرتبه روزانه ۵-۱ ساله به مقدار 125 mg ۳ مرتبه روزانه ۶-۱۲ ساله به مقدار 250 mg ۳ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 250-500 mg ۳ مرتبه روزانه ⊕ در انتانات شدید دوز آنرا دو چند سازید!	انتی بیوتیک احتیاطی برای انتاناتی که احتمال مقاوم بودن آن به Amoxicillin می‌رود (مثلاً انتانات تنفسی و یا انتانات جلدی که از باعث سناقیلوکوک‌ها بوجود آمده باشد). ⊕ در حمل و شیردهی مضاد استطبای نیست! ⊕ در میرضانی که به penicillin حساسیت دارند، توصیه نشود!
Ampicillin Tablets/Capsules 250, 500 mg Vials 500 mg and 1 g	فمی عضلی / وریدی	چون Amoxicillin خویتر جذب میشود بناً به عوض Ampicillin فمی داده شود. دوز فمی Ampicillin دو چند دوز فمی Amoxicillin میباشد. کمتر از یک هفته 200 mg ۲ مرتبه روزانه ۴-۱ هفته به مقدار 200 mg ۳ مرتبه روزانه ۶-۱۲ ماه به مقدار 250 mg ۴-۳ مرتبه روزانه ۵-۱ ساله به مقدار 250-500 mg ۴-۳ مرتبه روزانه ۶-۱۲ ساله به مقدار 500 mg-1 g ۴-۳ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 1-2 g ۴-۳ مرتبه روزانه ⊕ در انتانات شدید دوز آنرا دو چند سازید!	عضلی/وریدی. سپسیس، انتانات شدید نوزادان، التهاب سحایانی (meningitis) ⊕ در حمل و شیردهی مضاد استطبای نیست! ⊕ برای میرضانی که به penicillin حساسیت دارند توصیه نشود! ⊕ در انتانات شدید نوزادان همیشه با gentamicin یکجا توصیه شود!
Artemether Ampoules of 1 ml containing 20 mg or 80 mg	عضلی	روز اول به مقدار ۲,۳ ملی گرم/کیلو گرم یکبار داده شود بعداً به مقدار ۱,۶ ملی گرم/کیلوگرم به روزهای دیگر مصرف شود. روز اول: ۵-۱ ساله به مقدار 40-60 mg یک مرتبه روزانه ۶-۱۲ ساله به مقدار 60-120 mg یک مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 150-200 mg یک مرتبه روزانه از روز دوم به بعد: ۵-۱ ساله به مقدار 20-30 mg یک مرتبه روزانه ۶-۱۲ ساله به مقدار 30-60 mg یک مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 75-100 mg یک مرتبه روزانه	ملاریای شدید ⊕ در ترایسمیتر اول استفاده نه شود. مگر اینکه استطبای حیاتی نهفته باشد. در زمان شیردهی مضاد استطبای نیست!
Artesunate Tablets 50 and 250 mg	فمی	۱-۳ ساله به مقدار 50 mg یک مرتبه روزانه ۴-۵ ساله به مقدار 100 mg یک مرتبه روزانه ۶-۱۲ ساله به مقدار 150 mg یک مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 200 mg یک مرتبه روزانه ⊕ تداوی را برای سه روز ادامه دهید!	ملاریای فسپیاروم (Falciparum malaria) ⊕ در ترایسمیتر اول حمل داده نشود مگر آنکه استفاده از آن حیات میرض را نجات دهد. در جریان شیردهی مضاد استطبای نیست!
Ascorbic acid (Vitamin C)	فمی	۲-۱۲ ماه به مقدار 50 mg ۳ مرتبه روزانه ۱-۱۲ ساله به مقدار 100 mg ۳ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 250 mg ۳ مرتبه روزانه	فقدان ویتامین C (scurvy) ⊕ در جریان حمل و شیردهی مضاد استطبای نیست!
Atenolol Tablets 25, 50 and 100 mg	فمی	کاهلان به مقدار 25-50 mg یک مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 100 mg یک مرتبه روزانه	فرط فشار خون، خناق صدی، بعد از احتشای میوکارد ⊕ در جریان حمل و شیردهی اجتناب شود! ⊕ به میرضان مصاب استما و برادی کاردی داده نشود!
Atropine Ampoules of 1 ml containing 1 mg	وریدی/عضلی	اطفال به مقدار 0.01-0.02 mg/kg کاهلان به مقدار 0.5-1 mg	برادی کاردی، تسمم با ارگانوفوسفات‌ها (صفحه ۳۲۱ دیده شود)، سپزم طرق معدی معانی، احلیل و کیسه صفرا (اگر دوی بهتر در دسترس نباشد) ⊕ در حمل خصوصاً در مراحل اخیر آن و در زمان شیردهی اجتناب شود!
Azithromycin Tablets 100 mg Oral suspension 200 mg/5ml	فمی	اطفال بالاتر از ۶ ماه به مقدار 10 mg/kg یک مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 500 mg یک مرتبه روزانه ⊕ مدت تداوی معمولاً ۳ روز میباشد؛	Erythromycin دیده شود.

نام دوا و مستحضرات آن	طریق تطبیق	دوز معمول	استطبایات، استعمال آن در حامله گی و در جریان شیر دهی و ملاحظات مهم
Beclomethasone Spray 50, 100, 200 microgram	انشاقی	اطفال 50-200 micrograms کاهلان 100-400 micrograms	وقایه استما ☞ فواید آن نظر به اضرار آن در جریان حمل زیانتر است. در جریان شیردهی مضاد استطبای نیست! ☞ صرف زمانی کمک کننده است که به صورت منظم و هرروزه اخذ شود!
Benzathine benzylpenicillin Vials 1.2 M IU (= 0.72 g) and 2.4 M IU (= 1.44 g)	صرف عضلی	۲-۱۲ ماه به مقدار 300,000 IU ۱-۵ ساله به مقدار 600,000 IU ۶-۱۲ ساله به مقدار 1.2 million IU کاهلان به مقدار 2.4 million IU	تانسلیت سترپتوکوکال، وقایه عود تب روماتیزمل، سفلیس ☞ در حمل و جریان شیر دهی؛ مضاد استطبای نیست! ☞ نزد اشخاصی که با penicillin حساسیت دارند استعمال نشود!
Benzylpenicillin (Penicillin G) (Crystalline Penicillin) Vials 1 and 5 M IU (1 M IU = 600 mg)	عضلی و وریدی	کمتر از یک هفته به مقدار 150,000-200,000 IU هر ۱۲ ساعت بعد یک هفته - ۱۲ ماه به مقدار: 200,000-400,000 IU (= 120-240 mg) هر ۶ ساعت بعد ۱-۵ ساله به مقدار: 400,000-750,000 IU (= 240-450 mg) هر ۶ ساعت بعد. ۶-۱۲ ساله به مقدار: 750,000 IU-1.5 M IU (= 450-900 mg) هر ۶ ساعت بعد کاهلان به مقدار: 1-4 M IU (= 600 mg-2.4g) هر ۶ ساعت بعد	انتانات شدید حاد به شمول نومونیا، سپسیس، التهاب سحایا، انترکس، اندوکاردیت، تیتانوس ☞ در زمان حمل و دوران شیردهی مضاد استطبای نیست! ☞ به مرضیانی که به penicillin حساسیت دارند؛ داده نشود!
Bisacodyl Tablets 5 mg	فمی	۶-۱۲ ساله به مقدار 5 mg از طرف شب کاهلان به مقدار 5-10 mg از طرف شب	قبضیت ☞ تابلیت ها بعد از ۱۰-۱۲ ساعت اثر مینمایند!
Captopril Tablets 25 mg	فمی	کاهلان. تداوی را با 6.25-12.5 mg ۲ مرتبه روزانه آغاز نموده و دوز مداوم آن به مقدار 25 mg ۲ مرتبه روزانه میباشد (حد اعظم دوز آن 50 mg ۳ مرتبه روزانه است).	فرط فشار خون، عدم کفایه قلبی ☞ در زمان حمل و دوران شیردهی استعمال نشود!
Carbamazepine Tablets 100, 200, 400 mg	فمی	۲-۱۲ ماه به مقدار 50-100mg ۲ مرتبه روزانه ۱-۵ ساله به مقدار 100-200 mg ۲ مرتبه روزانه ۶-۱۲ ساله به مقدار 200-300 mg ۲-۳ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 300-600 mg ۲ مرتبه روزانه ☞ تداوی را با دوز پائین شروع نموده آنرا به صورت تدریجی هر ۲ هفته بعد بلند ببرید. مثلاً تداوی را در کاهلان با 100-200 mg روزانه ۲ مرتبه آغاز نمائید!	صرعه ☞ بهتر است در زمان حمل اجتناب شود؛ هر چند خطر ناشی از صرعه معمولاً نسبت به خطر ناشی از دوا بیشتر است. جهت تنقیص خطر در جریان حمل به مادر فولیک اسید و برای طفل بعد از ولادت ویتامین K بدهید. در دوران شیردهی مضاد استطبای نیست!
Cefotaxime Vials of 500 mg, 1 g	عضلی/ وریدی	به نوزادان به مقدار 50 mg/kg/day به ۲-۴ دوز کسری اطفال به مقدار 100-150 mg/kg/day به ۲-۴ دوز کسری ۲-۱۲ ماه به مقدار 150-250 mg هر ۶-۱۲ ساعت بعد ۱-۵ ساله به مقدار 250 mg هر ۶-۱۲ ساعت بعد ۶-۱۲ ساله به مقدار 500 mg هر ۶-۱۲ ساعت بعد کاهلان به مقدار 1 g هر ۶-۱۲ ساعت بعد ☞ در انتانات شدید مثلاً در التهاب سحایا دوز آن را دو چند سازید!	ادویه احتیاطی برای انتانات شدید (سپسیس، التهاب سحایا، نومونیا شدید، تب محرقة شدید) ☞ در زمان حمل و دوران شیردهی مضاد استطبای نیست!
Ceftriaxone Vials of 500 mg, 1 g	عضلی/ وریدی	اطفال به مقدار 20-50 mg/kg/day ۲-۱۲ ماه به مقدار 200-500 mg یک مرتبه روزانه ۱-۵ ساله به مقدار 500 mg-1 g یک مرتبه روزانه ۶-۱۲ ساله به مقدار 1-2 g یک مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 2-4 g یک مرتبه روزانه ☞ دوا را از طریق وریدی به آهسته گی در ظرف ۳-۴ دقیقه زرق نمائید.	دوای احتیاطی برای انتانات شدید (سپسیس، التهاب سحایا، نومونیا شدید، تب محرقة شدید) انتانات مقاربتی (صفحه ۱۶۰-۱۶۱ دیده شود) ☞ در زمان حمل و دوران شیردهی مضاد استطبای نمیشود! ☞ اگر لازم است مقدار بیشتر از 1 g از طریق عضلی داده شود؛ باید در بیشتر از یک محل زرق شود!

نام دوا و مستحضرات آن	طریق تطبیق	دوز معمول	استطبایات، استعمال آن در حامله گی و در جریان شیر دهی و ملاحظات مهم
Charcoal, activated Powder to prepare oral solution Tablets 25, 50 g	فمی	۱۲-۲ ماه به مقدار 10 g ۱۲-۱ ساله به مقدار 25-50 g کاهلان به مقدار 50-100 g	تتقیص جذب مواد سمی در زمان حمل و دوران شیردهی مضاد استطبایات نیست! هیچگاهی برای مریضان بیهوش و مریضانی که عکسه سرفه یا gag نزدشان مختل است، داده نشود! در اسهالات توصیه نمیشود!
Chloramphenicol Capsules 250 mg Syrup 125 mg/5 ml Vials 500 mg, 1 g	فمی / عضلی / وریدی	به مقدار 50 mg/kg/day به ۳-۴ دوز کسری تداوی را در انتانات شدید با دوز بلند به مقدار 100 mg/kg/day شروع نموده و هر ۶ ساعت بدهید. بعد از ۲ روز تتقیص دهید. اجتناب شود. ۱-۰ ماه ۱۲-۲ ماه به مقدار 62.5-125 mg ۳ مراتبه روزانه ۵-۱ ساله به مقدار 125-250 mg ۳ مراتبه روزانه ۱۲-۶ ساله به مقدار 500 mg ۳ مراتبه روزانه کاهلان به مقدار 750 mg ۳ مراتبه روزانه	انتانات شدید به شمول تب محرکه، نومونیای شدید، التهاب سحایانی در زمان حمل و دوران شیردهی توصیه نشود! صرف برای انتانات تهدید کننده حیات توصیه شود! به استثنای تب محرکه، در سایر حالات برای مدت بیشتر از ۱۰ روز داده نشود! به زودی ممکنه به فمی تبدیل شود. شکل فمی آن مشابه شکل زرقی آن موثر است! عارضه جانبی خطر ناک آن کمخونی اپلاستیک میباشد!
Chloroquine Tablets 100 mg base (=150 mg phosphate) Tablets 150 mg base (=250 mg phosphate) Syrup 50 mg/ml	فمی	دوز های ذیل برای chloroquine base محاسبه شده اند. روز اول و دوم به مقدار 10 mg base/kg؛ روز سوم 5 mg base/kg روز اول و دوم: ۱۲-۲ ماه به مقدار 50-75 mg base ۵-۱ ساله به مقدار 100-150 mg base ۱۲-۶ ساله به مقدار 300 mg base کاهلان به مقدار 600 mg base روز سوم: ۱۲-۲ ماه به مقدار 37.5-50 mg base ۵-۱ ساله به مقدار 50-100 mg base ۱۲-۶ ساله به مقدار 150 mg base کاهلان به مقدار 300 mg base	ملاریا (vivax malaria)، برای ملاریا که از نظر کلینیکی تشخیص شده باشد همراه با (sulfadoxine+ pyrimethamine) در زمان حمل و دوران شیردهی مضاد استطبایات نیست! دوز های بلند تر از دوز پیشنهاد شده را ندهید!
Chlorphenamine (Chlorpheniramine) Tablets 4 mg, Ampoules of 1 ml, containing 10 mg	فمی / تحت الجدی / عضلی / وریدی	۵-۱ ساله به مقدار 1 mg ۳ مراتبه روزانه ۱۲-۶ ساله به مقدار 2 mg ۳ مراتبه روزانه کاهلان به مقدار 4 mg ۳ مراتبه روزانه ۵-۱ ساله به مقدار 2.5-5 mg (صرف تحت الجدی، عضلی و وریدی داده نشود!) به یک دوز واحد ۱۲-۶ ساله به مقدار 5-10 mg به یک دوز واحد کاهلان به مقدار 10-20 mg به یک دوز واحد	الرژی، خارش در زمان حمل و دوران شیردهی اجتناب شود! به اطفال کمتر از یک سال داده نشود!
Chlorpromazine Tablets 100 mg Syrup 25 mg/5 ml Ampoules of 2ml, containing 25 mg (= 12.5 mg/ml)	فمی / عضلی	برای اطفال ۱۲-۶ ساله نصف یا ثلث دوز کاهلان را که در ذیل نشان داده شده است بدهید. سایکوز حاد و رفتار خشونت آمیز کاهلان با تشوشات شدید فمی به مقدار 100 mg ۳ مراتبه روزانه ویا عضلی به مقدار 50 mg ۳ مراتبه روزانه به زودی بعد از بهبود وضع مریض، دوز دوا را به 50 mg از طریق فمی ۳ مراتبه روزانه تتقیص دهید! کاهلان با تشوشات کمتر شدید فمی به مقدار 25-50 mg ۳ مراتبه روزانه استفراغ شدید، hiccup غیر قابل کنترل (کاهلان) فمی به مقدار 25-50 mg ۳-۴ مراتبه روزانه عضلی به مقدار 25 mg هر ۴ ساعت بعد	اعراض سایکوز، تسکین مریضان سایکوتیک خشن و مخرش، اشفته گی و نا آرامی، استفراغات شدید، hiccup غیر قابل کنترل جهت تداوی سایکوز در زمان حمل و دوران شیردهی توصیه شده میتواند. از دادن آن برای سایر حالات اجتناب شود!

نام دوا و مستحضرات آن	طریق تطبیق	دوز معمول	استطبایات، استعمال آن در حامله گی و در جریان شیر دهی و ملاحظات مهم
Cimetidine Tablets 400, 800 mg	فمی	کاهلان به مقدار 800 mg از طرف شب یا 400 mg ۲ مرتبه روزانه	فراحات پپتیک، Reflux oesophagitis ⊗ در زمان حمل و دوران شیردهی اجتناب شود!
Ciprofloxacin Tablets 250, 500 mg Vials of 50 ml, containing 100 mg (=2 mg/ml)	فمی / وریدی	اطفال (در صورتیکه مفاد آن از ضرر آن بیشتر باشد): فمی به مقدار 10-30 mg/kg/day به ۲ دوز کسری وریدی به مقدار 7.5-15 mg/kg/day به ۲ دوز کسری کاهلان فمی به مقدار 250-750 mg ۲ مرتبه روزانه وریدی به مقدار 200-400 mg ۲ مرتبه روزانه ⊗ ادویه را از طریق وریدی به شکل انفیوژن وریدی بطنی در ظرف ۶۰ دقیقه بدهید!	استطبایات محدود: تب محرکه، دیزانتری، انتانات طرق بولی، امراض مقاربتی (صفحه ۱۶۰-۱۶۱ دیده شود) ⊗ در زمان حمل و دوران شیردهی صرف برای امراض تهدید کننده حیات توصیه شود! ⊗ به اطفال خوردتر از ۱۲ سال؛ صرف زمانی آنرا بدهید که مفاد آن بیشتر از ضرر آن باشد!
Clindamycin Tablets 75, 150 mg	فمی	اطفال به مقدار 12-18 mg/kg به ۳ تا ۴ دوز کسری کاهلان به مقدار 150-450 mg به ۳-۴ دوز کسری ⊗ وقایه اندوکاردیت (صفحه ۱۸۵ دیده شود)	انتانات ستافیلوکوکال عظام و مفاصل، وقایه اندوکاردیت نزد مریضانی که با penicillin حساسیت دارند. ⊗ عوارض جانبی شدید به شمول اسهالات ناشی از کاربرد انتی بیوتیک ها! ⊗ در زمان حمل و دوران شیردهی اجتناب شود!
Cloxacillin Capsules 250, 500 mg Powder for oral suspension 125 mg/5 ml and, 250 mg/5 ml Vials 500 mg Sometimes only available in combination with ampicillin (Ampiclox)	فمی	به مقدار 50-100 mg/kg/day به ۳ تا ۴ دوز کسری کمتر از یک هفته به مقدار 125 mg ۲ مرتبه روزانه یک هفته-۱۲ ماه به مقدار 125 mg ۳ مرتبه روزانه ۱-۵ ساله به مقدار 125-250 mg ۳ مرتبه روزانه ۶-۱۲ ساله به مقدار 250-500 mg ۳ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 500 mg-1 g ۳ مرتبه روزانه عضلی: دوزهای بالا را هر ۶ ساعت بعد بدهید! وریدی: دو چند دوزهای بالا را؛ از طریق زرق بطنی هر ۶ ساعت بعد بدهید!	انتانات ستافیلوکوکال به شمول انتانات جلدی، عظم و مفصل ⊗ در زمان حمل و دوران شیردهی؛ مضاد استطباب نیست! ⊗ به مریضانی که به penicillin حساسیت دارند؛ توصیه نشود!
Codeine phosphate Tablets 30 mg	فمی	۱-۵ سال به مقدار 7.5 mg ۳ مرتبه روزانه ۶-۱۲ ساله به مقدار 15 mg ۳-۴ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 30-60 mg هر ۴-۶ ساعت بعد	درد متوسط ⊗ در جریان ترابمستر سوم حمل؛ توصیه نشود! ⊗ در دوران شیردهی اجتناب شود! ⊗ صرف برای درد های متوسط استفاده شود؛ به سبب عوارض جانبی ممکنه شدید؛ جهت از بین بردن سرفه؛ استفاده نشود! ⊗ در اطفال کمتر از یک سال داده نشود!
Colchicine Tablets 0.5 mg	فمی	در ابتدا به مقدار 1 mg و بعدا با 0.5 mg هر ۳ ساعت بعد تا دوز مجموعی 6 mg (12 tablets) الی برطرف شدن درد؛ یا شروع استفراغ و اسهال ادامه دهید.	نقرص حاد ⊗ در زمان حمل و دوران شیردهی اجتناب شود!
Colecalciferol (Vitamin D ₃) Oral drops 10,000 units/ml, Ampoules of 1 ml, containing 600,000 IU	فمی / عضلی	یک دوز واحد را که سه هفته بعدتکرار میشود بدهید: اطفال کمتر از ۵ سال 100,000 units کاهلان و طفل های بزرگتر 300,000 units وقایه به عین مقدار بالا؛ به اطفال خوردسال اوستیومالیسیا، ریکتس هر سه ماه و برای اطفال بزرگتر و کاهلان هر شش ماه	اوستیومالیسیا، ریکتس ⊗ در زمان حمل از دوزهای بلند اجتناب شود. در زمان شیردهی مضاد استطباب نیست!
Co-trimoxazole (Sulfamethoxazole + trimethoprim) Tablets 120, 240 and 480 mg Syrup 240 mg/5 ml	فمی	۲-۱۲ ماه به مقدار 120 mg ۲ مرتبه روزانه ۱-۵ ساله به مقدار 240 mg ۲ مرتبه روزانه ۶-۱۲ ساله به مقدار 480 mg ۲ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 960 mg ۲ مرتبه روزانه ⊗ در اطفال کمتر از ۵ سال؛ برای انتانات حاد طرق تنفسی؛ دوز دوا را دو چند سازید!	انتانات حاد طرق تنفسی، دیزانتری باسیلر، انتانات طرق بولی، تب محرکه، کولرا، انتانات مقاربتی (صفحه ۱۶۰-۱۶۱ دیده شود) ⊗ در جریان ترابمستر اول و سوم حمل توصیه نشود. در دوران شیردهی اجتناب شود! ⊗ در اطفال کوچکتر از ۶ هفته؛ که مصاب بربقان اند یا قبل المیعاد اند؛ توصیه نشود!

نام دوا و مستحضرات آن	طریق تطبیق	دوز معمول	استطبایات، استعمال آن در حامله گی و در جریان شیر دهی و ملاحظات مهم
Dexamethasone Tablets 0.5 mg Ampoules of 1 ml, containing 4 mg	فمی عضلی/وریدی	اطفال به مقدار 0.01-0.1 mg/kg یک مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 0.5-10 mg یک مرتبه روزانه اطفال به مقدار 0.2-0.5 mg/kg/day ۶-۰ ساله به مقدار 2-4 mg به یک دوز واحد ۶-۱۲ ساله به مقدار 4-8 mg به یک دوز واحد کاهلان به مقدار 4-12 mg به یک دوز واحد در صورت ضرورت دوا را ۶-۸ ساعت بعد تکرار نمایند!	الرژی، استمای شدید، انسداد طرق تنفسی علوی، تب محرقة شدید (صفحه ۴۱ دیده شود)، اذیمای دماغی (صفحه ۲۱۰ دیده شود) در ترایمستر اول و در دوران شیردهی اجتناب شود! 0.75 mg dexamethasone معادل prednisolone 5 mg است.
Diazepam Tablets 5 and 10 mg Ampoules of 2 ml, containing 10 mg (= 5 mg/ml)	فمی وریدی/مقعدی	به مقدار 0.15 mg/kg/day به ۲ یا ۳ دوز کسری یا یک دوز واحد از طرف شب کاهلان به مقدار 2.5-5 mg ۳-۲ مرتبه روزانه یا 5-10 mg ۱ مرتبه از طرف شب وریدی به مقدار 0.2 mg/kg، مقعدی به مقدار 0.4 mg/kg به یک دوز واحد ۱-۰ ماه به مقدار 2 mg از طریق مقعد یا 1 mg وریدی ۲-۱۲ ماه به مقدار 2.5 mg ۱-۳ سال به مقدار 5 mg ۲-۱۲ سال به مقدار 10 mg کاهلان به مقدار 10-20 mg در صورت دوام اختلاجات دوا را ۱۰ دقیقه بعد تکرار نمایند!	عضلی/تداوی کوتاه مدت اضطراب شدید یا حملات . panic وریدی/مقعدی برای اختلاجات در جریان حمل به جز از حالاتی که حیات مریض را نجات دهد؛ اجتناب شود و نیز در دوران شیردهی اجتناب شود! استفاده دوامدار آن اعتیاد را بار آورده میتواند! تطبیق مقعدی آن به مانند طریق وریدی سریعاً عمل مینماید. Diazepam را با یک سرنج بدون سوزن؛ از طریق مقعد بدهید! دوا را؛ از طریق وریدی بصورت بطی؛ در ظرف سه دقیقه؛ تطبیق نمایند زیرا خطر انحطاط تنفس را دارا میباشد.
Diclofenac Tablets 25, 50 mg; Ampoules of 3 ml, containing 25 mg/ml	فمی عضلی/صرف	کاهلان به مقدار 25-50 mg ۳ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 75 mg ۲-۱ مرتبه روزانه از تطبیق دوره های دوامدار اضافه از چار امپول یا زرقیات آن اجتناب نمایند!	درد (کولیک کلیوی)، امراض التهابی (روماتونید آرتریت) در جریان حمل؛ خصوصاً در ترایمستر اخیر؛ و در دوران شیردهی اجتناب شود! برای اطفال کمتر از ۱۲ سال توصیه ننمایند!
Digoxin Tablets 0.125 mg (= 125 microgram), 0.25 mg (= 250 microgram)	فمی	اطفال به مقدار 0.01 mg/kg/day (10 microgram/kg/day) به دو دوز کسری (مقدار اعظمی 0.25 mg/day) کاهلان به مقدار 0.125-0.5 mg یک مرتبه روزانه اگر دوز روزانه دوا بیشتر از 0.25 mg باشد آنرا به ۲ دوز کسری بدهید!	عدم کفایه قلبی در حمل و شیردهی مضاد استطبیب نمیشد! متوجه علائم ازبید دوز دوا باشید، صفحه ۱۷۷ دیده شود!
Diloxanide Tablets 500 mg, often only available in combination with metronidazole	فمی	۶-۱۲ ساله به مقدار 250 mg ۳ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 500 mg ۳ مرتبه روزانه	آبسه های آمیبیک کبدی بعد از تکمیل شدن تداوی با metronidazole. در جریان حمل و دوران شیردهی اجتناب شود! در دیزانتری آمیبیک حاد؛ موثر نمیشد!
Doxazosin Tablets 1, 2, 4 mg	فمی	کاهلان: تداوی را با 1 mg روزانه یک مرتبه شروع نموده بعداً مقدار را به 2 mg زیاد نموده و در صورت ضرورت تا 4 mg (حد اعظمی 16 mg روزانه) بلند ببرید.	فرط فشار خون (خصوصاً برای مردانی که هایپرتروفی غده پروستات داشته باشند) در جریان حمل و دوران شیردهی اجتناب شود!
Doxycycline Tablets/capsules 100 mg	فمی	کاهلان به مقدار 100 mg یک مرتبه روزانه در روز اول تداوی؛ به مقدار 200 mg بدهید.	بروسیلوز، تشدید امراض انسدادی ریوی مزمن (COPD)، امراض مقاربتی (صفحه ۱۶۰ دیده شود) برای اطفال، خانم های حامله و مادران شیرده توصیه نشود!
Enalapril Tablets 2.5, 5, 10 and 20 mg	فمی	تداوی را با 2.5-5 mg روزانه یک مرتبه شروع نمایند. دوز معمول مداوم آن 10-20 mg روزانه یک مرتبه است.	فرط فشار خون، عدم کفایه قلبی در حمل و دوران شیردهی اجتناب شود!
Ergometrine Ampoules of 1 ml containing 0.5 mg	عضلی	خونریزی های بعد از ولادت و بعد از سقط به مقدار 0.5 mg از طریق عضلی یا 0.2-0.5 mg از طریق وریدی وقایه خونریزی بعد از ولادت به مقدار 0.5 mg فوراً بعد از ولادت طفل	خونریزی ناشی از سقط نا مکمل، وقایه و تداوی خونریزی بعد از ولادت در زمان حمل استعمال نشود!

نام دوا و مستحضرات آن	طریق تطبیق	دوز معمول	استطبایات، استعمال آن در حامله گی و در جریان شیردهی و ملاحظات مهم
Erythromycin Tablets 250, 500 mg Syrup 125 mg/5 ml	فمی	اطفال به مقدار 25-45 mg/kg/day به ۲-۴ دوز کسری ۱-۰ ماه به مقدار 62.5 mg ۲-۳ مرتبه روزانه ۱۲-۲ ماه به مقدار 125 mg ۳-۴ مرتبه روزانه ۵-۱ ساله به مقدار 125-250 mg ۳-۴ مرتبه روزانه ۱۲-۶ ساله به مقدار 250-500 mg ۳-۴ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 250-500 mg ۳-۴ مرتبه روزانه همچنان میتوان این دوا را روزانه ۲ مرتبه توصیه نمود؛ مثلاً برای کاهلان 1 g ۲ مرتبه روزانه.	التهاب منظمی اطفال (chlamydia)، سیاه سرفه، نومونیای غیر وصفی، انتانات جلدی، کولرا، انتانات مقاربتی (صفحه ۱۶۰-۱۶۱ دیده شود). در زمان حمل و دوران شیردهی مضاد استطباب نمیشاند! ادویه بدیل برای مریضانی که به مقابله penicillin حساسیت دارند!
Ethambutol Tablets 400 mg	فمی	صفحه ۵۲-۵۴ دیده شود.	توبرکلوز در زمان حمل و دوران شیردهی مضاد استطباب نمیشاند! در اطفال کمتر از ۶ سال توصیه نشود! همیشه با در نظر داشت رهنمود های استندرد با ادویه ضد توبرکلوز یک دیگر یکجا داده شود!
Ethinylestradiol + levonorgestrel (+ norethisterone)	فمی	صفحه ۲۶۳-۲۶۵ دیده شود.	کنترول ولادت ها، غیرنورمال بودن عادت ماهوار
Ferrous sulphate Tablets 200 mg (100 mg ferrous sulphate = 30 mg element iron)	فمی	تداوی فقدان آهن اطفال به مقدار 10-15 mg/kg ferrous sulphate/day به چندین دوز کسری ۶-۲ ماه به مقدار 50 mg ۱ مرتبه روزانه ۱۲-۷ ماه به مقدار 50 mg ۲ مرتبه روزانه ۵-۱ ساله به مقدار 100 mg ۲ مرتبه روزانه ۱۲-۶ ساله به مقدار 200 mg ۲ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 200 mg ۳ مرتبه روزانه وقایه فقدان آهن اطفال به مقدار 5 mg/kg ferrous sulphate یک مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 200 mg ۱ مرتبه روزانه	وقایه و تداوی کمخونی ناشی از فقدان آهن در زمان حمل و دوران شیردهی مضاد استطباب نمیشاند!
Ferrous sulphate + folic acid Tablets 200 mg + 0.4 mg (یا 200 mg + 0.4 mg)	فمی	خانم های حامله که مصاب کمخونی نباشند روزانه یک تا بلیت در تمام جریان حمل	وقایه کمخونی در خانم های حامله در زمان حمل و دوران شیردهی مضاد استطباب نمیشاند!
Fluphenazine Ampoules of 1 ml containing 25 mg	عضلی	تداوی را با دوز امتحانی به مقدار 12.5 mg شروع نموده بعداً به مقدار 25 mg بعد از یک هفته داده شود و بعداً به مقدار 25 mg هر ۳-۴ هفته بدهید.	سایکوز مزمن در زمان حمل و در جریان شیردهی توصیه شده میتواند. متوجه drowsiness نزد طفل باشید!
Folic acid Tablets 5 mg	فمی	۱ ماه تا ۱۲ ساله به مقدار 5 mg یک مرتبه روزانه کاهلان: به مقدار 5-10 mg یک مرتبه روزانه	وقایه و تداوی کمخونی ناشی از فقدان فولیت در زمان حمل و دوران شیردهی مضاد استطباب نمیشاند!
Furosemide (Frusemide) Tablets 20 and 40 mg Ampoules of 2 ml, containing 20 mg (=10 mg/ml)	فمی عضلی/وریدی	اطفال به مقدار 0.5-2 mg/kg روزانه یک مرتبه از طرف صبح، دوز اعظمی به مقدار 40 mg/day کاهلان به مقدار 20-40 mg یک مرتبه روزانه اطفال: به مقدار 0.5-1 mg/kg به یک دوز واحد کاهلان: به مقدار 20-40 mg	عدم کفایه حاد قلب، اذیما، عدم کفایه کلیه (صفحه ۱۵۶ دیده شود) در زمان حمل و در دوران شیردهی اجتناب شود، مگر آنکه استطباب حیاتی داشته باشد! برای تداوی انیمای ناشی از کواشیورکور توصیه نشود!

نام دوا و مستحضرات آن	طریق تطبیق	دوز معمول	استطبایات، استعمال آن در حامله گی و در جریان شیر دهی و ملاحظات مهم
Gentamicin Ampoules of 2 ml, containing 40 mg (20 mg/ml) or 80 mg (40 mg/ml)	عضلی وریدی	نوزادان کمتر از یک هفته: به مقدار 5 mg/kg روزانه یک مرتبه = حدود 15 mg یک مرتبه روزانه. اطفال بزرگتر از یک هفته به مقدار 7.5 mg/kg به یک دوز واحد، کاهلان به مقدار 5 mg/kg ۱-۳ هفته به مقدار 20 mg یک مرتبه روزانه ۲-۱۲ ماه به مقدار 20-60 mg یک مرتبه روزانه ۱-۵ سال به مقدار 60-100 mg یک مرتبه روزانه ۶-۱۲ سال به مقدار 100-200 mg یک مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 180-360 mg یک مرتبه روزانه = جهت تنقیص خطرات دوا دوز آنرا با دقت محاسبه نمایند. = برای مدت بیشتر از ۷-۱۰ روز ندهید. = اگر از طریق وریدی داده میشود با آهسته گی و در مدت ۳۰-۶۰ دقیقه داده شود.	انتانات شدید به شمول انتانات طرق بولی، سپسیس، اوستیومیالیت، انتانات شدید جدیدالولاده ها، پریتونیت = در زمان حمل و دوران شیردهی اجتناب شود! = در عدم کفایه کلیه استعمال نشود این دوا اکثراً با انتی بیوتیک های دیگر خصوصاً ampicillin یکجا توصیه میگردد.
Glibenclamide Tablets 5 mg	فمی	تداوی را با 5 mg (سالخورده گان 2.5 mg) با صبحانه شروع نمایند. در صورت ضرورت دوز آنرا تا 15 mg تدریجاً بالا ببرید. اگر دوز اعظمی آنرا توصیه مینمایند؛ 10 mg آنرا از طرف صبح و 5 mg آنرا بعد از ظهر بدهید.	دیابت شکری = در جریان حمل و دوران شیردهی استعمال نشود!
Glucose (Dextrose) Ampoules of 10 ml, containing 50 % glucose	وریدی	برای کاهلان 25 ml از محلول 50% برای اطفال 5 ml/kg از محلول 10% = برای تهیه محلول ۱۰% گلوکوز یک حصه محلول گلوکوز ۵۰% را گرفته با چار چند محلول 0.9% sodium chloride یا آب مقطر مخلوط کنید.	تنقیص شدید سویه شکر خون یا هنگامی که بیمار توانایی بلع را نداشته یا بیهوش باشد.
Glyceryl trinitrate Sublingual tablets 0.5 mg Spray 0.4 mg/dose	فمی	از طریق تحت زبان به مقدار 1-0.4 mg داده شود. = در صورت ضرورت تکرار شود!	تداوی و وقایه خناق صدی، تداوی عدم کفایه حاد قلبی = در زمان حمل و دوران شیردهی اجتناب شود!
Griseofulvin Tablets/capsules 125, 250 and 500 mg	فمی	۲-۱۲ ماه به مقدار 62.5 mg یک مرتبه روزانه ۱-۵ سال به مقدار 125-190 mg یک مرتبه روزانه ۶-۱۲ سال به مقدار 250-375 mg یک مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 500-750 mg یک مرتبه روزانه	انتانات فنگسی به استثنای کاندیدیاز = در زمان حمل و دوران شیردهی داده نشود! = دوا با غذای چرب داده شود!
Haloperidol Tablets 2, 5 mg Ampoules of 1 ml containing 5 mg	فمی عضلی	سایکوز حاد و رفتار خشونت آمیز کاهلان شدیداً بیمار فمی: به مقدار 3-5 mg ۲-۳ مرتبه روزانه = نظر به ضرورت مقدار آن زیاد شود (حد اعظمی 30 mg/day) عضلی: به مقدار 2-10 mg هر ۴-۸ ساعت بعد = مطابق به جواب مریض (حد اعظمی 18 mg/day) = به زودی بعد از بهبود مریض دوا را کم نمایند. مریضان کمتر بیمار فمی: به مقدار 1.5-3 mg ۲-۳ مرتبه روزانه آشفته گی و نا آرامی در کاهلان فمی: به مقدار 1-3 mg ۳ مرتبه روزانه استفراغات شدید، hiccup غیر قابل کنترل در کاهلان فمی: به مقدار 1.5 mg ۱-۲ مرتبه روزانه	اعراض سایکوز، آرام نمودن مریضان سایکوتیک مخرش و خشن، آشفته گی مغزی و نا آرامی، استفراغات شدید، hiccup غیر قابل کنترل = در زمان حمل و دوران شیردهی اجتناب شود!
Hydralazine Tablets 25, 50 mg Vials 20 mg	عضلی وریدی/عضلی	کاهلان به مقدار 25-50 mg ۲ مرتبه روزانه = دوز آنرا به صورت تدریجی بلند ببرید (حد اعظمی 100 mg/day) برای تداوی عضلی و وریدی eclampsia صفحه ۲۴۸ دیده شود.	فرط فشار خون (دوای انتخابی اول نمیشود)، اکلپسی = در دوران حمل و شیردهی داده نشود!

نام دوا و مستحضرات آن	طریق تطبیق	دوز معمول	استطبایات، استعمال آن در حامله گی و در جریان شیر دهی و ملاحظات مهم
Hydrochlorothiazide Tablets 25, 50 mg	فمی	فرط فشار خون کاهلان: به مقدار 12.5-50 mg یک مرتبه روزانه عدم کفایه قلب کاهلان به مقدار 25-50 mg یک مرتبه روزانه در صورت ضرورت دوز دوا را تا 100 mg بلند ببرید!	فرط فشار خون، عدم کفایه قلب در دوران حمل و شیردهی توصیه نشود!
Hydrocortisone Vials 100 mg	عضلی / وریدی	به مقدار 2-4 mg/kg به یک دوز واحد ۲-۱۲ ماه به مقدار 25 mg به یک دوز واحد ۱-۵ سال به مقدار 50 mg به یک دوز واحد ۶-۱۲ سال به مقدار 100 mg به یک دوز واحد کاهلان به مقدار 100-500 mg به یک دوز واحد	Dexamethasone دیده شود.
Hydroxocobalamin Amp. of 1ml containing 1 mg	عضلی	صفحه ۱۷۰ دیده شود.	فقدان ویتامین B ₁₂ به حیث ادویه مقوی داده نشود!
Hyoscine butylbromide Tablets 10 mg; ampoules of 1ml, containing 20 mg	فمی / وریدی / عضلی	۶-۱۲ ساله به مقدار 10 mg ۳ مرتبه روزانه کاهلان: به مقدار 10-20 mg ۳ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 20 mg در صورت ضرورت دوا را تا دوز اعظمی 100 mg/day تکرار نموده می‌توانید.	سپزم طرق بولی تناسلی و معدی معانی در دوران حمل اجتناب شود، مگر آنکه مفاد آن نسبت به ضرر آن زیاد باشد. در شیردهی مضاد استطبایات نمیباشد!
Ibuprofen Tablets 200, 400, 600 mg	فمی	به مقدار 20-30 mg/kg/day به ۳ تا ۴ دوز کسری ۱-۵ ساله به مقدار 100 mg ۳ مرتبه روزانه ۶-۱۲ ساله به مقدار 200 mg ۳ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 400-600 mg ۳-۴ مرتبه روزانه	تب، درد و التهاب در امراض روماتیزم و سایر پرابلم های عضلی اسکلتی، نقرص حاد در جریان حمل اجتناب شود! در دوران شیردهی مضاد استطبایات نیست! در اطفال کمتر از 7 kg داده نشود!
Imipramine Tablets 10, 25 mg	فمی	تداوی را با 50 mg از طرف شب شروع نمایند (برای اشخاص پیر به مقدار 10 mg). مقدار دوا را به صورت تدریجی با علاوه نمودن 10-25 mg در هر هفته الی 200 mg (در اشخاص پیر 50 mg) بلند برده می‌توانید. دوز مجموعی را می‌توان به چندین دوز کسری؛ در یک روز تطبیق نمود (حد اعظمی دوز واحد 150 mg).	افسرده گی متوسط تا شدید Imipramine نسبت به amitriptyline کمتر سبب خواب آلودگی می‌شود!
Indometacin Tablets/capsules 25 mg	فمی	کاهلان: به مقدار 25-50 mg ۳ مرتبه روزانه	درد، التهاب متوسط تا شدید در امراض روماتیزم و سایر پرابلم های عضلی اسکلتی، نقرص حاد در دوران حمل توصیه نشود و در دوران شیردهی اجتناب شود! عوارض جانبی آن معمول است!
Iodine Capsules 200 mg Ampoules of 1 ml, containing 240 mg, 480 mg iodized oil	فمی / عضلی	اطفال کمتر از یک سال به مقدار 200 mg در هر سال ۱-۵ ساله به مقدار 400 mg در هر سال اطفال بزرگتر از ۵ سال و کاهلان به مقدار 600 mg در هر سال اطفال کمتر از یک سال به مقدار 240 mg هر ۲ سال بعد اطفال بزرگتر از ۱ سال و کاهلان به مقدار 480 mg هر ۲ سال بعد	جلوگیری از فقدان آیودین
Iron dextran Ampoules of 2 ml, containing 100 mg (= 50 mg/ml)	وریدی	صفحه ۱۶۶-۱۶۷ دیده شود.	کمخونی فقدان آهن در زمانی که تداوی فمی به سبب عوارض جانبی شدید و سوزجند قابل اعتبار نباشد. نزد اطفال توصیه نشود!
Isoniazid Tablets 100 and 300 mg Isoniazid + Thioacetazone Combined tablets 100+ 50 mg and 300+ 150 mg	فمی	صفحات ۵۲-۵۴ دیده شود.	توبرکلوز در دوران حمل و شیردهی مضاد استطبایات نمیباشد! برای تداوی توبرکلوز؛ این دوا را همیشه با دوا های دیگر ضد توبرکلوز مطابق به رهنمود های سنترده؛ یکجا توصیه نمایند!

نام دوا و مستحضرات آن	طریق تطبیق	دوز معمول	استطبابت، استعمال آن در حامله گی و در جریان شیر دهی و ملاحظات مهم
Isosorbide dinitrate Tablets 5, 10, 20 mg	فمی	تداوی حاد به مقدار 5-10 mg در زیر زبان (sublingual) وقایه خناق صدری به مقدار 15-60 mg دو مرتبه روزانه	تداوی و وقایه خناق صدری، تداوی عدم کفایه حاد قلبی در دوران حمل و شیردهی اجتناب شود!
Ketoprofen Tablets 50, 100 mg	فمی	کاهلان: به مقدار 50 mg یا 100 mg ۳ مرتبه روزانه ۲ مرتبه روزانه	درد و التهاب خفیف در امراض روماتیزم و سایر پرابلم های عضلی اسکلتی، درد های عادت ماهوار (dysmenorrhoea) در دوران حمل و شیردهی اجتناب شود!
Levamisole Tablets 40, 50, 150 mg	فمی	۲-۱۲ ماه ۱-۵ سال ۶-۱۲ سال کاهلان به یک دوز واحد 25 mg به یک دوز واحد 50 mg به یک دوز واحد 75 mg به یک دوز واحد 150 mg	کرم ها در دوران حمل و شیردهی مضاد استطبابت نمیشد!
Levothyroxine Tablets 25, 50, 100 micrograms	فمی	صفحه ۲۷۰-۲۷۱ دیده شوند.	هایپوتایروئیدیزم در دوران حمل و شیردهی مضاد استطبابت نمیشد!
Lidocaine Vials/Ampoules 1 % (=10 mg/ml); 2 % (= 20 mg/ml); Lidocaine + adrenaline	فمی	دوز آن مربوط به سالی است که؛ انسٹیزی داده میشود. دوز اعظمی آن به مقدار 4 mg/kg lidocaine در جریان ۲ ساعت میباشد. ۵ دقیقه را در بر میگیرد تا انسٹیزی بوجود آید و حدود ۱-۵، ۱ ساعت دوام مینماید.	انسٹیزی موضعی در دوران حمل و شیردهی مضاد استطبابت نمیشد! هیچگاهی از لیدوکائین حاوی ادرینالین جهت انسٹیزی penis، انگشتان دست و پا، گوش ها و بینی استفاده ننمائید!
Magnesium hydroxide Syrup 550 mg/10 ml	فمی	کاهلان به مقدار 25 ml در هنگام ضرورت	قبضیت در دوران حمل و شیردهی مضاد استطبابت نمیشد!
Magnesium sulphate Ampoules of 2 ml, containing 1000 mg (= 500 mg/ml)	وریدی	صفحه ۲۴۷-۲۴۸ دیده شود.	اکلامپسی، پری-کلامپسی
Mannitol Vials 10% (1 g = 10 ml), 20% (1 g = 5 ml)	وریدی	ادیمای دماغی به مقدار 1 g/kg (= 10 ml/kg mannitol 10% یا شود). 20% mannitol 5 ml/kg) در ظرف ۱۵ دقیقه از طریق وریدی	ادیمای دماغی، گلوکوما حاد (صفحه ۲۸۱ دیده شود). در واقعات حیاتی مضاد استطبابت نیست!
Mebendazole Chewable tablets 100 mg	فمی	اطفال بالاتر از یک سال و کاهلان به مقدار 500 mg به یک دوز واحد و یا 100 mg ۲ مرتبه روزانه برای ۳ روز	کرم ها (به استثنای کرم های فیتوی) در جریان ترایمستر اول حمل استعمال نشود! در جریان شیردهی مضاد استطبابت نمیشد! برای اطفال کمتر از یک سال توصیه نشود! تابلیت ها جوینی اند.
Medroxyprogesterone Ampoules of 150 mg in 1 ml	صرف عضلی	صفحات ۲۶۳-۲۶۵ دیده شود.	کنترول حمل و پلانگذاری فامیلی صفحات ۲۶۳-۲۶۵ دیده شود.
Metformin Tablets 500 mg	فمی	کاهلان به مقدار 500 mg (حد اعظم 2 g/day) ۳-۲ مرتبه در روز	دیابت شکر در دوران حمل و شیردهی اجتناب شود!
Methotrexate Tablets 2.5, 10 mg	فمی	صفحه ۱۹۴ دیده شود.	روماتیزم آرتریتس
Methyldopa Tablets 250 mg	فمی	کاهلان به مقدار 250 mg ۳-۲ مرتبه روزانه دوز دوا را در صورت ضرورت هر ۲ روز بعد تا 3 g/day بلند ببرید؛ نزد اشخاص پیر تا 2 g/day بلند برده شود!	فراط فشار خون در زمان حمل مضاد استطبابت نمیشد. در جریان شیردهی اجتناب شود!

نام دوا و مستحضرات آن	طریق تطبیق	دوز معمول	استطبایات، استعمال آن در حامله گی و در جریان شیردهی و ملاحظات مهم
Metoclopramide Tablets 10 mg Ampoules of 2 ml, containing 10 mg (= 5 mg/ml)	فمی/ عضلی/ وریدی	اطفال به مقدار 0.3 mg/kg/day به سه دوز کسری ۶-۱۲ سال به مقدار 2-5 mg ۳ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 5-10 mg ۳ مرتبه روزانه	استفراغات در دوران حمل؛ مضاد استطبایات نمیباشد. در دوران شیردهی اجتناب شود! به سبب عوارض جانبی خارج اهرامی (extrapyramidal) (رعشه، حرکات غیر نورمال بطن و بدن) نزد اطفال کوچک اجتناب شود!
Metronidazole Tablets 200, 250 and 400 mg Syrup 200 mg/5 ml	فمی	دوز معمول آن برای اکثریت انتانات ۱-۱۲ ماه به مقدار 50 mg ۳ مرتبه روزانه ۵-۱ سال به مقدار 100 mg ۳ مرتبه روزانه ۶-۱۲ سال به مقدار 200 mg ۳ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 400 mg ۳ مرتبه روزانه در دیزانتری آمیبی دوز فوق را دو چند ساخته و برای ۵-۱۰ روز بدهید. در جیاردیا ۱-۵ سال به مقدار 500-750 mg یک مرتبه روزانه ۶-۱۲ سال به مقدار 1 g یک مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 2 g یک مرتبه روزانه برای ۳ روز بدهید. دوز معمول را برای انتانات برای ۱۰ روز بدهید.	دیزانتری آمیبی، اِبسه های آمیبیک کبیدی، انتانات ان ایرومیک، جیاردیا، انتانات دندان، و bacterial vaginosis (صفحه ۱۶۱ دیده شود) در تراپمستر اول حمل و در جریان شیردهی اجتناب شود!
Morphine Tablets 10 mg Ampoules of 1 ml, containing 10 mg	فمی/ تحت الجدلی/ عضلی وریدی	۲-۱۲ ماه به مقدار 0.5-1.5 mg هر ۴-۶ ساعت بعد ۱-۵ سال به مقدار 2.5-5 mg هر ۴-۶ ساعت بعد ۶-۱۲ سال به مقدار 5-10 mg هر ۴-۶ ساعت بعد کاهلان به مقدار 7.5-15 mg هر ۴-۶ ساعت بعد تداوی را با دوز های فوق شروع نموده و در صورت ضرورت آنرا افزایش دهید. منحیث یک قاعده؛ دوز فمی؛ دو چند دوز تحت الجدلی و عضلی میباشد. اندیمای ریوی حاد و احتشای قلبی کاهلان به مقدار 5-10 mg	درد شدید در زمان حمل مضاد استطبایات نمیباشد. در جریان ولادت استفاده نشده و در جریان شیردهی از آن اجتناب شود! مورفین را با ادویه ضد استفراغ؛ مثلاً metoclopramide یکجا بدهید زیرا دلبدی و استفراغات؛ عوارض جانبی معمول آن اند.
Nalidixic acid Tablets 250, 500 mg	فمی	اطفال به مقدار 50 mg/kg/day به ۴ دوز کسری ۲-۱۲ ماه به مقدار 62.5-125 mg ۴ مرتبه روزانه ۱-۵ سال به مقدار 250 mg ۴ مرتبه روزانه ۶-۱۲ سال به مقدار 500 mg ۴ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 1 g ۴ مرتبه روزانه	دیزانتری باسیلر، انتانات طرق بولی سفلی در دوران حمل و شیردهی توصیه نشود!
Naproxen Tablets 500 mg	فمی	اطفال به مقدار 10 mg/kg/day به ۲ دوز کسری کاهلان به مقدار 500 mg ۱-۲ مرتبه روزانه	Ibuprofen دیده شود.
Niclosamide Chewable tablets 500 mg	فمی	اطفال کمتر از ۲ سال به مقدار 500 mg به یک دوز واحد ۲-۱۲ سال به مقدار 1 g به یک دوز واحد کاهلان به مقدار 2 g به یک دوز واحد برای Hymenolepsis nana نصف دوز را برای ۶ روز دیگر نیز بدهید!	کرم های فیتوی، به شمول Hymenolepsis nana در دوران حمل و شیردهی مضاد استطبایات نمیباشد! تابلیت ها جویدنی اند!
Nifedipine Tablets, various retard and long-acting preparations	فمی	کاهلان به مقدار 10-40 mg ۲ مرتبه روزانه (که مربوط به مستحضر آن میباشد)	فُرط فشار خون، خناق صدی در دوران حمل و شیردهی اجتناب شود! برای تداوی فُرط فشار خون صرف از مستحضرات long-acting آن استفاده نمائید!

نام دوا و مستحضرات آن	طریق تطبیق	دوز معمول	استطبایات، استعمال آن در حامله گی و در جریان شیر دهی و ملاحظات مهم
Nitrofurantoin Tablets 50, 100 mg	فمی	تداوی ۶-۱۲ سال به مقدار 50 mg ۴ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 100 mg ۴ مرتبه روزانه وقایه اطفال به مقدار 1 mg/kg از طرف شب ۱-۵ سال به مقدار 12.5-25 mg از طرف شب ۶-۱۲ سال به مقدار 25-50 mg از طرف شب کاهلان به مقدار 50-100 mg از طرف شب	انتانات طرق بولی سفلی، وقایه نکس انتانات طرق بولی در دوران حمل کمی قبل از ولادت متوقعه و در جریان شیردهی اجتناب شود!
Nystatin Tablets 100,000; 500,000 IU Suspension 30 ml (100,000 IU/ml) Vaginal tablets 100,000 IU	فمی	کاندیدیاز فمی به مقدار 100,000 IU ۴ مرتبه روزانه بعد از غذا کاندیدیاز مهبل ۱-۲ تابلیت مهبل که از طرف شب داخل مهبل برای ۱۴ شب تطبیق شود.	کاندیدیاز فمی، معدی معانی و مهبل در صورتیکه شکل شربت آن وجود نداشت باشد؛ برای اطفال کوچک تابلیت آنرا میده میده نمایند و اطفال بزرگ باید تابلیت را بچوشند!
Ofloxacin Tablets 200, 400 mg	فمی	کاهلان به مقدار 200-400 mg ۲ مرتبه روزانه	انتهی بیوتیک احتیاطی (ciprofloxacin دیده شود) ciprofloxacin دیده شود!
Omeprazole Capsules 20, 40 mg	فمی	کاهلان به مقدار 20 mg یک مرتبه روزانه صرف در واقعات شدید؛ به مقدار 20 mg ۲ مرتبه روزانه یا 40 mg یک مرتبه روزانه بدهید!	قرحه پپتیک، reflux oesophagitis، وقایه قرحه در هنگام اخذ NSAIDs (صفحه ۱۸۹ دیده شود) در دوران حمل و شیردهی از آن اجتناب شود!
Oral rehydration salts (ORS) ORS package, powder for 1 litre glucose-electrolyte solution	فمی	صفحات ۱۱۰-۱۱۳ دیده شود.	وقایه و تداوی دیهیدریشن در دوران حمل و شیردهی مضاد استطباب نمیشود!
Oxytocin Ampoules of 1 ml containing 10 units	وریدی	خونریزی بعد از ولادت و بعد از سقط به مقدار 5 U به آهسته گی از طریق وریدی وقایه خونریزی بعد از ولادت به مقدار 5 U از طریق وریدی و یا 10 Units از طریق عضلی و فوراً بعد از ولادت طفل	وقایه و تداوی خونریزی های بعد از ولادت، تداوی سقط نامکمل برای induction ولادت صرف باید توسط یک متخصص توصیه شود!
Paracetamol (Acetaminophen) Tablets 100, 325 and 500 mg Syrup 120 mg/5 ml	فمی	به مقدار 40 mg/kg/day به ۳ تا ۴ دوز کسری ۱-۰ ماه اجتناب شود. ۲-۱۲ ماه به مقدار 50-125 mg تا ۴ مرتبه روزانه ۱-۵ سال به مقدار 120-250 mg تا ۴ مرتبه روزانه ۶-۱۲ سال به مقدار 250-500 mg تا ۴ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 500 mg-1 g تا ۴ مرتبه روزانه	تب، درد در دوران حمل و شیردهی مضاد استطباب نمیشود! پاراستامول اثر ضد التهابی ندارد!
Penicillamine		صفحه ۱۹۴ دیده شود	روماتونید آرتريت
Penicillin V (Phenoxymethylpenicillin) Tablets 250 and 500 mg Powder for oral suspension 125 mg/5 ml and 250 mg/5 ml	فمی	به مقدار 50 mg/kg/day به ۳ تا ۴ دوز کسری ۲-۱۲ ماه به مقدار 125 mg ۳ مرتبه روزانه ۱-۵ سال به مقدار 250 mg ۳ مرتبه روزانه ۶-۱۲ سال به مقدار 250-500 mg ۳ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 500-750 mg ۳ مرتبه روزانه	تانسلیت سترپتوکوکال، انتانات جلدی در دوران حمل و شیردهی مضاد استطباب نمیشود! جنب آن خوب نمیشود؛ برای انتانات شدید استعمال نشود!
Pentazocine Tablets 50 mg Ampoules of 1 ml containing 30 mg or 50 mg	فمی تحت الجدی عضلی/ وریدی	کاهلان به مقدار 25-100 mg هر ۴ ساعت بعد کاهلان به مقدار 30-60 mg هر ۴ ساعت بعد	درد های شدید: در دوران حمل و ولادت بکار نرفته در زمان شیردهی از آن اجتناب شود!

نام دوا و مستحضرات آن	طریق تطبیق	دوز معمول	استطبایات، استعمال آن در حامله گی و در جریان شیر دهی و ملاحظات مهم
Phenobarbital Tablets 15, 30, 50, 100 mg Ampoules of 2 ml, containing 200 mg (= 100 mg/ml)	فمی وریدی	تداوی طویل المدت اختلاجات 5-8 mg/kg یک مرتبه از طرف شب ۱-۰ ماه به مقدار 7.5-15 mg ۱ مرتبه از طرف شب ۲-۱ ماه به مقدار 15-45 mg ۱ مرتبه از طرف شب ۵-۱ سال به مقدار 30-100 mg ۱ مرتبه از طرف شب ۶-۱۲ سال به مقدار 50-150 mg ۱ مرتبه از طرف شب کاهلان به مقدار 60 تا 300 mg ۱ مرتبه از طرف شب توقف اختلاجات حاد 10 mg/kg گرام به آهسته گی از طریق وریدی ظرف ۱۰-۱۵ دقیقه و نباید از 100 mg فی دقیقه زیادتیر باشد. اطفال 30 mg فی دقیقه. ۱-۰ ماه به مقدار 25 mg به یک دوز واحد ۲-۱ ماه 50 mg به یک دوز واحد ۵-۱ سال به مقدار 100 mg به یک دوز واحد ۶-۱۲ سال به مقدار 100-250 mg به یک دوز واحد کاهلان به مقدار 200-500 mg به یک دوز واحد	صرع برای توقف اختلاجات هر گاه diazepam مؤثر نباشد، به منظور راحتی در tetanus. در حمل اجتناب شود؛ هر چند خطر ناشی از صرع؛ بیشتر از خطر ناشی از دوا میباشد. جهت تنقیص خطر؛ در جریان حمل به مادر فولیک اسید و بعد از ولادت طفل؛ به وی ویتامین K بدهید. در جریان شیردهی مضاد استطبایات نمیشاند! دوا را بعد از استعمال طولانی مدت فوراً قطع ننمائید! دوز های وریدی نظر به وزن بلندتر می گردد. چنانچه برای کاهل مقدار اعظمی یک گرام میباشد. ولی خطر انحطاط تنفسی موجود بوده و باید مریض به دقت مواظبت گردد!
Phenytoin Tablets/capsules 25, 50, 100 mg Ampoules of 5 ml, containing 250 mg (= 50 mg/5 ml)	فمی وریدی	تداوی طویل المدت اختلاجات به مقدار 3-8 mg/kg/day ۲ دوز کسری ۲-۱ ماه به مقدار 12.5-50 mg ۲ مرتبه روزانه ۵-۱ سال به مقدار 25-100 mg ۲ مرتبه روزانه ۶-۱۲ سال به مقدار 50-150 mg ۲ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 150-300 mg ۲ مرتبه روزانه تداوی را با دوز پائین شروع نموده و دوز دوا را با آهسته گی هر ۲ هفته بعد زیاد نمائید. مثلاً نزد کاهلان با مقدار 150-300 mg روزانه شروع نمائید. برای توقف اختلاجات حاد اطفال و کاهلان به مقدار 15 mg/kg به صورت بطی وریدی (در ظرف ۱۰-۳۰ دقیقه) تمدید شده sodium chloride 0.9% نباید از 50 mg/minute برای کاهلان زیاد باشد.	صرع، توقف اختلاجات در حمل اجتناب شود! هر چند خطر ناشی از صرع؛ معمولاً نسبت به خطر ناشی از دوا بلند میباشد. جهت تنقیص خطرات در جریان حمل فولیک اسید داده شود و ویتامین K بعد از ولادت به طفل داده شود. در زمان شیردهی مضاد استطبایات نمیشاند! این دوا را به صورت آبی قطع ننمائید! انفیوژن وریدی ممکن؛ سبب بی نظمی حرکات قلبی؛ پایین شدن فشارخون و کولاپس و عایی گردد از مریض به دقت مراقبت گردد!
Phytomenadione (Vitamin K) Ampoules of 0.5 ml, containing 1 mg	عضلی	وقایه امراض هیموراژیک نزد نوزادان 1 mg طفل نوزاد به مقدار بعد از ولادت	وقایه و تداوی امراض هیموراژیک نوزادان، خونریزی در عدم کفایه کبدی (صفحه ۲۵۹ دیده شود) در دوران حمل و شیردهی مضاد استطبایات نمیشاند!
Piroxicam Tablets/capsules 10, 20 mg	فمی	کاهلان به مقدار 10-30 mg یک مرتبه روزانه	Ibuprofen دیده شود.

نام دوا و مستحضرات آن	طریق تطبیق	دوز معمول	استطبایات، استعمال آن در حامله گی و در جریان شیر دهی و ملاحظات مهم
Potassium chloride (KCL) Tablets 470 mg (= 12 mmol) Ampoules of 10 ml, containing 1.5 g (= 20 mmol) Strength varies with manufacturer	فمی	وکایه کاهلان به مقدار 2-4 g (25-50 mmol) ۱ مرتبه روزانه تداوی هایپوکلیمیای خفیف کاهلان به مقدار 2-4 g (25-50 mmol) ۲-۳ مرتبه روزانه تداوی هایپوکلیمیای شدید (کمتر از 2.5 mmol/l) و مریضانی که تداوی فمی را تحمل نموده نتوانند. potassium chloride را با sodium chloride 500 ml 0.9% مخلوط نموده بصورت انفیوژن در ظرف ۲-۳ ساعت تطبیق نمایند.	هایپوکلیمیای، تهیه ReSoMal در سونتغذی شدید (صفحه ۶۴ دیده شود) در حمل و شیردهی مضاد استطبایب نمیباشد! هیچگاهی مستقیماً وریدی تطبیق نشود زیرا میتواند سبب اریتمی های کشنده شود! در هنگام تطبیق furosemide به صورت روتین داده نشود! در عدم کفایه کلیوی مقدار دوا تنقیص داده شود!
Prednisolone Tablets 5 mg	فمی	اطفال به مقدار 1-2 mg/kg در روز ۱۲-۲ ماه به مقدار 5 mg یک مرتبه روزانه از طرف صبح ۵-۱ سال به مقدار 5-10 mg یک مرتبه روزانه از طرف صبح ۱۲-۶ سال به مقدار 10-30 mg یک مرتبه روزانه از طرف صبح کاهلان به مقدار 20-40 mg یک مرتبه روزانه از طرف صبح	حساسیت، التهاب شدید، استما در تراپیستر اول حمل و در جریان شیردهی اجتناب شود! دوز آن؛ نظر به استطبایب آن فرق مینماید! هم چنان صفحه ۲۷۴ دیده شود!
Procaine penicillin Vials 1 million IU, 3 million IU	صرف عضلی	اطفال به مقدار 50,000-100,000 IU/kg ۱ مرتبه روزانه ۱۲-۲ ماه به مقدار 300,000-500,000 IU یک مرتبه روزانه ۵-۱ سال به مقدار 1,000,000 (1 million) IU یک مرتبه روزانه ۱۲-۶ سال به مقدار 1,500,000 IU یک مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 1-4 million IU یک مرتبه روزانه	انتانات نسبتاً شدید به شمول نومونیا، انتانات جلدی، lymphangitis، تیتانوس هیچگاهی از طریق ورید تطبیق نشود! این دوا همچنان در ترکیب با benzylpenicillin نیز قابل دسترس است بنام PPF (procaine penicillin forte). این ترکیب خوبی تاثیر فوری و موخر را؛ دارا است.
Promethazine Tablets 25 mg Syrup 5 mg/5 ml Ampoules of 2 ml, containing 50 mg (= 25 mg/ml)	فمی	اطفال به مقدار 1 mg/kg/day به ۱-۳ دوز کسری الرژی و استفراغات ۵-۲ سال به مقدار 2.5-7.5 mg ۲ مرتبه روزانه ۱۲-۶ سال به مقدار 5-12.5 mg ۲ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 25 mg ۲ مرتبه روزانه جهت جلوگیری از سفر بدهید! تسکین ۵-۲ سال به مقدار 15 mg به یک دوز واحد ۱۲-۶ سال به مقدار 25 mg به یک دوز واحد کاهلان به مقدار 25-50 mg به یک دوز واحد عکس العمل های الرژیک شدید عضلی/وریدی ۱۲-۶ سال به مقدار 12.5-25 mg به یک دوز واحد کاهلان به مقدار 25-50 mg به یک دوز واحد	الرژی، استفراغ، تسکین، وقایه امراض سفر در تراپیستر اول حمل و قبل از تاریخ متوقعه ولادت و در جریان شیردهی اجتناب شود! در اطفال کمتر از ۲ سال؛ اجتناب شود!
Propranolol Tablets 10, 20, 40 mg	فمی	فرط فشار خون کاهلان به مقدار 80-160 mg ۲ مرتبه روزانه خناق صدی کاهلان به مقدار 40-120 mg ۲ مرتبه روزانه وکایه نیم سری کاهلان به مقدار 10-80 mg ۲ مرتبه روزانه اضطراب و رعشه کاهلان به مقدار 40-80 mg ۲ مرتبه روزانه در تمام واقعات؛ تداوی را با دوز پائین شروع نموده در صورت ضرورت آنرا بلند ببرید!	فرط فشار خون، خناق صدی، وقایه نیم سری، اضطراب و رعشه در زمان حمل مضاد استطبایب نیست؛ در جریان شیردهی اجتناب شود! به مریضان مصاب استما و برادی کاردی داده نشود!

نام دوا و مستحضرات آن	طریق تطبیق	دوز معمول	استطبایات، استعمال آن در حامله گی و در جریان شیر دهی و ملاحظات مهم
Pyrantel Chewable tablets 125, 250 mg	فمی	به مقدار 10 mg/kg/day به یک دوز واحد ۷-۱۲ ماه به مقدار 62.5 mg ۱-۵ سال به مقدار 125 mg ۶-۱۲ سال به مقدار 250 mg کاهلان به مقدار 500 mg	کرم ها (صرف در مقابل اسکاریس و کرم های سنجاقی موثر بوده؛ در مقابل کرم های چنگکی تا حدی موثریت دارد) ⊗ در ترایمستر اول حمل داده نشود. در جریان شیردهی مضاد استطبای نیست! ⊗ تابلیت ها جویدنی اند!
Pyrazinamide Tablets 500 mg	فمی	صفحه ۵۲-۵۴ دیده شود	⊗ توبرکلوز ⊗ در دوران حمل و شیردهی مضاد استطبای نیست. ⊗ همیشه این دوا را با سایر ادویه ضد توبرکلوز؛ مطابق رهنمود های ستندرد؛ یکجا بدهید!
Pyridoxine Tablets 25, 50 mg	فمی	وقایه اطفال کمتر از ۱۲ سال به مقدار 12.5-25 mg یک مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 25-50 mg یک مرتبه روزانه تداوی اطفال کمتر از ۱۲ سال به مقدار 25-50 mg یک مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 100 mg یک مرتبه روزانه	وقایه و تداوی فقدان ویتامین B₆ ⊗ در دوران حمل و شیردهی؛ مضاد استطبای نیست! ⊗ دوز های وقایوی آنرا به تمام خانم های حامله که ادویه ضد سرع و isoniazid اخذ میدارند بدهید!
Quinine Tablets 200, 300 mg Ampoules of 2 ml, containing 300 mg (= 150 mg/ml)	فمی عضلی	۲-۱۲ ماه به مقدار 50 mg ۳ مرتبه روزانه ۱-۵ سال به مقدار 100-150 mg ۳ مرتبه روزانه ۶-۱۲ سال به مقدار 150-300 mg ۳ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 600 mg ۳ مرتبه روزانه	ملاریای شدید ⊗ در دوران حمل و شیردهی مضاد استطبای نمیشاند! ⊗ هیچگاهی مستقیماً آنرا از طریق ورید ندهید؛ بل آنرا همیشه در محلول گلوکوز رقیق ساخته و در فاصله بین تطبیق دوز های quinine تطبیق گلوکوز را ادامه دهید!
Ranitidine Tablets 150, 300 mg	فمی	کاهلان به مقدار 300 mg از طرف شب یا به مقدار 150 mg دو مرتبه روزانه	قرحات پپتیک، reflux oesophagitis, dyspepsia ⊗ در دوران حمل و شیردهی اجتناب شود!
Retinol (Vitamin A) Capsules 200, 000 IU	فمی	۰-۶ ماه به مقدار 50,000 IU ۷-۱۲ ماه به مقدار 100,000 IU بالتر از یک سال به مقدار 200,000 IU	وقایه و تداوی فقدان ویتامین A ⊗ دوز های بلند تر از 10,000 IU در یک روز برای خانم های حامله مضاد استطبای میباشد! ⊗ در جریان شیردهی مضاد استطبای نمیشاند. ⊗ ۲ قطره کیپسول های 200,000 IU حدود 50,000 IU و ۴ قطره آن حدود 100,000 IU میباشد!
Rifampicin Tablets/Capsules 150, 300, 450 mg Syrup 100 mg/5 ml	فمی	توبرکلوز صفحه ۵۲-۵۴ دیده شود بروسیلوز صفحه ۴۱-۴۲ دیده شود	⊗ توبرکلوز، بروسیلوز، جذام ⊗ در دوران حمل و در جریان شیردهی مضاد استطبای نمیشاند! ⊗ همیشه آنرا با سایر ادویه ضد توبرکلوز؛ مطابق به رهنمود های ستندرد بدهید!

نام دوا و مستحضرات آن	طریق تطبیق	دوز معمول	استطبایات، استعمال آن در حامله گی و در جریان شیر دهی و ملاحظات مهم
Salbutamol Tablets 2, 4 mg Syrup 2 mg/5 ml Nebulizer solution 1 mg/ml Spray 100 micrograms/puff Ampoules of 5 ml containing 0.25 mg = 250 microgram (=50 microgram/ml)	فمی انشاقی تحت الجلدی/عضلی	۱-۵ سال به مقدار 1-2 mg ۳-۴ مرتبه روزانه ۶-۱۲ سال به مقدار 2 mg ۳-۴ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 4 mg - ۳-۴ مرتبه روزانه اطفال و کاهلان سپری به مقدار 1-2 puffs در هنگام ضرورت نیبولایزر به مقدار 2.5-5 mg تا ۴ مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 0.5 mg (= 500 microgram) در صورت ضرورت ۴ ساعت بعد تکرار شود.	استما، تقبض قصبات در دوران حمل و شیردهی مضاد استطبایات نمیشاند!
Sodium stibogluconate Ampoules of 100 mg antimony/ml	عضلی/وریدی	به مقدار 20 mg/kg/day برای ۲۰ روز اگر دوز بسیار بزرگ باشد آنرا در انفیوژن دیکستروز ۵٪ در ظرف ۱۰ دقیقه بدهید! مقدار 1-5ml دوا را در اطراف و در تحت اندفاع به فواصل ۲-۵ روز زرق نمایند.	لشمانیای جلدی در دوران حمل داده نشود!
Spirolactone Tablets 25, 50, 100 mg	فمی	به مقدار 3 mg/kg/day به ۲-۳ دوز کسری ۱-۵ سال به مقدار 12.5-25 mg یک مرتبه روزانه ۶-۱۲ سال به مقدار 25-50 mg یک مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 100-200 mg یک مرتبه روزانه این دوز را برای ۶ روز بدهید بعداً آنرا به نصف تقلیل دهید!	حین و اذیما، حین در عدم کفایه کبد، اذیما در نفروتیک سندروم (صفحه ۱۵۵ دیده شود)، عدم کفایه حاد قلب (صفحه ۱۷۷ دیده شود) در دوران حمل و شیردهی داده نشود!
Streptomycin Vials 1 g	صرف عضلی	توبرکلوز صفحات ۵۲-۵۴ دیده شود. بروسیلوز صفحه ۴۱-۴۲ دیده شود.	توبرکلوز، بروسیلوز در دوران حمل و شیردهی داده نشود. در توبرکلوز، همیشه با سایر ادویه ضد توبرکلوز مطابق رهنمود های ستندرد؛ یکجا داده شود!
Sulfadiazine Tablets 500 mg	فمی	۵-۱۲ سال به مقدار 500 mg یک مرتبه روزانه کاهلان به مقدار 1 g یک مرتبه روزانه	وقایه تب روماتیزم در صورتیکه ادویه بدیل آن وجود داشته باشد، در جریان ترابستر آخر حمل و در دوران شیردهی اجتناب شود.
+Sulfadoxine pyrimethamine (Fansidar) Tablets sulfadoxine 500 mg + pyrimethamine 25 mg	فمی	کمتر از ۱ سال ۱/۲ (نصف) تابلیت. ۱-۵ سال به مقدار ۱ تابلیت ۶-۱۲ سال به مقدار ۲ تابلیت کاهلان به مقدار ۳ تابلیت به یک دوز واحد داده شود!	تداوی ملاریا (در ملاریای که از نظر کلینیکی تشخیص شده باشد با chloroquine یکجا داده شود و در ملاریای falciparum با arthemether یکجا داده شود). در زمان حمل و شیردهی؛ خطرات ملاریا؛ بیشتر از خطرات ناشی از استعمال دوا می باشد.
Sulfasalazine Tablets 500 mg	فمی	صفحه ۱۹۴ دیده شود.	روماتونید آرتريت
Tetracycline Tablets/capsules 250 mg	فمی	کاهلان به مقدار 250-500 mg ۴ مرتبه روزانه Doxycycline دیده شود.	
Thioacetazone Isoniazid + thioacetazone دیده شود.			
Tinidazole Tablets 500 mg	فمی	جیاردیا، trichomoniasis اطفال به مقدار 50 mg/kg به یک دوز واحد کاهلان به مقدار 2 g به یک دوز واحد دیزانتری آمیبی اطفال به مقدار 50 mg/kg یک مرتبه روزانه برای ۳ روز کاهلان به مقدار 2 g یک مرتبه روزانه برای ۳ روز	جیاردیا، دیزانتری آمیبی، trichomonas Metronidazole دیده شود.
Tramadol Tablets/capsules 50, 100 mg	فمی	کاهلان به مقدار 50-100 mg هر ۴-۶ ساعت بعد	درد شدید در دوران حمل و شیردهی داده نشود!

نام دوا و مستحضرات آن	طریق تطبیق	دوز معمول	استطبایات، استعمال آن در حامله گی و در جریان شیر دهی و ملاحظات مهم
Trihexyphenidyl Tablets 2 mg	فمی	تداوی و وقایه در کاهلان تداوی را با 1 mg یک مرتبه روزانه شروع نمایند. دوز آنرا به صورت تدریجی زیاد نمایند. دوز معمول مداوم آن 5-15 mg به 3-4 دوز کسری است. مقدار اعظمی آن 20 mg در روز میباشد. عکس العمل های خارج اهرامی حاد در کاهلان 4 mg را از طریق فمی داده؛ بعد مطابق بالا ادامه دهید.	استطبایات، استعمال آن در حامله گی و در جریان شیر دهی و ملاحظات مهم Parkinsonism ، وقایه و تداوی اعراض خارج اهرامی ناشی از دواها ⇒ در زمان حمل استعمال شده میتواند ولی تداوی باید با نصف دوز پیشنهاد شده آغاز شود! در جریان شیر دهی مضاد استطبایات نمیشاند!
Verapamil Tablets 40, 80 mg	فمی	خناق صدی کاهلان به مقدار 80-120 mg ۳ مرتبه روزانه فرط فشار خون کاهلان به مقدار 120-240 mg ۲ مرتبه روزانه	فرط فشار خون، خناق صدی ⇒ با بیتابلاکر ها یکجا داده نشود! ⇒ به مریضانی که در معرض خطر عدم کفایه قلبی اند؛ داده نشود!
Vitamin A		<i>Retinol</i> دیده شود.	
Vitamin B₆		<i>Pyridoxine</i> دیده شود.	
Vitamin B₁₂		<i>Hydroxocobalamin</i> دیده شود.	
Vitamin C		<i>Ascorbic acid</i> دیده شود.	
Vitamin D		<i>Colecalciferol</i> دیده شود.	
Vitamin K		<i>Phytomenadione</i> دیده شود.	

ماخذها:

- Anaizi N. Once-Daily Dosing of Aminoglycosides. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapy* 1997; 35: 223-226.
- Blumröder ML. *Practical Drug Guide*. IAM: Kabul 1999.
- British National Formulary* Number 45 (March 2003), London: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain 2003.
- Couper MR, Mehta DK (ed.). *WHO Model Formulary 2002*. Geneva: WHO 2002.
- Medecins Sans Frontieres. *Essential drugs - Practical guidelines*. 2nd revised edition. Paris: MSF 2001.
- von Massow F, Ndele JK, Korte R. *Guidelines to rational drug use*. London: Macmillan 1997.
- Ministry of Health. *National Essential Drug List of Afghanistan*. Kabul 2003.
- World Health Organization. *12th Model List of Essential Drugs (Revised April 2002)*. Geneva: WHO 2002.

۲۹۲، ۲۹۰.....	اریتیمما	۱۱۹-۱۱۸.....	آب پاک
۳۰۷.....	اریتیمما مولتی فورم	۲۹۱.....	آب چیچک
۳۰۷-۳۰۶.....	اریتیمما نودوزوم	۲۹۳-۲۹۲.....	آبسه جلدی
۲۶۵-۲۶۳، ۲۳۹.....	ازدیاد فاصله میان ولادت ها	۷۸.....	آبسه قرب تانسئل
۱۳۷-۱۳۶، ۱۲۳.....	استقراغات	۱۴۴.....	آبسه های آمیبی کبد
۱۰۴-۱۰۱، ۸۹.....	استما	۱۴۴.....	آبسه های باکتریائی کبد
۲۵۸-۲۵۷.....	اسفکسی ولادی	۸۵.....	آبسه های دندان
۱۱۴-۱۱۳.....	اسهال حاد آبگین	۱۹۴-۱۹۳.....	آرتزیت روماتیزمل
۱۱۶-۱۱۴.....	اسهال حاد خوندار	۱۹۲-۱۹۱.....	آرتزیت سپتیک
۱۱۷.....	اسهال ناشی از انتی بیوتیک	۱۹۲-۱۹۱.....	آرتزیت مفصلی قیحی
۱۱۸-۱۱۶.....	اسهالات دوامدار	۳۴۵، ۵۹-۵۸.....	آرد قوت
۱۱۹-۱۰۸.....	اسهالات	۳۴۵، ۵۹-۵۸.....	آش مقوی
۱۳۱-۱۳۰، ۱۲۶، ۹۸.....	اسکاریس	۲۱۸.....	آشفتگی مغزی
۲۲۴-۲۲۳.....	اسکیمی دماغی	۸۸.....	آواز های تنفسی قصبی
۱۲.....	اصغا	۱۴-۱۳.....	آواز های قلبی
۲۳۶-۲۳۵، ۲۳۱.....	اضطراب	۲۷۱-۲۶۸.....	آبودین
۲۰۳-۲۰۲.....	اطراف قطع شده	۳۰۲.....	اورتیکاریا
۲۳۱، ۲۳۰.....	اعراض فزیزیکی مبهم	۳۲۸-۳۲۷.....	آوردن مجرا بالای ورید
۱۶۰.....	افرازات احلیلی	۱۲۴.....	اپندیسیت
۷۵.....	افرازات بندش	۲۸۴-۲۸۳.....	اجسام اجنبی چشم
۲۴۶، ۱۶۱.....	افرازات مهلی	۲۸۴.....	اجسام اجنبی چشم
۲۳۵-۲۳۴، ۲۳۱.....	افسرده گی	۷۴-۷۳.....	اجسام اجنبی در گوش خارجی
۳۰۵.....	اکزیم	۲۲۴-۲۲۳.....	احتشا دماغی
۱۴۸.....	اکسری ساده بطنی	۱۸۳-۱۸۱، ۱۷۴.....	احتشای میوکارد
۳۴۰-۳۳۴، ۸۹، ۴۹، ۳۲.....	اکسری صدی	۳۱۰.....	احیای مجدد در حامله گی
۳۲۹.....	اکسیجن	۳۱۰-۳۰۸.....	احیای مجدد
۲۵۴، ۲۴۸-۲۴۶، ۲۴۲.....	اکلمپسی	۲۴۷.....	اختلاجات در زمان حمل
۱۴۴-۱۴۳.....	اکینوکاکس	۲۱۷-۲۱۶، ۲۱۳.....	اختلاجات فیبریل
۳۰۳.....	الینیزم	۲۱۴.....	اختلاجات قسمی
۱۴۹، ۱۲۲.....	التراسوند	۲۶۰.....	اختلاجات نزد نوزادان
۷۵.....	التهاب الرژیک بینی	۲۶۰، ۲۴۷، ۲۱۷-۲۱۱.....	اختلاجات
۲۸۶.....	التهاب انساج جوف حجاج	۱۴۹.....	ادرار شبانه
۱۶۰-۱۵۹.....	التهاب بربخ	۱۴۸-۱۴۷.....	ادرار
۸۱-۸۰.....	التهاب بیره ها	۱۷۶.....	ادیما ربوی
۱۲۷.....	التهاب پریوان	۶۲.....	ادیما (سوتغذی)
۱۶۰.....	التهاب توبرکلوز بربخ	۱۷۵، ۱۵۴.....	ادیما
۸۴-۸۳.....	التهاب توبرکلوزیک	۲۳، ۲۱-۶.....	ارزیابی مریض
۲۵۷.....	التهاب ثنیه	۶.....	ارزیابی کامل
۳۰۶-۳۰۵.....	التهاب جلدی تماسی	۳۴۱.....	ارقام لابراتواری نورمال

۹۱، ۸۶..... انتانات حاد طرق تنفسی (ARI)	۷۶..... التهاب جیب انفی
۳۰۰-۲۹۹..... انتانات فنگسی	۱۰۵، ۱۰۴..... التهاب حاد اپی گلوت
۲۸۷-۲۸۶..... انترکس جلدی	۱۰۴..... التهاب حاد برانشیول ها
۳۱۸-۳۱۷..... انتقال مصئون تر مریض	۸۴..... التهاب حاد بکتریائی غده نکفیه
۲۵..... انتی بیوتیک ها	۱۳۲..... التهاب حاد پانکراس
۲۳۵-۲۳۴، ۲۳۱..... انحطاط روانی	۷۲..... التهاب حلمی
۳۴۱، ۱۶۵..... اندازه نمودن (MCV)	۱۰۵-۱۰۴..... التهاب حنجره، شزن و قصبات
۳۰۲..... اندفاعات ناشی از ادویه	۲۱۰-۲۰۷..... التهاب سحایائی بکتریائی
۱۸۵-۱۸۴..... اندوکار دیت باکتریایی	۲۰۷..... التهاب سحایائی توبرکلوزیک
۱۲۷-۱۲۵..... انسداد معانی	۲۰۷..... التهاب سحایائی ویروسی
۱۲۶..... انسداد میخانیکی	۱۹۸-۱۹۷..... التهاب صفاق وتری
۲۱۷، ۲۰۷..... انسفالیت	۸۳-۸۲..... التهاب عقدات لمفاوی
۲۷۳..... انسولین	۲۸۶..... التهاب غده اشکیه
۱۰۵..... انشاق اجسام اجنبی	۲۸۰، ۲۷۸..... التهاب قزحیه
۸۸، ۱۴..... انصباب پلورا	۹۱..... التهاب قصبی حاد
۳۳۰، ۹۶، ۸۹..... انصباب پلورایی	۷۴-۷۳، ۷۱..... التهاب گوش خارجی
۲۴۲، ۱۷۰-۱۶۳، ۶۶..... انیمی	۷۲-۷۱..... التهاب گوش متوسط
۱۱۳-۱۱۰..... اهمتامات دیهایدریشن	۷۳-۷۲..... التهاب مزمن گوش متوسط
اهتمتامات کامل مدغم شده امراض دوره طفولیت میباشد	۲۷۹-۲۷۸..... التهاب منضمه
۹، ۱..... (IMCI)	۲۸۲، ۲۸۱، ۲۷۸..... التهاب منضمی الرژیک
۱۹۵..... اوستیوآرتروسز	۸۰..... التهاب کنج دهن
۱۹۶..... اوستیومالیسیا	۱۴۸..... الکترولیت
۱۹۲، ۱۹۱-۱۸۹..... اوستیومیالیت	۶۶..... الکترولیت ها (سو تغذی)
۱۶۲-۱۶۱، ۱۶۰، ۶۹..... ایدس	۳۰۷-۳۰۶..... الوپسیا اریتا
۲۸۰، ۲۷۸..... آیریتیز	۱۰۷..... امبولی ریوی
۳۲، ۳۱..... ایوزنوفیلیا	۲۹۴-۲۹۳..... امپتیگو
۱۶۱..... باکتریل و اگینوسس	۱۰۱، ۹۹..... امراض انسدادی مزمن ریوی (COPD)
۱۸۱..... بحران فرط فشار خون	۸۲..... امراض عقدات لمفاوی
۳۳۰..... بذل انصباب پلورائی	۲۹-۲۸..... امراض مزمن
۳۳۲-۳۳۱..... بذل قطنی	۱۴۴-۱۴۳، ۱۰۰..... امراض هیداتید
۳۳۱..... بذل مفاصل	۱۷۸..... امراض ولادی قلبی
۳۰۳..... برص	۶۵..... انتان (سو تغذی)
۸۰..... برفک دهن	۲۶۰..... انتان بکتریائی شدید نوزادان
۳۰۰..... برفک سطحی	۱۹۵-۱۹۴..... انتان بکتریایی عضله
۷۴..... برنگس گوش	۲۵۷-۲۵۶..... انتان رحمی
۴۲-۴۱..... بروسیلوز	۲۶۰..... انتان سره (ناف)
۳۱۷-۳۱۶..... بسته نمودن زخم ها	۱۵۲-۱۵۱..... انتان طرق بولی
۲۴۰..... بلندی غور رحم	۱۵۲-۱۵۱..... انتان مثانی
۱۳۸..... بیلیروبین	۹۱..... انتان ویروسی طرق تنفسی علوی
۷۵..... بینی بندش	۱۵۲-۱۵۱..... انتان کلیه
۷۷-۷۵..... بینی	۲۹۴-۲۹۲..... انتانات بکتریائی جلدی
	۲۶۰..... انتانات چشم نوزادان

۲۸۸	پیر چشمی	۲۹۷-۲۹۵، ۲۹۰	پاپول
۲۱	پیشرفت حالت صحی مریض را	۳۴۹، ۲۵۱، ۲۵۰	پارتوگراف
۲۹۰	پیتچیا	۲۵۳	پارچه های مفقود شده پلاستنا
۲۶۵-۲۶۴	تابلیت های جلوگیری از حمل	۳۱۸	پائین شدن درجه حرارت بدن
۲۳۸-۲۳۷، ۲۳۱	تأخر دماغی	۳۰۲	پتی ریاسیز البا
۱۰-۸	تاریخچه	۲۹۲-۲۹۱	پتی ریاسیز روزی
۱۶۹-۱۶۸	تالاسیمیا	۳۰۲	پتی ریاسیز ورسیکولور
۷۸-۷۷	تانسلیت سترپتوکوکال	۲۷۵-۲۶۸	پرابلم غدوات افراز داخلی
۲۷۱	تایروتوکسیکوز	۲۷۵-۲۶۸	پرابلم های اندوکراین
۳۴-۳۳	تب حاد	۱۳۷-۱۲۰	پرابلم های بطنی
۳۴	تب دوامدار	۲۵۷	پرابلم های بولی بعد از ولادت
۱۸۴-۱۸۳	تب روماتیزمل	۲۷۱-۲۶۸	پرابلم های تایروئید
۴۱-۳۹	تب محرقة	۱۰۷-۸۶	پرابلم های تنفسی
۴۴	تب کنگو- کرمین هیماراجیک	۳۰۷-۲۸۹	پرابلم های جلدی
۲۵۵، ۲۴۶، ۴۴-۳۰	تب	۲۸۸-۲۷۶	پرابلم های چشم
۱۷۵	تپش قلبی	۱۷۱-۱۶۳	پرابلم های خون
۹۷	تجمع قیح در جوف پلورا	۲۷۱-۲۶۸	پرابلم های درقی
۳۳۱-۳۳۰	تخلیه حبن	۲۳۸	پرابلم های روانی دوره طفولیت
۳۲۸-۳۲۷	تخنیک تطبیق داخل عظمی کانول	۲۲۸-۲۰۵	پرابلم های سیستم عصبی
۲۴	تداوی ستندرد	۲۳۸-۲۲۹	پرابلم های صحت روان
۲۴	تداوی	۱۶۰-۱۴۶	پرابلم های طرق بولی
۱۵۸	تدور خصیه	۲۰۴-۱۸۶	پرابلم های عظام و مفاصل
۲۸۲-۲۸۱، ۲۷۸	تراخم	۱۸۵-۱۷۲	پرابلم های قلبی
۱۶۷	ترانسفیورژن	۸۵-۷۰	پرابلم های گوش، گلو و بینی
۲۸۳	ترضیض کند	۱۳۷-۱۲۰	پرابلم های معدی معانی
۱۱۸	تروپیکل سپرو	۲۶۳-۲۵۷	پرابلم های نوزادان
۱۹۸، ۱۰۷	ترومبوز اورده عمیقه	۱۴۴-۱۳۷	پرابلم های کیدی
۲۸۷	تریچیوم	۲۰۲-۱۹۹	پرابلم های کمر
۱۶۱	تریکومانس	۱۳۲	پرابلم های کیسه صفر
۴۹	تست توبرکولین	۱۲۷، ۱۲۶	پرالاتینیک ایلوس
۲۷۷	تست دید چشم	۱۴۸	پروتین بوری
۳۲۱-۳۲۰	تسمم	۱۵۲-۱۵۱	پروستاتیت
۲۲-۲۱	تشخیص تفریقی	۳۳۲-۳۲۶	پروسیجر های عملی
۴۹	تشخیص های تفریقی توبرکلوز	۲۵۴، ۲۴۸-۲۴۶، ۲۴۲	پری- اکلپسی
۲۲-۲۱	تشخیص کاری	۲۹۴، ۲۹۳، ۲۹۰	پستول
۲۸۸-۲۸۷	تشوش رویت	۲۶۵-۲۶۳، ۲۳۹	پلان گذاری خانواده
۲۷۱-۲۶۸	تشوشات کمبود آیودین	۷۲	پلته گوش
۱۲۷-۱۲۶	تضیق پاپلوریک	۲۹۵	پمفیگوئید
۳۲۹	تطبیق اکسیجن	۲۹۵	پمفیگوس
۱۶۷	تطبیق خون	۲۹۰	پورپورا
۳۲۳	تطبیق قدمه وار انلجیزیک ها	۲۲۵-۲۲۴	پولیو میالیت
۳۳۲	تطبیق کتیر در طرق بولی	۱۵۲-۱۵۱	پیلونفریت

تورم بطنی..... ۱۳۴-۱۳۲	تعداد مجموعی کریوات سفید خون..... ۳۴۱، ۳۲-۳۱
تورم پاها..... ۱۹۸	تعریف تنفس سریع..... ۸۷، ۱۴
تورم سفن..... ۱۶۰-۱۵۸	تعلیمات صحی (اسهالات)..... ۱۱۱
تورم عنق..... ۸۵-۸۱	تعلیمات صحی (انتانات حاد طرق تنفسی - ARI)..... ۹۱
تورم غدوات لعابی تحت الفکی..... ۸۴	تعلیمات صحی (برای خانم های حامله)..... ۲۴۴
تورم مغبنی..... ۱۲۵	تعلیمات صحی (برای ماه اول بعد از ولادت)..... ۲۵۶
توزیع دوا..... ۲۷	تعلیمات صحی (حملات قلبی، ستروک)..... ۱۸۰
توسع قصبات..... ۹۹-۹۸	تعلیمات صحی (درد کمر)..... ۲۰۱
تیتانوس..... ۲۲۱-۲۲۰	تعلیمات صحی (سو تغذی)..... ۶۸، ۵۹-۵۷
تیوب انفی..... ۳۲۹-۳۲۸	تعلیمات صحی (صرع)..... ۲۱۵
تینی..... ۳۰۰-۲۹۹	تعلیمات صحی..... ۲۹-۲۷، ۲۴، ۴
جاغور..... ۲۷۱-۲۶۸، ۸۵	تغذی خوب..... ۵۹-۵۷
جدره..... ۲۷۱-۲۶۸، ۸۵	تغذی در جریان اسهالات..... ۱۱۲-۱۱۱
جذام..... ۲۲۸-۲۲۷	تغذی در جریان انتانات..... ۵۸
جروحات چشم..... ۲۸۴-۲۸۳	تغلف..... ۱۲۶
جروحات ناشی از گلوله..... ۳۱۱	تغییرات موی..... ۳۰۶
جروحات ناشی از ماین..... ۳۱۱	تفتیش..... ۱۲
جروحات..... ۳۱۷-۳۱۶	تقریط صباغ جلدی..... ۳۰۳-۳۰۲
جس..... ۱۲	تقریط فعالیت غده در قیه..... ۲۷۱-۲۷۰
جلد..... ۲۸۹	تقریقی کریوات سفید خون..... ۳۴۱، ۳۲-۳۱
جیاردیازز..... ۱۱۷	تفلسات..... ۳۰۱-۲۹۹
چارت وزن نظر به سن..... ۳۴۷، ۶۱، ۶۰-۵۹	تقویت صحت..... ۲
چارت کوما..... ۲۱۹-۲۱۸	تکرر ادرار..... ۱۴۹
چشم سرخ..... ۲۸۲-۲۷۷	تلوین گرام..... ۳۲
چشم..... ۲۷۶	تلیپس..... ۲۰۲
چلزیان..... ۲۸۷	تمرینات آرامش بخش..... ۲۳۶
چندک زدن جلد..... ۱۰۸	تنفس صدا دار..... ۱۰۶-۱۰۴
حبن..... ۳۳۱-۳۳۰، ۱۳۴-۱۳۲	تنفس مصنوعی دهن به بینی/ دهن..... ۲۵۸
حساسیت ریوند..... ۱۲۲، ۱۶	تنفس مصنوعی..... ۳۱۰-۳۰۹
حسیت غیر نورمال..... ۲۲۷-۲۲۶	توبرکلوز (تداوی)..... ۵۵-۵۰
حمل خارج رحمی پاره شده..... ۲۴۸، ۱۲۸-۱۲۷	توبرکلوز بطنی..... ۱۳۳، ۱۱۷
حمل..... ۲۶۳-۲۳۹	توبرکلوز جلدی..... ۲۹۸
حملات اسکمیک گذری..... ۲۲۴-۲۲۳	توبرکلوز خارج ریوی..... ۵۰
حملات سنکویی..... ۲۲۰-۲۱۹	توبرکلوز در حامله گی..... ۵۵
خارج شدن افرازات از گوش..... ۷۴-۷۰	توبرکلوز ریوی..... ۵۰-۴۸
خارج شدن خون با سرفه..... ۱۰۶-۱۰۵	توبرکلوز ستون فقرات..... ۲۰۱-۲۰۰
خارش..... ۳۰۶-۳۰۳	توبرکلوز طرق بولی..... ۱۵۲
خراش قرنی..... ۲۸۳	توبرکلوز عظام ومفاصل..... ۱۹۳-۱۹۲
خراش..... ۲۹۰	توبرکلوز نزد اطفال..... ۵۵، ۴۸
خستگی زیاد ناشی از گرما..... ۳۱۸	توبرکلوز..... ۵۶-۴۶
	توبرکلوز جاورسی..... ۵۰
	تورم اطراف چشم..... ۲۸۷-۲۸۶

۱۴۹..... دیسوری	۲۸۲، ۲۷۸..... خشکی مزمن چشم.
۲۹۲-۲۹۱..... رش اندفاعات	۱۹۹-۱۹۸..... خلع مفصل حرقفی فخذی.
۲۹۲-۲۹۱..... رش های عمومی	۱۸۲-۱۸۱، ۱۷۴..... خناق صدری
۱۹..... ریفلکس وتر زانو	۷۶..... خون بینی
۲۸۶..... ریتونوبلاستوما	۱۶۳..... خون
۱۳۰-۱۲۹..... ریفلوکس از افگیتس	۲۵۴-۲۵۲..... خونریزی بعد از ولادت
۱۹۶..... ریکتس	۲۹۰..... خونریزی جلدی
۲۹۵..... زخ ه	۲۲۴-۲۲۳..... خونریزی دماغی
۲۹۹-۲۹۸..... زخم بستر	۲۶۶-۲۶۵..... خونریزی رحمی غیر نورمال
۳۱۷-۳۱۶..... زخم ها	۱۷۱..... خونریزی غیر نورمال
۱۴۰-۱۳۸..... زردی	۲۴۹-۲۴۸..... خونریزی مهلی در جریان حمل
۳۲۷-۳۲۶..... زرقیات عضلی	۳۱۱-۳۱۰..... خونریزی های شدید
۳۲۷..... زرقیات و انفیوژن های داخل وریدی	۳۲۳، ۱۸۹..... درد (تداوی)
۳۲۷-۳۲۶، ۲۶..... زرقیات	۲۳۰، ۱۹۷..... درد بدن
۲۳۱..... زوال عقل	۲۴۹، ۱۳۲-۱۲۰..... درد بطنی
۳۲۶..... سایر مواد صحی باطله	۲۴۹، ۱۳۲-۱۲۳..... درد حاد بطنی
۲۳۴-۲۳۲..... سایکوز	۱۵۰..... درد در پرابلم های طرق بولی
۲۹۳، ۲۶۰، ۲۵۶، ۶۵، ۳۶-۳۵..... سپیس	۲۶۳..... درد در پستان ها
۱۳۰..... سترانگیلاید	۱۷۵-۱۷۴..... درد صدری
۲۲۴-۲۲۳..... ستروک	۲۴۹..... درد قسمت های سفلی بطن در جریان حمل
۲۷۴..... ستیروئید ها	۷۴-۷۰..... درد گوش
۲۲۶-۲۲۵..... سربرل پالسی	۱۹۸، ۱۸۷..... درد مفصل
۴۳-۴۲..... سرخکان	۱۹۸-۱۸۷..... درد مفصلی و عظمی
۲۸۱-۲۷۸..... سرخی حاد چشم	۱۸۹، ۱۳۰-۱۲۸..... درد ناحیه اپی گستریک
۲۸۲-۲۸۱..... سرخی مزمن چشم	۱۵۰..... درد ناحیه کلیوی
۲۱۱-۲۱۰..... سردردی تنش	۱۳۱..... درد های زمان عادت ماهوار
۲۱۱..... سردردی های بعد از ترضیض	۲۰۲-۲۰۱..... درد های میکانیکی کمر
۲۱۱-۲۰۶..... سردردی	۱۹۹..... درد کمر
۱۴۴..... سرطان کبد	۱۵۱..... درد یک طرف کمر
۳۲۵-۳۲۴..... سرطان	۳۰۶..... درمیتیز هرپیتیفارمز
۳۴۱، ۳۲-۳۱..... سرعت ترسب حجات سرخ خون	۸۵، ۸۱..... دندان
۹۷-۹۰..... سرفه حاد	۱۰۰..... دود نمودن سگرت
۱۰۰-۹۷..... سرفه مزمن	۲۸۸..... دور بینی
۱۰۰-۸۹..... سرفه	۲۵۳..... دور نمودن پلاستا با دست
۳۱۹-۳۱۸..... سرما زده گی	۲۷۳-۲۷۱، ۶۹..... دیابت شکری
۷۵..... سرماخورده گی	۱۴۴، ۱۱۶-۱۱۵، ۱۱۴..... دیزانتری آمیبیک
۲۴۳، ۱۶۱..... سفلیس	۱۱۵-۱۱۴..... دیزانتری باسیلر
۲۸۶-۲۸۴..... سفیدی غیر نورمال چشمان	۱۱۶-۱۱۴..... دیزانتری
۲۹۸..... سکرو فولدرما	۲۹۹..... دیفتری جلدی
۳۰۴-۳۰۳..... سکیبیس	۷۹-۷۸..... دیفتری
۳۱۹..... سگ گزیده گی	۶۴، ۶۳-۶۲..... دیهایدریشن (سوتغذی)
	۱۱۰-۱۰۸..... دیهایدریشن

۱۴۶	طرق بولی	۱۰۱	سندروم فرط تهویه
۳۰۹	طرق هوایی	۱۵۳-۱۵۲	سنگ های طرق بولی
۲۶۶-۲۶۵	عادت ماهوار	۱۳۲	سنگ های کیسه صفرا
۲۶۷-۲۶۶، ۱۵۱-۱۵۰	عدم اقتدار ادار	۲۸۴	سوخته گی ها چشم
۱۱۷	عدم تحمل لکتوز	۳۱۵-۳۱۲، ۲۸۴	سوخته گی
۲۷۵-۲۷۳	عدم کفایه حاد ادرینال	۳۰۱-۳۰۰	سورپازز
۱۵۷-۱۵۵	عدم کفایه حاد کلیه	۲۳۷-۲۳۶، ۲۳۱	سؤاستفاده از ادویه یا مواد مخدر
۱۷۸-۱۷۵، ۸۹	عدم کفایه قلبی	۶۴	سؤتغذی (تداوی)
۱۵۸-۱۵۷	عدم کفایه کلیوی مزمن	۶۷-۵۹، ۵۷	سؤتغذی در اطفال
۱۷۴، ۱۰۷-۱۰۶	عسرت تنفس	۶۹-۶۸	سؤتغذی در کاهلان
۱۵۸	عقامت	۱۸۹، ۱۳۰-۱۲۸	سؤهاضمه
۲۴	عقاید عنعنوی	۸۷	سیانوز مرکزی
۲۶۵	عقیم سازی	۹۸	سیاه سرفه
۳۱۶	عکس العمل های الرژیک	۳۰۱	سیبوروهیک درماتیتیس
۱۲۲	علایم احتمالی واقعات عاجل جراحی	۸۶	سیستم تنفسی
۸۷	علایم خطر در امراض تنفسی	۲۰۵	سیستم عصبی
۲۰۵	علایم خطر در امراض عصبی	۱۷۲	سیستم قلبی و عائی
۱۶۴	علایم کمخونی شدید	۱۲۰	سیستم معدی معائی
۲۶۸	غدوات اندوکراین	۲-۱	سیستم های صحی
۶۷-۶۶	غذا (سؤتغذی)	۲۹۳-۲۹۲	سیلولیت
۱۲۵-۱۲۴	فتق	۱۹۹	سینویت گذری
۲۴۸-۲۴۶، ۱۸۱-۱۷۸، ۱۷۴	فرط فشار خون شریانی	۳۱۲-۳۱۱	شاک
۲۱۰	فرط فشار داخل قحف	۲۸۵-۲۸۴	شب کوری
۱۷۱	فرط فعالیت طحال	۳۰۵-۳۰۴	شیش زده گی
۲۷۱	فرط فعالیت غده در قبه	۸۸، ۱۵	شزن
۸۷، ۱۴	فرورفته گی صدی	۳۴۵، ۵۸	شوله
۷۸-۷۷	فرینجیتس ویروسی	۲۶۳-۲۶۱، ۵۷	شیر مادر
۱۸۹-۱۸۸	فزیوترایی	۲۳۱	شیزوفرنی
۲۵۴	فشار بالای ابهر بطنی	۲۶۷-۲۳۹	صحت خانم ها
۲۴۸-۲۴۶، ۱۸۱-۱۷۸، ۱۷۴	فشار بلند خون	۲۸۴-۲۸۳	صدمات کیمیاوی
۱۷۴	فشار خون پائین	۲۲۵	صدمه تروماتیک عصب
۱۴-۱۳	فشار خون	۲۳۶، ۲۱۶-۲۱۳	صرع
۳۱۰	فشار دادن صدر	۲۰۱-۲۹۹، ۲۹۰	صفیحات
۲۳۴	فشار های بعد از ترضیضات	۱۷۱	ضخامه طحال
۲۵۴	فشردن رحم با دودست	۱۳۹، ۱۳۸	ضخامه کبیدی
۱۷۰-۱۶۹	فقدان ویتامین B12	۲۲۶-۲۲۲	ضعیفی دست ها و یا پاها
۸۱	فقدان ویتامین	۲۲۷-۲۲۶	ضعیفی وجهی
۲۲۷-۲۲۶	فلج بل	۲۴۷	ضیاع شعور در زمان حمل
۲۲۶-۲۲۲	فلج دست ها و یا پاها	۲۴۷، ۲۱۹-۲۱۷	ضیاع شعور
۱۳۴	قبضیت	۱۹	ضیاع عضلی
		۲۸۸-۲۸۷	ضیاع

۸۸، ۱۴	کلبینگ	۲۹۹-۲۹۸	قرحات بستر
۳۲	کلچر	۱۲۷	قرحات تنقبی محرقه
۸۴	کله چرک	۱۶۱-۱۶۰	قرحات تناسلی
۲۸۵-۲۸۴	کمبود ویتامین A	۲۹۹-۲۹۷، ۲۹۰	قرحات جلدی
۶۷، ۶۶، ۶۲	کمخونی (سو تغذی)	۸۰-۷۹	قرحات دهن
۱۶۹	کمخونی اپلاستیک	۱۸۹، ۱۳۰-۱۲۸، ۱۲۷	قرحه پیتیک
۱۷۰	کمخونی فقدان G6PD	۱۲۷	قرحه تنقبی پیتیک
۱۶۸	کمخونی فقدان آهن	۲۸۰-۲۷۹، ۲۷۸	قرحه قرنیه
۱۷۰-۱۶۹	کمخونی میکروساینتیک	۱۲	قرع
۱۶۹	کمخونی ناشی از امراض مزمن	۸۸	قرع
۱۷۰	کمخونی هیمولایتیک	۱۹۸	کارپل نیونل سیندرم
۲۴۲، ۱۷۰-۱۶۳، ۶۶	کمخونی	۳۴۶-۳۴۵، ۵۷	کارت مادر
۱۰۵	کمک اولیه در اختناق	۲۹۶	کارسینوماى حجرات قاعدوی
۲۱۵	کمک های اولیه در اختلاجات	۲	کارکنان صحی
۳۱۱	کمک های اولیه در خونریزی های شدید	۳۱۴، ۲۲۵، ۲۰۳، ۱۸۹-۱۸۸	کانترکچر
۳۱۲	کمک های اولیه در سوخته گی	۲۶۴-۲۶۳	کاندوم
۲۱۸-۲۱۷	کمک های اولیه در ضیاع شعور	۱۶۱	کاندیدیاز مهلبی
۳۲۱-۳۰۸	کمک های اولیه در واقعات عاجل	۱۳۵، ۱۱۸	کانسر امعا
۳۱۵	کمک های اولیه در کسر ها	۲۹۷-۲۹۶	کانسر جلدی
۲۹۶	کنسر سکوامس سل	۱۶۰	کانسر خصیه
۶۱	کواشیورکور	۸۰	کانسر دهن
۲۸۸-۲۸۷، ۲۷۶	کوری	۱۰۰-۹۹	کانسر ریوی
۲۷۵-۲۷۳	کوشنگ سندروم	۸۴	کانسر عقدات لمفاوی
۸۹	کولاپس ریوی	۱۳۷	کبد
۱۱۴-۱۱۳	کولرا	۳۲۸	کت- داون وریدی (venous cut-down)
۱۷۹	کولسترول	۲۸۶-۲۸۵	کترکت
۱۳۲	کولیک صفاوی	۲۸۷	کتلات اجفان
۷۳، ۷۱	کولیسیتوما	۲۶۶	کتلات پستان ها
۲۱۹-۲۱۷	کوما	۳۳۰-۳۲۹	کتیتر انفی برای اکسیجن
۱۴۴-۱۴۳، ۱۰۰	کیست های هیداتید	۳۳۲	کتیتر در طرق بولی
۱۲۲، ۱۶	گاردنگ	۸۸، ۱۶، ۱۵	کرپیتی شن ها
۲۰۰	گبوس	۱۶۶، ۱۶۳، ۱۳۰	کرم چنگکی
۱۸۱، ۱۷۳، ۱۴۹	گراف برقی قلب (ECG)	۱۳۰	کرم سنجاقی
۳۱۸	گرما زده گی	۱۳۰	کرم شلاق مانند
۱۲۹	گستروسکوپي	۱۳۰	کرم فیتوی کوتاه
۷۴-۷۰	گوش	۱۳۱-۱۳۰، ۱۲۶، ۹۸	کرم مدور
۲۸۷	گل مژه	۱۳۱-۱۳۰، ۱۱۷، ۹۷	کرم ها
۷۹-۷۷	گلو دردی	۱۴۸	کریاتینین
۸۱-۷۶	گلو	۲۷۱-۲۶۸	کریتینیزم
۱۵۳، ۱۴۶	گلو میرونفریت	۳۴۱، ۳۲-۳۱	کریوات سفید خون
۲۷۲	گلوکوز خون	۳۱۶-۳۱۵	کسر ها
۲۸۱-۲۸۰، ۲۷۸	گلوکوما	۲۶۰، ۱۶۰	کلامیدیا

۱۴۳-۱۴۱	.....	مرض مزمن کبدی	۲۶۰، ۱۶۰	.....	گونوری
۱۱	.....	مشاهده عمومی	۳۴۱	.....	لابراتوار
۱۳۶-۱۳۵	.....	مشکلات بلع	۳۶۸-۳۵۱، ۲۶	.....	لست ادویه اساسی
۲۴۳، ۲۲۱، ۴۵-۴۴	.....	معافیت دهی	۲۲-۲۱	.....	لست پرابلم ها
۲۹-۲۳	.....	معالجه خوب مریض	۲۹۸-۲۹۷	.....	لشمانیای جلدی
۶۲	.....	معاینه (سوتغذی در اطفال)	۱۷۱-۱۷۰	.....	لمفوما
۶۳-۶۲	.....	معاینه (سوتغذی در اطفال)	۸۴	.....	لمفوما
۱۴۸-۱۴۷	.....	معاینه ادرار	۱۸۶	.....	لنگش
۱۴۹-۱۴۶، ۱۲۲-۱۲۰، ۱۷-۱۶	.....	معاینه بطن	۳۰۶	.....	لوپس اریتماتوس
۸۹	.....	معاینه بلغم	۲۹۸	.....	لوپس ویلگاریس
۷۵	.....	معاینه بینی	۱۷۱-۱۷۰	.....	لوکیمی
۱۵۸	.....	معاینه تعداد سپرم	۳۴۵، ۵۸	.....	لیتی
۲۹۰-۲۸۹، ۲۰-۱۹	.....	معاینه جلد	۲۹۶	.....	لیکن پلانوس
۲۷۷-۲۷۶، ۱۲	.....	معاینه چشم	۳۲، ۳۱	.....	لیکوپینیا
۱۹	.....	معاینه حسیت	۳۲، ۳۱	.....	لیکوسی توسیز
۳۴۱، ۱۶۵	.....	معاینه خون	۲۹۳-۲۹۲	.....	لیمفادینت
.....	.....	معاینه دست ها، پاها وستون فقرات	۲۹۳-۲۹۲	.....	لیمفانجیت
۲۰۰-۱۹۸، ۱۸۶، ۱۸-۱۷	.....	.....	۳۲، ۳۱	.....	لیمفوسی توسیز
۱۷	.....	معاینه رکتوم	۳۲۰-۳۱۹	.....	مار گزیده گی
۸۸-۸۶، ۱۶-۱۴	.....	معاینه سیستم تنفسی	۲۵۷	.....	ماستیت
۱۹-۱۸	.....	معاینه سیستم عصبی	۳۴۵، ۵۸	.....	ماش آبه
.....	.....	معاینه سیستم عضلی اسکلتی	۲۹۰	.....	ماکول
۲۰۰-۱۹۸، ۱۸۶، ۱۸-۱۷	.....	.....	۳۳۲-۳۳۱، ۲۰۸-۲۰۷	.....	مایع دماغی شوکی (CSF)
۱۷۴-۱۷۳، ۱۴-۱۳	.....	معاینه سیستم قلبی و عائی	۹۵	.....	مایکوپلازما
.....	.....	معاینه سیستم معدی معائی و بولی تناسلی	۲۴	.....	مینای شواهد
۱۴۹-۱۴۶، ۱۲۲-۱۲۰، ۱۷-۱۶	.....	.....	۱۱۰	.....	محلول ریهایدریشن فمی (ORS)
۸۸-۸۶، ۱۶-۱۴	.....	معاینه صدر	۲۴۲، ۶۱	.....	محیط قسمت متوسط بازوی علوی (MUAC)
۸۲-۸۲، ۱۳	.....	معاینه عقدات لمفاوی	۳۲۴-۳۲۲	.....	مراقبت های آرامبخش
۲۰-۱۰	.....	معاینه فیزیکی	۲۵۷-۲۵۴	.....	مراقبت بعد از ولادت
۱۷۴-۱۷۳، ۱۴-۱۳	.....	معاینه قلب و دوران خون	۲	.....	مراقبت صحی در جامعه
۷۷-۷۶، ۱۲	.....	معاینه گلو	۲۴۹-۲۳۹	.....	مراقبت قبل از ولادت
۷۱-۷۰، ۷۰، ۱۲	.....	معاینه گوش	۲۶۳-۲۵۷	.....	مراقبت مصئون طفل نوزاد
۳۴۱	.....	معاینه لابراتوار	۲۵۴-۲۴۹، ۲۳۹	.....	مراقبت ولادت
۴۹	.....	معاینه مایکروسکوپییک بلغم (توبرکلوز)	۲۵۸	.....	مراقبت کانگرو
۱۷	.....	معاینه مهلبی	۲۹۴-۲۹۳	.....	مردار دانه
۲۱	.....	معرفی خط	۶۱	.....	مرسموس
۲۲	.....	معرفی مریض در ویزت وارد	۱۸۳-۱۸۱، ۱۷۴، ۱۷۲	.....	مرض اسکمیک قلبی
۱۸۶	.....	مفصل	۱۳۵	.....	مرض التهابی امعا
۲۵	.....	مقاومت بکتریایی	۱۳۲-۱۳۱	.....	مرض التهابی حوصلی (PID)
۲۰۷، ۳۹-۳۶	.....	ملاریا	۱۹۹	.....	مرض پرییتس
۲۹۷-۲۹۶	.....	ملانوما	۳۱۹	.....	مرض سگ دیوانه
۶۶	.....	منرال ها (سوتغذی)			

هایپریوریسمیا	۱۹۷، ۱۵۷	۲۰۷	منگزم
هرپس زوستر	۲۹۵-۲۹۴	۳۰۶	مورفته گی
هرپس سملکس	۲۹۵	۱۳۷-۱۳۶	موجودیت خون در استفراغ
هستریا	۲۳۶، ۲۳۱	۱۳۵-۱۳۴	موجودیت خون در مواد غایبه
هلیکوباکتر پیلوری	۱۳۰-۱۲۸	۸۸، ۱۵	موقعیت شزن
همکاری مریض	۲۹-۲۷	۲۹۶-۲۹۵	مولسکم کانتجیوزم
هیپاتیت ویروسی	۳۲۶، ۱۴۱-۱۴۰	۶۱، ۶۰-۵۹	مونیتور نشو و نمو
هیموراژیک نوزادان	۲۵۹	۲۶۰	ناتوانی تغذی نوزادان
هیموگلوبین	۳۴۱، ۱۶۵	۱۷۴	نبض بطی
هیماپتیزس	۱۰۶-۱۰۵	۱۳	نبض رادیال
هیماتمزس	۱۳۷-۱۳۶	۱۷۴	نبض سریع
هیماچوریا	۱۵۰	۱۷۴	نبض غیر نورمال
واقایه ملاریا	۳۹-۳۸	۱۳	نبضان زروه قلب
واقعات عاجل	۳۲۱-۳۰۸	۲۸۵	ندبه قرنی
واکسین (سو تغذی)	۶۸	۲۷-۲۵	نسخه نویسی
واکسیناسیون	۲۴۳، ۲۲۱، ۴۵-۴۴	۱۵۴-۱۵۳	نفرتیک سندرم حاد
وتیلیگو	۳۰۳	۱۵۵-۱۵۴	نفروتیک سندروم
ورتیگو	۷۴	۱۹۷	نقرص
ورتیگو	۷۴	۷	نمونه مریضان داخل بستر
وزیکول	۲۹۵-۲۹۴، ۲۹۰	۲۰۳-۲۰۲	نهایت قطع شده
وسيله داخل رحمی	۲۶۵-۲۶۴	۲۹۷-۲۹۵، ۲۹۰	نودول
وضعیت شاک	۳۱۱	۲۶۳-۲۵۷	نوزادان
وضعیت های طفل	۲۴۵	۲۶۱، ۲۵۹	نوزادان کم وزن
وضعیت کوما	۳۰۹	۲۵	نوشتن منطقی نسخه ها
وقایه اسهالات	۱۱۹-۱۱۸	۳۲۱	نوشیدن مواد مخرش
وقایه -تداوی وقایوی اندوکاردیت	۱۸۵-۱۸۴	۱۰۷-۱۰۶، ۸۹	نوموتوراکس
وقایه ملاریا	۳۹-۳۸	۹۵-۹۱، ۸۹	نومونیا
وقایه کمخونی	۱۶۸-۱۶۷	۹۵	نومونیای اسپیریشن
ولادت انسدادی	۲۵۲-۲۵۰	۹۷	نومونیای اسکاریس
ولادت طولانی	۲۵۲-۲۵۰	۹۵	نومونیای ستافیلوکوکال
ولادت	۲۴۹-۲۵۴، ۲۳۹	۲۱۱	نیم سری
ویتامین A	۲۸۵-۲۸۴، ۶۶	۲۲۷-۲۲۶	نیورپتی
ویتامین ها (سو تغذی)	۶۶	۳۲، ۳۱	نیتروفیلیا
ویتامین D	۱۹۶	۲۷۱	هایپرتایروئیدیزم
ویز	۱۰۴-۱۰۰، ۸۸، ۱۴	۲۵۶، ۱۴۹	هایپرکلیمیا
ویننگ	۵۸	۲۷۱-۲۷۰	هایپوتایروئیدیزم
یرقان شدید نوزادان	۲۶۱، ۲۶۰	۶۵، ۶۳	هایپوترمی (سو تغذی)
یرقان	۱۴۰-۱۳۸	۲۰۸	هایپوترمی
یوری	۱۴۸	۶۵، ۶۳	هایپوگلیسمی (سو تغذی)
		۲۷۳، ۲۶۰	هایپوگلیسمی
		۱۵۹	هایدروسل

۳۵۵	Chloramphenicol	۳۶۳	Acetaminophen
۳۵۵	Chloroquine	۳۵۱	Acetazolamide
۳۵۵	Chlorphenamine	۳۵۱	Acetylsalicylic acid
۳۵۵	Chlorpheniramine	۳۵۱	Aciclovir
۳۵۵	Chlorpromazine	۳۵۲	Adrenaline
۳۴۱ ، ۱۷۹	Cholesterol	۴۹	(acid fast bacilli) AFB
۳۵۶	Cimetidine	۴۹	AFB (acid fast bacilli)
۳۵۶	Ciprofloxacin	۳۵۲	Albendazole
۳۴۱ ، ۱۸۱	CK	۳۴۱	Albumin
۳۵۶	Clindamycin	۳۴۱ ، ۱۹۶ ، ۱۳۸	Alkaline phosphatase
۳۵۶	Cloxacillin	۳۵۲	Allopurinol
۳۵۶	Codeine phosphate	۳۴۱ ، ۱۲۲	Alpha amylase
۳۵۶	Colchicine	۳۴۱ ، ۱۳۸	ALT
۳۵۶	Colecalciferol	۳۵۲	Aluminium hydroxide
۳۵۶	Co-trimoxazole	۳۵۲ ، ۱۰۲	Aminophylline
۳۴۱ ، ۱۸۱	Creatine kinase	۳۵۲	Amitriptyline
۳۴۱ ، ۱۴۸	Creatinine	۳۵۲	Amoxicillin
۲۰۸-۲۰۷	CSF	۳۵۳	Amoxiellin + clavulanic acid
۳۵۷	Dexamethasone	۳۵۳	Ampicillin
۳۵۹	Dextrose	۳۴۱ ، ۱۹۶ ، ۱۳۸	AP
۳۵۷	Diazepam	۹۱ ، ۸۶	ARI
۳۵۷	Diclofenac	۳۵۳	Artemether
۳۵۷ ، ۱۷۷	Digoxin	۳۵۳	Artesunate
۳۵۷	Diloxanide	۳۵۳	Ascorbic acid
۵۲	DOT	۱۵۳	ASOT-titre
۳۵۷	Doxazosin	۳۵۱	Aspirin
۳۵۷	Doxycycline	۳۴۱ ، ۱۸۱	AST
۳	EBM (evidence-based medicine)	۳۵۳	Atenolol
۱۸۱ ، ۱۷۳ ، ۱۴۹	ECG	۳۵۳	Atropine
۳۵۷	Enalapril	۳۵۳	Augmentin
۴۴	EPI	۳۵۳	Azithromycin
۳۵۲	Epinephrine	۳۵۴	Beclomethasone
۳۵۷	Ergometrine	۳۵۴	Benzathine benzylpenicillin
۳۵۸	Erythromycin	۳۵۴	Benzylpenicillin
۳۴۱ ، ۱۸۷ ، ۳۲-۳۱	ESR	۳۴۱ ، ۱۳۸	Bilirubin
۳۵۸	Ethinylestradiol + levonorgestrel	۳۵۴	Bisacodyl
۳۶۷	Fansidar	۳۴۱	Calcium
۳۵۸	Ferrous sulphate + folic acid	۳۵۴	Captopril
۳۵۸	Ferrous sulphate	۳۵۴	Carbamazepine
۳۵۸	Fluphenazine	۳۵۴	Cefotaxime
۳۵۸	Folic acid	۳۵۴	Ceftriaxone
۳۵۸	Frusemide	۳۵۵	Charcoal

۳۶۱	Mannitol	۳۵۸	Furosemide
۳۶۱، ۱۶۵	MCV	۳۴۱	Gamma-GT
۳۶۱	Mebendazole	۳۵۹	Gentamicin
۳۶۱	Medroxyprogesterone	۳۵۹	Glibenclamide
۳۶۱	Metformin	۳۴۱	Glucose
۳۶۱	Methotrexate	۳۵۹	Glucose
۳۶۱	Methyldopa	۳۵۹	Glyceryl trinitrate
۳۶۲	Metoclopramide	۳۴۱، ۱۸۱	GOT
۳۶۲	Metronidazole	۳۴۱، ۱۳۸	GPT
۳۶۲	Morphine	۳۵۹	Griseofulvin
۶۱	MUAC	۱۳۱-۱۳۰	H. nana
۳۶۲	Nalidixic acid	۳۴۱	Haematocrit
۳۶۲	Naproxen	۳۴۱، ۱۶۵	Haemoglobin
۳۶۲	Niclosamide	۳۵۹	Haloperidol
۳۶۲	Nifedipine	۳۴۱، ۱۶۵	Hb
۳۶۳	Nitrofurantoin	۳۴۱	HbA1c
۳۶۳	Nystatin	۱۶۱-۱۶۰	HIV
۳۶۳	Ofloxacin	۳۵۹	Hydralazine
۳۶۳	Omeprazole	۳۶۰	Hydrochlorothiazide
۳۶۳	Oral rehydration salts	۳۶۰	Hydrocortisone
۳۶۳	ORS	۳۶۰	Hydroxocobalamin
۳۶۳	Oxytocin	۳۶۰	Hyoscine butylbromide
۳۶۳	Paracetamol	۳۵۹	Ibuprofen
۳۴۱	PCV	۹، ۸، ۳	IMCI
۳۶۳	Penicillamine	۳۶۰	Imipramine
۳۶۳	Penicillin V	۳۶۰	Indometacin
۳۶۳	Pentazocine	۳۶۰	Iodine
۳۶۴	Phenobarbital	۳۶۰	Iron dextran
۳۶۴	Phenytoin	۳۶۰	Isoniazid + Thioacetazone
۳۶۴	Phytomenadione	۳۶۰	Isoniazid
۳۶۴	Piroxicam	۳۶۱	Isosorbide dinitrate
۳۴۱	Platelet count	۱۴۸	IVP (IVU)
۳۴۱، ۱۴۹، ۱۴۸	Potassium	۳۶۱	Ketoprofen
۳۶۵	Potassium chloride	۳۴۱	Lactate dehydrogenase
۳۶۵	Procaine penicillin	۳۴۱، ۱۸۱	LDH
۳۶۵	Prednisolone	۳۶۱	Levamisole
۳۶۵	methazinePro	۳۶۱	Levothyroxine
۳۶۵	Propranolol	۳۶۱	Lidocaine
۳۴۱	Protein	۳۶۱	Magnesium hydroxide
۳۶۶	Pyrantel	۳۶۱	Magnesium sulphate
۳۶۶	Pyrazinamide	۳۷	Malaria blood film
۳۶۶	Pyridoxine		

۳۴۱	Thyroid-stimulating hormone	۳۶۶	Quinine
۳۴۱	Thyroxine	۳۶۶	Ranitidine
۳۶۷	Tinidazole	۶۴	ReSoMal
۳۶۷	Tramadol	۶۵-۶۴	ReSoMal
۳۶۸	Trihexyphenidyl	۳۴۱	Reticulocyte count
۳۴۱	TSH	۳۶۶	Retinol
۳۴۱ ، ۱۹۷	Urate	۳۶۶	Rifampicin
۳۴۱ ، ۱۴۸	Urea	۳۶۷	Salbutamol
۳۴۱ ، ۱۹۷	Uric acid	۳۶۷	Sodium stibogluconate
۱۵۴ ، ۱۴۸-۱۴۷	Urine	۳۴۱ ، ۱۴۸	Sodium
۳۶۸	Verapamil	۳۶۷	Spirolactone
۳۶۶	Vitamin A	۱۶۱-۱۶۰	STIs
۳۵۹	Vitamin B12	۳۶۷	Streptomycin
۳۶۶	Vitamin B6	۳۶۷	Sulfadiazine
۳۵۳	Vitamin C	۳۶۷	Sulfadoxine + pyrimethamine
۳۵۶	Vitamin D3	۳۵۶	Sulfamethoxazole + trimethoprim
۳۶۴	Vitamin K	۳۶۷	Sulfasalazine
۳۴۱ ، ۳۲-۳۱	WBC	۳۴۱	T4
۴۰-۳۹	Widal	۳۶۷	Tetracycline
		۳۶۰	Thioacetazone

در زنده گی انسان ها و هم چنان در تاریخ ممالک؛ اوقات مملو از خوشی ها و ترس و بی سرنوشتی عمیق وجود داشته است. افغانستان و مردم آن نیز روز های سختی را شاهد بوده اند. من آرزو دارم و دعا مینمایم که این کتاب "راهنمای عملی مشکلات عام طبی" در اعمار مجدد این مملکت ممد واقع شده در جهت بهبود صحت و زنده گی مردم آن که من این کتاب را برای شان اهدا مینمایم؛ کمک نماید. میخواهم با چند کلمه ای مزموری از حضرت داود ع؛ این کتاب را اهدا نمایم که شخصاً برای من این کلمات؛ خیلی گرانبها بوده و اکثراً در وقت مشکلات زنده گی آنرا؛ تلاوت می نمایم:

خداوند چوپان من است.

او همه احتیاجات مرا فراهم می سازد.

مرا در کشتزار سبز و خرم جای می دهد.

به چشمه های آب زلال و گوارا راهنمایی ام می کند.

به من روح تازه می بخشد و بخاطر نام مبارک خود مرا براه راستی و عدالت هدایت می نماید.

حتی هنگام عبور از دره تاریک مرگ از چیزی بیم ندارم،

زیرا تو همراه من می باشی و

عصای چوپانی و چوب دست تو هادی و راهنمای من است.

در حضور دشمنان غذای شاهانه برایم تهیه می کنی و

بعنوان یک مهمان عزیز از من پذیرائی می نمائی و پیمانانه ام را لبریز می کنی.

احسان و رحمت تو در سراسر عمر شامل حالم می باشد و

در خانه خداوند برای همیشه زنده گی می کنم.

(مزمور بیست و سوم، مزموری از داود ع)

سخنی کوتاه در باره مؤلف کتاب:



داکتر مالتی ال وان بلومردر

(Dr. Malte L von Blumröder)

های زیاد صحت؛ در عرصه های صحت طفل، سو تغذی و تو برکلوز (با دفتر LEPCO) خدمت نموده است.

در جریان همین سالها بود که متوجه واقعیت نبود؛ کتاب های رهنمای عملی طبی برای محصلین و داکتران افغان شد و به نوشتن کتاب های خویش؛ آغاز کرد. کتاب های "رهنمای عملی کاربرد دواها" و "رهنمای عملی امراض اطفال" را در سالهای ۱۳۷۷ هـ. ش و ۱۳۷۸ هـ. ش یکی پی دیگر در شهر پشاور جایگاه باخانواده اش به علت بروز جنگ ها در مزار شریف؛ زنده گی و کاری کرد به چاپ رسانید.

در سال ۱۳۸۳ دوباره باخانواده اش یکجا به کابل برگشت و مصروف تدریس عملی بخش های مختلف طبابت شد و تلاش ورزید تا همه دانش عملی را باهم یکجا نموده؛ برای عرضه خدماتی طبی که نیاز به آن فوق العاده زیاد بوده؛ اقدام نماید چه او به این باور است که داکتران بایست دانش طبی خویش را؛ به داکتران نسل های آینده؛ انتقال دهند!

هرگاه دوباره به جرمنی برگردد؛ در نزدیکی شهر Heidelberg زنده گی خواهد نمود.

با داکتر مالتی؛ می توان با آدرس زیر تماس گرفت: ایمیل: iam.med.books@gmx.net

در شهر Northeim آلمان غرب؛ در سال ۱۳۴۰ هجری شمسی در خانواده ای متولد شده که رئیس خانواده (پدرش)؛ نیز شغل طبابت داشت. داکتر مالتی با دختری که شغل معلمی داشت ازدواج نموده است و ثمره آن سه فرزند؛ (یک پسر و دو دختر) می باشد.

وی در شهر های Göttingen و Giessen بین سالهای (۱۳۶۰-۱۳۶۶ هـ. ش) به تحصیل طب پرداخت. جهت تحصیلات طبی اختصاصی خویش؛ در شفاخانه ها و کلینیک های زیادی در کشور های جرمنی و انگلستان بخصوص (شهر لیدز) در بخش های مختلفه طب اطفال، طب داخله، امراض انتانی، گوش و گلو و بینی، طب عمومی، جراحی عمومی و ولادی و نسایی به تحصیل علم و کار عملی پرداخت و در نتیجه؛ موفق به دریافت سند "داکتر خانواده" (General Practitioner) در هر دو کشور؛ انگلستان و جرمنی شد. علاوه بر آن؛ وی دیپلوم خویش را در بخش صحت طفل، طب حاروی و حفظ الصحة بدست آورد.

اوباخانواده اش در سال ۱۳۷۳ هـ. ش به افغانستان آمد و از آن به بعد با دفتر معاونت بین المللی (IAM) بکار مشغول شد. بین سالهای ۱۳۷۳ - ۱۳۷۷ هـ. ش در مزار شریف زنده گی و کار نمود که در همین سالها بحیث استاد همکار؛ مضمون طب اطفال را به محصلین پوهنهی طب بلخ تدریس می نمود و با برنامه

Publishing Textbooks

Honorable lecturers and dear students!

The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging students and teachers alike. To tackle this issue, we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. For this reason, we have published 223 different textbooks of Medicine, Engineering, Science, Economics, Education and Agriculture (96 medical books funded by German Academic Exchange Service, 100 medical with 20 non-medical books funded by German Aid for Afghan Children and 4 non-medical books funded by German-Afghan University Society) from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh, Kapisa, Kabul and Kabul Medical universities. It should be mentioned that all these books have been distributed among the medical and non-medical colleges of the country for free. All the published textbooks can be downloaded from www.ecampus-afghanistan.org.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-2014) states:

"Funds will be made available to encourage the writing and publication of textbooks in Dari and Pashto. Especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of-the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this facility it would not be possible for university students and faculty to access modern developments as knowledge in all disciplines accumulates at a rapid and exponential pace, in particular this is a huge obstacle for establishing a research culture. The Ministry of Higher Education together with the universities will examine strategies to overcome this deficit."

The book you are holding in your hands is a sample of a printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of higher education institutions, there is the need to publish about 100 different textbooks each year.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We will ensure quality composition, printing and distribution to Afghan universities free of charge. I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

It is worth mentioning that the authors and publishers tried to prepare the books according to the international standards, but if there is any problem in the book, we kindly request the readers to send their comments to us or the authors in order to be corrected for future revised editions.

We are very thankful to **Consulate General of the Federal Republic of Germany**/Mazar-e Sharif, which has provided fund for this book.

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

In our ministry, I would like to cordially thank Minister of Higher Education Prof Dr Farida Momand, Academic Deputy Minister Prof M Osman Babury, Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Prof Dr Gul Hassan Walizai, Chancellor of Balkh University Prof Mukamel Alokozay, Adviser at Balkh University Dr M Saber Momand, and lecturers for their continuous cooperation and support for this project.

I am also thankful to all those lecturers who encouraged us and gave us all these books to be published and distributed all over Afghanistan. Finally I would like to express my appreciation for the efforts of my colleagues Hekmatullah Aziz, Ahmad Fahim Habibi and Fazel Rahim in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak
CIM-Expert & Advisor at the Ministry of Higher Education
Kabul, Afghanistan, May, 2016
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org

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 Consulate General of the Federal Republic of Germany/Mazar-e Sharif 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

Minister of Higher Education

Kabul, 2016

Book Name Practical Guide to Common Medical Problems
Author Dr Malte L von Blumroeder
Email iam.med.books@gmx.net
Publisher Balkh University, Pharmacy Faculty
Website www.ba.edu.af
Copies 1000
2nd Reprint 2016
Download www.ecampus-afghanistan.org
Printed at Afghanistan Times Printing Press, Kabul



This publication was financed by **Consulate General of the Federal Republic of Germany**, Mazar-e Sharif.

Administrative and technical support by **Afghanic**.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your textbooks please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office 0756014640

Email textbooks@afghanic.org

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2016

ISBN 978 – 2 – 203 – 00121 – 3