



دافغانستان اسلامي دولت

دلورو زده كړو وزارت

ننگرهار پوهنتون

طب پوهنځي

د تنفسي سيستم او دزړه روماتيزمل ناروغي

Ketabton.com

پوهاند دوكتور سيف الله هادي

مولى

۱۳۹۵

ليکلر لومړی فصل

.....14.....	ACUTE TRACHIOBRONCHITIS
.....14.....	Tracheitis
.....14.....	کلينیکي لوحه
.....15.....	درملنه :
.....15.....	Acute bronchitis
.....15.....	اسباب:
.....15.....	پتالوزي
.....16.....	کلينیکي لوحه :
.....16.....	تشخيص:
.....16.....	مخنيوي :
.....16.....	درملنه :
.....16.....	انزار
.....1.....	CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE(COPD)
.....1.....	تعريف:
.....1.....	مزمّن برانكايتس:
.....1.....	تعريف
.....2.....	پتا لوزي
.....2.....	مساعدونکی فکتورونه
.....2.....	اسباب:
.....3.....	کلينیکي لوحه:
.....4.....	لابراتواري معاینات:
.....4.....	الف :سپایروميټري
.....4.....	ب:دشرياني وينی د گازاتو اندازه کول

.....5	ج: د بلغمو معاینه :
.....5	د: ECG بدلونونه
.....5	ه: راد پولوژیک معاینات
.....6	اختلاطات:
.....6	تفریقي تشخیص
.....6	مخنیوي
.....6	درملنه:
.....12	انزار:
.....12	Emphysema
.....12	تعریف
.....13	پتالوژی
.....13	مساعدونکی فکتورونه
.....13	اسباب
.....13	کلینیکي لوحه :
.....14	لابراتواری معاینات:
.....14	تشخیص
.....15	اختلاطات
.....15	درملنه
.....16	BRONCHIAL ASTHMA
.....16	تعریف
.....16	اسباب
.....16	INCIDENCE
.....17	پتوفزیالوژی
.....17	دهوایي لارو تنگوالي تشدیدونکی فکتورونه
.....17	کلینیکي لوحه
.....20	دسیني رادیوگرافي :
.....20	تفریقي تشخیص:
.....21	تشخیص

.....23.....	داستما اختلاطات
.....23.....	مخنيوي :
.....24.....	درملنه:
.....30.....	انزار :
.....30.....	STATUS ASTHMATICUS
.....33.....	COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA (CAP)
.....33.....	تعريف
.....33.....	اپيدمولوژي او پېښيدل
.....34.....	د كپ اسباب
.....34.....	كلينيكي لوحه
.....35.....	تشخيص
.....35.....	لابراتواري پلټني :
.....36.....	درملنه :
.....37.....	streptococcus pneumonia(pneumococcal pneumonia)
.....37.....	تعريف
.....37.....	اپيدمولوژي او پېښيدل
.....37.....	پتا لوژي:
.....38.....	كلينيكي لوحه
.....39.....	لابراتواري معاينات :
.....41.....	اختلاطات
.....41.....	تشخيص :
.....41.....	تفريق تشخيص:
.....42.....	تداوي
.....45.....	مخنيوي
.....48.....	Hospital Acquired Pneumonia (HAP)
.....48.....	اپيدمولوژي
.....48.....	تعريف
.....49.....	پتوجينيزس

.....50.....	د HAP اسباب
.....50.....	كلنيكي لوحه
.....51.....	تشخيص
.....51.....	مخنيوي:
.....51.....	درملنه:
.....53.....	BRONCHIECTASIS
.....53.....	تعريف:
.....53.....	اسباب:
.....53.....	: Pathogenesis
.....54.....	پتالوژي:
.....54.....	كلنيكي لوحه:
.....54.....	CHEST X-RAY
.....55.....	تفريقي تشخيص
.....55.....	لابراتواري معاينات:
.....55.....	درملنه:
.....57.....	LUNG ABSCESS
.....57.....	تعريف
.....57.....	اسباب
.....57.....	پتالوژي
.....57.....	كلنيكي لوحه :
.....58.....	لابراتواري معاينات:
.....59.....	پتوجينيزس
.....59.....	اختلاطات
.....60.....	تشخيص :
.....60.....	تفريقي تشخيص
.....60.....	تداوي
.....60.....	مخنيوي :
.....61.....	انزار:

.....62.....	Atelectasis
.....62.....	(کولپس)
.....62.....	اسباب :
.....62.....	پتالوژي :
.....62.....	پتوفريالوژي :
.....62.....	و يشنه
.....63.....	کلينیکي لوحه:
.....63.....	دسيني راډيو گرافي:
.....64.....	تشخيص
.....64.....	مخنيوی :
.....64.....	درملنه :
.....66.....	PLEURAL DISEASE
.....66.....	PLEURITIS
.....66.....	تعريف:
.....66.....	اسباب
.....66.....	کلينیکي لوحه
.....66.....	راډيوگرافي:
.....66.....	درملنه
.....67.....	Pleural Effusion
.....67.....	تعريف :
.....67.....	اسباب :
.....68.....	کلينیکي لوحه
.....70.....	لابراتواري معاینات:
.....72.....	راډ يولوژي
.....74.....	درملنه:
.....75.....	EMPYEMA
.....Error! Bookmark not defined.....	EMPYEMA.

.....76.....	اسباب :
.....76.....	تشخيص :
.....76.....	تداوي
.....77.....	Pneumothorax
.....77.....	تعريف
.....77.....	Primary spontaneous pneumothorax
.....77.....	Secondary spontaneous pneumothorax
.....77.....	TRAUMATIC PNEUMOTHORAX
.....79.....	TENSION PNEUMOTHORAX
.....81.....	BRONCHOGENIC CARCINOMA
.....81.....	هستوپتالوژيک ډولونه
.....81.....	اسباب :
.....83.....	لابراتواري تستونه:
.....83.....	دسيني راديوگرافي:
.....83.....	اختلاطات :
.....85.....	تشخيص
.....85.....	درملنه:
.....89.....	PULMONARY THROMBOEMBOLISM
.....89.....	مسا عد ونکي فکتورونه:
.....90.....	کلينيکي لوحه:
.....90.....	لابراتواري معاینات :
.....90.....	EKG -۱
.....91.....	تشخيص
.....92.....	تفریقي تشخيص:
.....92.....	درملنه:
.....92.....	په بڼکنني وريدي اجوافو کي فلتر کيښودل
.....93.....	Thromboendarterectomy
.....93.....	انزار

94 IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS(IPF)

94 کلنيکی لوحه :

94 هستولوژی :

94 تشخيص :

95 لابراتواری معاینات

96 درملنه

98 RESPIRATORY FAILURE

98 تعريف :

98 وپشنه

98 اپیدیمولوژی

99 اسباب:

97 کلنيکی لوحه

99 درملنه:

102 انزار

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

103 تعريف :

103 اسباب:

103 پتوفزیالوژی:

104 کلنيکی لوحه:

104 تفریقي تشخيص:

105 تشخيص:

105 درملنه

105 انزار:

107 دسپرو وظیفوي ناروغي

107 :ASBESTOSIS

107 :SILICOSIS

108 PNEUMOCONIOSIS

109 :BERYLLIOSIS

.....110.....	لابراتواری معاینات
.....110.....	دسپرو دوظیفوی ناروغيو تشخیص
.....110.....	درملنه :

دويم فصل

.....113.....	ACUTE RHEUMATIC FEVER
.....113.....	تعريف
.....113.....	اسباب :
.....113.....	پتو جنيزس:
.....113.....	وقوعات (INCIDENCE)
.....113.....	ايبیديمولوژي:
.....114.....	پتالوژي:
.....114.....	کلنيکي لوحه:
.....116.....	لابراتواري معاینات
.....117.....	سير او انزار
.....117.....	تشخيص
.....118.....	تفریقي تشخیص
.....118.....	درملنه:
.....121.....	MITRAL STENOSIS(MS)
.....121.....	اسباب :
.....121.....	پتالوژي
.....121.....	کلنيکي لوحه
.....123.....	تشخيصه معاینات
.....123.....	۲- رادیوگرافي
.....124.....	۳- ايکو کارډيوگرافي
.....124.....	تفریقي تشخیص
.....124.....	اختلاطات
.....124.....	درملنه

.....126..... MITRAL REGURGITATION (MITRAL INSUFFICIENCY)

.....126..... اسباب :

.....126..... ابناړمل فزيالوژي :

.....126..... كلينيكي لوحه :

.....127..... تشخيصه تستونه

.....128..... تشخيص

.....128..... تفريقي تشخيص

.....128..... اختلاطات :

.....128..... تداوي

.....129..... MITRAL VALVE PROLAPS SYNDROME((MVP)

.....129..... تعريف :

.....129..... اسباب:

.....129..... كلينيكي لوحه :

.....130..... اختلاطات :

.....130..... تشخيصه معاينات

.....130..... ECG – 1

.....130..... ٢- ايڪوڪارډيوگرافي

.....131..... درملنه :

.....134..... AORTIC REGURGITATION(AR)

.....134..... اسباب

.....134..... :pathalogy

.....134..... ابناړمل فزيالوژي

.....135..... كلينيكي لوحه

.....136..... تشخيص معاينات :

.....137..... تشخيص

.....137..... تفريقي تشخيص

.....137..... اختلاطات :

.....138..... درملنه

.....140.....	AORTIC STENOSIS(AS)
.....140.....	اسباب:
.....140.....	: Pathophysiology
.....141.....	كلينيكي لوحه:
.....143.....	پلټني:
.....144.....	خ- انجيوگرافي
.....144.....	تشخيص:
.....144.....	اختلاطات:
.....144.....	درملنه:
.....148.....	TRICUSPID STENOSIS(TS)
.....148.....	اسباب:
.....148.....	پتوفريالوژي:
.....148.....	كلينيكي لوحه:
.....148.....	درملنه:
.....149.....	TRICUSPID REGURGITATION(TR)
.....149.....	اسباب
.....149.....	كلينيكي لوحه:
.....150.....	تشخيصيه معاينات:
.....150.....	درملنه:
.....150.....	PULMONARY STENOSIS(PS)
.....150.....	اسباب:
.....151.....	كلينيكي لوحه
.....151.....	تشخيصيه معاينات:
.....151.....	PULMONARY REGURGITATION(PR)
.....151.....	اسباب
.....152.....	كلينيكي لوحه
.....152.....	تشخيصيه معاينات
.....152.....	درملنه

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

لومړی فصل

تنفسی سیستم ناروغی

ACUTE TRACHIOBRONCHITIS

Tracheitis

دترخيا التهاب ته وايي. که څه هم ترخيا دبنکتني تنفسي لاري غري دي خو د پورتنی تنفسي لاري دحادو اتاناتو تر سرليک لاندي شميرل کيږي. معمول بکتريايي سبب يي *Staphylococcus aureus* دي. بکتريايي لاملونه يي دتنفسي لاري دانسداد لامل هم کيږي. وایروسي انتانات هم دترخيا يتس لامل کيږي. دانفلوانزا له کبله اختلاطات نادر وي. په ماشومانو کي زيات وي او دترخيا دقطرد کوچني والي له امله دپړ سوپ له کبله ژر بنديږي.

کلينيکي لوحه:

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

درملنه :

- ۱- په شديد حالت کي وريدي انتي بيوتيک ورکول کيږي .
- ۲- په شديد حالت کي عاجله څارني کوټه کي بستريږي
- ۳- که هوايي لاره بند وي عاجل اتتويشن او *supportive ventilation* اجرا کيږي او *invasive and non-invasive monitoring* تر سره کيږي (دزره گراف مانيتورينگ ، اکسيجن غلظت اندازه کول ، شرياني ويني فشار اندازه کول او کپ نوگرافي تر سره کيږي .)

Acute bronchitis

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

اسباب:

- ۱- معمول اسباب يي واپرسونه دي (*respiratory syncytial virus, rhinovirus, influenza*)
 - ۲- بکتريا گان يي غير معمول اسباب دي لکه (*Mycoplasma pneumoniae, Bordetella pertussis, Streptococcus pneumoniae, and Haemophilus influenzae*)
- پتالوژي :**

- ۱- دهوايي لارو دتخريش له کبله هوايي لاري التهابي کيږي او دسپرو په انساجو کي تروفيل انفلتريشن کوي .
- ۲- دکابليت حجراتوزياتوالي له کبله هوايي لاري بنديږي .
- ۳- دتروفيل له کبله مخاط افرازات زياتيږي .

کلينيکي لوحه :

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

تشخيص:

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

مخنيوي :

د *Haemophilus influenzae* لپاره واکسين وشي .

درملنه :

- ۱- انتي بيوتیک په عمومي ډول دحاد برانکايټس درملني لپاره که بکتريا نه وي نه کارول کيږي . انتي بيوتیک کاروني سره توخي ژر بڼه کيږي ، خو دهضمي سيستم اعراضو لامل کيږي او انتي بيوتیک مقاوم حالت رامينځته کوي .
- ۲- سگرت څکل بند شي .

انزار : حاد برانکايټس دڅو ورځو څخه تر څو اونیو بوري دوام مومي . دا کيداي شي وروسته ديخ وهلو يا زکام يا پخبله پيدا شي .

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE(COPD)

د سږو و ځنډني انسدادی ناروغي

تعريف:

- i. د سږو د هوایي لارود مزمن ورو پرمخ تلونکي انسدادی ناروغي دي چي اکثرا ثابت پاتي کيږي او غير رجعي وي
- ii. د سږو ټو اڅکلو تاريخچه دلسو کالو څخه زيات وي
- iii. په سي او پي ډي کي مزمن برانکايټس . امفزيما او کله کله برانکيل استما هم په کي شامل وي.
- iv. مزمن توخي ، بلغم اوسا ه لنډي په کي وي .
- v. رانکي اوريدل کيږي ، تنفسي اوازونه بنکته وي ، شهيق اوږد وي
- vi. د سږو په وظيفوي تستونو کي د هوایي لارو تنگوالي وي
- vii. ډير کمپيښو کي د برانکودايلاتور سره ځواب وايي
- viii. د FEV1/VC نسبت کم شوي وي .

مزمن برانکايټس:

تعريف :

1. د مزمن برانکايټس تشخيص کلينيکي دي متصف دي په بلغم لرونکي توخي چي کم تر کمه د د ري مياشتو لپاره په هر ژمي کي د دوو کالو تا ريخچه ولري . په دی شرط چي د بلغم لرونکي توخي لپاره بل لامل موجود نه وي لکه برانکيکتازس اوناتداوی شوی مزمن استما .

2. زیاتره د سگرتو څکلو تاریخچه موجود وي
3. ساه لنډې وي
4. ویزینګ اوریدل کیږي
5. زیاتره امفیزيما او مزمن برانکایتس سره یو ځای وي دمزمین برانکایتس ډولونه:

i. Simple mucoid bronchitis

ii. Mucopurulent bronchitis

iii. Chronic obstructive bronchitis

پتالوژي:

- ۱- د مخاطي حجراتو هایپر تروفي. ۲- د گابلیت حجراتو هایپر تروفي. ۳- د سلیا حرکت خرابیږي. ۴- الاستیک ریکویل کمیږي. ۵- دغه پورته ټول د سرو هایپر تنشن ، بني زړه هایپر تروفي او بلاخره د بني زړه عدم کفاییه او کور پلمونل لپاره لازه هواروي.

مساعدونکی فکتورونه :

- الف- انتانات (ستریټو کوک نمونیا ، ایچ انفلوانزا ، موروکزیلا کترالیس او وایروسونه) .
- ب- د هوا ککړتیا .
- ت- دندې (د دندې په ځایي کې د دورو شتون) .
- ث- په جنیتیک ډول د اتی تریپسین کموالي .

اسباب:

- الف- سگرت څکل :سگرت څکل دځنډنی برانکایتس لومړنی مهم لامل دی چی لاندې اغیزی لري : ۱- د سلیا حرکت تشو شات وي . ۲- مخاطي حجرات هایپر تروفي کوي . ۳- دبرانکسونوالا سټیستی خرابیږي . ۴- یوریز او الاستیز انزایمونه فعالیږي . ۵- الفا یو اتی تریپسین فعالیت کمیږي . ۶- د نوي الاستیکي انساجو جوړیدل کمیږي . ۷- د واگس عصب فعالیت زیاتیږي .

کلينيکی لوحه:

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

بلغم : لومړی بلغم لږ ، مخاطی او چسپناکه وی ، که بلغم خیرن شی دانتان بنودونکی دی .

ساه لنډی : ساه لنډی لومړی د دروند فیزیکی کار سره وی وروسته دلږ فعالیت سره زیاتیږی .
ساه لنډی دانتان ، سگرت اخکلو او د هوا بدلون سره زیاتیږی .

Blue bloater: دمزمزمن برانکا یتس شد ید شکل دي چي لاندي اوصاف لري . ۱- سیا نوزس وي ۲- دانتان نښي موجود وي . ۳- ناروغ د پر سوپ له کبله چاغ ښکاري . ۴- په سږو کي ویزینک اوریدل کیږي ۵- هایپو کسیمیا وي (اکسیجن ۴۰-۶۰ ملي متر سیما ب کي وي) ۶- هیموگلوبین ۱۵- ۱۸ گرام في دیسي لیتر وي . ۷- هایپر کپنیا وي (کاربن داي اکساید ۵۰-۶۰ ملي متر سیما ب کي وي) . ۸- ناروغ ساه لنډي لري . ۹- سږو کي کریپیشن اوریدل کیږي ۱۰- د ریوي دسام په ساحه کي دزره د ویم غږ لوړ وي . ۱۱- د پښو پر سوپ وي ۱۲- تنفسي او زړه عدم کفایه وي . ۱۳- FEV_1 / VC ښکته وي .

د اکزاسریتید سي او پي ډي اعراض او علايم: ۱- د بلغم مقدار او خیرن والي زیاتیږي ۲- نفس تنگی زیاتیږي ۳- د سیني نیوونه زیاتیږي

د اکزاسریتید سي او پي ډي تفریقي تشخیص دلاندي ناروغيو سره کیږي : ۱- نمونیا ۲- نموتوراکس ۳- د کین زړه عدم کفایي سره ۴- د سږو امبولیزم سره ۵- تنفسي عدم کفایي سره

دسي اوپي ډي د شدت د رجي:

دناروغي شدت

Spirometric forecast

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

لابراتواري معاینات:

الف: سپایرومیتری :

- د سږو د وظیفوي تستونواو د تداوي د رسپانس په اړوند پوره معلوما ت ورکوي .
- دسي او پي ډي په لومړي وخت کي يوازي د د سږو حجم ابنا رمل اود کم شوي expiratory flow rate په اړه معلوما ت ورکوي .
- دناروغي په وروستي وخت کي په اول ثانيه کي forced expiratory valium (FEV1) کم شوي وي ، د FEV1 او forced vital capacity (FVC) نسبت کم شوي وي (FEV1/FVC ratio)

- دناروغي په شد يد حالت کي په څرگند ډول FVC کم شوي وي

ب: د شرياني ويني د گازاتو اندازه کول :

- a. دناروغي په لومړي وخت کي د گازاتو بد لونونه نه وي
- b. د شرياني ويني د گازات په لاندې حالاتو کي اندازه شي
 - i. هايپوکسيما وي
 - ii. هايپر کپنيا وي
 - iii. FEV د ۴۰٪ څخه کم شوي وي
 - iv. په کلينیک کي د بني زړه د عدم کفايي نښي وي .

- c. هايپوكسيما په شديد مزمن برانكايتس كې وي
- d. معاوضوي تنفسي اسيدوزس په مزمن تنفسي عدم كفايه كې وي (په تيره د مزمن برانكايتس حاد اكراسريشن په وخت كې)
- e. هيموگلوبين اكثرأ لوروی (۱۸-۱۵ گرام فی دیسی لیتر)

ج: د بلغمو معاینه :

– د بلغمو معاینه د سترپتو کوک نمونیا ، ایچ انفلوانزا او موروکزیلا کترالیس په اړه معلومات ورکوي .

– د بلغمو کلچر مثبت والي د ناروغي د شديد اكراسريشن سره نيمگړي ارتباط لري . په شديد اكراسريشن كې وايروسي انتانات وي

د : ECG بدلونونه : د زړه گراف په واسطه لاندې معلومات څرگندېږي

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

ه : راد يولوژیک معاینات

- 1. د سيني ساده راديو گرافي : دا د ومره حساس معلومات نه ورکوي . په مزمن برانكايتس كې (vascular marking) dirty lungs وي .
 - 2. سي ټي سکن : د سيني (HRCT scan) high resolution CT scan ډاير حساس او وصفي معاینه ده
- ډايلر ايکو کارديوگرافي د سږو دهايپرتنشن په اړه معلومات ورکوي .

اختلاطات:

1. Acute bronchitis
2. Pneumonia
3. Pulmonary thromboembolism
4. Atrial arrhythmia
- a. Atrial fibrillation
- b. Atrial flutter
- c. Multifocal atrial tachycardia
5. Pulmonary HTN
6. Cor pulmonal
7. Chronic respiratory failure
8. Hemoptysis
9. Osteoporosis
10. د چپ بطين عدم کفایي تشدید ل .

تفریقي تشخیص:

- ۱- برانکیل استما: د هوایي لاروتنگوالي رجعي وي ۲- برانکیکتازس: متکرر نمونیا، وینه لرونکي بلغم، د گوتوکلایینګ ۳- الفا یو انټي تریپسین فقدان: کورني تاریخچه وي، د پانکراس ناروغي، د ځیګر سیروزس ۴- د زړه عدم کفاییه ۵- کیستیک فایبروزس ۶- د هوایي لارومیکانیکي انسداد ۷- د سږو تېرکلوز

مخنيوي:

- ۱- د سګرټو شکلو او توکسيک مواد و انشاق څخه مخنيوي ۲- د نمونیا او انفلوانزا لپاره واکسين وشي

درملنه:

الف: د ستېل ناروغانو درملنه: دروغتون څخه دباندې درملنه :

۱- د سگرتو پرېښودل .

۲- اکسيجن ورکول . که داسترحت په حالت کې هايپوکسيميا وي اکسيجن توصيه شي . اکسيجن د ما سک (face mask) يا د پوزي (nasal prong) دلاري ورکول کيږي ، د پوزي دلاري ښه دي . اندازه يې په يود قيقه کې ۱-۳ ليتره دي ترهغه وخته ورکړل شي تر څوچې د ويني د اکسيجن اندازه د ۵۵ ملي متر سيمابو څخه لوړ شي .

اکسيجن هغه ناروغانو ته ورکړل شي چې هايپوکسيا د لاندي حالاتو سره يوځا يې وي ۱- دسرو هايپرتنشن ۲- مزمن کورپلمونل ۳- اريټرو سا يتوزس ۴- دماغي حالت خرابوالي ۵- تمرين توان نه درلودل ۶- د شپي له خوا نارامي ۷- دسهار له خوا

سردردي

۳- انشاقې برانکو دايلاتور :

الف- لنډه تاثير لرونکي برانکو دايلاتورونه :

1. انتي کولينيرژيک (ipratropium bromide)
2. بيتا ۲ اگونست (albuterol, metaproterinol)
3. انتي کولينيرژيک نظر بيتا ۲ اگونست ته ښه دي ځکه چې اوږد اغيزه لري او سمپا تیک عصب نه تنبه کوي . دواړه يې د metered dose inhalation (MDI) او يا مایع يې د نيبولایزر دلاري انشاق کيږي . اپراتروپيوم بروماييد (36-72mcg) هر ۶ ساعته بعد توصيه کيږي

• لنډه تاثير لرونکي بيتا ۲ اگونست د تريمور ، تکی کارديا او هايپو کلايما لامل کيږي (د سمپا تیک عصب د تنبه ښي) .

- په مخلوط ډول لنډه تاثير لرونکي بيتا ۲ اگونست او اپراتروپيوم د انشاق په ډول ورکول کيږي .
- ب- اوږد تاثير لرونکي انشاقې برانکو دايلاټور:
 - بيتا ۲ اگونست لکه (salmeterol, formoterol, indacaterol) او اوږد تاثير لرونکي انتي کولينير ټيک لکه tiotropium
 - ۴- انشاقې کورتيکوسټروئيد : انشاقې کورتيکوسټريډ يوازي يا د بيتا ۲ اگونست او يا د انتي کولينير ټيک سره يو ځای ورکول کيږي . که چيري ناروغ ته د خولي دلاري پيل شوي وي وروسته د ښه کيدو څخه بيرته په انشاقې کورتيکوسټروئيد باندې بد ليږي .
 - ۵- تيو فيلين : که چيري د بيتا ۲ اگونست ، انتي کولينير ټيک او کورتيکوسټروئيد سره ښه نه شي تيو فيلين توصيه کيږي .
 - ۶- انتي بيوتيک : انتي بيوتيک په لاندي حالاتو کې توصيه کيږي
 1. حاد اکزاسربيشن
 2. حاد برانکايټس
 3. دمزمن برانکايټس دمخنيوي لپاره
- هغه انتي بيوتيکونه چې د خولي دلاري کارول کيږي عبارت دي له
 1. doxycycline ۱۰۰ ملي گرامه هر ۱۲ ساعته بعد ،
 2. trimethoprim sulphamethoxazol ۸۰۰/۱۶۰ ملي گرامه هر ۱۲ ساعته بعد
 3. cephalosporin (cephodoxime) ۲۰۰ ملي گرامه هر ۱۲ ساعته بعد ،
 4. cefoprozil ۵۰۰ ملي گرامه هر ۱۲ ساعته بعد)
 5. مکروئيد (ازيتروما يسين لومپري ۵۰۰ ملي گرامه او بيا ۲۵۰ ملي گرامه د ورځي يو ځل د ۵ ورځو لپاره)
 6. فلوروکينولون (سپرو فلوکزاسين ۵۰۰ ملي گرامه هر ۱۲ ساعته بعد

7. Amoxicillin –clavulanic acid ۱۲۵/۸۷۵ ملي گرامه هر ۱۲ ساعته بعد .

د تداوي دوام موده ۵-۷ ورځي دي

لاندي خطري فکتورونه د تداوي د پايلو د نيمگر تيا لامل کيږي :

1. عمر د ۶۵ کالو څخه زيات وي

2. FEV1 < 50%

3. دا کرا سريشن څو حملي يي تير کال تير کړي وي

4. د ري مياشتي مخکي اتني بيوتیک درملنه شوي وي

5. نوري ضميموي ناروغي لکه دزره ناروغي ورسره وي

۷- د سرو احيای مجد د :

1. ايروبيک فيزيکي فعاليت اجرا کول په اوني کي د ري ځله د ۲۰ د قيقو

لپاره قدم وهل يا بايسیکل چلول ، دنا روغ د فيزيکي حالت د خرابيدو

څخه مخنيوي کوي او د کار کولو قدرت زيا توي

2. دشهيقی تنفسي عضلاتو په کار اچول په دي ډول چي د تنگ شوي تنفسي

لاري په مقابل کي ژور شهيق اجرا کول ترڅو چي شهيقی تنفسي عضلات

قوي شي

3. Pursed –lib breathing exercise دتنفس شمير کموي

Abdominal breathing exercise داضافي تنفسي عضلاتو سترپا او نفس تنگي کموي

۸- نور اهمات مات :

1. مایعات توصیه شي ترڅو افرازات اوبلن شي په اساني سره خارج شي

2. سينه قرع شي ترڅو بلغم خارج شي

3. وضعيتي د رينا ژ اجراشي . دغه مانوري په خالص امفيزيم کي گټه نه لري

4. مقعشع شربتونه مرسته کولاي نه شي

5. دټوخي ارامونكي او خوب راوړونكي درملو كارولو څخه ډډه وشي .
6. كه امفيزيم په ولادي ډول د الفا يو اتتي تريپسين فقدان له كبله وي نو الفا يو اتتي تريپسين توصيه كولاي شو البته د ا په ځواني عمر كي وي دا ۶۰ملي گرامه نظر په وزن د بدن اوني كي يوځل درگ دلاري وركول كيږي
- ۹- په شديد نفس تنگي كي لاندي دواگاني وركولاي شو خو دناروغ دخوبوړي سبب كيږي اوتشويش له مينځه وړي .

1. Opioids (مورفين ۵-۱۰ ملي گرامه د خولي دلاري هر ۳-۴ ساعته بعد oxycodone، ۵-۱۰مليگرامه هر ۳-۴ ساعته بعد د خولي دلاري ، د واداره ازاديدونكي مورفين ۱۰مليگرامه د خولي دلاري دورځي يوځل)
2. سيداتيف- ها پينو تيك دواگاني (د يازپيم ۵مليگرامه دورځي دري ځله)
3. په كور كي دپوزي دلاري اكسيجن وركول دنفس تنگي دكموالي لامل كيږي

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

- ۱- اكسيجن : مشبوع اكسيجن ۹۰-۹۴% يا paO_2 د ۶۰-۷۰ملي متر سيما بو تر مينځ وي . اكسيجن د تنفسي اسيدوزس دپيدا كيد و د ويري لپاره قطع نه شي هايپوكسيا نظر هايپر كپنيا ته ډير خطر ناك دي .
- ۲- انشاقې اپراتروپيوم برومايد (500mcg د نيبولايزر او يا 36mcg metered dose inhaler(MDI) د spacer دالي په واسطه هر ۴ ساعته بعد) او بيتا ۲ اگونست (البيو تيرول ۲.۵مليگرامه د ۳ملي ليتره سلين سره يو ځاي د نيبولايزر دلاري او يا د MDI په واسطه چي 90mcg في پف كي وي ۴-۸ پفه هر ۱-۴ ساعته بعد د spacer دالي په واسطه وركول كيږي) سره يو ځايي توصيه كيږي
- ۳- كورتيكوسترويد : پريد نيزولون دورځي ۳۰-۴۰ مليگرامه ۷-۱۰ وروځو لپاره توصيه كيږي

۵- انتی بیوتیک: الف- هغه ناروغان چې دسودو مونس لپاره خطري فکتورونه نه لري انتي بیوتیکونه يي عبارت دي .

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

ب- هغه ناروغان چې سود و مونس لپاره خطري فکتورونه لري

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

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

۷- د کورپلمونل د رملنه : دسږو د شریانو فشارپه لاندې ډول بنکته شي . ۱-

اکسیجن ورکړل شي . ۲- اسیدوزس اصلاح شي . ۳- دبستر استراحت توصیه شي

۴- مالگه محدود شي . ۵- دایوریتیک ورکړل شي

۸- دزړه داریتما درملنه : ۱- ملتي فوکل ازیني تکی کار دیا دسي او پي ډي تداوي

سره بڼه کيږي ۲- ازیني فلتر د ډي سي شاک سره تداوي شي .

۹- تنفسي عدم کفاییه درملنه : ترخیل انتوبیشن او میکانیکی وینتلیشن سره

تداوي شي

هغه سي او پي ډي چې دحاد هایپرکپنیک تنفسي عدم کفایي سره یوځایي وي

noninvasive positive pressure ventilation (NIPPV) دمخ دماسک له لاري

دانتوبیشن ضرورت کموي او عاجله کوته کي دپا تي کیدو موده کموي (په سي او

پي ډي کي نازوکومل نمونیا پيښي او دانتی بیوتیک استعمال کموي

۱۰- د سي او پي ډي جراحي درملنه : ۱- دسپرو ترانس پلاتيشن ۲- دسپرو حجم کمول ۳-

بوليکتومي

۱۱- په ځينو ناروغانو کي فيزيو تراپي هم توصيه کيږي .

انزار:

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

دبستر استطبایات:

- ۱- اعراض شديد وي او د روغتون څخه دباندې دتداوي وړ نه وي
- ۲- هايپوکسيا ، هايپر کپنيا ، محيطي ازيما ، دماغي خړپړ تيا موجود وي .
- ۳- په کور کي مراقبت خراب وي
- ۴- ناروغ خوب ونه شي کولاي
- ۵- هايډ ريشن او تغذيه ونه شي کولاي
- ۶- نور ضميموي ناروغي موجود وي

Emphysema

تعريف :

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

پتالوژي : ۱- په امفزيما کي دسپرو داسناجو تخريب او توسع له کبله ضفيري هواي جريان محدوديږي او هوا بنديږي . ۲- دسپرو الستيکي حلقی (recoil) خرابيږي چي ددی له کبله د total lung capacity (TLC) زياتيږي (يعنی دسپرو حجم زياتيږي) او داسناخو دتخريب له کبله دگازاتو تبادلې خرابيږي .
مساعدونکي فکتورونه :

۱- سگرت څکل ۲- عمر (۴۰-۶۰کلني کي وي) ۳- دويم لاس سگرت څکل (پاسيف څکونکي) ۴- وظيفوي ځاي کي د هوا ککرتيا او دورې . ۵- دکور دننه او دباندې د هوا ککرتيا .
اسباب :

۱- سگرت څکل په سپرو کي دنتروفيل حجراتو (elastase څخه غني دي) شمير زياتوي چي داسناخو د جدار دتخريب لامل کيږي . ۲- alpha 1 anti trypsin deficiency ددی له کبله د elastase –antielastaes imbalance پيدا کيږي . ددی انزيم دکموالی له امله antielastaes کميږي او elastase زياتيږي په نتيجه کي داسناخو جدار تخريبيږي .

کلينيکي لوحه :

ساه لنډي دامفزيما لومړني اعرض دي چي وروورو زياتيږي ،لومړي دتمرين سره وي وروسته داستراحت په وخت هم وي .توخي نه وي اويا وروسته په لږه اندازه وي .

pink puffer : د امفزيما شديد ډول دي چي لاندي اوصاف لري

1. expiratory pursed-lip breathing په ترلي شونډه و زفير کول

2. دښه ساه اخیستلو لپاره ناروغ کینښینی قدام خواته توخ شوی وي او په دواړو لاسو نو تکیه کوي
3. شدید ساه لنډي وي
4. بلغم لږ او یا نه وي
5. داستراحت په حالت کي لږها پيو کسیمیا وي
6. سپري خاموشه وي اضافي اوازونه نه اوریدل کیږي
7. وزن کم وي
8. دپنبو پرسوپ نه وي
9. مخلوط ډول بلو بلا تر او پنگ پفر سره یو ځای وي
10. RV, FRC, TLC نارمل یا لږ زیات وي

د امفیزيما ډولونه:

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

لابراتواری معاینات:

۱- هیموگلوبین نارمل وی ۲- اکسیجن او کاربن دای اکساید نارمل یا لږ کم شوی وی . ۳- دسپرو اکسری (سپری hyperluscence او hyperinflation هوي او بولا بنای موجود، vascular marking کم شوی وی او TLC (total lungs capacity) زیات وی . زړه کوچنی بنکاری . که چیري د (RV) residual valium او TLC (total lung capacity)نسبت زیات وي (RV/ TLC ratio) دهوا په بندید و (امفیزيما) باندي دلالت کوي

تشخیص :

تشخیص دتاریخچی ، فیزیکی معاینی او لابراتواری معایناتوپه واسطه کیږی .

اختلاطات :

۱- Collapsed lung (pneumothorax)

۲- cor pulmonale

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

راځی .

درملنه :

دځنډنی برانکایتس ددرملنی لاندی تشریح شوی .

BRONCHIAL ASTHMA

تعريف

1. د هوایي لارو یوځنډني التهابي ناروغي دي چي دالارژیک اغیزوله کبله مینځ ته راځي ، په دي کي ترخیا او قصباتو فرط حساسیت وي چي د برانکو سپزم لامل کيږي کلنیک يي عبارت دي له ، ساه لنډي ، توخي ، ويزينگ ، رالونه رانکي (اود سيني نیونه .
2. که حمله دومداره وي د (*status asthmatics*) په نوم ياديږي
3. اعراض حملوي (پريود یک) او يا ځنډني وي
4. د هوایي لارو انسداد پخپله او يا د برانکو ديلاټورونوسره بڼه کيږي .
5. اعراض دشپي او يا سهار وختي وي .

اسباب :

1. ***exogenous (atopic)*** : خارج المنشا ، مقدم پيليږي ، ماشومانو کي وي ، فرط حساسیت يي د د ***IGE*** په مینځگرتوب وي ، کورني تاريخچه مثبت وي داکزیم ، الرژیک رينیتس او اسپرين فرط حساسیت تاريخچه مثبت وي
2. ***endogenous (non-atopic)*** ، موخر پيليږي او غټانو کي وي

INCIDENCE

استما یومعمول ناروغي دي چي د ټول وگړو نژدي ۸-۱۰٪ تشکيلوي . استما زیاتره په نارینه هلکانو کي (د ۱۴ کلني څخه کم عمر کي) او ځوانوانجينو کي وي . په دي وروستيو ۲۰ کلنو کي په امريکا کي داستما پيښي ، په روغتون کي بستريدل او مړينه په امريکا کي ډيري شوي .

پتوفزیالوژي :

1. د هوایي لارو ملسا عضلاتو سپزم
2. د هوایي لارو مخاطي ازیما
3. دمخاط دافرازو زیاتوالي
4. په هوایي لارو کې د التهابي حجراتو ازونوفیل انفلتریشن
5. د هوایي لارو د اپیتیلیوم زخمي کیدل

د هوایي لارو تنگوالي تشدیدونکی فکتورونه :

1. الرژیک مواد عبارت دي له: د کور د دوشکو، قالیني او فرنیچر دوړي، کورني حیوانات او حشرات، د سگریو لوګي، نور پاکونکي توکي (پوډر تیزاب، کلورین
2. د درملو له کبله تنبه: اسپرین، بیتا بلاکر، اسپرین هایپر سنسیتیف سندروم) اسپرین الرژي، دپوزي پولیپ، الرژیک رینیتس، دواړه اسپرین او بیتا بلاکر د برانکوسپزم لامل کیږي. سلفیت لرونکي مواد لکه پوتاشیم سلفات سودیم سلفات.
3. محیطي فکتورونه او د هوا ککړتیا د برانکوسپزم لامل کیږي
4. وظیفوي فکتورونه لکه په ځیني فابریکو کې کارکول (دوړو، سیمینتو)
5. اتانات: وایروسي اتانات
6. مشق او تمرین: د تمرین په وخت کې په قصباتو کې د تودوخي د د رجي بدلون د برانکوسپزم لامل کیږي
7. روحي فشارونه بنایي د واګس عصب تنبه کړي.

کلنیکي لوحه:

1. داستما وصفی اعراض او علایم عبارت دي له:
2. **Dyspnoea**
3. **Cough**
4. **Wheezing**

.5 **Chest Tightness**.6 **Sibilant Rales**.7 **داستما سه پا يه (Dyspnoae, Cough, Wheezing)**

د شدت له نظره داستما ويشنه

Persistent			Intermittent	
sever	moderate	mild		
ټوله ورځ وي	هر ورځ	په اونې كې دوه ورځو څخه زيات وي	په اونې كې دوه ورځې او يا كم وي	
هره شپه وي	په اونې كې د يو ځل څخه زيات	۳-۴ په مياشت كې	په مياشت كې دوه يا كم وي	
دورځي څو ځله	هره ورځ	په اونې كې دوه ورځو څخه زيات	په اونې كې دوه يا كمې ورځې	
شديد محدود وي	متوسط محدود وي	خفيفا محدود وي	محدود بت نشته	
FEV1<60%	FEV1<60%	FEV1>80%	FEV1>80%	
۴-۵ مرحله	درېم مرحله	دویم مرحله	اول مرحله	
			نارمل فعالیت سره مداخله	
			د سپر و د ندي	
			د تداوي توصیه	

داستما د کنترول ارزيايي

اوصاف	بنه کنترول شوي	قسمي کنترول شوي	خراب کنترول
اعراض	په هفته دوه يا كم ورځې وي	په هفته كې ۲ ورځو څخه زيات وي	ټوله ورځ وي
فيزيكي فعالیت محدود پت	محدود نه وي	لږ محدود وي	زيات محدود وي
د شپې له خوا اعراض او ويښيدل	مياشت كې ۲ ځله څخه كم وي	هفته كې ۱-۲ ځله وي	په هفته كې ۴ ځله يا زيات وي
د نجات وركونكي د رملني ضرورت (سا با)	په هفته كې ۲ ځله څخه لږ ضرورت وي	په هفته كې ۲ ځله څخه زيات ضرورت وي	د ورځي څو ځله ضرورت وي
PEV1	>80%	60-80%	60%>

	<ul style="list-style-type: none"> • لندي مودي کورتيکوسټروبيډ ورکړل شي • ۲-۱ سټيپ پورته شي • ۲ هفتو کي ارزيايي شي • که جانبي عوارض و بل دوا شروع شي 	<ul style="list-style-type: none"> • يو سټيپ پورته شي • ۲-۶ هفتو کي ارزيايي شي 	<ul style="list-style-type: none"> • روان رژيم تعقيب شي • ۱-۶ مياشت کي کنټرول تعقيب شي • که کنټرول شي يو سټيپ بڼکته شي 	دنداوي توصيه

دشدید اکزاسربیتید استما ویشنه او ارزيايي

الف: اعراض	خفيف	متوسط	شدید	تنفسي عدم کفائيه او ژوند تهدید ونکي حالت (STATUS ASTHMATICUS)
۱- سا لندي	کار سره وي	خبرو سره وي	داستراحت سره	استراحت سره
۲- خبري	اورده جملي سره	لند جملي سره	کلیمي سره	خاموش
۳- دماغي حالت	غالبا ن مخرش وي	اکثرن مخرش	اکثرن مخرش	drowsy
ب: علايم				
۱- د بدن وضعيت	ملاستي کولاي شي	کښني	ملاسته نه شي کولاي	ملاسته نه شي کولاي
۲- تنفسي عضلاتو فعاليت	نه وي	وي	وي	Paradoxical respiration
۳- Respiratory rate	↑	↑	> 30/mint	>30/mint
۴- Resp. sound	Mid /end expiratory wheezing	Wheezing with all exp	High ins/exp wheezing	Without wheezing
۵- H.R./mint	<100/mint	100-120/mint	>120/mint	>120/mint
6- Paradoxical PULSE	<10/mnt	10-25/mint	>25	Relative bradycardia No usually

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

دسيني راديوگرافي :

- a. سږي بنا ئي نارمل وي
 - b. سږي **hyperlucency** (توروالي زياتوالي) وي
 - c. د يافراگم بنکته او حرکت يې محدود وي
 - d. بين الضلعي فاصلي زيات وي
 - e. استما ناروغانو ته په لاندي حالت کي دسيني اکسري توصيه کيږي
 - i. تداوي په مقابل کي رسپانس بڼه نه وي
 - ii. دلاندي ناروغيو په ردولو کي ۱-نموتو راکس ۲-نمونيا ۳-نموميډ يا ستينوم
- ۷- دپوستکي دحساسيت تستونه دحسا س الرژن معلومولو لپاره اودپارا نزل ساينسونواو گاسترو ازوفازيل ريفلوکس لپاره معاينات وشي (دمقاوم استما په حالت کي)

تفريقي تشخيص:

الف : دپورتنی هوایی لارو ناروغي :

۱- vocal fold paralysis

۲- vocal fold dysfunction syndrome

۳- foreign body aspiration

laryngotracheal mass - ۴

tracheal narrowing – ۵

airway edema - ۶

tracheomalacia – ۷

ب – دبنکتنی هوایي لارو ناروغي :

COPD – ۱

bronchiectasis – ۲

allergic bronchopulmonary mycosis – ۳

cystic fibrosis – ۴

eosinophilic pneumonia – ۵

bronchiolitis obliterans – ۶

Cardiac Asthma - ۷

Uremic Asthma - ۸

systemic vasculitidis with pulmonary involvement :ج

churg-straus syndrome – ۱

psychiatric asthma :د

Hysterical Asthma - ۱

تشخيص:

۱- د ويني معاینات :

1. په خفيف اکزا سريټيد استما کي د ويني گما زات نارمل وي لکن تنفسي

الکالوزوسس وي او د اسناخو او شرياني اکسيجن تفا وت زيات وي)

Alveolar Arterial Oxygen Difference A- A - D 02)

2. په شديد اکزا سريټيد حالت کي هايپوکسيا وي او شرياني کاربن داي اکسايډ

نارمل ته راگرځي

3. په تنفسي عدم کفايه کي شرياني کاربن داي اکسايډ لوړيږي او تنفسي

اسيدوزس وي چي ميکانیکي وينټيليشن ته اړتيا پيدا کيږي.

- 4. **Eosinophilia**
- 5. متوسط اندازه **leukocytosis**
- 6. سيروم **Ig E** لوړوي

۲: د سږو وظيفوي تستونه : سپا پرو مټريک معاینات په لاندې ډول دي

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

4- سږو وظيفوي تستونه مخکي او وروسته د برانکو دايلاټور د تداوي څخه اندازه کيږي . د دوي داندازي څخه د هوايي لارو د انسداد شدت معلوم کيږي .

5- هغه وخت پوهيږو چي هوايي لارو انسداد رجعي دي او د برانکو دايلاټور په واسطه بڼه والي پيدا شوي چي $FEV1 \geq 12\%$ او ۲۰۰ ملي ليتره وي او يا $FVC \geq 15\%$ او ۲۰۰ ملي ليتره وي

6- په شديد حالت کي هوا په سږو کي بند کيږي **Residual volume** زياتيږي او په نتيجه کي **FVC** کميږي

Bronchial provocation test : -۳

1. دا هغه وخت تر سره کيږي چي استما مشکوک وي او د سپا پرو مټريک معایناتو په واسطه تشخيص نه شي ، د دي تست تر سره کولو لپاره انشاقې هسټامين يا ميتا کولين کارول کيږي ، که **FEV1** د ۶۵٪ څخه کم وي نه توصيه کيږي ، ميتا کولين تست هغه وخت مثبت وي چي که ناروغ ته **8mg/ml** او يا کم ميتا کولين توصيه شي $FEV1 \geq 20\%$ څخه بنکته شي
2. که تست منفي وي ۹۵٪ **negative predictive valume** داستما لپاره

بڼي .

-۴: د بلغمو معاینه

1. التهابي حجرات وي

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

۵- دزره برقي گراف :

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

داستما اختلاطات:

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

مخنيوي :

- 1. دالرژيک موادو لري کول
- 2. دانتان تداوي
- 3. دسگرتو پريښودل
- 4. دنمونيا او انفلوانزا لپاره واکسين شي
- 5. بيتا بلاکر او *ACE inhibitors* استعمال څخه ډه ډه وشي
- 6. دالرژيک موادو په مقابل کي الرژي کموالي (لرلرژيک موادو دپوستکي لاندې زرقول ترڅو حساسيت له مينځه لاړ شي)
- 7. دحساسيت لپاره کورتيزون او اد رينالين تيار په لاس کي وي

دټداوي مرحلي:

- ۱ - مرحله: انشاقی لنډ تاثیر لرونکی بیټا ۲ اګونست *short acting beta agonist(SABA)*
- ۲ مرحله: که اعراض د *SABA* سره ښه نه شي کم د وز انشاقی کورټیکوسټروییډ د ورځي *200-800mcg* ورسره یوځایي کیږي . متبادل د وا یي *cromolyn, LTRA, nedocromil, theophylin* دي.
- ۳ - مرحله: ښه دوا یي: کم د وز انشاقی کورټیکوسټروییډ + اوږد تاثیر لرونکی بیټا ۲ اګونست (*LABA*) یا (*metered dose ICS(MDI inhaled corticosteroid)*) متبادل دوا یي کم د وز *ICS+LTRA* یا *theophylin+ziluton*
- ۴ - مرحله: ښه دوا یي: متوسط د وز انشاقی کورټیکوسټروییډ + اوږد تاثیر لرونکی بیټا ۲ اګونست او متبادل دوا یي کم دوز انشاقی کورټیکوسټروییډ + *LTRA(leukotrien receptor antagonist) or theophylin* دي .
- ۵ - مرحله: ښه دوا یي لوړ دوز انشاقی کورټیکوسټروییډ (*LTRA+ICS*) او که ناروغ الرژي ولري *omalizumab* هم په نظر کي وي .
- ۶ - مرحله: ښه دوا یي لوړ د وز انشاقی کورټیکوسټروییډ (*LTRA+oral ICS*) او که ناروغ الرژي ولري *omalizumab* هم په نظر کي وي

درملنه:

دټداوي اهداف:

1. د مزمن اعراضو کمول ترڅو ناروغ تمرین وشي کولاي
2. د متکرر اکزسربیشن څخه مخنیوي
3. د شفاخاني دبستریډو څخه مخنیوي

4. د سږو وظيفوي تستونه نارمل يا نژدې نارمل کي ساتل

5. *National asthma education and prevention program*

3 (NAEPP) داسي وړاندیز کوي چي د دوامداري استما تداوي

لپاره اساسي درمل انشاقی کورتيکوستروئيد دي .

داستما د درملني لپاره درمل:

داستما د درملني پلان په د و و کتگوريو باندي ويشل شوي دي .

1- **QUICK RELIEVER DRUGS: RELIEVER DRUGS** :

دا دواگانې په چټکي سره داستما حمله آراموي .

2- **LONG TERM CONTROL: CONTROLER** -

دا دواگانې د اوږدې مودې لپاره ورکول کيږي ترڅو حمله دوامداره توگه کنترول کي

وساتي

الف : د اوږدې مودې کنترول درملنه

1- **Anti inflammatory drugs**

Corticosteroids: لاندي گټي لري

1. حاد او مزمن التهاب کموي

2. اعراض کموي

3. هوايي لاري بڼه کوي

4. هوايي لارو حساسيت کموي

5. اکزاسريشن کموي

6. د بيتا ۲ گونست قوت زياتوي

د کورتيکوستروئيد مستحضرات په دوو ډولو پيدا کيږي

۱- انشاقی :

په ټول *persistent asthma* کې لومړني درمل دي، جانبي عوارض يې عبارت دي له ټوخي، اواز خرابولي، دخولي او فرنکس کندی د یازس،
۲- سیستمیک:

1. دخولي دلاري: دخولي دکنديدازس لامل کيږي
2. درگ دلاري: سیستمیک عوارض يې عبارت دي له: ادرينال دغدي عدم کفایه، اوسټیوپوریزس، دپوستکي نري کيدل، ژرژر وینه بهیدل او کترکت، د دي درمل داستعمال په وخت همزمان کلسیم، ویتا مین ډي ورکول کيږي همدارنگه بای فاسفونات هم استعمالیږي

د کورټیکوسټروید مستحظرات

1. میتایل پریډ نیزولون: تابلیتونه يې ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۶، ۳۲، ۶۰، ۷۰-۵۰ میلیگرامه دورخي یوخل یا یو ورځ بعد توصیه کيږي ترڅو کنترول شي. لنډ کورس (burst) يې د شدیدی حملي کنترول لپاره ورکول کيږي. یو ورځ بعد يې د ادرينال غدي عدم کفایه لامل نه کيږي
2. پریډ نیزولون: ۵ میلیگرامه تابلیتونه، امپولونه يې 5mg/5ml, 15mg/5ml دي د لنډ کورس لپاره ۴۰-۶۰ میلیگرامه یوخل یا ۲ کسري د وزونو باندي د ۳-۱۰ ورځو لپاره توصیه کيږي.
3. پریډ نیزون: ۱، ۲.۵، ۵، ۱۰، ۲۰، ۵۰ میلیگرامه تابلیتونه دي او امپول يې 5mg/ml دي.
4. مخلوط يې: fluticasone/salmeterol (DPI(dry powder inhalation): 100mcg/50mcg, 250mcg/50mcg,
5. 500mcg /50mcg یو انشاق دورخي ۲ ځله داستما شدت پوري اړه لري.

2- اوږد تاثیر لرونکي برانکودایلاتور:

- ۱- *mediators inhilar(cromolyn sodium, nedocromil)* په لاندي حالاتو کې استعمالیږي:

1. خفیف دوامداره استما
 2. د تمرین په واسطه پیدا شوي اعراض
 3. رسپانس نظر کړتیکوستروئید ته کم وي
 4. د کرومولین انشاقی یې په یو پف کې ۸.۰ ملیگرامه دي . دوه پفه د ورځي ۴ ځله استعمالیږي کې . نیبولایزری ۲۰ ملیگرامه په یو امپول کې دي . یو امپول دورځي ۴ ځله استعمالیږي .
 5. نید و کرومیل انشاقی یې ۷۵.۱ ملیگرامه په یو پف کې دي ۲ پفه دورځي ۴ ځله .
- ۲- **beta 2 agonist**: د تمرین په وخت او د شپي له خوا اعراض وي اغیزمن دی .
- اوږد تاثیر لرونکي بیتا ۲ اګونست : یوازي نه استعمالیږي دبید سونید سره یوځایي ورکول کیږي . سلمیتروپل په یو بلستر کې ۵۰مایکروگرامه دي د ورځي ۲بلستره استعمالیږي
- ۳- **anticholinergics** دواګانې : اوږد تاثیر لرونکي درمل یې **tiotropium** نومیږي . ۱۸مایکوگرامه په یو بلستر کې دي دورځي یو بلستر دي .
- ۴- **phosphodiesterase inhibitors(methylxanthine)**: په دي ګروپ کې تیوفیلین شامل دي . هغه وخت توصیه کیږي چې د کورتیکوستروئید سره ځواب ښه نه وي ، د شپي له خوب ښه کوي ، په شدید دوامداره استما کې استعمالیږي ، خفیف برانکودایلاتور ، انتي انفلاماتور او امیون موډیلاتور خواص لري ، د دي استعمال په وخت کې وخت په وخت د سیروم اندازه یې تعین شي ځکه چې د جانبي عوارضو لامل کیږي لکه د د سپیسیا ، ګاستروازوفازیل ریفلوکس ، پروستاتیزم اعراض سرد رد ، اریتمیا هایپرګلایسیمیا ، هایپو کالیمیا او زړه بد والي لامل کیږي
- 3- **Leukotriene modifeirs**: لوکیوترین د برانکسونو د سپزم لامل کیږي چې د وه ډوله انتاګونست لري .

Leukotriene receptors antagonist- 1

1. **Montelukast 4mg/5mg/10mg** ژوویدونکي گولي دي چي

دشپي له خوا ژول کيږي دځيگر د دندو خرابوالي لامل کيږي

2. **Zafirlukast 10mg/20mg** تابليتونه يي دي چي ۴۰ملي

گرامه يوځل يا ۲۰ملي گرامه دوه ځله خوړل کيږي

2- lipogenase inhibitor -5

-zileutone ۶۰۰ملي گرامه تابليتونه دي چي د ورځي ۴ ځله

خوړل کيږي. دځيگر د دندو خرابوالي لامل کيږي **ALT** لوړيږي

Desensitization-4 الرژيک حساس ناروغان اميونوتراپي شي.

5- **Immunmodelators** ددي مستحظر **omalizumab** دي دا کورتيکوستروئيد د

رملني ته ضرورت کموي

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

oral sustained –released beta 2 agonist متفرقه دواگانې: که اعراض د

شپي له خوا شديد وي د خولي دلاري دوامداره ازاديدونکي بيتا ۲ اگونست ورکول کيږي

ب: چټک ارامونکي درمل: مهم چټک ارامونکي درمل:

۱- لنډه تاثير لرونکي برانکودايلا تور:

۱- بيتا ۲ ادرينر جيگ اگونست دواگانې په

لاندې ډول دي.

1. **انشاقي: short acting beta 2 agonist(MDI) metered dose inhaler**

i. **Albuterol CFC 90mcg/puff,200puff/canister**

ii. **Albuterol HFA 90mcg/puff,200puff/canister**

iii. **Pirbuterol CFC 200mcg/puff,400puff/canister**

iv. **Levalbuterol HFA 45mcg/puff,200puff/canister**

2. **نيبولایزر محلولونه:**

1. **Albuterol 0. mg/3ml , 1.25mg/3ml , 2.5mg/3ml , 5mg/3ml**

2. **Levalbuterol 0.31mg/3ml , 0.63mg/3ml , 1.25mg/3ml**

نيبولایزر کيداي شي چي د *budesonide or cromolyn or ipratropium*

سره مخلوط وي

۲- اتتي کولينيرژيگ دواگانې په لاندي ډول دي .

1. *MDI (metered dose inhaler)* انشاقې :

ipratropium bromide HFA 17mcg/puff ,200puff/canister 3puff/6hours .i

2. نيبولایزر *0.25mg/ml /6hrs*

3. مخلوط انشاقې :

(ipratropium bromide 18mcg/puff + albuterol 90mcg/puff 200puff/canister .a

4. مخلوط نيبولایزر :

ipratropium bromide 0.5mg/3m + albuterol 2.5mg/3ml .a

۳- سيستمیک کورتيکوسټروئيد :

1. *Methyl prednisolone 2,4,6,8,16,32mg tablets(40-60mg/D or /12hours*

2. *Prednisolone (5mg tablets) or 5mg/ml, 15mg/5ml*

3. *Prednisone(1,2,5,10,50mg tablets or 5m/ml*

۴- اتتي بيوتيک : واپرسونه او بکټرياگانې داکزاسرپيټيد لامل کيږي .

۵- *phosphodiesteres inhibitors* : *methylxanthine* په اکزاسرپيټيد حالت کې نه ورکول کيږي .

متکرر ارزيايي: ناروغ هغه وخت دروغتون څخه رخصت شي چي اعراض کم يا

ورک شي او *FEV1* ۶۰٪ او يا زيات شي. يوشمير کم ناروغان دتداوي سره نه ښه کيږي

، داناروغان دتنفسي عدم کفائي لپاره ولټول شي او ميکانیکي انتبيوشن شي

اتتي بيوتيک په لاندي حالاتو کې ورکول کيږي:

1. ټوخي اوساه لنډي زيات شي

2. بلغم زيات او خيرن شي

3. دسيني په اکسري کې انفلټريشن پيدا شي

د ناروغي کنترول ارزيايي: د تداوي په جريان کي ناروغ ارزيايي کيږي که چيري ناروغ ښه شوي نه وي د تداوي يو مرحله پورته کيږي او په ناروغ کي د محيط سره تماس کنترول، نورضميموي ناروغي لټول کيږي. که چيري ناروغي کنترول شوي وي تداوي يو مرحله ښکته کيږي کم تر کمه تر د ري مياشتو پوري تعقيب کيږي.

انزار:

که داستما سره نور ضميموي ناروغي يوځاي وي د ناروغي انزار خراب وي، که ناروغي ځانته وي او ژر درملنه پيل شي د ناروغي انزار ښه وي. حملوي استما په تيره ماشومانو کي انزار ښه وي په داسي حال کي د ځنډني استما انزار خراب وي. د اتوبيک استما پيښي په اوږي کي زيات وي او د ځنډني استما پيښي په ژمي کي زيات وي.

STATUS ASTHMATICUS

تعريف: د برانکوسپزم شديد او دومداري حالت څخه عبارت دی چی حمله د ناروغ په واسطه د دوا استعمال له امله کنترول نه شی.

کلنيکی لوحه:

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

1- خفيف اکزاسربيشن:

1. اعراض او علايم خفيف وي، $EV1 > 80\%$ ، په کور کي تداوي کيږي
2. لنډه تاثير لرونکي انشاقی بيتا ۲ اگونست توصيه کيږي هر ۳-۴ ساعته بعد د وز يی تر ۲۴-۴۸ ساعته پوري لوږيږي
3. انشاق کورتيکوستروئيد نه ورکول کيږي، که مخکي اخيستي وي بيا د ۷ ورځو لپاره دخولي دلاري د ورځي ۰.۵-۱.۰ ملي گرام ورکول کيږي

4. که انشاقني کورتيکوستروبيد تاثیر ونه کړي او مخکي ورکول شوي نه وي د وز يي

دوه چنده کيږي

2-متوسط اکزاسريشن :

1. په چټکي سره هايپو کسيا او هوايي لاري تنگوالي اصلاح شي

2. د هوايي لاري تنگوالي د انشاقني لنډ تاثیر لرونکي بيتا ۲ اگونست اوسيستمیک

کورتيکوسترويي سره ښه کيږي

3. د FEV1 ښه کيد و سره ناروغ ته په کور کي تداوي شي او دتداوي لپاره تعليم

ورکړل شي ترڅو خپله ناروغ ځان کنترول کړي

3- شديد اکزاسريشن:

۱- اوکسيجن : د اکسيجن مشبوعيت د ۹۰٪ او فشار يي د ۶۰ ملي متر سيما بو څخه

لوړ وساتل شي ځکه چي اسفا کزيا د هايپوکسيا مهم لامل دي

۲- انشاقني لنډ تاثیر لرونکي بيتا ۲ اگونست : په لومړي دري ساعتو کي

MDI(metered dose inhalation) يا نيبولایزر په ډول ورکړل شي وروسته دښوالي

دپيدا کيدو سره انشاقني توصيه شي

۳- اپرا تروپيوم برومائيد په متوسط او شديد استما تداوي کي د انشاقني لنډ تاثیر

لرونکي بيتا ۲ اگونست سره يو ځايي کيږي.

۴- سيستمیک کورتيکوستروبيد :

۵- وريدي مگنيزيم سلفات : ۲گرامه درگ دلاري د ۲۰ دقيقو په موده کي په مقاوم حا

لت کي توصيه کيږي

۶- ميوکولایتيک دواگانې نه توصيه کيږي .

COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA (CAP) په ټولنه کې پیداشوي

نمونیا

تعريف:

د سپرو د پرانښم حاد التهاب څخه عبارت دي چې دلاندې حالاتو سره يو ځا

يې وي

1. د حاد اتان اعراض وي
2. د سينې په راد يو گرافي کې د حاد اتان انفلټريشن وي
3. په اصغا کې د نمونیا نښې وي
4. د اعراضو پيل څخه د ۱۴ ورځې مخکې اويا د دي څخه زيا ته موده کې ناروغ په روغتون کې بستر شوي نه وي
5. مهم لامل يې ستروپټو کوک نمونیا دي

اپيدمولوژي او پيښيدل:

CAP يو معمول ناروغي دي چې په کال کې ۵-۴ ميلونه پيښې يې په متحده امريکا کې تشخيصيږي چې د دي څخه ۲۵٪ يې په روغتون کې بستريږي. په امريکا کې د مړينې اتم لامل دي. په خفيف ناروغانو کې چې بستر شوي نه دي د مړينې اندازه د ۱٪ څخه کم دي. په روغتون کې د مړينې اندازه په کال کې نژدې ۱۰-۱۲٪ دي خو د ۶۵ کلني څخه پورته عمر کې په کال کې د مړينې فيصدي ۴۰٪ ته رسيږي.

د کپ لپاره خطري فکتورونه: عبارت دي له:

- ۱- زاړه کسان
- ۲- الکوليزم
- ۳- سگرت اخکل
- ۴- استما
- ۵- معافيت مغلوب کسان
- ۶- شکرې ناروغان
- ۷- د سپرو مزمن انسدادې ناروغي
- ۸- اکلورهايديريا
- ۹- مزمن ضعيفونکي ناروغي
- ۱۰- ليونتوب
- ۱۱- اختلاجات
- ۱۲- د بلع تشوشات
- ۱۳- انتويشن
- ۱۴- نازوگاستريک تيوب

دتنفسي سیستم د فاعلي ميکا نيزم: دا ميکا نيزمونه لاندینی تنفسي سیستم د اتنا ناتو

خه ساتي:

۱- د توخي عکسه ۲- ميکوسيلاري کيلارانس سیستم ۳- اميون غبرگون

د کپ اسباب:

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

کلينيکي لوحه:

اعراض:

- الف - عمومي اعراض: ۱- تبه - تبه ۳۹-۴۹ درجي وي چي دلرزي سره يوځاي وي. ۲- دسر او دبدن درد ۳- کانگي ۴- دماغي خرپر تيا په تيره زړو کي.
- ب- تنفسي اعراض - ساه لنډي، توخي (لومړي وچ وي وروسته بلغم داره کيږي او وينه لرونکي چي د زنگ وهلي (Rusty sputum) په نوم وي.
- ج- پلورايي اعراض- دسيني موضعي درد وي چي د توخي، ژور تنفس او حرکت سره زياتيږي.

علايم:

الف - عمومي علايم - ناروغ ناروغ بڼکاري ، تنفس اوبض يي چټک وي ، لورپه درجه تبه وي ، پوستکي سور وچ وي ، په شونډوکي هرپس وي (herpes labialis) ۲-۳ ورځي وروسته دتبي خخه پيدا کيږي .

ب- تنفسي علايم :

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

جس - vocal fremitus لوړ وي .

قرع - dullness وي .

اضغا - تنفسي اوازونه بڼکته وي ، تنفسي اوازونه برانکيل وي ، vocal resonance لوړ وي ، fine crepitation اوريدل کيږي . د نقاهاهت په دوره کي coars crepitation اوريدل کيږي .

تشخيص :

تشخيص دکلينيکی لوحی ، تاريخچي اوفيزيکی معاينی په واسطه کيږي .

لابراتواري پلټني :

الف : دبلغمو معاينه - ۱- گرام ستين : د دي معاينه په واسطه دمشخص انتان لپاره مشخص اتتي بيوتیک توصيه کيږي . دديمعائيني حساسيت ۶۲٪ او وصفيت يي ۸۵٪ دي .

۲- دبلغمو کلچر او حساسيت : دبلغمو کلچر په واسطه د دانتي بيوتیک په وړاندي دانتان حساسيت او مقاومت معلوم کيږي . دبلغمو کلچر هغه ناروغانوته چي دبستر وړ نه دي نه ترسره کيږي .

ب: دسيني راديوگرافي : ۱- دا دناروغي په تشخيص او اختلاطاتو پلورال ايفوزن او امپيما) په تعينولو کي مرسته کوي . ۲- راديولوژیک بدلونونه - ۱۲ ۱۸ ساعته وروسته پيل کيږي . دسيني راديوگرافي د ۶ اوني په موده کي

نارملیږي. ۳- دسیني په رادیوگرافي کی patchy او homogenous opacity په اخته طرف کی وي .

ج: دویني معاینات – دویني سپین حجرات د 15000/ml څخه لوړ وي ESR>100min په اول ساعت کی زیات وي .

ح: دویني کلچر – داپه شدید نمونیا کی مخکی دانتی بیوتیک دپیل څخه تر سره کیږي ، په ۲۵-۲۰٪ ستروپتوکوک نمونیا ناروغانو کی مثبت وي .

خ: سیرولوژیک تستونه – ۱- pneumococcal antigen test دبلغمو ، تشومتیازو او سیروم سیرولوژیک تستونه نظر دبلغمو او ویني کلچر ته ۳-۴ ځله حساس ازموینه ده . ۲- سیرولوژیک تستونه دغیروصفي نمونیا (mycoplasma , legionella, Chlamydia ,viral infection) که دانتی بادي تایتر ۴چنده لوړ شي دنوي اتان بنودونکی دي . legionella, لپاره direct fluorescent antibody stain ترسره کیږي .

د: دشریاني ویني دگازاتو اندازه کول –

درملنه :

الف- عمومي اهتما مات : ۱- دپلورایي درد لپاره زرقي 50-pethidine 100mg یا زرقي مورفین ۱۵-۱۰ میلیگرام NSAIDs درمل لکه تابلیت dolobid دورځي دوه ځله یا تابلیت پونستان فورت دورځي دري ځله توصیه کیږي .

۲- اکسیجن : ټول هایپوکسیک ناروغانو ته ترهغه ورکول کیږي چي د اکسیجن غلظت د ۶۰ ملي متره سیماب څخه پورته وساتل شي .

۳- مایعات : مایعات دخولي دلاري یا درگ دلاري د دیهایدریشن (دتبی او دتنفسي ریټ زیاتوالي له کبله) داصلاح لپاره ورکول کیږي .

۴- cough suppressant : دټوخي دغلي کولو لپاره شربت فول کودین دوه قاشوغي دورخي دري ځله ورکول کيږي .
 ب: اتتي بيوتیکونه – دنموکا کل نمونیا تر سرليک لاندې تشریح شوي .

streptococcus pneumonia (pneumococcal pneumonia)

تعريف : مخکی تری یادونه شوی .

اپیدیمولوژي او پيښيدل : مخکی تری یادونه شوی

دانتان دخپريد و لاري :

انشاقې (د منتنو څاڅکو انشاق)

اسپيريشن (داوړو فرنکس اتا ناتوله کبله ستروپتوکوک نمونیا)

دويني دلاري (دسړو څخه دباندې ځايي څخه د وينې دلاري سږو ته د اتتان راتگ لکه ستا فيلو کوک)

نژدې انساجو څخه (دگاوونو ي انساجو څخه لکه نيغه په نيغه د ترخيل انتوبيشن په وخت کې

پتالوژي :

انتان دانشاق يا اسپيريشن دلاري د پورتنې تنفسي لاري څخه اسناخو ته رسېږي هلته تکثر کوي او التهابي عمليه پيل کوي چې په نتيجه کې پروتيني مايع توليد يږي چې د اتتان لپاره زرعيه محيط برابرېږي چې په لاندې ډول د پتالوژي سبب کېږي

1. لومړي صفحه : کنجيسشن : په دې صفحه کې لاندې پتالوژيک

بدلونونه وي : ۱- مصلي اکزودات وي ۲- د رگونو پر سوپ ۳- د بکتريا و تکثر

2. دويم صفحه : red hepatisation : ۱- سږي د ځيگر پشان سختېږي

او سور رنگ نيسي او جامد بنکاري ۲- هوايي لاري د پي ام ان

- حجراتو په واسطه ډک شوي وي ۳- رگونه احتقاني وي ۴- سره
حجرات د رگونو څخه باندي راوځي .
3. د ریم صفحه: gray hepatization: ۱- التهابي حجرات وي ۲-
سپین حجرات وي ۳- سره حجرات وي ۴- فبرین وي
4. څلورم صفحه: Resolution اکزودات بڼه کیږي

کلینیکي لوحه :

اعراض او علایم :

1. تبه یا هایپوترمیا وي
2. وچ یا بلغم لرونکي توخي وي
3. وینه لرونکي بلغم وي (rusty sputum) زنگ وهلي بلغم
4. دسیني پلورايي دردونه وي
5. عضلي درد ونه وي
6. کسالت وي
7. ستوماتیا وي
8. هضمي سیستم اعراض وي
9. سألندي وي
10. crepitation اوریدل کیږي
11. Egophony اوریدل کیږي
12. bronchial breath sounds اوریدل کیږي
13. سږي په قرع سره ډل وي

لابراتواری معاینات :

هغه ناروغان چې د بستر وړ نه دي تشخیصه تستونود اتان د تشخیص لپاره اړتیا نشته ځکه چې د وي پراخه اغیزه لرونکي اتی بیوتیک اخلي ، او که چیرې د سفر او یا د اتان سره د تماس تاریخچه ولري بیا تستونه ترسره شي

تشخیصه تستونه هغه وخت اجرا کیږي چې ناروغان د بسترو وړ وي ، ناروغي یې شدید وي او د دوا په مقابل کې ځواب نه وي. د رې مهم معاینات اجرا کیږي

۱- د بلغمو گرام ستین معاینات

۲- د تشو متیازو اتی جن تست د ستروپتو کوک نمونیا او لیوجیو نیلا لپاره توصیه کیږي .

۳- Rapid antigen detection test for influenza

د بلغمو گرام ستین معاینات د ستروپتو کوک نمونیا لپاره نه حساس دي او نه وصفي یوازي د متیسیلین په مقابل کې مقاوم ستا فیلوکوک او گرام منفي انتاناتو لپاره اجرا کیږي

د تشو متیازو اتی جن تست د ستروپتو کوک او لیوجینیلا لپاره د بلغمو گرام ستین او کلچر معاینې په شان لږ حساس او وصفي دي . دا تست ژر اجرا کیږي او د دوا مقدم شروع په نتیجه با ندي اثر نه لري . دا تست د نمو کوک اتان لپاره هغه وخت توصیه کیږي چې ناروغ لوکو پینیا ولري ، توري نه وي ، شراب څکي ، د ځیگر مزمن ناروغي ولري ، پلورال ایفوژن ولري او ICU کې بسترو وي . د لیوجیونیلا لپاره هم په دي حالاتو کې توصیه کیږي

د ویني گازاتو معاینه (اکسیجن غلظت)

د ویني بیوشیمیک معاینات (گلوکوز ، د پنتورگو وظیفوي تستونه ، د ځیگر وظیفوي تستونه)

د ویني بشپړ شمیرنه او د یفیرینشل معاینات

د AIDS لپاره معاینات

Procalcitonin: دا د کالسیتونین پیش قدمه ماده ده چې د بکتريا د توکسين په مقابل کې ازادېږي او د وایرس په واسطه نهې کېږي ، د همدې مادې په اساس وایروسي او بکتريایي اتان سره تفریق کوو: یعنې د پورتنی تنفسي لاري اتان وایرس او د بکتري تنفسي لاري اتان بکتريا دي .

د سيني راديو گرافي : د سيني د راديو گرافي تشخيصه ارزښت په لاندې ډول دي ۱ - تشخيص وضع کوي ۲- انزار معلومېږي ۳- د تد اوي رسپانس تري معلومېږي ۴- نوري ناروغي رد يږي ۵- د سبب په تشخيص کې کم مرسته کوي د سيني را ډيو گرافي د patchy انفلتریشن څخه تر لوبولار ، منتشر الويلار او انټر سټيشيل opacity (کثافت) تغیراتو پورې وي

را ډيو لوژیک بڼه والي د ۶ هفتو او يا زیاته موده کې څرگند يږي بڼه والي په ځوانانو ، سگرت نه څکونکي کې او یو لوب اخته کسانو کې ژروي بل بڼه تشخيصه تست د سيني CT scan دي مخکې د تد اوي څخه د ویني کلچر تر سره شي

که ناروغ پلورال ایفوژن ولري د پلورا مايع د گلوکوز ، HDL ، مجموعي پروټين ، لوکوسیت شمير او ډیفیرینشيل ، مايع PH او کلچر لپاره ماینه شي . که د مايع کلچر مثبت وي تورا کوسټومي د ریناژ اجرا شي . که چیرې کا ویتې موجود وي بلغم باید د فنگس او تبرکلوز لپاره کلچر شي .

سیرولوژیک تستونه پي سي ار او نور تستونه د اېروسونو لیوجیونيلا لپاره اجرا شي .

اختلاطات:

داخل الصدري:

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

تشخيص :

دتاريخچي ، كلينيكي لوحی او لابراتواری معایناتوپه واسطه کيږی .

تفریق تشخيص:

1. دسږو انفارکشن: تبه ، توخي ، وينه لرونکي بلغم او دامبولي منشه موجود وي
2. دسږو يا پلورا تبرکلوزس
3. دسږو ازيما: تبه نه وي او دزره ناروغي مثبت وي
4. صفراوي کخوري التهاب

- 5. د معدي څيري شوي زخم
- 6. د حجاب حاجز څخه لاندي ابسي
- 7. حاد پانکراتايتس - 8 امويک هيپاتيتس

تداوي :

د روغتون څخه د باندې درملنه :

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

Macrolides: مکروليد دواگانې عبارت دي له :

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

اویا : **doxycycline 100mg /12hrs** د خولي دلاري

هغه ناروغان چي مزمن ناروغي لري (دسږو ، د زړه ، ځيگر پښتورگي مزمن ناروغي ، د شکرې ناروغي ، شرابي ، سرطان ، طوري ونه لري ، معافيت مغلوب کسان ، معافيت ځپونکي درمل اخيستونکي) . او يا د ري ميا شتومخکي په موده کي انتي بيوتیک يي اخيستي وي :

- 1. تنفسي فلوروکينولون (moxifloxacin 400mg/D د خولي دلاري .
- Gemfloxacin 320mg/D د خولي دلاري . Levofloxacin 750mg/D

د خولي دلاري) . او يا : مکروليد (پورته پشان) + **beta lactam**

- 2. **Beta lactam** : بيتا لکتيم دواگانې عبارت دي له :

- 1. (amoxicillin 1gm/ 8hrs
- 2. amoxicillin- clavulanate 2gm/12hrs د خولي دلاري
- 3. cefpodoxime 200mg/D د خولي دلاري

4. Cefuroxime 500mg/12hrs دخولي دلاري

5. Cefotaxime 1-2gm/ 4-12hrs IV

6. Ceftriaxone 1-2gm/ 12-24hrs IV

۳- په هغه ځايونو كې چې مکروليد په مقابل كې مقاومت وي د ۲ شماری په ډول تداوي كېږي

هغه ناروغان چې د روغتون په وارد كې بستر دي نه په بېرني څارني يونټ كې (ICU).

1. تنفسي كينولون (پورته درمل اويا سپروفلوکزاسين 8- 400mg / 12hrs) دخولي يا رگ دلاري

2. اويا : مکروليد + بيتا لکتيم (د پورته پښان دخولي دلاري اويا درگ دلاري)

هغه ناروغان چې په ICU (بېرني څارني يونټ) كې بستر دي

• **Azithromycine** لومړي ۵۰۰ ميليگرامه دخولي دلاري وروسته ۲۵۰ ميلي گرامه د ۴ ورځو لپاره اويا دورځي ۵۰۰ ميلي گرامه د ۳ ورځو لپاره اويا

• تنفسي فلوروکينولون (جمع) ديو انتي نموکاکل بيتا لکتيم سره cefotaxime,ceftriaxone, or ampicillin- sulbactam 1.5- 3gm/6hrs

• (Azithromycine or FQ + beta lactam)
• هغه ناروغان چې د بيتا لکتيم سره حساسيت لري)
FQ+Aztreonam 1-2gm/6-12hrs

هغه ناروغان چې د سود وموناس اتان ترخطر لاندي دي (دسږو، د زړه، ځيگر پښتورگي مزمن ناروغي، د شكري ناروغي، شراب، سرطان، توري ونه لري، معافيت مغلوب كسان، معافيت

خپونکي د رمل اخیستونکي) او یا د ري میاشتو مخکي په موده
کي اتی بیوتیک اخیستی وي

Antipseudomonal beta lactam •

Pipracilline- tazobatom 3.5-4.5 gm/6hrs IV .1

Cefepime 1-2gm/12hrs IV .2

دهغه ناروغانو درملنه چي په ICU کي بستر دي او د سود وموناس اتان

تر خطر لاندې دي په لاندی ډول دی :

Imipeneme 0.5- 1gm/6-8hrs IV .1

Meropenem 1gm/8hrs IV .2

+An antipneumococcal , an antipseudomonal beta lactam .3

ciprofloxacin 400mg/8-12hrs or levofloxacin

Beta lactams + an aminoglycoside .4

(gentamycin,tobramycin,amikacin)+ azithromycin or FQ

Methicillin resistance staphylococci (above +

vancomycin or linezolid 600mg/12hrs

د تداوي دناکامي لاملونه:

1. مایکروبیالوژیک تشخیص غلط وي

2. د اتی بیوتیک انتخاب او دوز غلط وي

3. د دوا په وړاندې حساسیت وي او یا جاني عوارض وي

4. انتاني اختلالات وي لکه (امپیم، میتاستیک انتان وي، پارانمونیک

ایفوژن وي، بل انتان یوځایي شوي وي، اتیلکتازس وي

5. د بدن دفاعي حالت ضعیف وي

6. خواتانات یوځایي شوي وي

مخنيوي:

1. سگرت بند شي
2. دنموکوک او انفلوانزا لپاره واکسين په لاندې حالتو کې وشي
 - a. معافیت بڼه وي خو دناروغ عمر ۶۵ کاله اويا زيات وي
 - b. مزمن ناروغي ولري
 - c. معافیت مغلوب وي خو عمر د ۶۴ کاله يا کم وي

په روغتون کې د بستر استطببات :

1. عمر د ۶۰ کالو څخه زيات وي
 2. داستما ناروغي ولري
 3. دسپرو مزمن انسدادې ناروغي ولري
 4. ستروبيد يا برانکو دايلاتور استعمالوي
 5. ځنډې نې ناروغي ولري (DM,cancer,renal and cardiac disease)
 6. $WBC < 5000$
 7. نور اتانات وي لکه (-staphylococc,anaerobic infection,G)
 8. سگرت زيات څکي
 9. تفحيبي اختلاطات ولري
- (empyema,meningitis,endocarditis,arthritis)
10. د خولي دلاري د رمل خوړلي نه شي
 11. $RR > 30/mint, HR > 140/mint, SBP < 90mmHg, paO2 < 60,$
 12. شعوري حالت خراب وي
 13. دروغتون څخه دباندې درملنه مشکل وي
 14. پراخه راډيولوژيک بد لونه وي
 15. ډير معافیت ځپلي وي

د تداوي د د وام موده: په لاندي فکتورونو پوري اړه لري: کم تر کمه ۵ ورځي پوري تداوي شي. د تداوي د وام موده په لاندي حالاتو پوري اړه لري ۱- دناروغي شدت پوري ۲- د اتان نوعیت پوري ۳- تداوي په مقابل کي ځواب پوري ۴- اختلاط او پوري ۵- ضمیموي ناروغي پوري

د کلنیک له نظره خراب انزار:

1. RR > 30
2. میخانیک تهویه ته ضرورت وي
3. څو لوبه اخته شوي وي
4. فشار بنکته وي
5. فشار لوړونکي د رمل ته اړتیا وي
6. ولیکویوریا وي
7. شعوري حالت خراب وي
8. د سپرو نوري ناروغي وي

د لابراتوار نظره خراب انزار:

1. Hypoxia($pao_2 < 8kpa$)
2. Leukopenia($wbc < 4000/mm^2$)
3. Leukocytosis($> 20000/mm^2$)
4. Serum urea $> 7mmol$
5. Postive blood culture
6. hypoalbumnemia

CURB 65 Rules اود نمونیا د تداوي ځاي:

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

CURB 0 or 1

کور کي تداوي شي

CURB 2

لنډ ي مودي لپاره روغتون کي بستر شي

CURB 3

روغتون وارد کي بستر شي

CURB 4 or 5

ICU کي بستر شي

Pneumonia

severity

index(PSI)

Major criteria -1

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

Minor criteria -2

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

Hospital Acquired Pneumonia (HAP)

په روغتون کي پيدا شوي نمونيا

pneumonia Nosocomial

اېډيمولوژی :

1. HAP: Hospital-acquired pneumonia

a. په روغتون کي وروسته د وو ورځو اويا په زيا ته موده کي پيدا شي

2. VAP: Ventilator-associated pneumonia

a. د ترخيال انټيو بيشن څخه وروسته د ۴۸ ساعتو په موده او يا زيات د دي څخه پيداشي

3. HCAP: Healthcare-associated pneumonia

هغه کسانو کي پيدا کيږي چي صحي کارونو کي بوخت وي لکه هيمو يا لايږس ، د زخم پانسماڼ کونکي کي او داسي نور . دا په ټولنه کي په هغه کسانو کي چي صحي خدمات کوي .

تعريف :

1. نمونيا د شفاخاني د بستريد و څخه ۴۸-۷۲ وروسته پيدا کيږي
2. ناروغ تبه او بلغم لرونکي ټوخي لري
3. په وينه کي سپين حجرات لوړ وي
4. د سيني په راډيو لوژي کي نوي ارتشاحات پيدا کيږي
5. د ترخيا او برانکسونو افرازات خيرون وي
6. اتنا په روغتون کي د داخليدو پرمهال نه وي.

پتوجینیزس :

دلاندې فکتورونو په واسطه کولای شو چې HAP او CAP سره تفریق کړو:

1. هاپ د مختلفو اتاناتو له کبله پیداکېږي
2. په هاپ کې د دوا په مقابل کې مقاومت ژر پیداکېږي
3. په هاپ کې د ناروغ لومړني صحي حالت دانتان د شدت د زیاتوالي لامل کېږي.

1. د تنفسي لارې د تدایوي ساما نونه له کبله خطري فکتورونه :

a. میخانیکي تهوي ساما نونه

i. د احیایي مجد د او سپایرو میتري منتن سامانونو له کبله

ii. دتنفسي لارې د سکشن په وخت کې

iii. نیبولایزن دلاري

b. هغه خطري فکتورونه چې په خولي او فرنکس کې دانتا نا تو د

تولید و لامل کېږي :

۱- غیر شعوري حالت وي - ۲- هاپوتنشن وي ۳- پښتورگو

عدم کفایه ۴- لوكو سا يتوزس ۵- دسپرو مزمن انسدادی

ناروغي ۶- شرابي ۷- روغتون کې داوسید و موده ۸- تغذیوي

حالت ۹- انتي بیوتیک په واسطه درملنه ۱۰- انتویوشن ۱۱-

په بېرني مراقبت خونه کې بستر وی.

هغه خطري فکتورونه چې په معده کې دانتا نا تو د تولید و لامل کېږي عبارت دي

له : ۱- زاره کسان ۲- Achlorhydria. ۳- Antacids and H2 blockers. ۴- پي پي آی

استعما لول ۵- دمعدې په محتویاتو کې د مزدوج بیلوروبین زیاتولي ۶- سکرالفت دمعدې

په اسید باندي لږ اغیزه لري

هغه خطري فکتورونه چې داسپیریشن لپاره خطري دي :

1. دشعور خرابوالي چي د تروما يا خوب راوړونكي دواگانو له كبله وي
2. Nasogastric intubation
3. ستون ستاغ ملاسته
4. Endotracheal tube

د HAP اسباب :

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

كلنيكي لوحه:

معمول كلنيكي لوحه عبارت دي له : ۱- پوخي ۲- تبه اولرزه ۳- دسيني پلورايي
درد ۴- ساه لنډي ۵- بلغم شتون ۶- اسهالات ، كانگي اوزړه بد والي

فيزيكي معاينه :

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

تشخيص :

1. ۲۰٪ کي دويني کلچر مثبت وي ، سمپل د د وومختلفو ځا يونو څخه واخيستل شي
2. دويني گازات معاینه شي که اکسیجن ضرورت وي توصیه شي
3. د ويني بشپړ معاینات او بیوشیمیک معاینات د ومره ارزښت نه لري
4. د سيني راډیو لوژیک هم وصفي نه دي
5. که پلورال ایفوزن وي ما يعات يي معاینه شي
6. د بلغمو کلچر او گرام ستین معاینات نه حساس دي او نه وصفي .

مخنيوي:

1. ناروغ سره د تما س څخه وروسته لاسونه ووينځل شي
2. د خطر لاندې کسا نوته د نموکوک او انفلو انزا واکسين وشي
3. مقاوم ناروغان تجريد شي
4. سامان الات پاک شي

درملنه:

۱- که د اتتان د مقاومت خطر د څو د رملو په مقابل کي لږ وي نو يودلاندي دواگانو څخه ورکول کيږي :

Ceftriaxone	1-2gm/12-24hrs	IV	1.
Gemfloxacin	320mg/d	orally	2.
Moxifloxacin	400mg/d	IV or orally	3.
Levofloxacin	750mg/d	IV or orally	4.
Ciprofloxacin	400mg/8-12hrs	IV or orally	5.
Pipracilline- tazobactam	3.375-4.5gm/6hr	IV	6.
Entapenem	1gm/d	IV	7.

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

۲- که د اتان د مقاومت خطر د خو د رملو په مقابل کې زیات وي دلاندې

کتگوریو څخه یو دوا ورکول کېږي :

Antipseudomonal antibiotic .i

Cefipime 1-2g /12hrs iv .ii

Ceftazidime 1-2gm/8hrs IV .iii

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

Meropenem 1gm/8hrs IV .v

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

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

دویمې انتي سود ومونال دواگانې :

Levofloxacin 750mg/d iv .i

Ciprofloxacin 400mg/8-12 hrs iv .ii

Gentamycin,amikacin, tobramycin .iii

د متیسیلین په وړاندې مقاوم سودوموناس .iv

Vancomycin .v

Linezolid 600mg/12hrs iv .vi

BRONCHIECTASIS

تعريف:

برانکیکتازس یو ولادي یا کسبي ناروغي دي چي د لویو برانکسونو د د یوال په دایمي نه گړخیدونکي توسع او تخریب باندي متصف دي

اسباب:

- ۱ - اتانات : ۱- بکتريایي نمونیا ۲- تبر کلوز ۳- توره توخله ۴- شري ۵- انفلوانزا
- ۲- د نژدي هوایي لارو انسداد : ۱- د اجنبي جسم اسپیریشن ۲- د هوایي لارو سلیم تومورونه
- ۳- د کوربه دفاعي میکانیزم خرابوالي

• Ciliary dyskinesia (Kartagener's syndrome)

1 situs inversus

2 bronchiectasis

3 sinusitis

• Humoral immunodeficiency

4- ولادي تشوشتات : ۱- Cystic fibrosis. ۲- Antitrypsin deficiency -α1

غیر اتاناي اسباب : **Yellow nail syndrome**

1 bronchiectasis

2 lymphedema

3 pleural effusion

4 yellow discoloration of the nails

: Pathogenesis

د سببي عامل له کبله په کوچني او متوسط هوایي لارو کي د التهاب له کبله د برانکسونوپه دننه کي دنترفیلونو څخه التهابي میډیاتورونه افزایږي ، دا میډیاتورونه د برانکسونو الاستین ، غضروف او عضلات تخریبوي چي په نتیجه کي د برانکسونو د غیر رجعي توسع لامل کیږي . په

التهابي ساحه کي مکروفازونه او لمفوسایټونه تولیدیږي چي دمخاطي جدار د پلنوالي لامل کیږي . دغه پلنوالي د هوایي لارو د انسداد لامل کیږي چي د سږو د وظيفوي دندو د خرابوالي لامل کیږي . کله چي ناروغي پرمختگ وکړي په هوایي لارو کي او د سږو په پرانشیم کي فايبروزس مینخته راځي ، د هوایي لارو پاکيدل خرابیږي . د انسدادی ساحي په خلف کي د افرازاتو د تولیدو له امله انتاناتو ته زمينه مساعدیږي چي نور هم د برانکسونو د تخریباتو لامل کیږي .

پتا لوژي:

۱- د برانکسونو توسع او تخریب . ۲- د هوایي لاري د اپیتیلیوم تخریب . ۳- د ویني د کیپلاریو توسع او هایپر پلازیا
د برانکیکتازس ډولونه: ۱- cylindrical bronchiectasis: اخته برانکس توسع کوي او د افرازاتو پواسطه بند یږي . ۲- varicose bronchiectasis: اخته برانکس غیر منظم توسع کوي چي د وریدي واریکوز پشان ښکاري . ۳- saccular (cystic) bronchiectasis : برانکس د بالون پشان ښکاري.

کلنیکي لوحه:

۱- زیات مقدار بد بویه خیرن بلغم . ۲- مزمن توخي . ۳- وینه لرونکي بلغم . ۴- متکرر نمونیا . ۵- سیستمیک اعراض (تبه او وزن کمیدل) . ۶- د سږو په فیزیکی معاینه کي دناروغي په مقدم حالت کي سږي نارمل وروسته کریپیتیشن اوریدل کیږي . ۷- انیمیا . ۸- دناروغي په وروستي وخت کي لاندې حالات پیدا کیږي لکه ۱- د گوتو گلابینگ . ۲- امفزیما . ۳- کور پلمونل . ۴- ښي زړه عدم کفاییه . ۵- امیلوایو د وزس . ۶- د احشا وو ابسي .

: CHEST X-RAY

1. د سیني رادیو گرافي کي برانکسونه متوسع او پلن ښکاري ، غیر منظم کثا فتونه او اتیلکتازس او نقطوي کنسولیدیشن ښکاري
2. ښه تشخیص یي د high resolution CT scan ، Bronchoscopy او (gold standard) Bronchography پواسطه کیږي .

تفریقي تشخیص :

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

لابراتواری معاینات:

- ۱- بلغم د کلچر حساسوالی او تبرکلوزلپاره معاینه شی ۲- د سپرو وظیفوی تستونه د سی او پی ډی لپاره معاینه شی ۳- د وینی د سپینو حجاتو شمیر زیاتوالی د وراضافه شوی اتتان باندی دلالت کوی او د ازونوفیل زیاتوالی د aspiragellosis Bronchopulmonary باندی دلالت کوی .

درملنه:

طبی اهما مات : ۱- اتی بیوتیک : د ۱۰-۱۴ وروځو لپاره

- 1. Amoxicillin- clavulanate 500mg/8hrs
- 2. Ampicillin or tetracyclin 250-500mg/6hrs
- 3. Trimetoprim-cotrimoxacillin 160/800mg/12hrs
- 4. Ciprofloxacin 500- 750mg /12hrs
- 5. وقایوی درملنه لپاره ازیترومایسین ۵۰۰ میلیگرامه اونی کی دري ځله د ۶ میاشتو

لپاره توصیه کیږي

۲- د سینی فیزیوتراپی :

۳- وضعیتي د ریناژ ترڅو بلغم خارج شي

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

LUNG ABSCESS

تعريف:

که د سږو نکروتیک انساج یا قیحي مایع په یوجوف کي راټولي شي او د سږو دمزمن پلن التهابي نسج په واسطه احاطه شي (pneumonitis) د سږو دابسي په نوم یا دیري .

اسباب :

Peptosretococcus, Bacteroids, Fusobacterium species & Microaerophilic streptococcus.

ایروبیک اتانات : ۱- *Staphylococcus aureus* ۲- *Streptococcus pyogens* ۳-

Hemophilus ۵- *Klebsiella pneumoniae* ۴- *Streptococcus pneumoniae* (rarely)

Gm negative bacilli. ۸- *Nocardia species* ۷- *Actinomyces species* ۶- *influenza*

غیر بکتریایی اتانات :

• Parasites : ۱- *Paragonimus* ۲- *Entamoeba.*

• Fungi : ۱- *Aspergillus* ۲- *Histoplasma* ۳- *Blastomyces* ۴-

[*Mycobacterium.* ۵- *Coccidioides*].

پتالوژی :

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

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

کلنیکي لوحه :

اعراض عبارت دي له : تبه، ټوخي ، بد بویه بد مزې بلغم ، دشپي له خوا خوله ، بي اشتهايي، وزن کمیدل، وینه لرونکي بلغم ، دپلورا التهاب .

فيزيکي نښي :

1. خفيفه د رجه تبه په ان ايروبيک ايسی کي وي
2. >38.5 تبه په نورو اتاناتو کي وي
3. دغابونو ناروغي موجود وي
4. دکنسوليد شن نښي عبارت دي له :
- سږي په قرع سره ډل وي
- په اضغا سره په سږو کي کرپيتيشن او برانکيل بریتينگ اوريدل کيږي ، تنفسي اوازونه ښکته وي. کله کله فريکشن رب اوريدل کيږي
5. کله کله د گوتو کلابينگ ليدل کيږي

لاپراتواري معاینات:

1. دويني بشپړ معاینات
2. دبلغم معاینات دگرام ستين کلچر تبرکلوز لپاره تر سره شي
3. دبلغمو کلچر د ان ايروبيک اتاناتو لپاره مناسب نه دي ځکه چي د خو لي دنوروفلورا سره متنن شوي وي ، نو د دي اتاناتو د کلچر لپاره دترانس توراسيک افرازات ،توراسنتيزس او برانکوسکپيک دلاري سمپل واخيستل شي
4. د-د ويني کلچر د اتان د نوعيت لپاره تر سره شي

راډ يولوژي:

1. دراډيولوژيک منظري له مخي ان ايروبيک اتانات په لاندي ډول دي :
2. دسږو ايسی : دسږو کهف (کاويټي) د پلن د يو ال لرونکي کنسوليد یشن پواسطه احاطه شوي وي او اکثراً په جوف کي داوبو او هوا خيال سطحه ليدل کيږي .
3. نکروتيزينک نمونيا : په دي حالت کي د کنسوليد یشن په ساحه کي متعدد د کهف موجود وي .۸- امپيما : د پلورا په جوف کي خيرن مايع وي

4. ۹- الټراسونوگرافي پواسطه دمايع موقعيت معلوميري



پتوجينيزس :

که د سږو نکروتیک انساج یا قیحي مایع په یوجوف کي راټولي شي او د سږو دمزمښ پلن التهابي نسج په واسطه احاطه شي (pneumonitis) د سږو دابسي په نوم یا دیري .ان ایروبیک ابسي دایروبیک ابسي بر خلاف بد بویه وي . لومړني ابسي د نمونیا یا وروفرنچيال افرازاتو اسپیریشن څخه وروسته مینځته راځي اودويمي د برانکسونو دانسداد ،برانکیکتازس او یا دبل منتن ځایي څخه مینځته راځي . ابسي د بڼي سږي د خلفي سکمنت په بڼي پورتنی لوب کي مینځته راځي سپتیک امبولي ددبکتریمیا او د ترای کسپید دسام اندوکاردايتس څخه وروسته مینځته راځي .

دسږو دابسي مساعدونکي فکتورونه :

۱- د خولي د جوف ناروغي ۲- د غاښونو ناروغي ۳- د وریو التهاب ۴- شعوري حالت خرابوالي
۵- الکھول ۶- کوما ۷- په دوا اعتیاد ۸- بي هوښي ۹- اختلاجات ۱۰- - معافیت ځپلي ناروغان ۱۱- ستروید په واسطه درملنه ۱۲- سوي تغذي ۱۳- اکلیژیا ۱۴- دمري ناروغي ۱۵- ریفلوکس ناروغي ۱۶- دمري بند والي ۱۷- دټوخي عکسي انحطاط .

اختلاطات:

۱- که ابسي د پلورا جوف ته څیري شي د امپیمیا سبب کیږي ۲- د پلورا فبروزس ۳- تنفسي عدم کفا یی ۴- برانکوپلورال فستول ۵- د پلورا او پوستکي تر مینځ فستول ۶- تراپید پلورا .

تشخیص :

دسرو ايسی تشخیص دتاریخچی، فیزیکی معاینی او لابراتواری معایناتوپه واسطه کیږی .

تفریقي تشخیص:

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

تداوي:

1. Clindamycin لومړي ۶۰۰ملي گرامه د رگ دلاري هر ۸ ساعته بعد توصیه کیږي، وروسته
۳۰۰ ملي گرامه د خولي دلاري هر ۶ساعته بعد ورکول کیږي او يا amoxicillin-
clavulanate 875/125 mg/12hrs توصیه کوي .

2. Penicillin(amoxicillin 500mg/8hrs OR pencillin –G 1-2million unit 4-6hrs
plus(+) metronidazole 500mg orally OR IV د لاري توصیه کیږي . پنسیلین
یوازي اغیزه نه لري . د رملنه ته تر هغه وخته پوري دوام ورکول کیږي تر څو رادپولوژیک
بدلونونه بڼه شي .

3. ان ایروپیک برانکو پلموناري ناروغي لپاره باید د تورا کوستومي تیوب دلاري د امپیمما
مایع تخلیه کیږي

4. کله کله خلاص د ریناژد احاطه شوي مایع لپاره تر سره کیږي

د جراحي تداوي استطببات:

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

مخنیوی :

مقدم انتی بیوتیک پیلول دبرانکسونوپه پاکولوکی گتور دی ددرملنی کورس کموی او ښه والی راولی . که ناروغ لوړه تبه ولری بایدبستر شی او په داسی کوته کی بستر شی چی ازاده هوا تهویه ولری ترڅو مخاطی بدبوی دکوتی څخه لری شی . خوله پاک وساتل شی ، دمالگی یا Duo Beier's liquid سره خول ووینځل شی تر څو دخولی بدبوی لری شی . دبلغمویپاله سر پت وساتل شی او دورځی یوځل پاک شی او داتان څخه پاک شی . دزیات خولی له کبله ناروغ فشار ښکته کیږی فشار باید ثابت وساتل شی . پوستکی پاک وساتل شی . محیط پاک وساتل شی . جامی وخت په وخت بدل شی .

انزار:

دطبی تداوی سره ۹۰٪ ښه کیږی او انزار ښه وی .

Atelectasis

(کولپس) :

هغه حالت ته ویل کیږي چې د برانکسونو دانسداد له کبله سږي کولپس وکړي چې په نتیجه کې دگازاتو تبادلې له مینځه ځي او یا کمیږي . دا کیدای شي چې په ټول سږي کې او یا د سږي په یوه برخه کې وي ، دا باید دسږو کنسولیدشن څخه توپیر شي .

اسباب :

- ۱- وروسته دجراحی عملیاتو څخه (دگیډي دحرکاتو محدودیدل)
- ۲- سگرت څکونکي اوزار په ډیر ترخطر لاندې دي
- ۳- د تومور، لمف نود او تبرکل له کبله دبرانکسونو انسداد
- ۴- سرفکتانت کموالي

پتالوژی :

کولپس د سيني په راد یو گرافي کې بنکاري . کولپس کیدای شي په نارمل حالت کې د هوا دخارجیدو له کبله هم وي . کولپس په حاد ډول وروسته د عملیاتو څخه او یا د سرفکتانت دکموالي له امله او یا په نوي زیږدلي ماشومانو کې (*infant respiratory distress syndrome*) پیدا شی .

پتوفزیالوژی :

1. د هوایی لاری دننه بند وی .
2. هوایی لاری بنایی دباندي له خوا فشار لاندی راشی او بند شی .
3. دسږو انساج دفشار له کبله تخته شی (متراکم شی).
4. اسناخ بشپړ ونه پرسیږی .

ویشنه :

اتیلکتازس په حاد یا ځنډني ډول وي . په حاد حالت کې سږي نوي د هوا څخه تش شوی وي . په ځنډني حالت کې په ماوفه ځایي کې هوا نه وي ، اتانات وي ، برانکسونه پراخه شوي وي ، ویجا ریدنه او فبروزس لیدل کیږي .

Chronic atelectasis: ځنډني اتیلکتازسس په دوه ډوله دي :

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

۲- **Rounded Atelectasis (Folded Lung Syndrome)**: په دي حالت کې د پلورا د سکارینګ او ټولیدو له کبله د سږي باندي برخه ورو کولپس کوي چي د سږي په اکسري کې گرد خیال لیدل کیږي چي د سږي د تومور سره غلطیږي . دا ډول اتیلکتازس د پلورا د اسبیتوزس یا د پلورا د ځنډني فبروزس له کبله مینځته راځي .

Absorption (Resorption) Atelectasis : اتومسفير ۷۸٪ نایتروجن او ۲۱٪ اکسیجن لري چي اکسیجن د سنخي کپیلاري غشا په حذا کې تبادلې کیږي او نایتروجن د اسناخو د پړسوپ غوره ماده ده ، که اکسیجن په زیاته اندازه د نایتروجن ځای ونیسي بلاخره اکسیجن په وینه کې جذب کیږي د نایتروجن د کموالي له امله د اسناخو حجم کمیږي چي د اسناخو د کولپس لامل کیږي چي دي ته جذبي اتیلکتازسس وایي .

کلینیکي لوحه:

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

د سیني راډیو گرافي:

۱- د سیني راډیو گرافي . ۲- سي ټي سکن . ۳- برانکوسکوپي



تشخیص:

د تاریخچی، فیزیکی معاینی او د سینی رادیولوژیک معایناتو په واسطه کیږی.

مخنیوی:

Atelectasis په ماشومانو کې د اجنبی شیانو له کبله مینخته راځی چی باید نوموړی شیان د ماشومانو څخه لرې وساتل شی. په غټانو کې وروسته د جراحی عملیاتو څخه مینخته راځی چی د عملیاتو په وخت کې د نوموړی ناروغی مینخته راتگ څخه مخنیوی وشی.

درملنه:

- ۱- سببی درملنه
- ۲- د جراحی عملیې وروسته پیدا شوي کولپس د فیزیوتراپی په واسطه درملنه شي
- ۳- ژور تنفس او ټوخي کولو ته وهڅه ول شي
- ۴- هغه کسان چي د سینی سوي اشکال او یا عصبي ستونزي لري میکا نیکی تنفس ورکړل شي
- ۵- که انسداد د ټوخي په واسطه له مینځه لاړ نه شي د برانکسکوپي په واسطه له مینځه لاړ شي
- ۶- که انتان وي اتی بیوتیک توصیه شي
- ۷- نوموړ د جراحی عملیې او شعاعي درملني په واسطه له مینځه یوړل شي

PLEURAL DISEASE

PLEURITIS

تعريف:

دپلورا دحاد التهاب څخه عبارت دي چي دجداري پلورا دتخریش له کبله پيدا کيږي .

اسباب :

دپلوریتس اسباب عبارت دي له په ځوانانو کي چي کوم بل ناروغي نه وي دتنفسي سیستم وایروسي انتانات او نمونيا دي .دپنبتیو کسر هم دپلورايي درد لامل کيږي .د درملني لپاره سبب تداوي شي .

کلينيکی لوحه :

پلورا يتس په شديد ،موضعي ،تيز درد باندي متصف دي .چی درد د توهي ،پرنجي ،حرکت اوتنفس سره زیاتيږي .که د دیافراگماتیک جداري پلورا مرکزي برخه تخریش شوي وي درد يوي اوږي خواته خپريږي .

رادیوگرافي:

دسينی په اکسری کی دزړه ،سږی خیال اوکه په پلورايی مسافه کی مایع وی ښکاري ، دپلورزی دسبب په اړوند (نمونيا ،دپنبتیو کسر او سږو تومور) معلومات ورکوی .کله کله دسينی رادیوگرافي په دی ډول اخیستل کيږی چی ناروغ په دردناک ډډی باندي ځملول کيږی (decubitus chest X-ray) عکس ایستل کيږی .که د ولاړی په وضعیت باندي دپلورا په جوف کی مایع ښکاره نه شی نو په ملاستی وضعیت باندي ښکاري .

درملنه :

د درد او التهاب ضد درمل لکه اندومیتاسین ۲۵ ملیگرامه د ورځي ۲-۳ ځله درد اراموي. کودین ۳۰-۶۰ ملیگرامه هر ۸ ساعته بعد دخولي دلاري د درد لپاره چي دتوخي سره زیاتیري او په دي شرط چي دهوایي لارو دافرازاتو احتباس نه وي. همدارنگه دبین الضلعي عصا بو بلاک په گذري ډول درد اراموي.

Pleural Effusion

تعریف :

1. د حشوي او جداري پلورا ترمینځ په غیر نارمل ډول دمایع تولید و ته وایي هغه وخت ا یفوژن پیدا کیږي چي د مایع د جوړید و او جذب ترمینځ بیلانسن خراب شي
2. پلورایي مایع د جداري پلورا د کیپیلریوپه واسطه جوړیږي او د جداري پلورا د لمفاوي سیستم په واسطه جذب بیږي
3. په نارمل حالت کي :

1. 0.01cc/kg/hr تولیدیږي

2. 8.4ml د نیمي سيني وي

3. د سپینو حجرو شمیر ۱۷۰۰ په یو ملي متر مکعب کی وي چي ۷۵٪ حجرات یي

مکروفاژ او ۲۵٪ یي لمفوسیت دي پروتین یي د پلازم د پروتین غلظت څخه ۱۵٪

کم دي

4. پی ایچ یي ۶.۷-۶.۷ دي

5. ال. ډي. ایچ یي د پلازما څخه ۵۰٪ کم دي

6. گلوکوز یي د پلازما په اندازه دي

اسباب :

الف- د ترانزودیت پلورال ایفوژن اسباب:

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

ب- د اکزوداتيف پلورال ایفوژن اسباب:

1. *Neoplastic diseases* :Metastatic disease, Mesothelioma,

Infectious diseases : 1- Bacterial infections 2-Tuberculosis 3- Fungal infections

4-Viral infections 5- Parasitic infections .b

Pulmonary embolization .c

Gastrointestinal disease:1-Esophageal perforation 2-Pancreatic disease 3-Intraabdominal abscesses .d

Collagen-vascular diseases:1- Rheumatoid pleuritis 2- Systemic lupus erythematosus 3-Drug-induced lupus .e

Sjögren's syndrome .f

Churg-Strauss syndrome .g

Sarcoidosis .h

Uremia .i

Meigs' syndrome (ovarin tumor,ascitis,plural effusion) .j

Yellow nail syndrome .k

Radiation therapy .l

Hemothorax .m

Chylothorax .n

Drug-induced pleural disease (Amiodarone ، Nitrofurantoin)

کلنيکي لوحه :

اعراض :

- ۱- دسيني درد respirophysic chest pain ۲- دلومرني ناروغي کلنيکي لوحه وي ۳- سا ه لنډي هغه وخت وي چي دمايع اندازه د ۵۰۰ملي ليترو څخه زيات شي ۴- توخي

علايم :

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

پتوفزیالوژي له نظره د پلورال ایفوژن ډولونه:

1. transudate: د کیپلریو نفوذ یه قابلیت نارمل وي ،ها ید روستاتیک فشارلوړ وي او انکوټیک فشار ښکته وي ، غیر التهابي وي
2. Exudative: د د کیپلریو نفوذ یه قابلیت لوړ وي ،ها ید روستاتیک فشارښکته وي او انکوټیک فشار لوړ وي ،التهابي وي
3. Parapneumonic: اکزوداتیف ډول څخه دي چي د نمونیا له کبله پیدا کېږي
4. Empyema: په دي حالت کې سپین شیدو په شان مایع وي که مایع دوامداره ډول کیښودل شي دخیرني مایع له پاسه یو بل سپین طبقه ښکاري چي دسپین حجراتو څخه جوړ شوي وي یعنی مایع دوه پوره وي
5. Chylous effusion: په دي حالت کې سپین شیدو په شان مایع وي که مایع دوامداره ډول کیښودل شي دوه طبقې نه جوړېږي د کایلو میکران او ترايګلیسیراید اندازه د 100mg/dl څخه پورته وي ، د توراسیک ډکت د خیري کیدو له امله مینخته راځي .
6. Hemorrhagic plural effusion: د ویني او پلورایي مایع مخلوط څخه عبارت دي چي په یو ملي متر پلورایي مایع کې لس زره سره حجرات وي . او که سل زره سره حجرات وي د گراس تزفي ایفوژن په نوم یا د یري
7. Hemothorax: که دپلورا په جوف کې ښکاره وینه وي چي د تروما له کبله وي . په دي حالت کې د پلورا دمایع هیما توکریت او د محیطي ویني هیما توکریت نسبت د ۰۵ څخه

زیات وي ، په دي حالت کي مایع تخلیه شي ، تورا کوتومي اجرا کيږي ، که تخلیه نه شي د برانکو پلورال فستول لامل کيږي

لابراتواری معاینات:

اکزو داتیف مایع اوصاف :

• *Light's criteria*

1. د پلورا د مایع پروتین اوسیروم پروتین نسبت د 0.5 څخه زیات وي
2. د پلورا د مایع LDH او سیروم LDH نسبت د 0.6 څخه زیات وي
3. د پلورا د مایع ال.ډي . ایچ د سیروم د نارمل لوړ اندازي څخه $\frac{3}{2}$ په اندازه لوړ وي
4. د پلورا د مایع کولسترول 60mg/dl څخه زیات وي .
5. د سیروم البومین او پلورا مایع البومین نسبت د 1.2mg/dl څخه کم یا مساوي وي

ترانسوداتیف پلورال ایفوژن اوصاف :

1. د اکزو داتیف پلورال ایفوژن د لابراتواري مایعاتو بر خلاف وي
2. گلو کوزیي د سیروم سره مساوي وي
3. پي ایچ یي د ۷.۴۰ او ۷.۵۵ تر مینځ وي
4. د سپینو حجاتو شمیر یي په یو مایکرو لیتر کي د $10^5 \times 10^5$ څخه کم وي چي زیاتره یي مونو نیوکلیر حجات وي

DIFFERENTIAL CELLS

1. تروفیل : که د پلورا په مایع کي د تروفیل شمیر د ۵۰٪ څخه زیات وي په حاد انتان دلالت کوي چي په لاندی حالاتو کي وي ۱- پارا نمونیک ایفوژن ۲- د سپرو امبولي ۳- پانکراتایس

2. مونسيت: که مونسيت يا کوچني لمفوسيت شمير د ۵۰٪ څخه زيات وي مزمن اتان بڼي لکه سرطان اوتبرکلوز

3. ازونوفيل: که د ازونوفيل شمير ۱۰٪ څخه زيات وي په لاندي حالاتو دلالت کوي ۱- د پلورا په جوف کي هوا يا وينه وي ۲- د دوا ریاکشن (لکه نايټرو فوراتين برومو کربتین) ۳- asbestos ۴- paragonimiasis ۵- Churg–Strauss syndrome.

4. د پلورا دمايع دگلوکوز اندازه: که دگلوکوز غلظت د 60 mg/dl څخه کم وي په لاندي ناروغ دلالت کوي: ۱- اختلاطي پارا نمونیک ایفوژن ۲- سرطاني ایفوژن ۳- هيمو توراکس ۴- تبرکلوز ۵- روما توید پلورال ایفوژن ۵- Churg–Strauss syndrome ۶ paragonimiasis ۷- لوپوس ایفوژن

5. د پلورا دمايع د Lactate Dehydrogenase اندازه:

a. زيا توالي: د التهابي درجي زيا توالي بڼي: کموالي يي دالهابي درجي کموالي بڼي

6. سايټو لوژيک مايعنات دسرطان لپاره ترسره کيږي

7. دتبرکلوزيک پلورال ایفوژن لابراتواري نښي:

1. لمفوسايت حجرات وي

2. ۴۰٪ څخه کموپيښو کي کلچر مثبت وي

3. adenosine deaminase (>40 U/L) (99.6% sensitive and 97.1 % specific)

4. Interferon gama (>140 pg/ml) 89% sensitive and 97% specific comparable to ADA

5. the PCR for mycobacterial DNA – definitive for TB.

• pH

1. که پي ايچ د ۷.۳ څخه کم وي د ريناژ استطباب لري

1. که پي ايچ د ۲۰.۷ څخه کم وي د لاندې حالاتو بنو د نه کوي : ۱-

parapneumonic effusion - ۲ malignant effusion

د پلورا د مایع نور تستونه:

1. Amylase لوړوي : ۱- pancreatic disease - ۲ . esophageal rupture - ۳

Adenocarcinoma of lung

2. antinuclear antibody لوړوالي : lupus pleuritis

3. rheumatoid factor لوړوالي : rheumatoid pleuritis

راډیولوژي:

1. د سږو کثافت نظر اوبو ته کم دي نو ځکه په ایفوژن کې سږي د اوبو له پاسه وي .

2. Subpulmonary pleural effusion کې د د یا فراگم زړه وحشي خواته بي ځا يه

کيږي او کوسټو فرينیک زاويه ما يل کيږي . په چپ طرف کې د معدي د هوا او

سږي تر مينځ فاصله د د و ساتتي مترو څخه زيات وي .

3. ۷۵-۱۰۰ ملي ليتره مایع دولاړي په حالت کې د راډیولوژي په جنبي منظره کې

بنکاري او که د مایع اندازه ۱۷۵-۲۰۰ ملي ليتره وي دولاړي په حالت په قدامي

منظره کې بنکاري

4. راډیولوژیک معاینات:

5. د CT scan ارزښت: د سږو لومړني ناروغي پري معلوميږي په دي کې لس ملي

ليتره مایع بنکاري . کم تر کم يو ساتتي متره مایع په پروت وضعيت کې د

توراسنتيزس پواسطه تخليه کيداي شي .

د ultrasonography ارزښت:

۱- loculated pleural effusions - ۲ iloculated effusions - ۳ جا مده کتله وي ۴- د

دي معایني په واسطه د لوکوليتيد (کپسول شوي ایفوژن) توراسنتيزس بڼه اسانيږي .

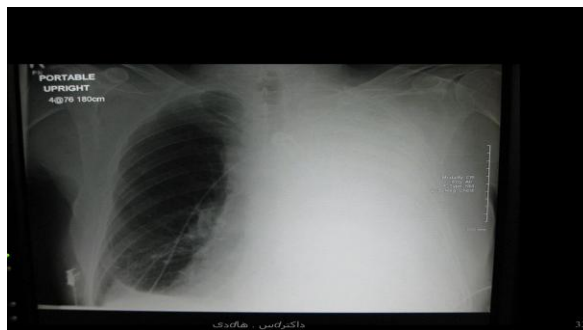
د MRI ارزښت:

۱- پلورال ایفوژن معلوموي ۲- پلورا تومور معلوموي ۳- که دسیني دیوال دسرطان پواسطه تر برید لاندې وي معلوموي ۴- دپلورال ایفوژن د ترکیب د مشخصاتو په اړوند معلومات ورکوي ۵- دهیموراژیک ایفوژن عمر معلوموي .

تشخیصیه تورا سنتیزس :

دا په هغه حالت کېږي چې د ایفوژن سبب معلوم نه وي تر سره کېږي

- دزړه د عدم کفایي پلورال ایفوژن: ۱- دوه طرفه وي ۲- دواړو خواوو ته په یوه اندازه وي ۳- ناروغ تبه او دسیني درد نه لري ۴- دایورتیک په واسطه تد اوي کېږي
- **Thoracentesis** استطبایات: ۱- قلبي تنفسي تشوشات وي ۲- دوه طرفه وي ۳- دسپرو حاده ازیما وي ۴- ثانوي انتان وي ۵- تبه او سیستمیک اعراض وي ۶- هیموراژیک ایفوژن وي ۷- کلاویکولاپوري رسیدلي وي ۸- قیح وي ۹- نفس تنگی وي
- **Thoracentesis** مظاهرو استطبایات: ۱- ناروغ اتی کواگولانت اخلي ۲- نرفي تشوشات وي ۳- مایع کم وي ۴- د پوستکي انتانات وي ۵- ناروغ میخانیک تهوي لاندې وي چې دلته د نموتوراکس د پیدا کیدو خطر وي
- د تورا سنتیزس څخه وروسته د سیني دراديوگرافي اسطبایات: ۱- که د عملي د اجرا په وخت کې هوا د پلورا په جوف کې وي ۲- ټوخي پیدا شي ۳- درد پیدا شي ۴- ساه لندي پیدا شي
- **Thoracentesis** اختلاطات: ۱- دسیني درد ۲- نرف (هیماتوما ، هیموتوراکس ، هیمو پریټونیوم) ۳- نموتوراکس ۴- ایمپیمما ۵- رخوه انساجو انتان ۶- دتوري اوځیگر سوري کیدل ۷- وازو واکل سنکوپ ۸- دتومور انتشار ۹- د پلورا په جوف کې دکتیتر یوه برخه پاتي کیدل ۱۰- دلیدوکائین په مقابل کې ریاکشن



درملنه:

1. Thoracentesis: دستني په واسطه دپلورا د جوف مایع تخلیه کيږي چي په هر ځل ۱۲۰۰-۱۵۰۰ ملي لیتره مایع ایستل کيږي
 2. Antibiotics که چيري اتاني وي اتني بيوتیک توصیه کيږي
 3. Chest tube که هوا او مایع موجود وي د دي لاري تخلیه کيږي
 4. Pleurodesis دپلورا په جوف کي کيمياوي مواد لکه دوکسيسیکلین اچول کيږي ترڅو التهابي عکس العمل لکه سکار نسج تولید شي چي حشوي اوجداري پلورا سره ونښلوي
 5. سببي ناروغي تداوي شي
 6. که ایفوژن ترانسودیت وي سببي تداوي شي
 7. اکزو داتيف ایفوژن هم سببي تداوي شي
 8. که ایفوژن اعراضی وي تخلیه شي
 9. غیر اختلاطي ایفوژن داتني بيوتیک سره ښه کيږي
- اختلاطي ایفوژن لکه امپيما د د ریناژ او اتني بيوتیک درملني سره ښه کيږي ۱- Tube thoracostomy ۲- Fibrinolytics ۳- Thoracoscopy ۴- Open thoracostomy ۵-
- Decortication

Malignant pleural effusion

- هغه ایفوژن چي دسرطان په سیرکي پیدا کيږي . تداوي يي په لاندې ډول دي . ۱-
- thoracentesis ۲- tube thoracostomy; ۳- pleurodesis.

د تیوب تورا کوسټومي استطببات: ۱- که د پلورا مایع د گلوکوز اندازه د ۶۰ ملي گرامه في د یسی لیتر څخه کم وي ۲- که پی ایچ د ۷.۲ څخه کم وي ۳- ال ډي ایچ د ۱۰۰۰ یونټ في لیتر څخه زیات وي.

د پلورال ایفوژن تفریقي تشخیص:

۱- د د یا فراگم څخه لپاسه ناروغی ۲- ضخیم پلورا ۳- امپیما ۴- هایډرو تورا کس ۵- لوبر نمونیا ۶- دسپروفایبروزس ۷- دسپروکتلوی کولپس ۸- دبرانکسونو تومور ۹- پریکارډیل ایفوژن ۱۰- کارډیومیگالی ۱۱- هیډاتیک کیست ۱۲- د یا فراگم لاندی اسی ۱۳- دځیگر اسی

پارا نمونیک ایفوژن:

۱. غیر اختلاطی پارا نمونیک ایفوژن: هغه حالت دي چي اکزو دات معقم وي، گرام

ستین او کلچر منفي وي، التهابی بدلونونه (لکه مایع د گلوکوز، پی ایچ او ال ډي ایچ) نارمل وي یوازی د انتی بیوتیک سره ښه کیږي

۲. اختلاطی پارا نمونیک ایفوژن:

a. په دي حالت کي د پلورا په جوف کي اتان وي او التهابی بدلونونه وي لکه

د مایع د گلوکوز ۶۰ ملي گرام في د یسی لیتر څخه کم وي، پی ایچ یی ۷.۲ څخه ښکته وي، ال ډي ایچ یی ۱۰۰۰ یونټ في لیتر څخه لوړ وي.

b. د دي حالت درملنه ستونزمن دي، که تداوي نه شي د fibropurulent

pleura (peeling or trapping pleura) سبب کیږي چي سږي خپل

دنده دلایسه ورکوي او د دايمي معیوبت لامل کیږي

c. Empyema

EMPHYEMA

هغه حالت ته وایي چي د پلورا کي ښکاره قیح او اتان موجود وي گرام ستین او کلچر مثبت وي

۱. اختلاطی پلورال ایفوژن دي.

۲. ناروغ کي تبه وي او د نمونیا اعراض دوامداره کیږي د تداوي سره اعراض له مینځه نه ځي

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

اسباب :

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

د pleural empyema خطري فکتورونه يي عبارت دي له الکولیزم ، د دواگانو کارول ، HIV infection, neoplasm د سرو ناروغي .

د Empyema سيستمیک او موضعی تظاهرات:

۱- د حشوي پلورا نکروزس ۲- برانکو پلورال فستول ۳- د جداري پلورا اوسيني جدار نکروزس ۴- د پښتو او ستون فقرات اوستيو ميا لیتس ۵- دمري فستول ۶- میتاستاتیک اېسي لکه د ماغ ته

تشخيص :

۱- د سيني راديو گرافي ۲- سونوگرافي چي تورا سنتيزس ته لارښود هم دي ۳- د مایع انا ليزس ۴- بد بويه مایع په ان اېروبيکانتان کي وي
 • تفريقي تشخيص يي د سرو اېسي او برانکو پلورال فستول سره کیږي

تداوي :

انتي بيوتیک دانثا ن کنترول لپاره (کلیندا مایسین یوازي يا دریم جنیریشن سپالوسپورین سره یوځایي ورکول کیږي) ، تخلیه اودریناژ دي
 د پلورا په دننه کي فايبرینولایتيک د وا اچول:
 • که د پلورا په جوف کي امپيما وي فايبرینولایتيک د وا لکه ستروپتو کا ينيز په جوف کي اچول کیږي

- که د پلورا په جوف کې د فایبرینو لایټیک اچولو سره بڼه والي پیدا نه شو نو tissue plasminogen activator and deoxyribonuclease (DN ase) اچول کېږي ترڅو خارج حجروي ډي ان آی کتا لیز شي او بایوفلم له مینځه لاړ شي چې د ډي په واسطه د رینا ژاسا نیږي او جراحي تد اوي ته ضرورت کمیږي .
- خلاص د ریناژهم ترسره کېږي .

Pneumothorax

تعریف :

1. د پلورا په تشه کې د هوا تولیدو ته وایي چې دلاندي لارو له کبله دپلورا په جوف کې هوا راټولېږي
 - a. دسږو څخه دسوري شوي حشوي پلورا دلاري
 - b. د سيني د جدار څخه دباندې دلاري دڅيري شوي سيني جدار دلاري ، دمري دفتول دلاري او يا د څيري شوي بطني احشاوو دلاري
 - c. د امپیمیا په حالت کې د گاز تولیدونکي مایکرو ارگانیزم په واسطه.

:Primary spontaneous pneumothorax

1. دناملوم علت له کبله پیدا کېږي
2. کیدای شي چې د apical sub-pleural bleb دڅيري کیدو له امله وي
3. د ویمي نمو توراکس د COPD، استما ، کیستیک فبروزس ، د حیض په وخت کې catamenal نمو توراکس په نوم یا دپږي

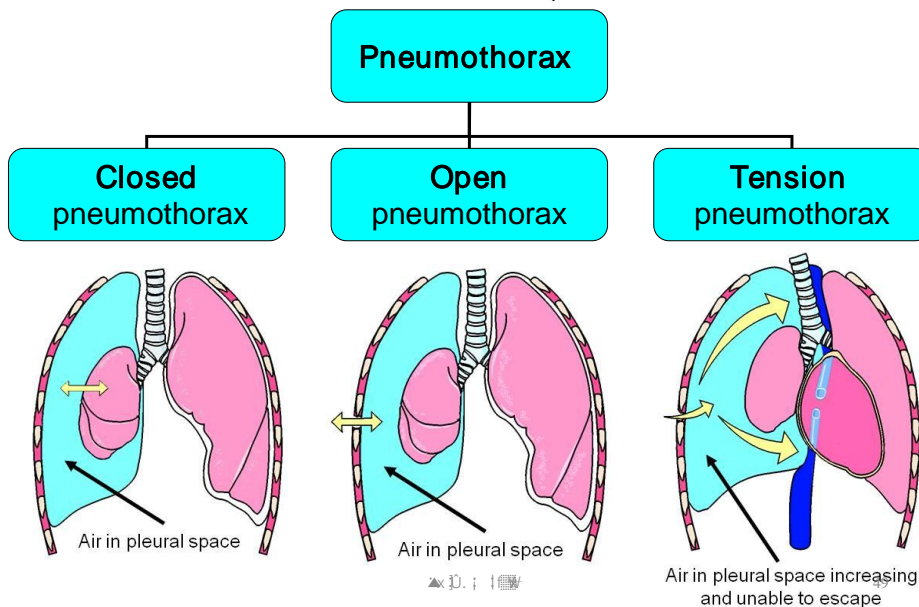
:Secondary spontaneous pneumothorax

- اسباب یې دسږو لاندي ناروغي دي: ۱- کا ویتې افت ۲- دسږو کیست ۳- امفیزیمیا
توز بولا ۴- نوماتوسیل .

:TRAUMATIC PNEUMOTHORAX

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

پتالوژی



Closed pneumothorax	Open pneumothorax	Tension pneumothorax
څیري شوي پلورا تړل شوي وي	څیري شوي پلورا خلاص وي	څیري شوي پلورا د توپ یا با یسیکل د وال په شان میکا نیزم لري یعنی هوا داخلېږي لکن بیرته خارجیدای نه شي
د پلور ا دجوف فشار د اتومسفیر د فشار څخه ښکته وي	د پلور ا دجوف فشار د اتومسفیر فشار سره مساوي وي	د پلور ا دجوف فشار د اتومسفیر فشار څخه زیات وي

--	--	--

دټنفسهې نموتوراکس کلنیکي لوحه: ۱- د سینې پلوراي درد د فعتا پیل کوي ۲- ساه لنډي
 ۳- تکیپنیا ۴- تکی کارد یا ۵- د سینې تناظر خراب وي (ماوف طرف بلج وي) ۶- ما وفه طرف
 کي تنفسي اوازونه بنکته وي

د نومو توراکس اختلاطات :

۱- دټنفسهې نموتوراکس متکرر حمله ۲- تنش نوموتوراکس ۳- هایدرو نمو
 توراکس ۴- کیست شوي نمو توراکس ۵- د نموتورکس څخه دهوا دلیري کیدو څخه
 وروسته سږي په کولپس ډول پاتي کیدل ۶- دسږو دانبساط څخه وروسته دسږو ازیما
 ۷- برانکو پلورال فستول ۸- نومو میډ یا ستونوم
 - سینې رادیوگرافي: ۱- د سینې توروالي زیات وی ۲- په تنش نوموتوراکس کي میډ
 یاستین روغ خواته بیخا یه شوی وی ۳- حجاب حاجز بنکته شوي وي ۴- سږي
 کولپس شوي وي

TENSION PNEUMOTHORAX

په دي حالت کي د سینې د جدار ترضیض د توپ د وال پشان میکا نیزم لري یعنی د اتو مسفیر
 څخه هوا د پلورا جوف ته دننه کیږي خو بیرته هوا د وال له کبله وتلي نه شي
 د تنش نوموتوراکس پتو فزیا لوژي: ۱- داخل پلورا جوف فشار زیات وي ۲- ما وفه طرف سږي
 کولپس کوي ۳- مري ، زړه ، ابهر او ترخیا مقابل لور ته تیله شوي وي ۴- تهو یه او دزړه دهانه
 خرابیږي
 د تنش نوموتوراکس کلنیک: ۱- شدید ساه لنډي وي ۲- ترخیا بیخا یه شوي وي ۳- د زړه
 دهانه کم شوي وي ۴- دغاږي ورید پر سیدل وي ۵- تنفسي او د زړه حرکات زیات شوي وي ۶-
 دوینی فشار بنکته وي

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

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

BRONCHOGENIC CARCINOMA

1. اعراض او علايم : نوي ټوخي وي او يا مزمن ټوخي وي ،ساه لنډی،وینه لرونکي بلغم ، بي اشتهايي او دوزن کميدل وی .
2. د سيني راديوگرافي او سي ټي سکن کي : نوډ ول يا کتله لويږي ،دوامداره کثافت وي ،اتيلکتازس ،پلورال ايفوزن وی .
3. سائتولوژیک او هستولوژیک معاینات : بلغم معاینه ،دپلورا مايع ،بايوسي

هستوپتالوژیک ډولونه:

1. برانکوجينیک کارسينوما ۹۰٪ د سږو لومړني کنسر دي
2. اسکواموز سيل کارسينوما (۲۰٪) دبرانکسونو داپيتيليوم څخه منشه اخلي
3. ادينوکارسينوما (۳۵-۴۰٪)
4. برانکو الويلر سيل کارسينوما (۲٪) Adenocarcinoma in situ
5. Large cell carcinoma (3-5%)
6. Small cell carcinoma (10-15%)

اسباب:

1. سگرت څکل ۲- محيطي فکتورونه: تنبا کو څکل ،راډون گاز ۳- اسبيتوزس) زياتره سگرت څکلو کي وي (۴- فلزات :ارسينیک ،کروميم ،نيکل ،اکيسيداييزيد اوسپنه .
2. صنعتي کارسينوجن : بسکلوروميټايل ايتر
3. کورني تاريخچه

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

اعراض او علايم	
توخی	8-75%
وزن بايلل	0-68%
نفس تنگی	3-60%
د سيني درد	20-49%
وينه لرونکی بلغم	6-35%
دهدو کو درد	6-25%
د گوتو کلابينگ	0-20%
تبه	0-20%
ضعيفی	0-10%
دسفاژ يا	0-2%
ویزینگ او سترایدور	0-2% س. هادی

د ميتاستازس کلينيکي لوحه

د تاريخچي اعراض:

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

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

لابراتواري تستونه:

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

دسيني راديوگرافي:

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

د CT گتی :

- ۱- دسر و او منصف کتله معلومول ۲- د ميتاستا زس تعينول
- برانکوسکوپي : ۱- هستولوژيک تشخيص ايردي ۲- د بيوپسي پواسطه هستولوژيک تشخيص او لمف نوډ ، ځيگر ته ، هډوکواو هډوکو مخ ته ميتاستا زس معلوموي .

اختلاطات :

دسر و کنسر نورو برخو ته ميتاستاس :

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

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

سندرومونه Paraneoplastic:

- 1. Secretion inappropriated of antidiuretic hormon(SIADH) Hyponatremia
- a. ACTH-producing tumors – (cushing syndrome) Small cell- Hypokalemia

2. PTH – Squamous cell – Hypercalcemia

اعراض ازړه بد والي , كانگي ، د گيډي درد , قبضيت پالي يوريا , تنده ، شعوري حالت خرابوالي

3. Calcitonin زياتوالي

4. Gonadotropin زياتوالي

5. Serotonin زياتوالي

Skeletal-اختلالات :

1. Clubbing - 30%

2. Hypertrophic primary osteoarthropathy - 1–10% adenocarcinomas).

3. Periostitis

د پوستکي تظاهرات :

a. Dermatomyositis

b. Acanthosis nigricans

c. polymyositis

عصبي تظاهرات :

1. Myopathic syndromes

2. Myasthenic Eaton-Lambert syndrome and retinal blindness

3. Peripheral neuropathies

Subacute cerebellar degeneration .4

Cortical degeneration .5

Polymyositis .6

د ويني تظاهرات :

-Migratory venous thrombophlebiti (Trousseau'ssyndrome),

-Nonbacterial Thrombotic (marantic) endocarditis with arterial emboli,

-Disseminated intravascular coagulation

-Thrombotic disease complicating cancer is usually a poor prognostic sign.

Hypocalcemia

د پښتورگو تظاهرات :

- Nephrotic syndrome

- Glomerulonephritis

Eaton-Lambert syndrome.

-Autoimmune responses

-Proximal muscle weakness, usually in lower extremities,

--Rarely - cranial nerve symptoms

- depressed deep tendon reflexes

دسرو دکنسر د ميتاستازس سلنه:

Adrenals - ~50% of cancers .1

Liver – 30-50% .2

Brain – 20% .3

Bone – 20% .4

تشخيص :

۱- د تومور تعينول ۲- د تومور نوعيت معلومول ۳- د تومور ستيژ معلومول

درملنه:

۱- جراحي ۲- کيموتراپي ۳- شعاعي درملنه ۴- اميونولوژيک درملنه

جراحي درملنه :

۱- لومړي او دویم مرحله جراحي تداوي کيږي ۲- د ریم مرحله وروسته دجراحي درملني څخه شعاعي درملنه کيږي

کیموتراپي :

۱- کوچني تومور کیموتراپي سره درملنه کيږي

د کیموتراپي اختلاطات : انیمیا ، لوکوپینیا ، انتانات ، زړه بدوالي ، کانګي ، کارډیو توکسیک ، دمشاني هیموراژیک التهاب او محیطي نیوروپا تي .

شعاعي درملنه :

دهډوکو درد ، سپینل کارډ باندي فشا رلري کولو لپاره ، برانکسونو انسداد اود پورتنی وریدي اجوافوسند روم درملني لپاره کارول کيږي ،

PULMONARY THROMBOEMBOLISM

مسا عد ونكي فكتورونه:

1. هوایي امبولي (عصبي جراحي، مرکزي وريد کتيتر).
2. امپوتیک مایع امبولی (وروسته د ولادت څخه).
3. شحمي امبولي (داوردو هډوکو کسرڅخه وروسته).
4. د اجنبي اجسام امبولی (د قرحي په وخت کې د تالک زرقيدل).
5. د پرازیت هگي امبولی (شيستوزوميازسس).
6. سپتیک امبولي (حاد انتاني اند و کار د ایتس).
7. توموري حجراتو امبولی (د پښتورگو د حجراتو کنسر).
8. د سفلي اطرافو وريدي ترومبوزس.
9. د ژورو وريدونو ترومبوزس (DVT (Deep Vein Thrombosis)).
10. ۵۰-۷۰٪ دسرو دامبولي منشه د سفلي اطرافو د ژورو وريدونو ترومبوزس (DVT).

Virchow's Triad

- ۱- وريدي رکودت : د بي حرکتې سره زيا تيرې لکه د بستر استراحت، وروسته د عملیاتو څخه، چاغي او ستروک)
- ۲- هايپر کواگولیشن: ۱- د ويني لزوجیت زيا توالي (پولي سايتميا) ۲- مرکزي وريدي فشار زياتوالي (قلبي دهاني کموالي، حاملگي) ۳- دواگانې لکه دخولي دلزي د حاملگي ضد دواگانې ۴- خباث او جراحي ۵- د پروتين اس او سي کموالي ۶- هايپر هوموسيستينيميا

۳- داوعيو د جدار زخمي کيدل : تروما او جراحي

دسرو دامبوليزم اغيزي:

- ۱- داوعيو انسداد: انسداد د فيزيولوژیک death space (wasted ventilation) د زياتوالي لامل کېږي چې د بني څخه چې خواته شنه دلزي دهايپوکسيا سبب کېږي

- ۲- دنيوروهمورال عكساتوله كبله وازو كنستريكشن پيدا كيږي
- ۳- كتلوي امبولي د بني زړه عدم كفايي لامل كيږي .
- ۴- د زړه دهانه كميرې
- ۵- دسرفكتانت د كموالي له امله اتيلكتازس مينخته راځي
- ۶- فيزيو لوژيک برانكوكنستريكشن د ويزينگ او تنفسي كارزياتوالي لامل كيږي
- ۷- هايپر وينتيليشن وي .
- ۸- وينتيليشن او پرفيوژن نسبت نا مساوي وي (پرفيوژن كميرې او وينتيليشن زيات وي)
- هيمو ډاينا ميک بدلونونه: ۱- دسرو داوعيو فشار لوړيږي ۲- په بني زړه باندي افتر لود زياتيږي ۳- د دوراني كولپس او شاك لامل كيږي

كلينيكي لوحه:

- ۱- ساه لنډي ۲- تكي كا رد يا ۳- هيمما پتيزس ۴- هايپوكسيما ۵- توخي ۶- ناخاپي مرينه ۷- د زړه ټكان ۸- گنگسيت ۹- دتبي نښي ۱۰- ويزينگ ۱۱- كريپيتيشن
- دسرو دلور فشار نښي : ۱- دغاږي وريدونه برجسته وي ۲- په ريوي ساحه كي د ويم اواز لوړ وي ۴- گالوپ ريثم اوريدل كيږي ۵- بني بطين بلج وي
- د وريدي ترومبو امبوليزم كلينيك :
- د سږو دكتلوي امبوليزم كلينيك : ۱- د سنكوپ او پري سنكوپ ناخاپي پيل ۲- د ويني فشار كموالي ۳- شديد هايپوكسيما ۴- ناخاپه د زړه د ريدنه
- Deep VeinThrombosis** ۱:- د پښو درد ۲- گرم والي ۳- پړسوپ
- Acute Pulmonary Embolism**: ۱- نفس تنگي ۲- د سيني درد
- pulmonary infarction** : ۱- د سيني پلوروتيك درد ۲- پلورال رب ۳- وينه لرونكي بلغم

لابراتواري معاينات :

EKG - ۱

a. سینوس تکی کار د یا

b. acute cor pulmonale

i. S1, Q3, T3 pattern

ii. Right BBB

iii. P-wave pulmonale

iv. Right Axis Divesion(RAD)

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

۳- شریانی وینی گازات:

1. اکسیجن بنایي نارمل وي

2. د شریانی وینی اکسیجن اوداسنا خود شریانی اکسیجن متفاوت وي

3. که چیري هایپوکسیا د سرو د نارمل راډیو گرافي سره وي د سرو په

امبولیزم باندي دلالت کوي

۴- د پلازما د **D-dimer** اندازه:

- دا یو کمیټي ۹۵-۹۷٪ حساسه معاینه ده چي اندازه یي د 300-500ng/ml

د 500mcg/L ده اود enzyme linked immunosorbent assay(ELISA) په واسطه

اندازه کیږي

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

وي.

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

۷- **ventilation perfusion lung scanning**

۸- **Pulmonary scintigraphy**

۹- **Pulmonary angiography**

تشخیص:

دسرو ترومبوامبولیزم د تاریخچی، فیزیکی معاینی اولبراتواری معایناتو په واسطه کیږی.

تفریقي تشخیص:

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

درملنه:

۱- اتتي کواگولیشن:

- APE(Acute pulmonary embolism):

درگ دلاري د LMW heparin او يا د ستند رد UF heparin سره اتتي کواگولیشن شي په دي شرط چي مضاد استطباب ونه لري. وارفارين به په اول ورځ دخولي دلاري پيليبري او تر ۶مياشتو پوري دوام ورکول کيږي. INR به په ۲.۵-۳ اندازه کي به ساتل کيږي. د ستند رد هيپارين سره aptt ۶ ساعته بعد معاینه شي ترڅو چي $aptt=1.5-2.5X \text{ control}$ ته ورسيږي په دي وخت کي ديبيا ځلي سږو امبوليزم خطر کميږي. د D-dimer داندازي سره د اتتي کواگولیشن د وام معلوميږي.

۱- ترومبو لايتيک درملنه: Streptokinase,urokinase,recombinant tissue plasminogen activator(rt-PA;altepase) دوي دپلازمين اندازه لوړه وي ترڅو چي داخلوعايي ترومبين مستقيماً لايږکيږي

د ترومبولاييک مضاد استطباب: ۱- داخلحقفي نرف ۲- تازه جراحي عمليات ۳- فعال نرف ۴- انوازيف پروسيجر ۵- حاملگي

په بنکتي وریدي اجوافو کي فلتر کيښودل:

دپه هغه وخت کي ايبنودل کيږي چي دانتي کواگولانت مضاد استطباب وي او دسږو امبوليزم يا DVT لپاره شديد خطري فکتورونه موجود وي. همدارنگه دمتکرر امبوليزم خطر موجود وي.

امبوليکتومی:

په نادرپيښوکی چي انتي کوواگولانت مضاد استطباب وی اوناکام شی دجراحی عملی یا میخانیکي عملی په واسطه امبولی ایستل کیږی .

Thromboendarterectomy

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

انزار:

مقدم تشخیص او تداوي سره انزار بڼه وي

حاملگي : ۱- په ښکتنی وریدی اجوافو کی فلتر کینبودل شی ۲- امبولایتیکتومي

IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS (IPF)

Idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) دا د سپرو ځنډ ی زیاتیدونکی د بین الخلالی نسج فبروزی نمونیا څخه عبارت دی چی علت معلوم نه دی، لومړی ځل په پاڅه عمر خلکو کی پیدا کیږی چی دهستولوپتالوژی او رادیولوژی له نظره د *usual interstitial pneumonia (UIP)* سره تړاو لری.

کلینیکی لوحه :

کلینیکی لوحه یی د زیاتره ریوی او زړه ناروغیو کلینیکی لوحو سره ورته دی. د تمرین سره ساه لنډی او یا وچ توخی د ۶ میاشتو څخه زیاته موده کی په وروورو ډول پیل کوی، ۵٪ ناروغان اعراض نه لری. غیر معمول سیستمیک اعراض یی عبارت دی له وزن کمیدل، لږه د رجه تبه، ستوماتیتیا، بی علاقگی، د بندونو درد او د عضلاتو درد څخه. د ناروغ په فیزیکی معاینه کی د دواړو سپرو په قاعده کی کریپیتیشن (*Velcro crackles*) اوریدل کیږی، *Digital clubbing* (25-50%)، 20-40% کی استراحت په حالت کی د سپرو فشار لوړ وی، د پلموناری دسام په ساحه کی دزړه دویم غږ لوړ او ثابت تضاعف وی، *holosystolic tricuspid regurgitation*، *murmur*، دبننگرو ازیما وی. دسپرو حرکات کم شوی وی.

هستولوژی :

- ۱- داسناخو د جدار حجروی انفلتریشن، پلنوالی، فبروزس او د تروفیل موجودیت.
- ۲- د تروفیل، ازونوفیل او مکروفافونو څخه اوکسیدانت مواد ازادیری چی دانساجو دتخریب لامل کیږی او فبروزس مینځته راځی.

تشخیص :

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

لابراتواری معاینات :

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

رادیولوژیک معاینات :

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

د سینی رادیوگرافی تشخیصه ارزښت نه لری . په محیط کی شبکوی کثافتونه وی زیاتره دسپرو په قاعده کی دشاتو مچی خالی په شان ښکاری .

Transthoracic echocardiography: د دی پواسطه دسپرو هایپرشنشن معلومیږی .

برانکوسکوپي .

بایوپسی .



• دسپرو فایبروزس

د رملنه :

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

تداوی شی . نور درملنه په لاندی ډول دی

تتباکو پرینبودل شی ، هایپوکسیا تداوی شی ، د انفلو انزا او نموکاکل نمونیا لپاره واکسین شی

پریډ نیزولون ، معافیت ځپونکی د رمل (ازاتا یو بورین ، سایکلو سپورین) ،

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

RESPIRATORY FAILURE**حاده تنفسي عدم کفایه:****تعريف:**

هغه حالت څخه عبارت دي چې دتنفسي سيستم د ندي په کي خرابيږي لکه اوکسيجنيشن، تهويه اود کاربن داي اکسايډ اطراح. په شديد حالت کي حياتي اعضاوي هم متاثره کيږي. هاپوکسيا هغه حالت ته وايي چې د شرياني ويني اکسيجن اندازه د ۶۰ ميلي مترسيما بو (7.8kpa) څخه ټنکته شي.

هاپيرکنيا هغه حالت ته وايي چې د شرياني ويني کاربن داي اکسايډ اندازه د ۵۰ ميلي مترسيما بو (6.5kpa) اندزي څخه پورته شي.

ويشنه:

الف: Type 1 Respiratory Failure (Acute Hypoxemic Failure)

هغه حالت ته وايي چې $paCO_2$ نارمل او paO_2 ټنکته وي. PH نارمل يا ټنکته وي. HCO_3 نارمل وي. په دې حالت کي پرفيوژن خراب وي.

ب: Type 2 Respiratory Failure Or Ventilator Failure

هغه حالت ته وايي چې $paCO_2$ لوړوي او paO_2 ټنکته وي. PH ټنکته وي. HCO_3 نارمل وي. په دې حالت کي وينتيليشن پرفيوژن تناسب خراب وي.

اېډيمولوژي:

دتنفسي سيستم دعدم کفایي او دثژاد ترمينځ اړيکي تر اوسه پوري تر خبرو اترو لاندې دي. دتنفسي عدم کفایي پيښدل داسيا يې اودهند د اصلي اوسيدونکو ترمينځ توپير نشته. Moss and Mannino داسي راپور ورکړي چې په افريقايي امريکانو کي د ARDS انزار نظر سپين پوستو ته زيات خراب وي.

اسباب:

- i. د هوایي لارو ناروغي: ۱- استما ۲- سي او پي ډي ۳- دفرنكس، لرنكس او ترخيا انسداد ۴- د سږو ازيما ۵- د سږو دپرانشيم ناروغي ۶- نمونيا ۷- د سږو بين الخلالي انساجو ناروغي
- ii. د سږو داوعيو ناروغي: ۱- ترومبو امبوليزم
- iii. دسيني دجدار، ديافراگم او د پلورا ناروغي
- iv. عصبي عضلي ناروغي گولين بار سندروم، پولي ميا ليتس.
- v. مركزي عصبي سيستم ناروغي
- vi. كاربن ډاي اكسايډ توليد زيا توالي لكه تبه اتانات او اختلاجات.

دهايوكسيا كلنيكي لوحه:

- ۱- ساه لنډي ۲- سيانوزس ۳- ناراحتي ۴- دماغي خرپر تيا ۵- خفگان ۶- هزيان ۷- تكيپنيا ۸- تكي كارديا ۹- هاپيرتنشن ۱۰- برادي كارديا ۱۱- قلبي اريتميا ۱۲- رعشه

دهايپر كينيا كلينيكي لوحه:

- ۱- ساه لنډي ۲- سردرد ۳- داوعيو توسع ۴- داخل القحفي فشار زيا توالي ۵- پوپيل ازيما ۶- تكي كارديا ۷- هاپيرتنشن ۸- خوبوري دماغي حالت او كوما ۹- تنفسي اسيد ورس ۱۰- د ستر گودمنظمي سوروالي ۱۱- استريكزس

درملنه:

د تنفسي عدم كفايي درملنه په لاندي ډول دي

- i. د تنفسي عدم كفايي دسبب درملنه.
- ii. دتنفسي محافظوي درملنه ترخوچي دگازاتو تبا دله په بڼه شان صورت ونيسي.
- iii. عمومي محافظوي درملنه.

تنفسي محافظوي درملنه : ۱- غير تهويوي تنفسي محافظوي درملنه (non ventilatory supportive care):

1. دها پيوکسيمیک تنفسي عدم کفایي د تداوي لومړني موخه حیاتي اعضاوته داکسیجن رسول دي په دي ترتیب چي شهیقي اکسیجن غلظت به د شریاني ویني د هیموگلوبین د غلظت څخه بنکته وي (شریاني ویني اکسیجن نارمل غلظت ۹۰ یا ۹۰% ($po_2 \geq 60 \text{ mmHg}$) or $\geq 7.8 \text{ kPa}$) څخه زیات وي . لور غلظت اکسیجن کومه گټه نه لري .
2. نارمل اکسیجن غلظت ناد را په مزمن ها پیر کپنیا کي دها پيو وینتیلیشن سبب کیږي .
3. د تنفسي اسید ورس دپیدا کید و له ویري د اکسیجن ورکول باید ونه درول شي .
4. د تنفسي لاري په مزمن انسدادی ناروغي کي ها پيو کسیمیا د لور غلظت لرونکي اکسیجن پواسطه د پوزي د کنولا (۱-۳ لیتره په یوه دقیقه کي) او یا (۲۴) 40%venturl mask دلاري اصلاح شي
5. لور غلظت لرونکي اکسیجن په نمونیا او ARDS کي دها پيو کسیمیا داصلاح لپاره توصیه شي .

۲- تهويوي محافظوي درملنه ventilator supportive care: تهويوي محافظوي درملنه د هوایي لارو د خلاص ساتلو او د اسناخو د وینتیلیشن په موخه اجرا کیږي په داسي ډول چي دمخ د ماسک (غير مداخلوي یا نن ان واسیف) او یا د ترخیال اتوبیشن دلاري تر سره کیږي .

الف: بیدون د مداخلي څخه د لور(مثبت) فشار په واسطه د وینتیلیشن اجرا کول (non invasive positive pressure ventilation)NPPV: دا عملیه د سي او پی ډي په هغه ناروغانو کي تر سره کیږي چي ها پیر کپنیک تنفسي عدم کفایي باندي اخته وي او خپل افرازاو کنترولولي شي او ماسک تحمل کولاي شي . مثبت فشار سره وینتیلیشن د مخ یا پزي ماسک په واسطه تر سره کیږي . د دي کار گټه دادي چي د اتیو بییشن ضرورت او په

بیرني کوته کي د پا تي کيد و موده کموي . acute lung injury ، ARDS او هغوي چي اکسيجنیشن يي د ير خراب دي د ا درملنه ورته دومره گته نه لري دوي بايد ميخانيک انتيو بيشن شي

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

1. دا کسيجن ورکولو سره سره بيا هم ها يپوکسيميا وي
2. پورتنی هوایي لاري بند وي
3. د هوایي لاري محافظه خراب وي
4. هوایي افرازات نه پاک کيږي
5. تنفسي اسيد ورس وي
6. ناروغ ستومانه ، تکيپنيک وي ، شعوري حالت يي خراب وي
7. اضافي تنفسي عضلات په تنفس کي په کار اچول شوي وي
8. اپنيا وي
9. په عمومي ډول په بیرني پيښو کي دخولي او ترخيا دلاري انتوبيشن د پوزي او ترخيا انتوبيشن څخه بڼه دي ځکه چي لومړني ميتود ژر اجرا کيږي او د ترضيضا تولا مه نه کيږي . د دي لپاره چي پوه شو چي د اندو ترخيال تيوب څوکه د ابهر دقوس په حذا کي دي بايد ژر تر ژره د انتوبيشن څخه وروسته د سيني ساده راد يوگافي واخيستل شي او دواړه سږي بايد اضغاشي چي ايا سږي دشهيق سره پر سيږي يا نه . د ترخيا دهغه تيوب څخه کار واخيستل شي چي حجم يي زيات او فشار يي کم وي (۲۰ملي متره سيماب) ترڅوچي د ترخيا مخاطي غشا ماوفه نه شي .

ج : mechanical ventilation : استطببات يي په لاندي حالاتو کی دي : ۱- اپنيا ۲- هغه

ها پير کپنيا چي د تاوي ۳- سره بڼه نه شي . ۴- شد يد ها يپوکسيميا ۵- پر مخ تللي ستوماتيا

د ميخا نيكي وينتيليشن اختلاطات: ۱- اتيلاكتازس ۲- دپوستكي لاندي امفيزيما ۳- نمو ميډ يا ستينيوم ۴- نمو توراكس ۵- سيستيميك غاز امبوليزم ۶- حاد تنفسي الكالوزس ۷- دپلورا لاندي د هوا كيسه ۸- هايپوتنشن ۹- دتهويي له كبله نمونيا.

عمومي محافظوي خارنه:

1. دكاربوهد ريت اخيستل دكاربن داي اكسايد توليد زياتوالي لامل كيږي چي بلاخره هايپر كپنيا تشد يديږي
2. دپوتاشيوم او فاسفوت كموالي دتنفسي عضلاتو دضعيفوالي له كبله ها پيو وينتيليشن دتشد يدو سبب كيږي
3. سيد اتيډ هايپونوتيک او اويپات په بڼه سنجول شوی دوز ورکړل شي ترڅوچي انتوبيوشن دوامداره نه شي .
4. دنيورو مسکولار بلاک کونکو په واسطه تنفسي عضلات په گذري ډول فلجیږي ترڅو چي بڼه انتوبيوشن اجرا شي
5. دوامداره کورتيکوسټريډ ورکول د ما يوپاتي لامل كيږي
6. دناروغ سيکالوژيک محافظه شي
7. دپوستکي د زخم څخه مخنيوي وشي
8. انتان درملنه شي
9. د سټريس گاسټريټس دمخنيوي لپاره سکرالفت ، ايچ ۲ ريسپټور انتا گونست او پي پي اي توصيه شي . که ايچ ۲ ريسپټور انتا گونست او پي پي اي د پي ايچ دلوړيدو سبب كيږي چي انتان ته لاره هوار يږي
10. دژورو وريدونواو سږو امبوليزم دمخنيوي لپاره دپوستکي لاندي ۵۰۰۰ ډيوټه هيپارين دور ځي دوه ځله توصيه كيږي

انزار:

1. دتنفسي عدم كفايي انزار دتنفسي عدم كفايي لومړني ناروغي پوري اړه لري .

2. که دتنفسي عدم کفایي کي دسيداتيف او اوپيات دوز کم وي دناروغي انزار بڼه وي .
3. که سي او پي ډي ناروغ کي ميخانيکي اتوبيشن ته ضرورت نه وي دتنفسي عدم کفایي انزار بڼه وي .
4. تنفسي عدم کفایي سره سيپسيس وي انزار خراب وي ۹۰٪ مړينه لري .

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

تعريف :

1. د تنفسي عدم کفایي حاد پيل دي .
2. په سږو کي د وه اړخيز کثافت وي .
3. په دي حالت کي دشرياني ويني اکسيجن او دشهيق شوي اکسيجن دغلظت فرکشن نسبت (FiO2) د ۳۰۰ملي متره سيمابو څخه کم وي
4. په حاد ډول د هايپو کسيا پيل دي چي د سيستيمیک او دسږو دحاد تخريباتو څخه له امله وي چی دزره عدم کفایي څخه پرته پيدا شي .

اسباب:

- سيستيمیک افات : ۱- تروما ۲- سيپسيس ۳- پانکراتايتس ۴- شاک ۵- DIC ۶-
- سوځيدل
- دواگانې : ۱- اوپيات ۲- اسپرين ۳- فينوتيازین ۴- نايترفورانتين ۵- تراي سايکليک انتي ډيپريسانت
- د ARDS لپاره خطري فکتورونه: ۱- سيپسيس ۲- د معدي د محتوياتو اسپيريشن ۳- شاک ۴- اتانات ۵- دسږو ترضيض ۶- غير صدري تروما ۷- توکسيک مواد و انشاق ۸- په نهر کي ډوبيدل ۹- د ويني متعدد ترانسفيوژن .

پتوفزيالوژي:

1. که د دي سندورم علت هر څه وي لومړي د سږو دکپيلريو اند وتليلل حجرات او داسناخو ابي تليلل حجرات تخريبيږي .
2. د پورته حجراتو دتخريب څخه وروسته داوعيو نفو ذيه قابليت زياتيږي او د سرفکتانت توليد او فعاليت کميږي
3. د دي تشوشاتوله امله په اسناخو او بين الخلالي انساجو کي ازیما پيدا کيږي ، اسناخ کولپس کوي او هايپو کسيا مينځ ته راځي .
د ARDS شدت درجه د شرياني وينې اکسيجنیشن له مخي تعينیږي:

1. خفيف ARDS: هغه حالت څخه عبارت دي چي د دشرياني وينې اکسيجن او دشهيق شوي اکسيجن دغلظت فرکشن نسبت (FiO2) د ۲۰۰ او ۳۰۰ ملي متره سيمابو تر مينځ وي .
 Pao_2/Fio_2 200-300mgHg
2. متوسط ARDS: هغه حالت څخه عبارت دي چي د د Pao_2/Fio_2 نسبت د ۱۰۰ او ۲۰۰ ملي مترو سيمابو تر مينځ وي
3. شديد ARDS: هغه حالت ته وايي چي د Pao_2/Fio_2 نسبت د ۱۰۰ ملي مترو سيمابو څخه کم وي .

کلينيکي لوحه:

- ۱- سا لنډي په چټکي او ژور ډول ۱۲-۴۸ ساعتو په موده کي پيليږي . ۲- تکيپنيا
- ۳- زجرت ورکونکي تنفس ۴- بين الضلعي فاصلي دننه خواته کش شوي وي ۵- په فيزيکي معاینه کي دسږو په قاعده کي کریپیتیشن اوریدل کيږي

تفريقي تشخيص:

- دسږو ازیما : په دي کي د سږو pulmonary capillary wedge pressure لوړ وي
په داسي حال کي چي په ARDS لوړ نه وي .

تشخيص:

دسيني راديولوژي :

1. منتشر يا نقطوي دوه طرفه انفلتریشن وي چي ژر يو د بل سره نښلي چي کوستو فرينیک زاويه مخشو شيرې هوايي برانکوگرام ۸۰٪ پيښو کي پيښې .
 2. دسپرو ډپورتنې زون وريدي کنجيسشن غير معمول وي
 3. دزره سايز نارمل وي
- پلورال ایفوژن کم یا نه وي

درملنه:

1. د اي ار ډي اس دتداوي لپاره لومړني ناروغي تداوي شي .
2. داخلاطاتو مخنيوي
3. دهايپو کسيا د درملني لپاره ترخيال اتيو بيشن شي او مثبت فشار ميخانيکي وينتيليشن تر سره شي ، دشرياني وينې د اکسيجن قسمي فشار د ۵۵ ملي متر سيمابو څخه لوړ وساتل شي (Sa O₂) دشرياني وينې مشبوع اکسيجن د ۸۰٪ څخه لوړ وساتل شي .
4. FiO₂ د ۶۰٪ څخه بنکته وساتل شي تر څو چي داکسين تسمم پيدا نه شي .
5. ملاستي وضعيت په ځينو ناروغانو کي اکسيجنيشن بڼه کوي .
6. هيمو ډاينامیک او دمايعاتو مانيتورينگ په ډير پاملرني سره شي .
7. مخنيوي: کوم مخنيوي کونکي اهمات نشته .

انزار:

1. په اي ار ډي اس کي ۳۰-۴۰٪ مرينه وي او که د سيپسيس سره يو ځاي وي ۹۰٪ مرينه لري ، متوسط عمر ۲ هفتي دي

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

دسپرو وظیفوي ناروغی:

دسپرو زیاتره حاد او مزمن ناروغی د کار په ځایي کې دمخرشو توکو دانشاق څخه پیدا کېږي

دسپرو وظیفوي ناروغی په لاندې ډول دي .

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

:ASBESTOSIS

اسبیتوزس د سپرو د بین الخلالی انساجو فایبرونود ولر بدلونونو څخه عبارت دي چې د کار په ساحه کې د اسپیتوز فایبرسره د معروضیدو (ساختمانی کارگرانو کې) له کبله د ۱۰-۲۰ کالو په موده کې پیدا کېږي. اعراض یې عبارت دي له ساه لنډی، شهیقي کریپیتیشن، کلایینګ او سیانوزس څخه دي. د سپرو رادیولوژیکی نښي یې عبارت دي له د سپرو په قاعده کې خطي ارتشاحات وي، مختلف شکله او سایز کثافتونه وي او په پرمخ تللي حالت کې دشاتو مچي ځالي په شکل منظره وي. تشخیص یې دپلورا کلسیفیکیشن اېرډي، ښه تشخیص یې د high resolution CT scan په واسطه کېږي.

:SILICOSIS

دا په د وامداره ډول د سلیکان دای اکساید دانشاق څخه مینځته راځي چې په سپرو کې د ۰،۳-۵ ملي سانتی مترو قطرو په اندازه نوډولونه وي چې په ټول سپرو کې د کوچني گرد کثافتونو په ډول ښکاري، که دغه کثافتونه کلسیفید شي د سپرو د زروي په محیطي نوډولونو کې دهګي د پوټکي په شان ښکاري. ساه سلیکوزس بی اعراضه او د سپرو وظیفوي تستونه

نارمل وي او په شدید شکل کې ساه لنډې او د سږو تخریبي او انسدادی ناروغي مینځته راځي . د دي ناروغي پېښې په تبرکلوزیک سږو کې زیات وي نوځکه هر سلیکوتیک ناروغ دتبرکلوز لپاره تست شي

:PNEUMOCONIOSIS

نموکونیوزس : دا د سږو یو مزمن فبروتیک ناروغي دي چې د غیر عضوي دورو د انشاق څخه مینځته راځي ، دا ناروغي دکلینیک له نظره غیر اعراضی وي او یا شدید اعراضی وي او په سږو کې منتشر نوډولر کثافتونه وي . په نموکونیوزس کې لاندې ناروغي شامل دي : ۱- Coal Worker's Pneumoconiosis ۲- Silicosis ۳- Asbestosis

Coal Worker's Pneumoconiosis: د انشاق شوي سکرو وړې د اسناخو د مکروفاژ په واسطه بلع کېږي چې د سکرو نوډول د جوړیدو لامل کېږي چې ۲-۵ملي متره قطر لري او د سږو په پورتنی برخه کې د منتشر کوچني کثافتونو په ډول دسینې په رادیوگرافي کې ښکاري . د دي ناروغي په ساده ډول کې ناروغ بي اعراضه وي او دسږو وظيفوي تستونه نارمل وي . دناروغي په شدید ډول کې دسږو پرمخ تللي کتلوي فبروزس وي چې دسږو د پورتنی برخې د راټولیدو لامل کېږي .

Caplan's syndrome: دا یو نادر ناروغي دي چې د سږو په محیط کې necrobiotic rheumatoid nodules دي چې ۱-۵سانتي متره قطر لري په هغه کسانو کې وي چې روماتویید ارتریس لري او په سکارو کې کارکوي

Hypersensitivity pneumonitis: هایپر سنسیتیف نمونایتس (خارجالمنشه الرژیک الویولایتس) د سږو د نن اتوپیک نن استماتیک التهابی ناروغي په نوم هم یادېږي ، دا ناروغي هغه وخت مینځته راځي چې دکار په ځای کې د انشاقی عضوي اتی جن سره معروض

شی . که چیري نوموړي اتيجن دکار ساحي څخه لري شي ناروغي دبیرته گرځید وور دي .
دپتالوژي له نظره بين الخلالي انساجو کي لمفوسیت او پلازما حجرات انفلتریشن کوي .

الف : دحادي ناروغي کلينيکي لوحه :

تبه ، ناراحتی ، توخي ، ساه لنډي اوزره بدوالي د انتي جن سره معروضيد وڅخه ۴-۸ ساعته وروسته ناڅاپه پيدا کيږي .

دا اعراض هغه وخت پيدا کيږي چي ناروغ دکارڅخه رخصت شي او يا ساه لنډي په حملوي ډول د شپي له خوا وي . په فيزيکي معاینه کي سيانوتیک وي دسرو په دواړو خواوو کي کریپیتیشن او په زړه کي تکی کار دیا اوریدل کيږي . دسيني په راديو گرافي کي دسرو په زړه او قاعده کي کوچني کثافتونه لیدل کيږي .

دويني په معاینه کي د سپینو حجراتو شمیر لوړ وي ، هایپوکسیمیا وي او د مرضي عامل په وړاندي سیروم کي انتي بادي وي .

دسرو په وظيفوي معایناتو کي دسرو وظيفوي تستونه محدود وي او دسرو نفوذ يه ظرفیت کم شوي وي .

ب: د تحت الحادي ناروغي کلينيکي لوحه : د تحت الحاد هایپر سنسیتف نمونایتس سند روم کلینیک عبارت دي له د توخي ځنډني پیل ، ساه لنډي ورومینځته راتلل ، بي اشتهايي ، وزن کمیدل او تنفسي عدم کفاییه څخه . د سينی په راديو گرافي کي سږي فبروتیک بنکاري . دبا یويسي په واسطه ناروغي تشخيصيږي .

:BERYLLIOSIS

دا دسرو دحاد يا مزمن ناروغي دی چی دسرو يا پوستکی دلاری د beryllium د جذب څخه پيدا کيږي . حاد BERYLLIOSIS توکسيک دی چی د beryllium سره دمعاروضيدو له امله د ulcerative tracheobronchitis او chemical pneumonitis لامل کيږي . ځنډنی

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

لابراتواری معاینات :

دسینی په رادیوگرافی کی د سږو په زروه او قاعده کی کوچنی کثافتونه او کلسیفیکیشن لیدل کیږی. دوینی په معاینه کی د سپینو حجاتو شمیر لوړ وی ، هایپوکسیمیا وی او د مرضی عامل په وړاندي سیروم کی انتی باډی وی . دسږو په وظيفوی معایناتو کی د سږو وظيفوی تستونه محدود وی او د سږو نفوذیه ظرفیت کم شوی وی .

دسږو د وظيفوی ناروغیو تشخیص :

د تاریخچی (مخرشو توکوسره دتماس ، دکار ځای ، اعراض او علایمو) لابراتواری معایناتو د دسینی رادیوگرافی ، سی تی اسکین) له مخی تشخیصیږی .

درملنه :

مخرش توکی وپیژندل شي او د بیا مخامخیدلو څخه یی مخنیوی وشي . په شدید مقاوم او حاد حالت کی پرید نیزولون دورځي . ۵۰ملي گرامه نظر په کیلو گرام وزن د بدن په یو دوز دسهار له خوا د ۲ اونیو لپاره توصیه کوي ، دوز وروورو کمیږی بلاخره د ۴-۶ اونیو په موده کی بلکل قطع کیږی .

دویم فصل

دزړه روماتیزمل ناروغی

ACUTE RHEUMATIC FEVER

تعریف :

دا سیستمیک معا فیتوي ناروغي دي چي دستوني د بيتا هيمولایتيک ستروپتوکوک انتان په پایله کي مینخته راځي. دناروغي نښي دانتان څخه ۲-۳ اوني وروسته کله یو اوني وروسته او کله ۵ اوني وروسته پیدا کیږي .

اسباب :

دروماتیک تبي سبب بیتا هيمولایتيک ستروپتوکوک انتان دي چي دستوني دانتان په تعقيب مینخته راځي ، دپوستکي د دانتان په تعقيب مینخته نه راځي .

پتو جنیزس:

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

وقوعات (INCIDENCE):

دناروغي پېښیدل په مخ پر ودي هیوادونو کي ۱۰۰ په ۱۰۰۰۰۰ کسانو کي دي .داقتصادي حالت ښه والي ، دکوراو ښونځي گڼ گون کموالي او دفرنجیتس مقدم درملنه دناروغي پېښي کمی کړي .

ایپیدیمولوژي:

د ناروغي پيښي مخ پرودي هيوادونو کي ډيري دي چي په ټوله نړي کي دکال ۲۵۰۰۰۰ تنه ځوانان ددي ناروغي له کبله مري ، په امريکا کي پرته د مهاجروڅخه پيښي يي کمي دي. دا ناروغي د ۵ او ۱۵ کلنو عمر تر مينځ پيښيري ، مخکي د ۴ کلني او وروسته د ۲۰ کلني څخه پيښي يي کمي دي

پتالوژي:

۱- داوعيو په شاوخوا گرانولوماتوز غبرگون او وازکولایتس وي . ۲- روماتیک کارديتس او د دسامونو التهاب بنایي پخپله بڼه شي او يا وروپرمختگ وکړي چي د دسامونو دبد شکلي لامل کيږي . ۳- په حاده مرحله کي ۷۵-۸۰٪ مترال دسام ، ۳۰٪ ابهر د سام (نادرا" يوازي اخته کيږي) او ۵٪ کي ترايکسپيد او ريوي دسامونه اخته کيږي . ۴- په عمومي توگه کاردايتس ۳۰-۴۰٪ د روماتیک فيور په حاده مرحله کي پيدا کيږي . ۵- د زړه ځنډني روماتیک ناروغي : د زړه روماتیک ناروغي د روماتیک تبي ديوي يا متکرر حملي په تعقيب مينځته راځي چي له کبله يي دزړه د دسامونو دکسپونو سؤي شکل ، دکميسورا وصليدل ، لنډيدل او د کوردا تيندنې وصليدل دي چي ددي پتالوژیک بدلونونو له امله دزړه د دسامونو تنگوالي يا عدم کفاييه او يا دواړه يي په يو ځايي ډول پيدا کيږي . دزړه په ځنډني روماتیک ناروغي کي يوازي دمترال دسام ۵۰-۶۰٪ ، دواړه د مترال او ابهر دسامونه يو ځايي ۲۰٪ ، ترايي کسپيد دسام ۱۰٪ ، خالص ابهر د سام ډير لږ اخته کيږي ، مگر دمترال يا ابهر دسامونو اخته کيدل په متکرر اتان کي ډير معمول دي

کلنيکي لوحه:

۱- دوه لوي يا يو لوي او دوه کوچني نښي تشخيص ايرډي . ۲- ايکو په واسطه د دسامونو ابناړملتي معلوميري .

لوي نښي (major criteria):

الف - Carditis

Endocardial-1 : ۱- دمترال یا ابهر د سام عدم کفاییه مرمر چي د دسام دحلقي پراخوالي بني چي د دسام دالتهاب سره یوځای وي او یا نه وي ۲- Carey-Short mid-diastolic murmur (Coombs) بنایي واوریدل شي ۳- د زره داوازونوپه کیفیت کي بدلون

Myocardial - 2

1. Tachycardia ان داستراحت په وخت کي

2. Arrhythmias

3. ectopic beats

4. Cardiomegaly- on physical exam, CXR or ECHO

5. Congestive cardiac failure – right or left sided

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

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

Erythema Marginatum: ۱- خارښت نه لري ۲- بي درده سره رشونه په تنه او یا نژدي نهاياتو لپاسه وي ۳- ماکولار افت وي چي ځنډي يي جیگ او مرکزي برخه يي پاک وي کيداي شي چي د اوني څخه تر میاشت پوري دوام وکړي

Subcutaneous Nodules: ۱- زیاتره د شدید کاردایتس سره یوځایي وي . ۲- څو اوني وروسته دناروغي دپیل څخه پیدا کیږي او ۱-۲ اوني دوام کوي ۳- سخت بي درده نوډولونه وي ۲ساتي متره قطر لري دسطحي هډوکواو اوتارو لپاسه وي (دمروند بند ، زنگون بند ، لاس بند ، دملا دتیر بندونه او اشیل اوتاروسره وي) دروماتوئید نوډول څخه توپیر يي گران دي

Sydenham's Chorea: ۱- دا ډیر لږ معمول دي ۳٪ پېښو کي وي د حاد روماتیک فیور سره یوځای وي ۲- دا دمخ نهاياتو اوژبي غیر ارادي کوري اتیتوئید حرکات دي ۳- کله کله کيداي

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



:JOINTS

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

:Minor criteria

الف: کلينیک : ۱- Fever ۲- Polyarthralgia ۳- دزره ناروغي ، دحاد روماتیک تبي پخواني
 تاريخچه موجوديت .

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

:لابراتواري معاینات:

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

سیر او انزار :

۱- لومړني حمله په ماشومانو کي مياشتي اوپه ځوانانو کي څو اونی دوام مومي . ناڅاپي مړینه ۱-۲٪ دي . دومداره کاردایتس دزره لویوالي سره اوزره عدم کفایي دڅرابو انزارو بنودونکي دي .

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

۳- ۱۰ کاله وروسته دزره دوالونو ابناړملتي مینځته راځي

۴- ۱۰٪ کمو پینو کي دیوي حملي دتیریدو څخه وروسته اعراضی دسامي ناروغي او کاردیومايوپاتي مینځته راځي :

تشخیص :

۱- کلنیکي لوحه ۲- د بیتا هیمولایتیک ستروپتوکوک لپاره دستوني دسواب کلچر ۳- د antistreptolysin O titer (ASOT) اندازه کول . ASOT په ۸۰٪ ناروغانو کي لوړ وي چي په حاد اتان باندي دلالت کوي . که چیري اندازه یي نارمل وي وروسته دیوي اونی څخه بیا تکرار شي . چي بنا یي لوړ وي ، او که لوړ نه وي Anti DNase B اندازه کيږي ددواړو ډولونه تایتر تر اونیو یا میاشتو پوري لوړ وي . ۴- ESR and C-reactive protein دناروغي په حاده مرحله کي لوړیږي چي دانساجو التهاب باندي دلالت کوي . همدارنگه دناروغي سیر اوکنترول بنسټي ، که اندازه یي کم شوي وي دناروغي بنه کیدو باندي دلالت کوي . ESR په انیمیا کي لوړیږي او دزره په عدم کفایي کي بنسکته اوان نارملیږي . C-reactive protein اندازه دانیمیا اوزره عدم کفایي له کبله نه متاثریږي . ۵- لوکوسایتوزس او TLC 12000-15000/mm² دروماتیک تبي په حاده مرحله کي لوړ وي . خفیف او متوسطه اندازه انیمیا وي چي نرومو سائیتیک نروکورو میک وي . ۶- Chest X-Ray بنایي نارمل وي او که زره غټ او دسپرو ازیما وي دسپرو دواړو کولاریتي زیاتوالي باندي دلالت کوي . ۷- ECG په ECG کي PR interval اوږد وي ، دزره

بلاکونه ، دپریکاردايتس او مایوکاردايتس ECG نښې وي .۸- ایکوکارډیوگرافي : په ایکو کی دمترال دسام عدم کفایي (دمترال دسام پرولپس له کبله وي) ، دزره توسع ، ددسامونو اېنارملي ، مایوکارډیال دسفنکشن او دپریکارډ ایفوژن معلومیږي .

JONES CRITERIA

۱- دوه لوي علايم يا يولي او دوه کوچني نښي ۲- دستوني دستروپتوکوک پخواني انتان تاريخچه ۳- دستونوي دستروپتوکوک دانتان کلچر مثبت وي ۴- دستروپتوکوک انتي بادي ټايتروپوروالي ۵- دروماتیک تبي / دزره ناروغیو تاريخچه

تفریقي تشخیص:

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

درملنه:

الف : عمومي اهمتومات : ناروغ ته تر هغه وخته استراحت وکول کیږي ترڅو چي لاندي حالات نارمل شي : ۱- حرارت درجه (دانتی بیوتیک داستعمال څخه پرته) ۲- سید یمنت رت ۳- پلس رت ۴- دزره گراف .

ب: طبي اهمتومات :

1. Salicylates: سلیسلات تبه کموي او د بندونودرد او پر سوپ بڼه کوي
2. Benzathine pencillin 1.2: Pencillin ميلونه يو ځل دغوبني دلاري يا procaine pencillin 600.000 یونته دغوبني دلاري دورځي یوځل د ۱۰ ورځو لپاره

3. عوځي درمل erythromycin 40mg/kg/B ورکول کېږي .

4. ج : corticosteroids: داسي يو ثبوت نشته چې کورتيکوسټروئيد دزره د ناروغي په مخنيوي او يا کمولو کې اغيزه ولري . دلنډي مودي لپاره پريد نيزولون دورځي ۴۰-۶۰ ميليگرامه دخولي دلاري ورکول کېږي چې د ۲ اونيو په موده کې د وز کمېږي . کورتيکوسټروئيد هغه وخت ورکول کېږي چې د سليسلات سره ځواب بڼه نه وي .

دروماتیک تبي دمتکرري حملي مخنيوي:

۱- اقتصادي ، اجتماعي او صحي حالت بڼه کولوسره دروماتیک تبي دحملي دکميدو سبب کېږي .

۲- که ستروپتو کوک فرنجیتس په مقدم ډول تداوي شي دروماتیک تبي دحملي څخه مخنيوي کېږي . دروماتیک تبي تکرار په هغه کسانو کې زیات وي چې په مقدم ډول کاردايتس يي درلود او ماشومانو کې (۲۰٪ په دوي کې د ۵ کالو په موده کې دویم ځل تکرارېږي) . دمخنيوي لپاره بڼه درمل بنزاتين پنسیلین جي 1.5 ميلون یوتیه دغوبني دلاري په میاشت کې يو ځل توصیه کېږي . دخولي دلاري پنسیلین 200.000-250.000 یوتیه دورځي دوه ځله لږ اغيزه لري .

۳- که ناروغ د پنسیلین سره حساسیت ولري (sulfadiazine(sulfisoxale) يو گرام دورځي يوځل يا erythromycine ۲۵۰ ميليگرامه دخولي دلاري دورځي دوه ځله توصیه کېږي . همدارنگه ازوترومائيسين هم موثر دي . که ناروغ سمد لاسه دپنسیلین سره حساسیت ونه لري سيفالوسپورین هم کارول کېدای شي . دناروغي بيا راگرځيدل دلومړني حملي څخه ۵ کاله وروسته اود ۲۵ کلني څخه وروسته غير معمول دي . وروسته ددي مودي څخه وقایوي درملنه نه توصیه کېږي پرته دهغه کسانو څخه چې دستروپتو کوک زیات ترخطر لاندې دي لکه مور پلار ، دماشومانو معلم ، نرسان عسکر او داسي نور . دویمي مخنيوي دکاردايتس پيښيدو پوري اړه لري ، که کاردايتس نه وي په ۲۱ کلني کې وقایوي درملنه درېږي . که کاردايتس پيښ شوي

وي خو والونه اخته شوي نه وي وقايوي درملنه دحملي څخه ۱۰ کاله وروسته د رول کيږي او که دکاردایتس څخه وروسته د زړه والونه اخته شوي وي دحملي څخه ۱۰ کاله وروسته او یا تر ۴۰ کلني پوري وقايوي د رملني ته دوام ورکول کيږي که بیا دمعرضیدو خطر وي . دروماتیک تبه لومړنی حمله په ماشومانو کی ممکن یو میاشت او په غټانو کی ممکن څواونی دوام وکړی . ۱-۲٪ کی ناڅاپه مړینه وی . که کاردایتس ، دزره عدم کفایه مینځته راغلی وی په خرابو اثرارو دلالت کوی .

MITRAL STENOSIS(MS)

اسباب :

۱- د زړه روما تیک ناروغي : دمترال دسام دستينوزس معمول لامل د زړه روماتیک ناروغي دي چي دروماتيزم له کبله د زړه والونه پلن کيږي ، کميسورا وصليرې ، کشيرې ، کوردا تنديني پلنيرې او وصليرې او په والونو کي کلسيوم ځاي په ځاي کيږي.

۲- په ولادي ډول کوردا تنديني وصل شوي وي او ياد پيپلاري عضلاتو خراب موقعيت وي .

۳- دمترال دسام کلسيفيکيشن له کبله دمترال دسام شخيرې لکه په زړو کسانو او دپنښتورگو په مزمن عدم کفائيه کي .

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

پتالوژي :

دمترال دسام دستينوزس معمول لامل د زړه روماتیک ناروغي دي چي دروماتيزم له کبله د زړه والونه پلن کيږي ، کميسورا وصليرې ، کشيرې ، کوردا تنديني پلنيرې او وصليرې او په والونو کي کلسيوم ځاي په ځاي کيږي

کلينيکي لوحه :

الف: اعراض ۱-- Exertional Dyspnoea: د ساه لنډي اسباب عبارت دي له دسږو درگونوفشار لوړوالي ، دسږو compliance کموالي ، دسږو داوعيواحتقان او بين الخلائي انساجو ازيما .

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

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

۳- chest pain - د سينې درد چي انجينا ته ورته دي د بڼي بطين هايپرتنشن او دا کليلي او عيو دامبوليزم له کبله وي .

۴- palpitation د ازيني فبريليشن له کبله وي .

۵- Systemic Embolization د سيستمونو امبولي ، د سپرو امبولي ، ستروک ، د مساريقي او عيو امبولي ، د پښتورگو او د زړه انفارکشن د ازيني فبريليشن له کبله وي .

۶- د بڼي زړه عدم کفائيه د سپرو لور فشار او داو عيو مقاومت زياتوالي له کبله وي چي دکلينيک له نظره د غاړي وریدونه برجسته وي ، ځيگر لوي وي ، اسايټس ، د سفلي اطرافو ازيما او پلورال ايفورژن وي .

۷- Hoarsness : پراخه شوي کين ازين ، لوي شوي ترخيا او برانکس لمف نود او د سپرو متوسع شوي شريان په لوي recurrent laryngeal nerve باندي فشار راوړي چي داواز دخپ والي لامل کيږي .

۸- paroxysmal nocturnal dyspnoae او fatiguability , , orthopnea

اعراض د حاملگي او ازيني فبريليشن سره زياتيږي . په مترال سټينوزس کي دوه ډوله سندرومونه مينځته راځي .

۱- په خفيف او متوسط مترال سټينوزس کي : په دي حالت کي ازيني فشار او د زړه دهانه نارمل وي ، ناروغ بي اعراضه وي او يا د شديد تمرين سره اعراض پيدا کيږي ، د مترال دسام قطر د 1.5cm^2 - 1.0cm^2 ترمينځ وي .

۲- شديد مترال سټينوزس : د مترال دسام قطر 1.0cm^2 څخه کم وي ، د سپرو داو عيو ثانوي تنگوالي له کبله د سپرو فشار لوړيږي خو د سپرو ازيما غير معمول دي ، د زړه دهانه کم وي او د بڼي زړه عدم کفائي اعراض څرگنديږي .

دمترال دسام ستینوزس علایم عبارت دي له :

په تفتیش کې malar flash ,pericardial bulging او منتشر نبضان وي .

په جس سره tapping وي . (دلومرې او از جس ته وايي) ، دیاستولیک تریل دجس وړ وي ، اپیکس بیت بی ځایه شوي نه وي .دمترال تضيق اضغايي علایم عبارت دي له :

۱- opening snap د A₂ څخه وروسته د شخ شوي مترال دسام دخلاصیدو له کبله اوریدل کیږي .
 ۲- که ازیني فشار بنکته وي د opening snap او ابهر دسام او از تر مینځ فاصله زیات وي ، او که ازیني فشار لوړ وي فاصله لنډیږي . ۳- موضعي دیاستولیک مرمر چي rumbling وصف لري اوریدل کیږي ، څومره چي دسام تنگوالي زیات وي په همغه کچه دمرمر شدت لوړیږي . مرمر دزړه په اپیکس کې اوریدل کیږي ، مرمر هغه وخت واضح اوریدل کې چي ناروغ چپ وحشي خواته واړه ول شي . ۴- دزړه لومرې او از لوړ وي ۵- په ۵۰- ۸۰٪ ناروغانو کې PAROXISMAL او یا مزمز ازیني فبریلیشن اوریدل کیږي . څومره چي دزړه حرکات زیاتیري په همغه اندازه دازین دیاستولیک ډکیدل او دمترال دسام تفاضل کمیږي . ۶- که دزړه حرکات زیاتیري دسږو دازیمه د پیدا کیدو خطر زیات وي ، نو ځکه دزړه حرکت کنترول ضرور دي . ۷- presystolic accentuation murmur دازیناتو تقلص له کبله اوریدل کیږي . ۸- دسترنوم هډوکي کین سرحد کې په طولاني ډول د pansystolic murmur اوریدل دترایکسپید دسام د عدم کفایي له کبله وي کوم چي دبنسي بطین دتوسع له کبله پیدا شوي وي . ۹- Graham –Steel Murmur دا یو early diastolic murmur دي چي په ریوي دسام په ساحه کې دریوي دسام عدم کفایي له کبله کوم چي دسږو هایپرشن له کبله مینځ ته راغلي وي اوریدل . ۱۰- pansystolic murmur که په مترال دسام په ساحه کې واوریدل شي دمترال دسام عدم کفایي باندي دلالت کوي .

تشخیصه معاینات :

۱- ECG

په ECG کې دپي موجه په V_{1,2} کې پراخه او باي فیزیک وي ، او که دسږو فشار لوړ وي دپي موجه لوړه اونوک تیزه وي ، دزړه محور بنسي خواته بی ځایه شوي وي او بنسي زړه هایپرتروفي وي .

۲- رادیوگرافي :

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

۳- ايکو کارديوگرافي :

ددي پواسطه ناروغي تشخيصيږي او دپوستکي دلاري د والوپلاستي استطباب اينبودل کيږي .

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

تفريقي تشخيص :

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

اختلاطات :

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

درملنه :

غير اعراضي ناروغان دحاملگي سره اعرضي کيږي . دمتوسط او شديد مترال ستينوزس ناروغان مخکي دحاملگي څخه اصلاح شي ، که دناروغ اعراض شديد وي دحاملگي په دريم تراري مستر کي Balloon valvulasty اجرا کيږي . ازيني فبريليشن هم اعراض زياتوي بايد دزړه ريتم کنترول شي ، څرنګه چي دازيني فبريليشن اختلاط سيستيمیک امبولايژيشن دي نولازمه دي چي ان دريتم دکنترول سره يوځاي ناروغانو ته اتتي کواګولانت (وارفارين) توصيه شي ، په %۲۰-۳۰ ناروغانو کي دتداوي سره ازيني فبريليشن بيرته ګرځي .

دجراحي تداوي استطبابات عبارت دي له:

۱- دسپرو ازیما ۲- دتمرین کولو قدرت کموالي ۳- دسپرو فشار لوړ والي لکه دسپرو سستالیک فشار د ۵۰ ملي متر سیمابو څخه لوړ وي ۴- دمترال د دسام قطر د $1.5-1.0\text{cm}^2$ ترمینځ وي . اوس خلاص مترال کومیسور اتومي نادراً تر سره کیږي . دپوستکي دلاري بالون والوو پلاستي دتداوي بڼه میتود دي . د لسو کالو مطالعاتو څخه داخرگند شوي چي د جراحي درملني او والوو پلاستي درملني د نتیجې تر مینځ کوم توپیر موجود نه وو . دوال معاوضه هغه وخت اجرا کیږي چي دوال ستینوزس د عدم کفائي سره یو ځای وي او یا په ایکو کي دمترال د دسام نمبري د ۸-۱۰ څخه زیات وي . دپوستکي دلاري مترال والو پلاستي سره مړینه کمه ده (۵.۰٪ څخه کمه) او وقوعات ۳-۵٪ دي . د جراحي له کبله مړینه کم دي .

که چیري دوالف مارفولوژي بڼه وي متکرر بالون والف پلاستي اجرا کیدای شي . دجراحي عملیاتو په وخت کي که ماز عملیه وکارول شي دمکرر ازیني اریتمیا پیدا کیدو څخه مخنیوي کیږي .

دمترال میخانیکي پروستیتیک والف کي دترومبوز خطر نظر دابهر پروستیتیک والف ته زیات دي . bioprosthetic valve وروسته د ۱۰-۱۵ کالو څخه دیجنیرید کیږي نو دپوستکي دلاري بالون والف پلاستي که ستینوزس مینځته راغلي وي گټه نه لري . داندو کار دایتس لپاره ناروغان وقایه شي .

دمترال ستینوزس ناروغان کال په کال دایکو او معاینې په واسطه مانیتور شي .

MITRAL REGURGITATION (MITRAL INSUFFICIENCY)

اسباب :

دمترال دسام عدم کفایي ځنډني اسباب :

دمترال دسام عدم کفایي اسباب عبارت دي له روماتیک ناروغي ، مترال دسام پرولپس ، کارډیو مایوپاتي او flail leaflet څخه . IHD, Hypertensive heart disease, dilated cardiomyopathy, aortic valve disease

دمترال دسام عدم کفایي حاد اسباب :

۱- مایوکارد انفارکشن ۲- اتاني اندوکارډایتس

ابنارمل فزیالوژي :

دمترال دسام عدم کفایي کي په زړه باندي بار زیاتیري (پري لود زیاتوالي) او افتر لود کمیږي . په نتیجه کي چپ بطن لویږي او ایجیکشن فرکشن هم ورسره زیاتیري . که ناروغي ځنډني شي دوالیوم لود دزیاتوالي له کبله دزړه تقلصي دنده کمیږي ، ایجیکشن فرکشن کمیږي په پایي کي end systolic volume زیاتیري .

کلنيکي لوحه :

دمترال دسام حاده عدم کفایي کي چپ ازین لوي نه وي ، که عدم کفایي شديد وي دچپ ازین د ناخاپي فشار لوړوالي سره دسږو ازیمایا پیدا کیږي . دمترال دسام مزمن عدم کفایي کي چپ ازین په تدریج سره لویږي او حجم یي زیاتیري نوځکه دسږو دکپیلاریو او وریدونو فشار هم ورو ورو لوړیږي او په تدریجی ډول ناروغ ته دتمرین په وخت کي ساه لنډي او ستوماتیا پیدا کیږي .

دمترال دسام په ځنډني عدم کفایي کي دچپ ازین اوچپ بطن لویږي چي په پایي کي دازیني فبریلیشن لامل کیږي .

دکلینیک له نظره پان سیستالیک مرمر اوریدل کیږي چي شدت یي په اپیکس کي زیات وي ، تخرگ خواته انتشار کوي کله کله دزړه قاعدي خواته هم انتشار مومي ، دچپ بطن نبض

هایپر داینامیک وي شدت ئي کاروتیید شریان خواته وي ، دزره دریم غر په چپ بطن باندي دبار زیاتوالي له کبله وي . که دمترال دسام عدم کفایه دمترال دسام دپرولیس له کبله وي په دي ډول که ددسام خلفي برخه پرولیس کړي وي مرممر قدام خواته انتشار کوي او که ددسام قدامي برخه پرولیس کړي وي دمرمر انتشار خلف خواته وي .

تشخیصیه تستونه :

الف - ECG:

۱- Bifide P wave د کین ازین هایپر تروفی له کبله وي . ۲- د کین بطن د هایپر تروفی نښي ۱- په V6 او I لید کې د R Wave Tall ۲- په V1, V2 لیدونو کې ژوره S موج وي . ۳- S wave in V1+R wave in V6 => 35mm ۳- د نښي بطن د هایپر تروفی نښي .

ب- ایکوکار دیوگرافي :

په ایکو کې دمترال دسام دعدم کفایي سبب معلومیږي ، دچپ بطن سایز او دنده ، چپ ازین سایز ، دسږو دشریانو فشار او دښي بطن دنده معلومیږي او دتداوي پلان په اړه معلومات ورکوي . دډاپلار ایکو په واسطه د وال دعدم کفایي شدت معلومیږي . دTEE په واسطه ددسام دعدم کفایي علت معلومیږي . ج- B-type-natriuretic –peptide (BNP) په واسطه دچپ بطن دسفنکشن معلومیږي که سیروم مقدار یې د 105pg/ml څخه زیات وي دزره عدم کفایي باندي دلالت کوي . او که کم وي دزره عدم کفاییه ردیږي ح- د MRI, په واسطه دنارغي سبب معلومیږي . خ- دزره کتیتیریشن په واسطه دچپ بطن دندي ، دزره دهانه او ریوي شریان فشار معلومیږي . د- دسي ټي سکین په واسطه دزره دوالونو په ناروغي کې داکیلی او عیو ناروغي معلومیږي .

ذ - Chest –X-Ray :

دسیني په رادیوگرافي کې چپ ازین ، چپ بطن لوي ښکاري ، دسږو ازیم او دپلورا ایفوژن .

ر - Cardiac Catheterization :

ددي په واسطه ددسام عدم کفایي ارزیابي او هیمو داینامیک تشوشات معلومیږي .

تشخیص :

تشخیص دکلینیک او تشخیصه معایناتو په واسطه کیږي .

تفریقي تشخیص :

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

اختلالات :

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

تداوي :

دجراحی تداوي استطببات : ۱- اعراضی ناروغانو کي ۲- ایجیکشن فرکشن ۶۰٪ څخه کم شوي وي ۳- چپ بطن توسع کړي وي (په ایکو کي اند سیستمولیک فاصله د ۴ سانتي متروڅخه زیات وي) .

که دمترال دسام عدم کفایي سبب غیر روماتیک ناروغي لکه انفارکشن ، اندوکاردايتس او هایپرتروفیک کارډیو مایوپاتي وي په چټکي سره جراحی درملنه کیږي ..

MITRAL VALVE PROLAPS SYNDROME (MVP)

تعریف :

که دمترال دسام دستتول په وخت کې په کین ازیڼ کې په محدب ډول وپرسیږي دمترال دسام دپرولیس په نوم یادېږي. همدارنگه د floppy mitral valve or myxomatous mitral valve په نوم هم یادېږي. MVP په بنځو کې دنارینوو په شان معمول دي. د MVP په خفیف شکل کې mid systolic click وي او وروورو دمترال دسام دعدم کفایي خواته پرمختګ کوي.

اسباب:

- ۱- دمترال دسام myxomatous degeneration
- ۲- Rheumatic Fever
- ۳- Marfan Syndrome, Ehlers Danlos Syndrome
- ۴- Osteogenesis Imperfect
- ۵- Periarteritis Nodosa
- ۶- Myotonic Dystrophy
- ۷- Hyperthyroidism

کلینیکي لوحه :

الف: اعراض :

۱- مترال پرولیس زیاتره بي اعرضه وي ۲- خو کیدای شي اعرضي شي لکه د سيني درد(تمرین سره ارتباط نه لري او دحلیموي عضلاتو اېنارمل کشش له کبله وي) ،ساه لنډې ،ستوماتیا او زړه تکان ،سنگوپ او ناڅاپي مړیني سره یوځایي وي . ۳- دکورداتیندني دبنفسهي څیري کیدو له امله دمترال دسام دحادي عدم کفایي لامل کیږي .

ب- علایم :

۱- mid systolic click اوریدل کیږي. دا دپرولیس شوي دسام دغزول شوي کورداتیندنې دناخاپي کشش له کبله پیدا کیږي. ناروغ باید په ستون ستاغ، ناستي او په چپ ډډي پریوتې حالت کې معاینه شي. که لیف لیتونه یو دبل سره خوله په خوله بڼه رانه شي دکلیک څخه وروسته late systolic murmur اوریدل کیږي

۲- pansystolic murmur (mitral regurgitation) څومره چې دمترال دسام عدم کفایه تشدیدېږي په همغه کچه مرمر دسیستول په ټوله صفحه کې اوریدل کیږي. که چپ بطن کوچني وي او دپرولیس درجه زیاته وي نواضعایي علایم دولاري په حالت کې او د valsalva مانوري په وخت کې تشدیدېږي

۳- دویني فشار نارمل وي.

۴- زیاتره ناروغان بنځي وي، ډنگر وي، سکلیټي اېنارملټي لکه (pectus excavatum or scoiosis) ولري.

اختلاطات :

۱- infective endocarditis

۲- rupture of chordate tendenea causing sudden sever MR

۳- progressive MR

۴- Arrhythmia and sudden death

تشخیصه معاینات :

ECG – 1

نارمل وي ، اریتمیا وي لکه (PSVT)، ازیني او بطیني پریماچور بیت وي. بلاکونه او بطیني تکی اریتمیا وي.

۲- ایکوکارډیوگرافي :

مترال دسام پرولپس دایکوپه واسطه تشخیصیږي . څرنګه چې د مترال دسام پرولپس دابهر د جذر ناروغیو سره یوځای وي ، که په رادیوګرافي کې دابهر دتوسع موجود وي دتشخیص لپاره سي ټي سکن یا MRI angiography ترسره شي

درملنه :

- ۱- که اعراض نه وي ناروغان هر ۵-۳ کالو کې ارزیابي شي .
- ۲- بیتا بلاکر په لږ دوز دهاپپرډ اینامیک حالت کې داریتیمیا ددرملني لپاره ورکول کېږي ، درد آراموي . ۳- serotonin reuptake inhibitor د orthostatic hypotension او خفګان لپاره ورکول کېږي . ۴- که د مترال دسام عدم کفایه موجود وي افتړلوډ باید کم نه شي . ۵- د مترال دسام ترمیم د دسام دتعویض څخه بڼه دي . ۶- اسپرین په هغه ناروغانو کې چې focal neurological deficit وي . ۷- اتانې اندو کارډایتس پیدا کیدو څخه مخنیوي وشي . ۸- جراحي درملنه توصیه شي .

AORTIC REGURGITATION (AR)

اسباب :

الف: دوالونو ناروغي :

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

ب: دابهړ د جذر ناروغي :

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

دابهړ د دسام د حادي عدم كفايي اسباب :

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

:pathology

خرنگه چي دروماتيک تبه دابهړ د عدم كفايي مهم لامل دي ، فبروتيک بدلونونه دابهړ د دسام دپاڼو د پلنوالي او تقبض دلاري دمرکزي دسام د عدم كفايي لامل کيږي . که د دسام پاڼي سره ونښلي د ابهر عدم كفايي سره دابهړ تضيق يوځاي کيږي .

ابنارمل فزيالوژي :

ددیاستول په صفحه کې وینه دابهړ څخه دابهړ دوال دلاري چپ بطن ته توپري په نتیجه کې دیاستولیک فشار کمیږي چې ددی له کبله داکلیلي او عیو دوینی جریان کمیږي برسیره پردی دچپ بطن دلویوالي له امله دمایرکارد داکسیجن ضرورت زیاتیري بلاخره اسکیمیا پیدا کیږي .

کلینیکي لوحه :

الف: asymptomatic patient: ناروغ داوردی مودی لپاره اعراض نه لري .

ب: symptomatic patient: دابهړ عدم كفايي کلینیکي لوحه داسکیمیا ، زړه لویوالي او دمایوکارد دندی خرابوالي له امله مینخته راځي . ۱- angina د اکلیلي او عیو دناروغیو ، دیاستولیک فشار کموالي او دبطن دهایپرتروفي له کبله داکسیجن دضرورت دزیاتوالي له کبله وي .

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

فیزیکی معاینه :

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

ب- جس : ۱- دزړه اپیکس منتشر وي باندي او بنکته خواته د جس وړ وي . ۲- دچپ بطن دهایپرتروفي له کبله دزړه اپیکس heaving وصف لري . ۳- دسترنوم هډوکي په کین خواکي په دریم بین الضلعي فاصله کې دابهړ په ناحیه کې دیاستولیک تریل دجس وړ وي ، په دی ډول چې ناروغ کبیني او قدام خواته توغ شي او ضفیر اجرا کړي .

ج- اعضا :

۱- دزړه اوازونه :

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

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

۲- مرمر :

الف- early diastolic murmur دابهړ په دويم ناحيه كې بڼه اوريدل كېږي. موقیعت ئي په چپ طرف كې سترنوم ته نژدې په د ريم بين الضلعي فاصله كې وي ، په دي ترتيب چي ناروغ كښيني قدام خواته خم شي وروسته دضفير څخه خپل تنفس بند كړي .

ب- Systolic Ejection Murmur دابهړ په ساحه كې دويني دجريان زياتوالي له امله وي .

ج: نور اضغائي علایم : ۱- Austin –Flint murmur - دا يو ميډ دياستوليک مرمر دي چي په اپيکس كې اوريدل كېږي . دا هغه وخت پيدا كېږي چي ددياستول په صفحه كې وينه دابهړ څخه بيرته خلف خواته رجعت وكړي او دمترال ددسام قدامي صفحه دخلاص مترال دسام خواته ټيله كړي ، چي دا دمترال د سام دوظيفوي تضيق له امله د ميډ دياستوليک مرمر لامل كېږي .

۲- pistol shot femoral : دورون دشريان لپاسه دزره دهرضربان سره يوتيز اواز اوريدل كېږي .

۳- Durozier’s sign : كله چي دورون شريان لپاسه ستستسكوپ ورو فشار وركړل شي بريوت (مرمر چي دزره څخه دباندې اوريدل كېږي) اوريدل كېږي .

دابهړ دعدم كفايي عمومي فيزيكي معاینه :

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

ب- نبض : ۱- (collapsing pulse (water hammer pulse) ددي نبض حجم زيات ، نبضاني وي

او يا كولپسينگ وي . ۲- Quinck’s sign : دنوکانوپه بستر كې دكپيلاريو نبضان ته وايي . ۳- De

Musset’s sign : دثباتي شريان نبضان دومره قوي وي چي دهر نبضان سره دناروغ سر خوځېږي ، همدارنگه د سرد nodding اشاري په نوم هم ياديږي .

۳- Corrigan’s sign يا Dancing carotid artery دثباتي شريان نبض ډير بارز وي .

۴- pulse pressure زيات وي ځكه چي دياستوليک فشار كمېږي .

۵- Hill sign د دلنگيو فشار نظر د بازوگانو فشار څخه ۴۰ ملي متره سيماب لوړ وي .

۶- دويني سستوليک فشار دستروک واليوم دزياتوالي له كبله وي .

۷- كله چي دزره عدم كفايه تا سس وكړي دمحيطي اوعيو د وازو كنستريكشن له كبله دياستوليک فشار لوړېږي نو pulse pressure بيرته كمېږي .

تشخيص معاینات :

الف- ايکو کارډ يوگرافي :

۱- دابهړ عدم كفايه تعينوي . ۲- دابهړد عدم كفايي علت معلوموي ۳- دابهړ دعدم كفايي شدت د ابهر دفوحي دسايږ او د ريگورجيتيشن دجريان اندازه معلوموي . ۴- دابهړ دعدم كفايي دهيموډايناميك تشوشاتو اغيزي (لكه دچپ بطين سايز) د چپ بطين end systolic and end diastolic dimensions او دچپ بطين هايپرتروفي معلوموي .

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

ج - ECG : دچپ بطين هايپرتروفي وي .

ح - Cardiac Catheterization And Angiography ډاپلر ايكو په واسطه دابهړ دعدم كفايي شدت معلومېږي ، نوڅكه په زياتره پيښو كي كتيتريزشن ته اړتيا نه وي . د كتيتريزشن په واسطه دابهړ دعدم كفايي شدت ، توسع ، داي سكشن ، دابهړ دوال ساختماني بدلونونه اوپه چپ بطين باندي د ابهر دعدم كفاي هيموډايناميك اغيزي (دچپ بطين حجم او ايچيكلشن فركلشن) معلوموي . اوس دزړه كتيتريزشن داكليلي شريانو حالت مخكي دجراحي عملياتو څخه معلوموي

تشخيص :

د ناروغي تشخيص دفيزيكي معايني ، تاريخچي او تشخيصه تستونوپه واسطه كيږي .

تفريقي تشخيص :

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

اختلاطات :

- ۱- دزړه عدم كفايه
- ۲- اتتاني اندوکاردايتس

درملنه :

الف- غیر اعراضی ناروغان : دابهړ خفیف او متوسط عدم کفایه حالت : دا ناروغان تداوی ته اړتیا نه لري ، دکلینیک له نظره په کال کې یو ځلي او دایکو له نظره په هر ۲-۳ کالو کې ارزیاوي شي . داندوکار دایتس دمخنیوي لپاره انتي بیوتیک وقایوي ډول توصیه کیږي او په میاشت کې یو ځل دروماتیک تبي لپاره وقایوي زرقي انتي بیوتیک توصیه شي . داناروغان دمسابقوي او شدید تمریناتو څخه منع شي .

ب- دابهړ شدید عدم کفایه : دابهړ دعدم کفایي شدید ناروغان چې اعراض نه لري او هغوي چې دچپ بطین دنده یي نارمل دي هر ۶ میاشت بعد معاینه شي .

وازو دایلاتور دواگانې (ACE-I, nifedipine ,hydralazine) په هغه ناروغانو کې ورکول کیږي چې شدید وي او دچپ بطین دندی نارمل یا نارمل نه وي ، اعراض ونه لري او جراحي درملني لپاره په تمه وي او یانه وي . دایگوگسین ، نایتريت او داي یوریتیک هم ورکول کیږي . بیتا بلاکر په مورفان سندروم ناروغانو کې دابهړ دجذر توسع کموي .

اعراضی ناروغان :

- ۱- په اعرضی ناروغانو کې دابهړ د وال معاوضه کول انتخابی درملنه دي .
- ۲- هغه ناروغان چې جراحي درملني ته کانديد دي او هغه ناروغان چې دکین بطین دنده یي غیر معاوضوي ډول خراب شوي وي ، دجراحي عملیاتو څخه مخکې ناروغانو ته دایگوگسین او داي یوریتیک ورکول کیږي .
- ۳- هغه ناروغان چې دنوروزمیموي ناروغیو له کبله د جراحي درملنه وړ نه وي وازو داي لاتور ، دایگوگسین او داي یوروتیک توصیه کیږي .

د ابهر د دسام دمعاوضي (Valve Replacement) استطببات :

- ۱- هغه اعرضی ناروغان چې دابهړ د دسام شدید عدم کفایه (NYHA) وي (دویم او دریم کلاس) .
- ۲- غیر اعرضی ناروغانو ته هغه وخت جراحي ته کانديد دي ۱- چې دکین بطین دنده یي خفیف او متوسط خراب وي (ایجیکشن فرکشن یي د ۵۰-۵۵ % څخه کم شوي وي) ، ۲- دکین بطین توسع شدید وي (end diastolic diameter >55mm OR end diastolic diameter >75mm) .

AORTIC STENOSIS(AS)

اسباب:

- ۱- دزړه روماتیک ناروغي : دابهړ دتضيق معمول سبب دي چي کسپ او کمیسورا سره وصلیږي .
- ۲- دزړه ولادي ناروغي : دابهړ تضيق د وه کلنيکي اسباب لري چي لومړي يي عبارت دي له ولادي ابناړمل unicuspid or bicuspid valve . ددي ډول ابناړمل وال اعراض په ځواني او يا ۵۰-۶۰ کلني کي څرگندیږي .دابهړ coarctation هم دابهړ دو ولادي تضيق سره هم یوځاي وي .
- ۳- senile AS: د عمر زیاتوالي سره دابهړ وال دیجنیریشن او کالسیفیکیشن کوي . همدارنگه سگرت اخکل ، شکري ناروغي ، دویني لوړ فشار او دغوړ زیاتوالي له کبله هم مینځته راځي .
- ۴- Systemic Lupus Erythematosus And Sever Familial Hypercholesteremia هم دابهړ دتضيق لامل کیږي .
- ۵- نور اسباب : 1- Subclavicular Aortic Stenosis 2- Supraclavicular Obstruction 3- Hypertrophic Obstructive Cardiomyopathy

: Pathophysiology

- ۱- دابهړ د تضيق له کبله دچپ بطين دخروجي فوجي انسداد پیدا کیږي چي دچپ بطين فشار لوړیږي اوپه معاوضوي ډول چپ بطين هایپرتروفي کوي . ددي لپاره چي دزړه دهانه نارمل وساتل شي د تنگ شوي ابهر په مقابل کي دچپ بطين لوړفشار ایجیکشن ته ضرورت دي . دزړه دهانه داستراحت په وخت کي نارمل وي خو دتمرین په وخت کي کمیږي .بلاخره د ناروغي ددوام په نتیجه کي دچپ بطين دندي دخرابوالي له امله دزړه دهانه او ستروک والیوم کمیږي او دسږو فشار لوړیږي .
- ۲- دابهړ دتضيق له کبله دزړه اسکیمیا : دچپ بطين دهایپرتروفي له امله پرته داکلیلي او عیو دناروغي څخه دزړه داکسیجن اړتیا زیاتیږي چي په پایله کي دزړه اسکیمیا مینځته راځي . همدارنگه دچپ بطين دلور فشار له کبله په اکلیلي او عیو باندي فشار راځي چي داکلیلي او عیو

دویني جریان کمیږي چي ددي له امله دزړه اسکیمیک درد ونه ، اریتمیا او دزړه عدم کفایه پیدا کیږي .

دابهړ دتضيق دویم سبب Degenerative Or Calcific Aortic Stenosis دي .

د ابهر دستینوزس د شدت ارزیابي : دابهړ دتضيق د شدت اندازه دایکوپه واسطه تعیینېږي .

۱- دابهړ دوال نارمل سایز ۳-۴ سانتی متر مربع دي .

۲- دابهړ شدید ستینوزس کي دابهړ دوال سایز قطر د 0.8cm^2 وي دچپ بطين خروجي فوجي د تنگوالي له امله سره له دي چي دچپ زړه دهانه نارمل دي دستولیک فشار تفاوت د 50 ملي متر سیمابو څخه زیات وي .

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

۴- دابهړ خفیف ستینوزس : دابهړ دوال قطر $1.5-2.0\text{cm}^2$ وي .

کلینیکي لوحه :

اعراض:

۱- داوږدي مودي لپاره بي عرضه وي .

۲- اعرضي حالت کي ۱- دسیني انجینا درد ۲- دتمرین په وخت کي سنکوپ ۳- دتمرین په وخت کي سا ه لنډي ۴- دزړه عدم کفایه او بلاخره مړینه . دغه اعراض هغه وخت وي چي دابهړ د سام قطر سایز نظر نارمل حالت ته $3/1$ ته کم شوي وي .

۱- د سنکوپ حمله : د سنکوپ اسباب عبارت دي له ۱- دتمرین په وخت کي دزړه دهاني کموالي (سیستمیک وعایي توسع او ثابت انسداد) له امله دماغی پرفیوژن کمیږي ۲- داستراحت په وخت کي د سنکوپ لامل بطني فبریلشن ، ازیني فبریلشن او دزړه گذري بلاک .

۲- Angina pectoris : ۱- په هایپرتروفیک زړه کي د اکلیلي او عیو دپرفیوژن کموالي له امله دمایوکارد اکسیجن کمیږي . ۲- دهایپرتروفیک زړه له کبله په اکلیلي او عیو باندي فشار له کبله دمایوکارد دویني جریان کمیږي . ۳- 50% ناروغانو کي داکلیلي او عیوناروغي موجود وي .

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

۴- دزړه عدم کفایه : دزړه عدم کفایه د کین بطن دسیستولیک او دیاستولیک دندو خرابوالي له کبله وي .

۵- دمعدې او کلموڅخه وینه بهیدنه : دابهړ په شدید تضيق کي وي چي لامل ممکن دابهړ تضيق سره داوعیو سوي اشکال وي (angiodysplasia).

دزړه او اوعیو معاینه :

الف: دپریکار دیوم تفتیش :اپیکس بیت بی ځایه شوي نه وي ، دخپل نارمل موقیعت کي لیدل کیږي .

ب:جس : ۱- دزړه اپیکس بی ځایه شوي نه وي ځکه چي کارډیو میگالي دزړه د توسع له کبله وي نه دزړه هایپر تروفي له کبله . ۲- داپیکس بیت وصف (Heave forceful) وي ځکه چي دابهړ په تضيق کي په کین بطن باندي د فشار زیاتوالي له امله کین بطن هایپر تروفي کوي . ۳- Double apex beat جس دزړه ۴ غږ یا ازیني تقلص له کبله وي . ۴- سستالیک تریل ممکن دابهړ په ناحیه کي یا suprasternal notch کي جس شي او د ثباتي شریان په سیرکي انتشار مومي .

۵- نادراً دځیگر غټوالي اودسفلي اطرافو ازیما دنښي بطن د عدم کفائي له کبله وي چي دا هغه وخت مینځته راځي چي دچپ بطن دهایپر تروفي له کبله بین البطني دسام نښي زړه خواته تیله کیږي چي دنښي زړه ډ کیدل خرابیږي .

ج: اضغا : الف: دزړه اوازونه ۱- لومړي اواز نارمل یا بنکته وي . ۲- دزړه دویم اواز بنکته وي ځکه چي یوازي P2 اوریدل کیږي . په داسي حال کي چي دابهړ دسام دکلسیفیکیشن له امله دسام حرکت کم وي نو A2 نه اوریدل کیږي . ۳- دشهيق په وخت کي دزړه دویم اواز Reverse splitting نورمال وي . ۴- دزړه دویم اواز پراخه سپلیت وي . ۵- دابهړ دسام دځنډ بندیدو له امله دابهړ په تضيق کي دزړه دویم اواز دابهړ په ساحه کي دشهيق په وخت کي سپلیت کم او دضفیر په وخت کي پراخه وي . ۶- دزړه ۴ اواز اوریدل کیږي .

ب- دزړه اضافي غږونه : Systolic Ejection Click

ج- مرمر : Ejection Systolic (Mid-Systolic) Murmur اوریدل کیږي چي لاندي اوصاف لري
 ۱- Ejection Systolic Murmur دابهړ په ساحه کي اوریدل کیږي ، غاږي او اپیکس خواته
 انتشار مومي . ۲- Ejection Click دمر مر خخه مخکي اوریدل کیږي . ۳- Gallaverdin
 Phenomenon کله کله دسیستالیک مر مر شدت دمترال دسام په (اپیکس) ساحه کي شدید
 اوریدل کیږي چي دمترال دسام عدم کفایي په شان اواز اوریدل کیږي . ۳- دابهړ دتضيق مرمر
 شدت دولاري په حالت کي کمیږي . ۴- څومره چي دابهړ دسام تضيق شدید وي په همغه کچه دمرمر
 دوام زیاتیري ، ستروک والیوم کمیږي .

دابهړ دتضيق عمومي فیزیکی معاینه : ۱- نبض - دثباتي نبض حجم کم وي ورورو
 جگیدونکي وي چي د anacrotic pulse په نوم یادیري . داپیکس جس او دثباتي شریان جس په
 وخت کي نه وي . ۲- pulse pressure کم وي ۳- دبنسي او چپ زړه عدم کفایي له کبله دغاږي
 وریدونه متبارزوي .

پلټني :

الف- دسیني رادیوگرافي :

۱- بنای نورمال وي ۲- دزړه اندازه نارمل یا لږ لوي شوي وي . ۳- دسیني په خلفي قدامي کلیشه
 کي دابهړ په صاعده قوس کي post stenotic dilatation لیدل کیږي .

ب- دزړه برقي گراف :

۱- دکین زړه هایپرتروفي وي ۲- په کین زړه باندي د فشار زیاتوالي له امله دکین زړه کشش
 (strain) وي (ST segment depression and T wave inversion in lead 1,AVL,V5 and V6) .

ج- ایکو کارډ یوگرافي :

۱- دابهړ دسام کسپونه پلن ، کلسیفید او بي حرکت معلومیږي . ۲- دکین بطن هایپرتروفي
 سیستالیک او دیاستولیک دندي معلومیږي . ۳- ډاپلر ایکو په واسطه دابهړ دسام او دسام

څخه شاته خواکي تفاضلي فشار اندازه کيږي. که تفاضلي فشار د ۵۰ ميلي متر سيمابو څخه زيات وي او يا دابهړ د قطر اندازه د 0.8cm^2 څخه کم وي په شديد تنگوالي باندي دلالت کوي. او داعراضو دپيدا کيدو لامل کيږي. کله کله که ددسام قطر د اساتتي متروي اعراض وي او يا تفاضلي فشار هم لوړ وي او ددسام قطر 0.6cm وي خوااعراض نه وي.

ح- Cardiac catheterization

دزړه کتيريزشن په هغه ناروغانو کي چي عمر يي ۴۰ کلن او يالور وي دا کليلي او عيو دانجيوگرافي لپاره او دابهړدوال څخه مقابل خواکي دتفاضلي فشار دمعلومولو لپاره ترسره کيږي. دا کليلي او عيو انجيوگرافي دانجينا دلامل دمعلومولو لپاره توصيه کيږي.

خ- انجيوگرافي:

په هغه ناروغانو کي چي عمر يي ۴۰ کلن او يالور وي او د CABG پلان وي توصيه کيږي.

تشخيص:

تشخيص دتاريخچي، فيزيکي معايني او تشخيصه تستونوپه واسطه کيږي.

اختلاطات:

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

درملنه:

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

- ۱- انجينا په ۵۰٪ ناروغانو کي مينځته راځي چي مړينه د ۵ کالو په موده کي وي.
- ۲- سنکوپ په ۵۰٪ پورته ناروغانو کي وي چي د ۳ کالو په موده کي مړينه وي.

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

جراحی درملنه په غیر اعرضي ناروغانو کې نه توصیه کېږي او که دچپ بطين دنده خراب شوي وي او یا د ابهر دوال ساحه د 0.7cm^2 کم شوي وي توصیه کېږي .

طبي درملنه :

طبي درملنه په هغه ناروغانو کې توصیه کېږي چې د عملیات وړ نه وي .

۱- دروند فیزیکی فعالیت څخه ډډه وشي .

۲- ناروغان بڼه وڅارل شي ځکه چې ناروغي په تدریجي ډول پرمختګ کوي . دایکوله نظره په کال کې تفاضلي فشار ۴-۸ ملي متره سیماب لوړېږي . دابهړ دوال قطر $0.2-0.3\text{cm}^2$ په کال کې کمیږي . دابهړ په خفیف ستینوزس کې ایکو هر دوه کاله بعد تر سره شي ، دابهړ په شدید غیر اعرضي ستینوزس کې هر ۶-۱۲ میاشتي بعد ایکو تر سره شي .

ETT په غیر اعرضي ناروغانو کې دپټ اعرضو دڅرګندولو لپاره اجرا کېږي. ETT په اعرضي ناروغانو (د تمرین کولو قدرت نه درلودل او د ویني فشار کموالي) کې مضاد استطباب دي .

۳- انجینا لپاره بیتا بلاکر توصیه کېږي خو احتیاط دي وشي ځکه چې د شاک او دزره دعدم کفایي لامل کېږي .

۴- نایتريت تمریني سنکوپ تشدیدوي نو دور کولو څخه یې ډډه وشي .

۵- ACE-I او دایکوګسین نسبي مضاد استطباب دي . دایکوګسین هغه وخت ورکولای شو چې ایجکیشن فرکشن کم شوي وي او ACE-I په کم دوز هغه وخت توصیه کولای شو چې چپ بطين اعرضي سستالیک دسفنکشن وي او دجراحی درملني لپاره کانديد نه وي .

جراحی درملنه :

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

۱- هغه اعرضي ناروغان چې دچپ بطين دنده یې خراب وي وروسته دجراحی عملیاتو څخه بڼه کېږي .

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

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

دجراحي تداوي استطببات :

۱- اعراض چي دابهر د شديد تضيق سره يوځاي وي .

۲- دابهر د شديد تضيق ناروغان چي دزره نورو عملياتو وروته اړتيا وي لکه CABG .

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

دابهر تضيق د کين زړه د دندې خرابوالي سره :

۱- که د د کين زړه د دندې خرابوالي (ايجيکشن فرکشن د ۳۵٪ څخه کم وي) ، دجراحي درملني خطر زيات وي . او بي له عملياتو څخه انزار خراب وي . د valve replacement سره دناروغ عمر اوږد والي ښه کيږي .

دابهر تضيق د تفاضلي فشار کموالي سره :

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

هغه خطري فکتورونه چي د عملياتو سره دمړيني خطر زياتوي :

۱- شديد اعرضي ناروغان

۲- د کين بطين د شديد دسفنکشن (ايچيکشن فرکشن د ۴۵ يا ۵۰٪ څخه کم شوي وي .

۳- زاړه کسان

۴- دا کليلي او عيو ناروغيو سره يوځاي وي .

دوالونو ډولونه :

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

۲- BIOPROSTHETIC VALVE: ددي وال عمر کم (۱۵ کاله) دي ترومبوجينیک نه دي . دا په ځوانانو کي چي عمر د ۳۵ کم وي او حاملگي کي استطباب نه لري .

۳- percutaneous aortic balloon valvoplasty: دا په ماشومانو او ځوانانو کي چي په ولادي ډول دابهړ تضيق يي کلسيفيد نه وي بڼه گټور دي .

TRICUSPID STENOSIS(TS)

اسباب :

دزره روماتیک ناروغي دترایکسپید دسام دتضیق مهم لامل دي چي زیاتره دمترال یا ابهر دسام ناروغيو سره یوځای وي ، زیاتره بنځو کي وي .

پتوفزیالوژي :

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

کلینیکي لوحه :

الف: اعراض: ۱- دکین خوا ددسامونو دروماتیک افاتو اعراضو سره یوځای وي . ۲- دگیډي درد(دځیگر لویوالي) ، پرسوپ(اسایتس) او محیطي ازیما وي .

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

ج: ECG :

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

ح: Chest X-Ray -

دښئي ازین لویوالي وی .

درملنه :

۱- دای یوریتیک درملنه او دمالګي بندیز ۲- دجراحی عملي په واسطه دترایکسپید دسام معاوضه کول .

TRICUSPID REGURGITATION(TR)

اسباب :

الف: Organic Tricuspid Regurgitation

1- Rheumatic Heart Diseases

2- Infective Endocarditis (IV drugs abuser)

3- Carcinoid Syndrome

4- Ebstein's Anomaly ;congenital tricuspid valve

ب) Functional (when right ventricle dilates) :

1- Right Ventricle Dilation Due to chronic heart failure

2- Cor-pulmonale

3- Right Ventricle Infarction

4- pulmonary Hypertension

کلینیکي لوحه :

اعراض: دښئي زړه دعدم کفائي اعراض.

فیزیکی معاینه : ۱- JVP: ۱- دغاړي وریدونه پورته وي. دښئي زړه عدم کفائي له کبله وی ۲- لویه د ۷ موجه وي .

۲- MURMUR: ۱- Pansystolic murmur د سترنوم هډوکي په کین طرف کي داوږدوالي په سیر کي اوریدل کیري. مرمر دشهیق په وخت کي شدت مومي په داسي حال کي چي د مترال دسام دعدم کفایي مرمر دضفیر په وخت کي شدت مومي .

۳- Pulsatile Liver: ځیگر نبضاني جس کیري .

تشخیصیه معاینات :

الف - ایکو کارډیوگرافي :

– ۱- بښي بطين پراخه وي ۲- دترایکسپید دسام بښای ابنارمل وي ۳- دریوي شریان فشار د ډاپلار ایکوپه واسطه اندازه شي.

ب-ECG:

دزره برقی گراف وصفی نه وی. ازینی فبریلیشن هم غیر معمول نه دی .

ج- Chest X-Ray

بښي ازین او بطين پراخه ښکاري .

درملنه :

۱- دترایکسپید دسام وظیفوي عدم کفاییه : داي یوریتیک پري لود کموي . دمترال دسام معاوضه کول ۲- دترایکسپید دسام عضوي عدم کفاییه : جراحي درملنه یا والوپلاستي تر سره کیري .

PULMONARY STENOSIS(PS)

اسباب :

۱- ولادي ناروغي (معمولاً). ۲- روماتیک تبه. ۳- کارسینوئید سندروم. ۴- aneurism of sinus of Fallot’s Tetralogy. ۵- valsalva

کلینیکي لوحه :

۱- که PS یوازي وي په خفیف او متوسط حالت کي اعراض نه وي . ۲- په شدید حالت کي Exertional fatigue, Dyspnoea, lightheadedness, chest discomfort (right ventricular Angina), cyanosis که ASD, patent foramin oval (PFO) وي .

فيزيکي معاینات:

تفتیش: دغاړي وریدلوړ او په کي د a موج خړگند ښکاري .

جس: ۱- Left Parasternal Heave دښئي بطين هايپرتروفي له کبله وي ۲- په کين دويم بين الضلعي مسافه کي تریل جس کيږي .

اضغا : الف- اول غږ نارمل وي ب- دويم اواز یوازي اوریدل کيږي ، ریوي دسام اواز ښکته وي . ج- مرمر : ۱- په دويم کين بينالضلعي مسافه کي په ریوي ساحه کي Ejection Systolic Murmur اوریدل کيږي چي اوربي خواته انتشار مومي ، دمرمر شدت دشهيق سره زیاتيږي ۲- مخکي دمرمر خڅه Ejection Click اوریدل کيږي .

تشخيصه معاینات:

۱- دزره برقي گراف: دکين ازین او بطين هايپرتروفي وي .

۲- دسيني رادیوگرافي : ښئي ازین او بطين لوي وي - په ریوي شريان کي post stenotic dilatation وي - په شدید PS کي دسږو دويني جريان کموالي له امله دسږو وازوکلاريتي کم شوي وي .

۳- ایکو کارډیوگرافي : - دوال اتاتوميک بدلونونه ښکاري - دریوي دسام تنگوالي شدت معلوميږي - په غیرمستقیم ډول دترایکسپید دسام عدم کفای دتفاضل په واسطه دښئي بطين فشار اندازه کيږي .

PULMONARY REGURGITATION (PR)

اسباب :

۱- دسپرو دسام عدم کفایه ددسام دحلقي دتوسع له کبله چي په ثانوي ډول دسپرو هایپرتشن یا دسپرو دشریان دتوسع له امله وي مینخته راځي .

۲- اتتاني اندوکار دایتس

۳- دسپرو ددسام دتضیق یا Tetralogy Of Fallot's (TOF) دجراحی درملني داخلاقاطو له کبله وي.

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

کلینیکي لوحه:

۱- دبنځي زړه عدم کفایه وي

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

۳- دسترنوم په کیني ۳، ۴ بین الضلعي مسافه کي Early Diastolic Murmur اوریدل کیږي .

۴- که دسپرو فشار لوړ وي، P2 لوړ وي .

تشخیصیه معاینات :

۱- دزره برقي گراف : دبنځي بطين هایپرتروفي وي .

۲- دسیني رادیوگرافي : بنځي بطين لوي بنکاري او دسپرو دشریان سیوري هم دلیدلو وړ وي .

۳- ایکو : بنځي بطين متوسع او هایپرتروفي وي - دسپرو ددسام عدم کفایه او ددي شدت معلومیږي .

درملنه :

۱- DIGOXIN دبنځي بطين دتوسع او عدم کفایي لپاره ورکول کیږي .

۲- سببي ناروغي تدایوي شي .

۳- Valve Replacement with bioprosthetic valve: که ددسام عدم کفایه شدید وي او د

TOF دجراحی درملني اختلاط وي .

MULTI VALVULAR HEAR DISEASE

د multi valvular hear disease اسباب :

الف : کسبې ناروغی :

الف ۱- دزره ناروغی :

۱- rheumatic heart disease

۲- infective endocarditis

۳- degenerative calcific

۴- cardiac remodeling /dilatation(functional)

الف ۲- ددواگانوجانبی عوارضو له کبله

۱- (anorectic agents,ergot agonist)

۲- end stage renal disease on hemodialysis

الف ۳- noncardiac systemic diseases (carcinoid heart disease)

ب - congenital heart disease

ب ۱- connective tissue disorders

۱- marfan syndrome

ب ۲- نادر ناروغی (congenital valvular cardiac disease)

Combined mitral stenosis and aortic regurgitation

کله چې AR او MS سره یوځایي وي نو شدید MS د خفیف AR سره یوځایي وي، پتوفزیالوژي یې د خالص MS په شان وي. کله کله ګډ AR هم شدید وي. MS د کینې بطنین ډکیدل کموي نو په کینې بطنین په حجم باندي د AR اغیزې پتېږي. پس نو ددواړو افاتو جوړول په زیاتره ناروغانو کې ضرور دي. کله چې اعراض پیداشي او دسږوفشار لوړ شي نو مداخلوي درملني ته اړتیا پیدا کېږي. ددواړو والونومعاوضه مناسب درملنه ده. کله چې د مترال ستینوزس دتداوي پلان وي نو balloon mitral valvotomy اجرا کېږي. په زیاتره ناروغانو کې لومړي مترال والو تومي اجرا کېږي وروسته ناروغان د اعراضو لپاره تعقیبېږي. که اعراض له مینځه لاړ شي د AR اصلاح کول ځنډېږي.

:Combined mitral stenosis and aortic stenosis

په هغه ناروغانو کې چې په ګډه سره څرګند AS او MS ولري په کلینیک کې دابهر د تضيق نښې معمولاً بارز وي، د مترال تضيق نښې پټې وي خو اعراض د مترال تضيق بارز وي. د 2D او ډاپلر ایکو په واسطه دناروغي شدت، د کینې بطنین دنده او سایز او دمترال دسام بالون والو تومي استطباب ایښودل کېږي. که د AS خفیف وي نو دمترال دسام دبالون والو تومي لپاره لومړي ښه مناسب دي. که دمترال بالون والو تومي کامیاب ونووروسته دابهر وال بیا ارزیاېي کېږي. که په ګډه دابهر تضيق او دمترال عدم کفایه سره یوځایي وي نو دابهر تضيق دمترال دسام عدم کفایه تشدید وي. دمترال دسام عدم کفایه دابهر دتضيق دشدت په تعینولو کې ستونزه پیدا کوي ځکه چې فورډ وارد اوټ پوټ کمیږي. څرنګه چې دمترال عدم کفایه د کینې بطنین دایجکیشن فرکشن قدرت لوړوي نو په دې توګه د کینې بطنین سستولیک دسفنکشن چې دابهر دتضيق په واسطه مینځته راغلي وي پتېږي. که ازیني فبریلیشن اوازیني سستولیک دسفنکشن پیدا شوي وي او د کینې بطنین دهایپرتروفي له کبله د بطنین ډکیدل خراب شوي وي نو فورډ وارد اوټ پوټ نور هم کمیږي. که په ناروغ کې شدید AS او شدید MR شته وي (دمترال وال مارفولوژي هم خراب وي)، اعراض موجود وي، کینې بطنین دنده خراب وي او دسږوفشار لوړ وي، نو باید په ګډه سره دابهر

او مترال دسامونه معاوضه شي او يا مترال وال ترمیم شي . که په ناروغ کي دابهر تضیق خفیف او يا متوسط وي او دمترال عدم کفایه شدید وي نويوازي دمترال دسام جراحي عمليات اجرا کيږي ځکه چې داعراضوموجودیت ، دکین بطين دندي خرابوالي ، فورد وارد ستروک واليوم کموالي او دسږو فشار لوړوالي مخکي دعملياتو څخه دابهر دتضیق شدت اندازه کول ستونزمنوي . که دابهر دوال متوسط تفاضلي د ۳۰ ملیمترو سیمابو څخه لوړوي دابهر دوال معاوضه تر سره کيږي .

Combined aortic stenosis and mitral regurgitation

شدید AS د MR شدت زیاتوي . همدارنگه MR د AS د شدت اندازه کول ستونزمنوي ځکه چې مخکي خواته دویني داستولو (forward) جریان کميږي . MR د LV ایجیکشن فرکشن د ندي قوت زیاتوي ، نوځکه دکین بطين مقدم سستولیک دسفنکشن د AS په واسطه پوښل کيږي . ازیني فبریلیشن او دازین سستولیک دندي خرابوالي (forward) جریان نور هم کموي ځکه چې دهایپرتروفي شوي کین بطين دکیدل خراب وي . د شدید AS او شدید MR (دمترال اېنارمل دسام) ناروغان چې اعراض ولري ، کین بطين دنده خراب وي يا دسږو فشار لوړ وي په گډه سره دابهر او مترال دسامونه معاوضه شي او يا مترال دسام ترمیم شي . هغه ناروغان چې خفیف څخه تر متوسط اندازي پوري AS او شدید MR ولري ، اعراض موجود وي ، دکین بطين دنده خراب وي او يا دسږو فشار لوړ وي دعملياتو څخه دمخه دابهر دعدم کفایي شدت اندازه کول گران کار دي ځکه چې forward stroke volume نور هم کميږي . که دابهر دسام تفاضلي فشار د ۳۰ ملیمترو سیمابو څخه زیات وي دابهر دسام باید معاوضه شي .

Combined mitral regurgitation and aortic regurgitation

دا اړینه ده چې وپیژندل شي دکوم وال افت څرگند دي ځکه چې لومړي دهغه دسام ناروغي تداوي شي چې اعراض يي بارز وي ددي لپاره چې ددواړو دسامونوپتوفزیالوژي او دجراحي درملني وخت سره توپیر لري . که څه هم دواړه يي دکین بطين دتوسع لامل کيږي خو دابهر عدم کفایه دسیستمیک سستولیک هایپرتنشن لامل کيږي او دکین بطين پلنوالي کم وي . د 2D

echocardiography په واسطه د AR او MR شدت ، د کین زړه سایز او دنده ، د کین ازیڼ دنده او سایز ، دسپرو دشریان فشار او دمترال دسام ترمیم معلومیږي . جراحي درملني ته هغه وخت اړتیا وي چي دابهر ددسام معاوضه او دمترال دسام ترمیم ددرملني مناسب ستراتیژي وي. دمترال دسام ترمیم دامکان وړ دي .

Heart Valve Replacement

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

replacement.aortic valve دابهر دتضیق اوعدم کفایي لپاره او دمترال وال معاوضه دمترال تضیق اوعدم کفایي لپاره ترسره کیږي .

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

Tissue valve: دانسان یا حیوان ډونور انساج دي .جراحي پروسیجرونه د وال د معاوضي، دا عراضو شدت او دجراحي خطر پوري اړه لري . ځیني جراحي پروسیجرونه دویني دتحرش دمخنیوي لپاره اوږدي مودي درمل ته اړتیا لري .زیاتره خلک وروسته دجراحي درملني څخه داوږدي مودي سالم روغ رمت ژوند ته طمع لري . دمترال دسام د معاوضي سره ناروغان پرته د ویني نري کونکي درمل اخیستلو سره بڼه نورماله ژوند کوي . دابهر ددسام د معاوضي څخه وروسته ناروغان داوږدي مودي درملني اخیستلو ته دناروغ حالت او خطري فکتور پوري اړه لري .

INFECTIVE ENDOCARDITIS**تعريف :**

دزړه ددسامونو يا دزړه دجوفونو داستر مايکروبي انتان ته انتاني اندوکار دایتس وايي .

ويشنه :

الف- Acute Endocarditis: ۱- دزړه نارمل او ابنامل والونه اخته کوي ۲- انتان دويني دلاري سرايت مومي ۳- دانتان وايروليني سي زياد دي . ۴- که ژر تداوي نه شي دخو اونيو په موده کي ناروغ مري . ۵- معمول لامل يي Staphylococcus aureus دي . ۶- ويجيتيشن يي لوي دي ۷- شديد تبه په کي وي .

ب- Sub Acute Endocarditis: ۱- دزړه ابنا رمل (ناروغ وال) اخته کوي ۲- تدريجي شکل پرمختگ کوي ۳- دجراحي پروسيجرونوپه وخت کي سرايت مومي ۴- وروسته دتداوي څخه بڼه کيږي . معمول لامل يي Streptococcus viridians دي .

ج- Prosthetic Valve Endocarditis وروسته دجراحي عملياتو څخه مينځته راځي معمول لامل يي S. epidermidis او Staphylococcus aureus دي .

اسباب:

۱- Staphylococcus aureus (35%) : روغ يا سوي شکل والونه اخته کوي ، په دوا اعتيادو کسانو (polymicrobial) او دزړه الي استعمالونکي کي اخته کوي . دحاد اندوکار دایتس لامل کيږي .

۲- Streptococcus viridans (32%) : اصلي والونه چي مخکي ماؤف شوي وي يا ابنا رمل والونه اخته کوي . دتنفسي سيستم دپورتنې لاري دمعمول انتاناتو څخه دي چي ويني ته دژاولوژولو، برس کولو او دغابونووايستلو په وخت کي ويني ته ننوزي . دتحت الحاد اندوکار دایتس لامل کيږي .

۳- Enterococci (8 %) : دا دمقعدپه شاوخوا کي اوپه دکومتيازو کي وي ، په زړو نارينو کي چي پروستات هايپرتروفني لري اوپه بنځوکي بولي تناسلي انتان لري موجود وي .

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

G -ve bacilli of HACEK group (4%) - ۵

Yeast and Fungi(1%) - ۶

Culture negative endocarditis (5 %) - ۷

مساعدونکی فکتورونه :

الف: دزره او او عیو ناروغي :

۱- دزره روماتیک ناروغي : مترال دسام عدم کفاییه ، مترال دسام تنگوالي ، دابهر دسام عدم کفاییه او تنگوالي .

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

۳- prosthetic valve

۴- Degenerative calcific valvular stenosis

دکوربه فکتورونه: ۱- Neutropenia ۲- Immunodeficiency- ۳- Malignancy ۴-

Therapeutic immunosuppression ۵- Diabetes mellitus ۶- Alcohol ۷- IV drug abuse

Pathogenesis And Pathology

الف- دانتان دداخلیدو لاري : ۱- دغابنونیانوروجراحی پروسیجرونوپه وخت کي . ۲- دمنتن زرقیاتو دلاري . ۳- دپوستکي یاتنفسی سیستم بیکاره انتاناتو په واسطه . ۴- په پت ډول دکلمواو خولي دلاري . ۵- زخمونه

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

ب ۱- دزړه داخلي اندو تیلیوم زخمي کیږي ۲- په زخمي شوي ځاي کي غیر منتن ترومبو سیت - فبرین ترومبوس جوړیږي چي د نن بکتریا ل تر موبوتیک اندوکار دایتس (NBTE) په نوم یادیري ۳- دمؤقتي بکتریمیا په وخت کي اتان د NBTE لپاسه نښلي ۴- اتان په دي ځاي کي ډیروالي (Proliferation) مومي ۵- په مآوفه ځاي کي منتن ، ماتیدونکي او محجم (کتله) جوړیږي چي د تبت (bulky vegetation) په نوم یادیري .

ج- د داخلالقلبي اتان موضعي تخریباتو اغیزی : ۱- دوال کسپونه تخریږي چي لومړي زخم جوړوي اوبیا ددسام دعدم کفایي لامل کیږي . ۲- کوردا تنډیني رپچر کوي ۳- د paravalvular abscess کبله دزړه انتقالی سیستم خرابیږي چي داریتما او تقحی پیریکار دایتس لامل کیږي . ۴- لوي ویجیتیشن دوالونو دوظیفوي تضیق لامل کیږي .

د- امبولایژن : دمنتن ویجیتیشن څخه امبولي بیلیري په توري ، پښتورگو ، زړه او سپرو کي دانفارکشن لامل کیږي .

ذ- میتازتاتیک اتان : سپتیک امبولي د بدن هر ځاي کي د ابسي لامل کیږي .

ر- دامیون کمپلکس ځاي په ځاي کیدل : په مختلفو انساجو کي دامیون کمپلکس (انتي جن - انتي بادي کمپلکس) ځاي په ځاي کیږي چي دخارالقلبي کلینیکي تظاهراتو لامل کیږي لکه Arthralgia, Roth Spot, Janeway Lesion, Focal Glomerulonephritis, Vasculitis

کلینیکي لوحه :

الف- دبکتریمیا کلینیکي لوحه :

۱- Fever- که یوناروغ چي دزړه دوالونو ناروغي ولري او تبه یي دخو ورځو څخه تر څو اونيو پوري دوام ومومي په اندوکار دایتس باندي دلالت کوي . په زړو خلکو ، دزړه احتقاني عدم کفایه اودپښتورگو په مزمن عدم کفایه کي تبه نه وي . وزن بایلل ، بي اشتهاي . دشپي له خوا خوله . انیمیا .

۲- petechia : petechiae on the skin, conjunctivae, oral mucosa دوازو کولایتس له کبله وي . دسترگو په رتینا کي دوازو کولایتس له کبله Roth Spot وي .

۳- Splenomegaly: ۳۰-۴۰٪ پینو کي وي .

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

۱- Janeway Lesion: دا کوچني ، هموار بي درده سور ماکولاګاني دي چي دلاس په تینار او هایپوتیناربرجستگیو کي وي .

۲- Splinter Hemorrhage: دا دګوتو دنوکانولاندي وي .

۳- Osler’s Nodes: دا سخت دردناکه حساس پوستکي لاندي پر سیدلي نوډولونه دي چي دلاس پښو په ورغوپونډو او ګوتوکي وي چي دواز کولایتس یا امبولیزم له کبله وي .

ج- دزړه ددسامونو ددندو دخرابوالي کلینیکي لوحه :

۱- MURMURS- ویجیتیشن دویني جریان بندوي چي د زړه داضافي اوازونو دپیداکیډو لامل کیږي چي مرمر ورته وایي . دمرمر پیداکیډل دویجیتیشن سائز پوري اړه لري . دپخواني مرمر وصف کي بدلون او شدت کي زیاتوالي .

۲- REGURGITATION- ددسامونوپرمخ تللي تخریبات د دسامونو دسوري کیدو یا عدم کفایي لامل کیږي .

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

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

دبښي زړه اندوکار دایتس دسږو دامبولیزم سبب کیږي .

داندوکار دایتس دناروغ معاینه :

۱- لاسونه : د Osler’s Node, Janway Lesions, splinter Hemorrhage, Clubbing لپاره معاینه شي .

۲- سترگی : Roth’s Spot in fundus , conjunctival petechia لپاره معاینه شي .

۳- خوله: دخولي دحرارت درجه اندازه شي.

۴- پریکار دیوم : دزره دولادي یادسامي ناروغیو لپاره ، دزره عدم کفایي او دپخواني جراحي عملیاتو لپاره معاینه شي.

۵- سړي د کریپیتیشن لپاره چي دزره عدم کفایه کي وي .

۶- گیده دتوري لویوالي لپاره

۷- سفلي اطراف د امبولي

۸- دتشومتیازو معاینه : دهیماچوریا او پروتین یوریا لپاره معاینه شي .

۹- دموضعي اتان لپاره معاینه شي.

تشخیص:

الف- دویني کلچر :

۱- دویني کلچر مهم معاینه ده .

۲- مخکي دانتي بیوتیک دپیل څخه ددری مختلفو ځایونو څخه د ۲۴ ساعتو په موده کي دویني کلچر لپاره وینه واخیستل شي . په ۹۵% کي کلچر مثبت وي او ۵% کي منفي وي .

۳- دکلچر دمنفي والي اسباب . ۱- مخکي دکلچر څخه انتي بیوتیک پیل شوي وي - ۲- فنګسي انتانات ۳- هغه ارګانیزمونه چي خاص میډیا ته اړتیا لري لکه legionella انتانات. ۴- ورونشونما کونکي انتان لکه بروسیلا او ان ایروبیک انتانات.

ددي ستونزي دحل لپاره کله چي انتي بیوتیک پیل شوي وي دوا باید قطع شي ۲-۳ ورځي معطل شي وروسته کلچر تر سره شي .

ب- دوینی نور معاینات :

۱- انیمیا - نارمو کرومیک نارموسایتیک انیمیا .

۲- C-Reactive protein and ESR لوړ وي .

۳- دوینی سپین حجرات په حاد حالت کې لوړ او په تحت الحاد حالت کې نور مال وي .

۴- ترومبوسایتوپینیا ممکن موجود وي خو نادراً وي .

ج- ایکوکارډیوگرافي - په ایکو کې لاندې پتالوژي تثبیتېږي .

۱- Vegetation ۲- Valve damage ۳- Abscess formation

حساس ایکو (TEE) Trans Esophageal Echocardiography دي چې ۹۵-۸۵٪ تشخیص وضع کوي او که ویجیتیشن د ۱-۱.۵ ملیمتر وڅخه کوچني هم وي تثبیتېږي .

د- ECG: په دي کې دزره انفارکشن او دانتقالي سیستم تشوشات معلومیږي (د اېسي له کبله) .

ذ- CXR: دسیني په رادیوگرافي کې دسږو امبولیزم او دزره عدم کفایه ښکاري .

ر- دتسو متیازو معاینه: پروتین یوریا او هیماچوریا په کې معلومیږي .

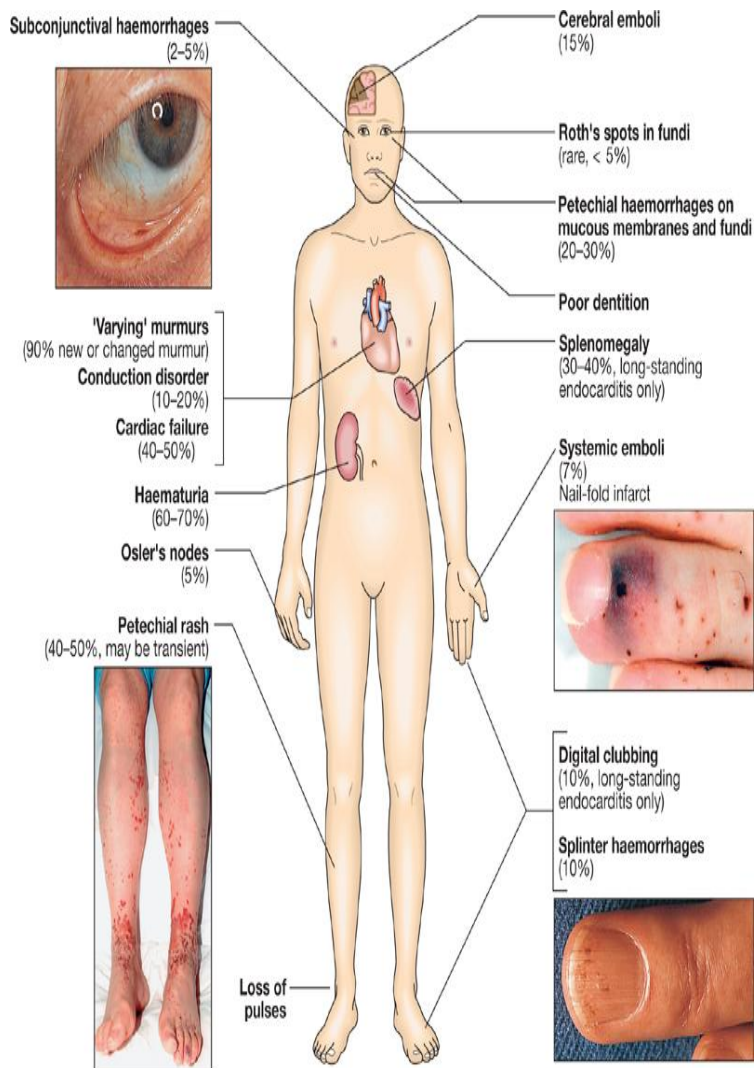
ز- سیرالوژیک تستونه: C3-4 کم وي . 50% RA فکتور مثبت وي . ۲۰٪ کې Anti Nuclear Antibody (ANA) مثبت وي .

تشخیص :

په اندوکار دایتس تشخیص هغه وخت وضع کیږي چې لاندې حالات موجود وي .

۱- دزره مساعدونکي افات ۲- بکتریمیا ۳- دامبولي شواهد ۴- فعال اندو کارډیل حالت .

داندوکار دایتس تشخیص د MODIFIED DUKE'S CRITERIA په واسطه کیږي .



Sub-acute Endocarditis

Úf ÚWONK •
 ▲Ý : W» V: áca •
 ▲Ýx» ÌWVx ▲xx í W •
 ▶cX
 ÚÁN» Ú-x •
 WY/ f» WYÓV •
 NÁYÓVxXs ▶-ā Ó •

Colledge et al: Davidson's Principles and Practice of Medicine, 21st Edition
Copyright © 2010 by Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier, Ltd. All rights reserved.



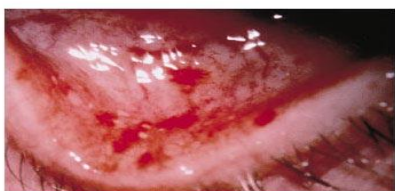
A



C

Osler's nodes

ګاڼه ګاڼه ګاڼه ګاڼه ګاڼه ګاڼه ګاڼه ګاڼه ګاڼه ګاڼه



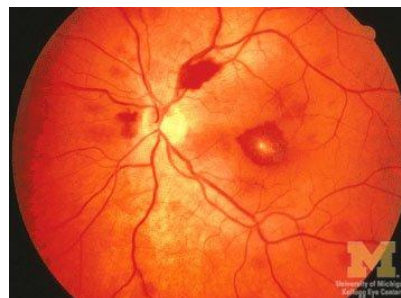
B



D

Janeway lesions

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



A

C

B

D



DR. S. HADI



Modified Dukes Criteria

لوي نښي Major Criteria:

الف- Positive blood culture

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

ب- Endocardial involvement: دانډوکارډ اخته کیدل

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

کوچني نښي Minor Criteria:

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

Duke Criteria

الف- مشخص تشخیص Definite: ۱- دوه لوي نښي ۲- يولوي او دري ياپنځه کوچني نښي ۳- پتالوژیک او هستولوژیک نښي موجود وي .

ب- احتمالي تشخیص (Possible): ۱- يولوي او يو يادري کوچني نښي وي .

ج- د تشخیص ردیدل (Rejected): ۱- بل تشخیص کینبودل شي ۲- که د ۴ ورځو یا کمه موده کي دانډوکار دایتس کلینیکي لوحه دانتي بیوتیک درمل سره بڼه شي .

تفریقي تشخیص :

دټولو هغه ناروغیو سره چې د دوامداري تبي لامل کيږي لکه (نیوپلاستیک ناروغي ، کولاجن ناروغي ، او نور اتانات) . دتفریقي تشخیص لپاره دویني کلچر ، دسیني رادیوگرافي ، دلمفاوي عقداتو بایوپسي ، دهډکو دمغز بډل ، انجیوگرافي ، ایکوکارډیوگرافي ، دپښتورگو بایوپسي او انتي نیوکلر انتي باډي معاینات تر سره شي .

اختلاطات:

الف: دزره اختلاطات :

دزره عدم کفایه ۲- ددسامونو دتخریب له کبله ددسامونو عدم کفایه ۳- ددسامونو سټینوزس ۴- دمایوکارډیوم اېسي داتتقالي تشوشاتو او دپیریکارډیوم اېسي د تقحیي پیریکارډایتس لامل کيږي . ۵- دا کليلي او عیو امبولیزم ۶- دپروستاتیک دسام بیلیدل .

ب: دزره څخه دباندي اختلاطات :

۱- سیستمیک امبولي (دستروک ، دگردو انفارکشن ، دتوري انفارکشن او یا د اطرافو داسکیمیا لامل کيږي) . ۲- منتن امبولي د بدن په بله برخه کي د اېسي سبب کيږي ۳- دښئي زړه اندو کارډایتس دسږو دانفارکشن او اېسي لامل کيږي . ۴- مایکوتیک انوریزم ۵- امیون کمپلکس گلومیرولونفریتس .

وقایوي درملنه:

High risk category: A

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

B.Moderate risk category:

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

Regimen for prophylaxis .5

Standard oral regime:

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

Penicillin allergy

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

درملنه :

۱- داندوکار دایتس د درملني لپاره دا اړینه ده مشخص اتان وپیژندل شي او حساس اتی بیوتیک ورته توصیه شي. وسیع الساحه اتی مایکروبیال درمل ژرتر ژره پیل شي. بکتریوسیدال دوا شروع شي.

۲- تبه د ۵-۷ ورځو په موده کې بڼه کیږي .

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

دانتانی اندوکار دایتس لپاره دانتی بیوتیکونورژیمونه :

A-Streptococci

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

B.Enterococci

Ampicillin sensitive

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

Ampicillin resistant

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

C.Staphyoccci

Penicillin sensitive

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

دجراحي تداوي استطبابات:

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

دانتی کواگولانت رول :

انتی کواگولانت نه ورکول کیږي ځکه چي دنزف خطر زیاتوي ، که ناروغ پروستیتیک وال ولري وروسته داندوکاردايتس دښه کیدو څخه ناروغ ته بیرته لکه مخکي د اندوکاردايتس داخه کیدو پشان پیل کیږي .

ريفيرينسونه

- 1- نشاط محمد طيب دتنفسي سيستم اد دزړه روماتيزمل ناروغی .ننگرهار پوهنتون طب پوهنځی .
 - 2- <http://heart.bmj.com/> on May 2, 2016 - Published by group.bmj.com COMBINED MITRAL AND AORTIC STENOSIS 607 APEX &M. Maryland, U.S.A. Received April 16, 1962
 - 3- Kasper ,Denni L.Hauser,Stephen L . Harrison's principle internal medicine 19th edition. USA: Mc Graw Hill; 2015 P:1450,1650
 - 4- GOLD MAN lee, Ausiello De NNIS. Cecil medicine 23rd edition. Philadelphia: saunder's 2012 P:350,550
 - 5- japi.org/august2007/U-575.pdf by S Bhandari - 2007 - Cited by 16 - Related articles
- have combined MS and mitral regurgitation (MR).6-8. Congenital malformation of**Combined mitral stenosis and aortic regurgitation.***
When both AR and MS ...
- 6-^ Jump up to:^{a b c d e f g h i j k} Albert, RH (1 December 2010). "Diagnosis and treatment of acute bronchitis.". *American family physician* **82** (11): 1345–50. PMID 21121518
- 7-Kumar Prveen. Clinical medicine 7th edition: ELEVIER UK: saunder, 2009 P: 700,830
 - 8- Mec PHEE STEPHEN NJ Maxin A PAPADAKIS Current medical diagnosis and treatment FIFTHY FIFTH EDITION .New Yark :MC Graw Hill 2016.pp-242-350
 - 9-Wallker ,Brain R .Colledge,Nicki R . Davidson's Principle of internal medicine 22th edition UK: Edinburgh;2014 P663,525

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