ننګرهـار طب پـوهنځی

د تنفسي او د زړه روماتيزمل ناروغی

پوهندوی دوکتور سلام جان شمس

پلورل منع دی

١٣٩٦

د تنفسي او د زړه روماتيزمل ناروغی

The Respiratory & Rheumatic Heart Diseases

پوهندوی دوکتور سلام جان شمس

١٣٩٦

Nangarhar Medical Faculty

Afghanic

Assist Prof Dr Salam Jan Shams

The Respiratory & Rheumatic Heart Diseases

ISBN 978-9936-620-24-7

Not For Sale

2017

DVD's Version

د تنفسي او د زړه روماتيزمل ناروغۍ

پوهندوی دوکتور سلام جان شمس

افغانیک
Afghanic

Pashto PDF
2017

Nangarhar Medical Faculty
ننگرهار طب پوهنځی

The Respiratory & Rheumatic Heart Diseases

Assist Prof Dr Salam Jan Shams

Download:
www.ecampus-afghanistan.org

بسم الله الرحمن الرحيم

تنفسي او د زړه

روماتيزمل ناروغۍ

پوهندوی دوکتور سلام جان شمس

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

د تدريسي کتابونو د چاپولو لپاره له موږ سره اړيکه ونيسئ:
ډاکتر يحيی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کابل
تيليفون ۰۷۵٦۰۱٤٦٤۰
ايميل textbooks@afghanic.de

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان ۹۷۸۰۹۸۷۳۱۷۲۰۹

د لوړو زده کړو وزارت پیغام

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

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

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

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

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

په درنښت

پوهنوال دوکتور فریده مومند

د لوړو زده کړو سرپرست وزیره

کابل، ۱۳۹۶

سوانح او مننليک

زه دوکتور سلام جان (شمس) د مرحوم نبی جان ځوی د ننګرهار ولایت ،چپرهار ولسوالی او دکنډیباغ د قریې اوسېدونکی یم . لومړنی او منځنۍ زده کړې مي د چپرهار په لېسه کې بکلوریا مي د مهاجرت په دوره کې د طارق بن زیاد په لېسه کې بیا د کانکور له لارې د جهاد پوهنتون د طب پوهنځي کې تر دریم صنف پورې په پاکستان کې بیا د پوهاند صاحب ګل مقصود (ستانکزی) او پروفیسر دوکتور فیض الله (کاکړ) په وساطت په ۱۳۷۶ کال کې د کابل د مغالجوی طب څخه فارغ او په همدې کال د ننګرهار طب د داخلي په څانګه کې د خارج کدر په حیث د دندې اشغال مي وکړ. چې د وخت په تېرېدو سره د دې کتاب د لیکلو فرصت یې را ه برخه کړ او د دې کتاب په لیکلو کې ډېرو دوستانو را سره برخه اخیستي چې د هغوي له ډلې څخه یو څو د نمونی په ډول بیانوم لکه :الحاج پوهاند دوکتور محمد(ظاهر ظفرزی)، الحاج پوهاند دوکتور محمد طیب (نشاط)، الحاج دوکتور عبدالناصر (جبارخیل)،الحاج پوهاند دوکتور سیف الله (هادی)،الحاج پوهاند دوکتور ایمل (شیرزی) ، خو! پوهاند دوکتور دل اقا (دل) او الحاج پوهنوال دوکتور حیات الله (احمدزی) ډېر زیات تکلیفونه یې را سره ګاللي دي. همدارنګه پوهندوی دوکتور صلاح الدین اوپه صحت عامه کې د رنځورمل دوکتور میروس (حنیفی).

د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمېټې (Kinderhilfe-Afghanistan) او د هغه له مشر ډاکتر ابروس څخه مننه کوم چې زما د کتاب د چاپ مالي لګښت یې پر غاړه واخیست. همدارز له ښاغلي ډاکتر یحیی وردګ څخه هم مننه کوم چې د دې کتاب د چاپ لپاره یې زمینه برابره کړېده.

والسلام

سپارښت لیک

د داخلي (اندوکراینولوژی او هیماتولوژی) څانګې ښاغلو غړو ته
السلام علیکم ورحمت الله وبرکاته!

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

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

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

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

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

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

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

پوهاند دوکتور محمد ظاهر (ظفرزی)
د قلبي او هضمي څانګې آمر

تقریظ

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

الحاج پوهاند دوکتور عبدالناصر (جبارخیل)
د تنفسي څانګې آمر

تقریظ

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

السلام علیکم ورحمت الله وبرکاته!

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

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

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

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

الحاج پوهاند دوکتور محمد طیب (نشاط)

دا ندوکراینولوژی او هیماتولوژی څانګې آمر

سریزه

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

فهرست

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

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

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

۲-۵-۹	مخنیوي او انذار	۷۸
۲-۶	د سږو اتلیکتاسیس	۷۸
۲-۶-۱	لاملونه	۷۹
۲-۶-۲	پتالوژي او پتوفزیولوژي	۷۹
۲-۶-۳	کلینیکې بڼه	۸۱
۲-۶-۴	د سیني رادیوګرافي	۸۲
۲-۶-۵	پېژندنه	۸۳
۲-۶-۶	مخنیوي	۸۳
۲-۶-۷	درملنه	۸۳
۲-۷	لنډیز	۸۴
۲-۸	پوښتنې	۸۵
۲-۹	اخځلیکونه	۸۷
	دریم څپرکی	
	پلورايي ناروغي	۸۹
	پیلیزه	۸۹
۳-۱	پلوریزی	۸۹
۳-۱-۱	تعریف	۸۹
۳-۱-۲	کلینیکې بڼه	۹۰
۳-۱-۳	د سیني رادیوګرافي	۹۰
۳-۲	پلورل افیوژن	۹۱
۳-۲-۱	لاملونه	۹۱
۳-۲-۲	کلینیکې بڼه	۹۲
۳-۲-۳	لابراتوارې کتنې	۹۳
۳-۲-۴	د سیني رادیوګرافي	۹۵
۳-۲-۵	درملنه	۹۵
۳-۳	امپیما	۹۷
۳-۳-۱	لاملونه	۹۷
۳-۳-۲	کلینیکې بڼه	۹۸
۳-۳-۳	درملنه	۹۹
۳-۴	نیموتراکس	۱۰۰
۳-۴-۱	تعریف	۱۰۰
۳-۴-۲	اولنۍ نیموتراکس	۱۰۰

۳-۴-۳	ثانوي نيموتراكس	۱۰۰
۳-۴-۴	تروماتيک او فشاري نيموتراكس	۱۰۱
۳-۵	لنډيز	۱۰۵
۳-۶	پوښتنې	۱۰۵
۳-۷	اخځليکونه	۱۰۷
	څلورم څپرکی	
	سږيز سرطان	۱۰۸
	پيليزه	۱۰۸
۴-۱	د قصباتو سرطان	۱۰۸
۴-۱-۱	د هستولوژی له پلوه د سږيز كارسينوما ډولونه	۱۰۸
۴-۱-۲	پتالوژيک بدلونونه	۱۰۹
۴-۱-۳	کلينيکي بڼه	۱۰۹
۴-۱-۴	لابراتواري کتنې	۱۱۲
۴-۱-۵	د سيني راډيوګرافي	۱۱۲
۴-۱-۶	اختلاطات	۱۱۳
۴-۱-۷	تشخيص	۱۱۳
۴-۱-۸	درملنه	۱۱۳
۴-۲	لنډيز	۱۱۴
۴-۳	پوښتنې	۱۱۵
۴-۴	اخځليکونه	۱۱۶
	پنځم څپرکی	
	د سږو او رګونو وظيفوي ستونزې	۱۱۷
	پيليزه	۱۱۷
۵-۱	سږيز احتشاء او امبولي	۱۱۷
۵-۱-۱	مساعد کونکی فکتورونه	۱۱۷
۵-۱-۲	کلينيکي څرګندونې	۱۱۸
۵-۱-۳	لابراتواري کتنې	۱۱۹
۵-۱-۴	پېژندنه	۱۲۰
۵-۱-۵	توپيري پېژندنه	۱۲۱
۵-۱-۶	درملنه	۱۲۱
۵-۲	ايډيوپاتيک سږيز فبروزيس	۱۲۳
۵-۲-۱	کلينيکي څرګندونې	۱۲۳

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

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

۷-۳-۴	د زړه برېښنايي ګراف	۱۸۱
۷-۳-۵	ايکو کارډيوګرافي	۱۸۱
۷-۳-۶	د سيني راديوګرافي	۱۸۱
۷-۳-۷	د زړه کتيترايزيشن	۱۸۱
۷-۳-۸	پېژندنه	۱۸۱
۷-۳-۹	توپيري پېژندنه	۱۸۱
۷-۳-۱۰	اختلاطات	۱۸۱
۷-۳-۱۱	مغالجوي درملنه	۱۸۲
۷-۴	د مترال دسام پرولپس	۱۸۴
۷-۴-۱	تعريف	۱۸۴
۷-۴-۲	لاملونه	۱۸۴
۷-۴-۳	کلينيکي بڼه	۱۸۴
۷-۴-۴	اختلاطات	۱۸۴
۷-۴-۵	اليکتروکارديوګرافي	۱۸۴
۷-۴-۶	ايکوکارديوګرافي	۱۸۴
۷-۴-۷	درملنه	۱۸۵
۷-۵	د ابهر دسام عدم کفايه	۱۸۵
۷-۵-۱	لاملونه	۱۸۵
۷-۵-۲	پتالوژي	۱۸۶
۷-۵-۳	پتوفزيولوژي	۱۸۶
۷-۵-۴	کلينيکي بڼه	۱۸۷
۷-۵-۵	ايکو کارديوګرام	۱۹۱
۷-۵-۶	د سيني راديوګرافي	۱۹۱
۷-۵-۷	کتيترايزيشن	۱۹۱
۷-۵-۸	تشخيص	۱۹۱
۷-۵-۹	توپيري تشخيص	۱۹۱
۷-۵-۱۰	اختلاطات	۱۹۴
۷-۵-۱۱	درملنه	۱۹۵
۷-۶	د ابهر دسام تنګوالی	۱۹۵
۷-۶-۱	لاملونه	۱۹۵
۷-۶-۲	پتوفزيولوژي	۱۹۶
۷-۶-۳	کلينيکي بڼه	۱۹۶

۷-۶-۴	د سيني راديوګرافي	۱۹۹
۷-۶-۵	الکتروکارديوګرام	۲۰۱
۷-۶-۶	ايکو کارديوګرافي	۲۰۱
۷-۶-۷	د زړه کتيترايزيشن	۲۰۲
۷-۶-۸	کارديو انجيوګرافي	۲۰۲
۷-۶-۹	تشخيص	۲۰۲
۷-۶-۱۰	اختلاطات	۲۰۲
۷-۶-۱۱	درملنه	۲۰۲
۷-۷	ټرای کسپيډ تنګوالی	۲۰۳
۷-۷-۱	پتوفزيولوژي	۲۰۳
۷-۷-۲	کلينيکي بڼه	۲۰۳
۷-۷-۳	الکتروکارديوګرام	۲۰۴
۷-۷-۴	راډيوګرافي	۲۰۵
۷-۷-۵	درملنه	۲۰۵
۷-۸	د ټرای کسپيډ دسام عدم کفايه	۲۰۵
۷-۸-۱	لاملونه	۲۰۵
۷-۸-۲	کلينيکي بڼه	۲۰۶
۷-۸-۳	ايکوکارډيوګرافي	۲۰۷
۷-۸-۴	الکتروکارډيوګرام	۲۰۷
۷-۸-۵	د سيني راډيوګرافي	۲۰۸
۷-۸-۶	درملنه	۲۰۸
۷-۹	سږيز دسامي ناروغي	۲۰۸
۷-۹-۱	لاملونه	۲۰۸
۷-۹-۲	درملنه	۲۰۹
۷-۱۰	د ګڼ شمېر دسامونو ناروغي	۲۰۹
۷-۱۰-۱	د مترال دسام تنګوالی او ابهر دسام عدم کفايه	۲۰۹
۷-۱۰-۲	د مترال دسام او ابهر دسام يو ځای تنګوالی	۲۱۰
۷-۱۰-۳	د مترال دسام عدم کفايه او ابهر دسام تنګوالی	۲۱۰
۷-۱۰-۴	د ابهر او مترال ګډه عدم کفايه	۲۱۲
۷-۱۰-۵	د دسام تعويض او ترميم	۲۱۳
۷-۱۱	لنډيز	۲۱۴
۷-۱۲	پوښتنې	۲۱۵

۷-۱۳	اخځلیکونه	۲۱۶
	اتم څپرکی	
	انډوکارډایټیس	۲۱۷
	پیلیزه	۲۱۷
۸-۱	انتاني انډوکارډایټیس	۲۱۷
۸-۱-۱	تعریف	۲۱۷
۸-۱-۲	ګروپ بندي	۲۱۷
۸-۱-۳	لاملونه	۲۱۸
۸-۱-۴	پتوجینیسیس او پتالوژي	۲۱۹
۸-۱-۵	کلینیکي بڼه	۲۲۰
۸-۱-۶	لابراتواري کتنې	۲۲۴
۸-۱-۷	پېژندنه	۲۲۵
۸-۱-۸	د ډوک کریتریا	۲۲۵
۸-۱-۹	توپیري تشخیص	۲۲۶
۸-۱-۱۰	اختلاطات	۲۲۶
۸-۱-۱۱	وقایوي درملنه	۲۲۶
۸-۱-۱۲	معالجوي درملنه	۲۲۸
۸-۲	لنډیز	۲۳۳
۸-۳	پوښتنې	۲۳۴
۸-۴	اخځلیکونه	۲۳۵

لومړی څپرکی

د سږو بندښتي او التهابي ناروغي

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

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

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

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

۱-۱.د توتکې او قصباتو حاد التهاب

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

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

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

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

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

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

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

۴-۱-۱. ګیلې او نښې

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

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

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

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

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

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

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

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

لاندې ناروغان باید بستر شي :

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

۳ . د ناروغ شعوري حالت ګډوډ وي.

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

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

۲-۱. د قصباتو ځنډنی التهاب

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

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

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

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

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

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

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

۳-۲-۱. مساعد کوونکی فکتورونه

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

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

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

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

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

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

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

۴-۲-۱. لاملونه

۱. سګرټ څکونه : د مزمن برانکايتيس غوره او بنسټيز لامل جوړوي.دا ماده په هوايي لارو کې د مخاط د زيات جوړېدلو لامل ګرځي او په پای کې د Gablet gland د زياتوالی او غټوالی لامل کېږي.

۲. د هواککړتيا : ځنې محيطی مخرش توکی لکه : Sulfur dioxide او Nitrogen dioxide په قصباتو کې د مخاطې موادو د زيات جوړېدو لامل کېږي چې په پای کې د ځنډنی برانکايتيس لامل کېږي. همدارنګه نور غازات هم د ځنډنی برانکايتيس په منځته راتګ کې غوره برخه لري.

۳.انتانات : ځنې وخت انتانې محراق په پُزه يا تانسل کې شتون لری چې د وخت په تېرېدلو سره د ځنډنی برانکايتيس سبب کېږي. د سږو نور محراقی انتانات هم د ځنډنی برانکايتيس لامل جوړېدلای شي لکه : فيبروزيس او تيوبرکلوزيس. همدارنګه د برانکايتيس حادې حملې د ځنډنی برانکايتيس لامل کيدای شي .

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

۵-۲-۱ .کلينيکي بڼه

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

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

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

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

۱-۲-۶. لابراتواري کتنې

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

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

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

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

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

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

۱۰-۲-۱.**درملنه**

۱. د ناروغي د لاملونو یا مساعدکوونکو فکتورنو د منځه وړل ؛ مثلاً:

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

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

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

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

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

۱-۳. سږيز امفسيما

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

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

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

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

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

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

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

پراخوالی او بنې له پلوه په مختلفو کچوو او ډولونو لیدل کېږي چې د هوایي کڅوړو پراخوالی يې د ۵، ۰ ملي مترو څخه تر ۲ سانتي مترو پورې رسېږي.ځنې وخت دايروي يا بیضوي بڼه ځانته نېسي چې د بولا (Bulla) په نوم یادېږي، چې کله کله د بنفسهی نیموتوراکس لامل جوړېږي (۱۱).

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

اول: پروتيز او انتي پروتيز میکانيزم.

دوهم:د اُکسېډانت او انتي اکسېډانت ميکانيزم.

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

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

۳-۳-۱. مساعدکوونکی فکتورونه : مساعدکوونکی فکتورونه او لاملونه دوه ډوله دي.

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

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

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

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

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

۵-۳-۱. کلينيکې بڼه : ناروغي زياتره وخت د ځنډنی بندښتې تنفسي ناروغيو په بڼه ځرګندېږی او ګوښی رامنځ ته کېدل يې نادر وي. چې ځانګړی کلينيکې بڼه يې په لاندې ډول ده.

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

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

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

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

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

۱ – ۱: جدول. د pink puffer او Blue bloater پرتليزې کلينکې بڼې په لاندې جدول کې په پوره ډول تشريح شوې ده. (۱۲).

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

حملې	وخت کې	
سږیز هایپر تنشن	په ډېره کمه اندازه ، یا هیڅ شتون نه لري.	په منځنی کچه او یا په وخیمه بڼه
دوام	Unrelenting downhill	Ambulatory
د سیني راډیو ګرافي	د زړه خیال نرې وي	د زړه خیال لوي وي.
د شریانې کاربون دای اکساید قسمی فشار	نارمل وي	لوړ ه وي
الاستکې غونجي	په زیاته اندازه کمېږي	نارمل وي
مقاومت	نارمل یا په ډېره کمه اندازه لوړه وي	لوړه وي.
د تکاثف خپوروالی	کم وي	نارمل یا په ډېره کمه اندازه کمېږي

۱-۳-۲.پلټنې

۱ . لابراتواري کتنې : په دې ناروغانو کې د هیماتوکریت لوړیدل ډېر نادر وي. که چېرې ناروغي د ژوند په اولو وختونو کې منځ ته راغلي وي او ناروغ په ارثي ډول د الفا یو انتی تریپسین کمبنت یا نه شتون ولري نو د وینې په سیروم کې به الفا یو انتی تریپسین د نارمل څخه کم او یا هېڅ شتون ونه لري.

۲ .د شریانی وینې د غازاتو په تجزیه کې د کاربن داې اکساید قسمې فشار نارمل وي.

۳. د سږو وظیفوي ازمویني : په دې ازموینو کې FEV1 کمېږي، مګر FVC یې نارمل یا نارمل ته نژدې وي چې په پای کې د FEV1 او FVC نسبت کوچنی کېږي. (۱ ، ۵).

۷-۳-۱.د سیني.رادیوګراف : د ټټر په شاتنی قدامې رادیوګرافي کې د زړه خیال تنګ، نری، اوږد او عمودي معلومېږي. د سږو په محیطي برخو کې د شریانی وینې د کموالی له کبله محیطي اوعیي ډېرې تنګي یا هېڅ نه لیدل کېږي چې له همدې سببه د سږو په نوموړو برخو کې په متناظر ډول د شفافیت زیاتوالی لیدل کېږي. د ډیافرام خیالونه د نارملې برخې څخه ټیټه معلومېږي. ځنې وخت د هوایي بولا کتنه شونی

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

۱-۴.برانکیل آسماء

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

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

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

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

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

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

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

هضمي الرجنونه لکه: شېدې، د هګۍ ژېړ، چا کلیټ، ماهي او داسې نور... (۲، ۷، ۱۳).

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

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

په ښکاره ډول د سږو آسماء د څګرتې څکولو سره اختلاطي کېږي. په غټانو کې د ناروغي د اصلي تاريخچې معلومول ګران کار دی مګر د ناروغي پورتنی پيک په ماشومانو کې د عمر په درې کلنۍ کې سرته رسېږي. د ماشومتوب په وخت کې د ناروغي پېښې په نارينو کې دوه برابره ده. مګر په غټوالی کې دواړه جنسونه په مساوي ډول اخته کېږي. داسې نظر شتون لري چې ډېر ماشومان د وخت په تېرېدو سره د دې ناروغي څخه ښه کېږي. خو! ۴۰ کلنه څېړنه دا جوته کړې چې دغه ښوالی دوامداره نه وي او د غټوالی په يو وخت کې بابېرې کوی او د ناروغي کلينيکې بڼه بيا را څرګندېږي. د آسماء هغه پېښې چې په غټوالی کې را منځته کېږي دوامداره او وخيمه بڼه لري. او په ډېرو نادرو حالتونو کې بې عرضه وي. د ناروغي کلينيکې بڼې تل سره ورته نه وي. ځينې وخت په شروع کې خفيف او د وخت په تېرېدو سره وخيمه بڼه غوره کوی. مګر په ځينيو حالتونو کې په وخيمه بڼه شروع او تر آخره پورې وخيمه پاتې کېږي. د آسماء له سببه مړينه نادر وي. خو! په پرمختللی هېوادونو کې د ژوند په اخره لسيزه کې را منځته کېږي. په ۱۹۲۰ کال کې د دې ناروغي د مړينی کچه ډېره لوړه وه چې علت يې د SBA کارونه د Rescue په بڼه وه. مګر اوس د ICS کارونه د مړينی کچه ښکته کړې ده. نو دا يوه ځنډنی ناروغي ده چې په نړۍ کې ۳۰۰ ميلونه وګړې پرې اخته دي. په پرمختللی هېوادونو کې په تېرو ۳۰ کالونو کې شمېره يې ډېره لوړه تللې ده. دا ناروغی د ژوند په هره مرحله کې منځته راځی. خو! په۳ کلنۍ کې پېښې يې زيات وي.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

۸. دنديېز فکتورونه: ځنې وخت د دندې او د وظيفى په ځاى کې آسماء تنبه کوونکى توکى، کوم چې پورته يادې شوي د آسماء د حملو د قوت لامل کېږي.که چېرې دا فکتورونه په اولو شپږو مياشتو کې وپېژندل شي او ناروغ خپله دنده پرېږدي نو دا ناروغ ښه کېږي او خپل اولنې ښوالى تر لاسه کولاى شي او که چېرې تماس يې دوامداره پاتې شي نو بيا غير رجعى حالت ته داخلېږي او د دندې پرېښودل کومه ګټه نه رسوى.

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

سره تداوي کېږي. تایروتاکسیکوسیس او هایپو تایرودیزم د نامعلوم میکانیزم په بنسټ د آسماء د وخیم کېدو لامل جوړېږي.

۱۰.**ګاسترو ایزوفاجیل ریفلیکس** : معمولاً GER په آسماتیک ناروغانو کې زیات لېدل کېږي چې غوره علت یې د برانکو ډایلیټور درملو کارونه ده. چې په نادرو پېښو کې د آسماء د ګیلو د وخامت لامل کېږي.

۱۱.**تشوېش** : ډېر راپورونه د دې خبري تایید کوي چې د تشوېش او خفګان له کبله د آسماء ګیلې قوت مومي.د شک او شبهې څخه پرته، رواني فکتورونه د کولونرجیک ریفلکس پتوې په واسطه برانکوکانستړکشن را منځته کوی.د دې په خلاف ډېره وخیمه غمیزه د بېلګې په ډول د یو ملګری یا د کوم بل نژدې دوست مړینه د آسماء ستونزې کموي.

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

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

دوهم هغه کسان چې د ژوند په ځواني او یا په آخرو وختونو کې په آسماء اخته کېږي د غیراتوپیک آسماء په نوم یادېږي چې یو د بل څخه په لاندې ډول جلا کېږي.

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

تاریخچه : اتوپیک ناروغ په ماشومتوب کې د اګزم څخه ګیله من وي. مګر غیراتوپیک ناروغ د اګزم پخوانی تاریخچه نه لري.

۲. کورنۍ تاریخچه : د اتوپیک ناروغ په کورنې کې د اګزم، آسماء او های فیور تاریخچه مثبته وي. مګر په غیراتوپیک کې د اګزیما تاریخچه منفي وي. (**۵**).

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

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

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

آسماتیک حمله لاندې څرنګوالی لری.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

۳. سیستمیک وسکولوټایډس : لکه Churg – strauss syndrom

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

۱.ایمونایزیشن

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

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

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

۲.کېمیاوي درمل

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

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

ج. د التهاب ضد درمل : د حملي د منځه وړلو او کنترول له پاره ګټور درمل دی. د آسماء د کنترول له پاره د التهاب ضد درمل لکه : کورتیکوستروئید او انتي لیکوترین کارول کېږي. کله کله د ایمیون تهدیدونکې درملو لکه : میتوترېکزیټ، ګولډ او سیکلوسپورین څخه هم کار اخیستل کېږي .

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

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

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

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

الف :که ځواب مثبت او کنترول   ښه وي نو جوړ شوي پلان ته دوام ورکول کېږي او که ځواب مثبت مګر کنترول   ښه نه وي نو د پورتنی پلان سره د انشاقې کورتیکوستروییډ ورځنې   کچه ۸۰۰ مایو ګرامو ته لوړېږي. بیا هم که د اوږد مهاله بیتا دوه اګونیستې سره ځواب منفي وي نو نوموړی درمل قطع او د کورتیکو ستروئیډو ورځنې   کچه ۸۰۰ مایوګرامو ته لوړېږي. که ځواب بیا هم منفي پاتې شوه نو د پلان شوې درملو سره یو ځای، یو د لاندنیو   درملو څخه ټاکل کېږي او ناروغ   ته ورکول کېږي لکه : لیکوترین ریسپتورانتاګونیستې یا ډوکسوفایلین.

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

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

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

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

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

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

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

۱۲-۴-۱.درملنه : درملنه یې په دوه پړاوونو کې سرته رسیږي، بیړنی او تعقیبي.

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

څېر. پرېډنيزيلون ۳۰ - ۲۰ ملي ګرامه د خولې له لارې يا هايدروکارتيزون د بدن په هر کېلوګرام باندې ۵ ملي ګرامه په زرقي ډول ورکول کېږي. د سيني راديوګرافي توصيه کېږي تر څو د نيموتوراکس په هکله معلومات لاسته راشي. ۲۵۰ ملي ګرامه امينوفلين د وريد د لارې (د ۲۰ دقيقو په موده کې) په دې شرط چې ناروغ د دې درملو په فمې کاروني باندې نه وي.که ۲۴ساعته وروسته بيا هم دې درملو ته اړتيا پيدا کېږي نو د سيروم په هر ليتر دې ۱۰– ۲۰ ملي ګرامه وټاکل شي.

نورې آضافي کړنې: ناروغ بايد د هڅوونکو فکتورونو او د سګرټ څخه لرې وساتل شي .د تبې يا د تقيحي بلغمو د شتون په وخت کې ناروغ ته انتي بيوتيک بايد توصيه شي. ناروغ بايد پوره وپوهول شي . ۲۵، ۰ ملي ګرامه (سلبوتامول يا تربوتالين) د وريد د لارې د ۱۰ دقيقو په موده کې توصيه کېږي. مګنيزم سلفيټ هغه وخت ناروغ ته توصيه کېږي چې مړينې ته نژدې او د انشاقي برانکو ډايليټور او کورتيکوستروئيد سره ځواب ورنه کړي. دا درمل يو ځل ۲،۱ - ۲ ګرامه د وريد د لارې د ۲۰ دقيقو په موده کې توصيه کېږي. که ناروغ حامله وي، نو لنډ مهاله بيتااګونيسټ، انشاقي سټروئيډ او تيوفيلين کارول کېږي. که د خولې له لارې سټروئيډو ته اړتيا وي نو بيا پرېډنيسون د پرېډنيسلون څخه غوره والی لري. که عمومي بېهوښۍ ته اړتيا پيښېدله نو بايد د هالوتان سره سرته و رسېږي.که ناروغ سېډاتيف ته اړتيا درلودله، نوکولای شی چې د Benzodiazepine څخه ګټه واخلي. (۲،۱۲).

۵-۱.لنډيز: څرنګه چې زمونږ هېواد وروسته پاتې دی او هم د چاپېريال ساتنې له پاره په علمي انداز کوم منل شوي پروګرامونه نه لري او هم په ميخانيکی ډول د چاپېريال ساتنې له پاره پروګرامونه په افغانستان کې شتون نه لري. نو زموږ د هېواد اوبه او هوا حالت ډېر د اندېښنې وړ او ځنې ناروغي چې د خرابي هوا او اتموسفير څخه را منځ ته کېږي ډېر ليدل کېږي لکه: حاد تراکيوبرانکايتيس ، ځنډنی برانکايتيس، امفسيما او برانکيل آسماء چې د درېو آخري ناروغيو ځنډنی حالتونو ته د سږو ځنډنی بندښتې ناروغي ويل کېږي چې د دې

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

۶-۱. پوښتنې

تشریحي سوالونه

۱ : د حاد تراکیوبرانکایټیس لاملونه کوم دي؟

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

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

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

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

۶: د برانکیل آسماء ترایګر څه ته ویل کېږي؟

۷: مزمن برانکایټیس کې کوم ډول پولې سایټیمیا منځته راځي؟

سم ځوابونه په نښه کړئ

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

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

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

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

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

۷-۱. اخځلیکونه

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

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

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

۴. مطیع، مطیع الله او احمدزي، حیات الله. (۱۳۹۲ل ل).د COPD په Exacerbation کې د اریتمیا پیښې.داخله څانګه،طب پوهنځی،ننګرهارپوهنتون.پوهه مجله، ګڼه: ۴۵ – ۴۲، مخونه : ۷۲ – ۷۲ .

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

دوهم څپرکی

د سږی انتاني او التهابي ناروغي

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

سینه بغل

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

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

۱-۱-۲. اپیدیمولوژي : هر کال د امریکایي ټولنې په ۴ میلونه ناروغانو کې نژدې ۸۰ سلنه ناروغان په OPD کې او نژدې ۲۰ سلنه ناروغان د روغتون په دننه کې تداوی کېږي. چې د دې څخه د ۶۰۰۰۰۰ څخه ډېر ناروغان په روغتون کې بستر کېږي چې دغه ناروغان ۲۴ میلونه ورځې د کار کولو څخه بې برخې پاتې کېږي او هم د مړینی کلنۍ شمېره یې ۴۵۰۰۰ تنو ته رسېږي. چې اقتصادي تاوان یې نژدې ۹ - ۱۰ بېلونه ډالرو ته رسېږي. د دې ناروغي پېښې په عمر خوړلو خلکو کې زیات وي. په عمومي ډول دغه ناروغي د

متحده ایالاتونو په هر ۱۰۰۰ کسانو کې ۱۲ تنه جوړوي. خو! دغه رقم په هغو زرو (۱۰۰۰) ماشومانو کې چې عمر یې د څلورو کلونو څخه ټیټ وي ۱۸ تنو ته رسېږي او په عمر خوړلو خلکو کې چې عمر یې د ۶۰ کلونو څخه زیات وي نو بیا دغه رقم ۲۰ تنو ته لوړېږي. په عمومي ډول د CAP ناروغي د خطرې فکتورونو شتون د درملنې له پاره ډېر مهم وي په ځانگړې ډول د نموکوکل نمونیا له پاره. د دې ناروغي خطرې فکتورونه عبارت دي له: الکولیزم، آسماء، معافیت ځپلی، پیوندی غړي او د ۷۰ کلنۍ څخه د عمر زیاتوالی. که چېرې عامل ستریپتوکوکل وي نو خطرې فکتورونه یې عبارت دي له: الکولیزم، Dementia, Seizure ، د زړه عدم کفایه، د تمباکو څکونه او د قصباتو او قصیباتو ځنډنی انسداد. Enterobacteriaceae په هغه ناروغانو کې چې معیوبونکی ناروغي لکه: د زړه پاتې والی، د پښتورگو پاتې والی او الکولیزم شتون ولري، زیات لیدل کېږي. همدارنگه په هغه ناروغانو کې چې د سږو ساختمانی ناروغي (برانکیکتاسیس، سیستیک فبروسیس او یا د هوایي لارو انسدادي ناروغي) ولري نو P- aruginosa ډېر لیدل کېږي. د Legionella انتان له پاره مساعدکوونکی فکتورونه عبارت دي له: ډیابیټ، د وینې خبیثه ناروغي، سرطانونه، د بډوړو وخیمه ناروغي، HIV انتان، سگرټ څکونه، نارینه جنس او په نژدې وخت کې د هوټل د اوسېدو تاریخچه. د ننگرهار د طب د پوهنځي د داخلي څانگې د څېړنو او ریسرچېونو په بنسټ زمونږ په ټولنه کې د دې ناروغي زیات اسباب نژدې ۴۷ سلنه ستریپتوکوکس جوړوي. د دې ناروغانو اختلاطات ۱۵،۷ سلنه دي،چې د دې ډلې۳۲ سلنه پلورایي مایع او د مړینې شمېره ۱۱سلنه جوړوي. (۲، ۳، ۵، ۱۰، ۱۱).

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

۲-۱-۲. پېښې : هر کال د امریکایي ټولنې په ۴ میلونه ناروغانو کې نژدې ۸۰ سلنه ناروغان په OPD کې او نژدې ۲۰ سلنه ناروغان د روغتون په دننه کې تداوي کېږي. چې د دې څخه له ۶۰۰۰۰۰ څخه ډېر ناروغان په روغتون کې بستر کېږي چې دغه ناروغان ۲۴

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

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

۱. تاریخچه

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

۵-۱-۲. لابراتواري پلټنې

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

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

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

د انټي جن ازمويني : دوه تجارتي ازمويني کولای شي چې په تشو ميتازو کې د نيموکوکل نمونيا او ليجيونيلا نمونيا انټي جن تشخيص کړي. په دې ازموينو کې د False – positive د چانس هم شتون لري. همدارنګه نور انټي جينيک ټيستونه د انفلوانزا او Respiratory syncytial ويروسونو له پاره سرته رسيږي.

Polymerase chain reaction : دا ازموينه د مايکرو اورګانيزمونو په DNA او RNA باندې سرته رسيږي. په ځانګړې ډول د L.pneumophila او Mycobacteria د پېژندلو له پاره. دا ازموينه د ناروغې په ټولو پېښو کې سرته نه رسيږي بلکه دا ازموينه د لاندې پېښو پورې ځانګړې شوې ده. په ځېرنېز مرکزونو کې، د سيپټيک شاک ناروغانو کې، کوم ناروغان چې ميخانيکي تهوې ته اړتيا لري او هغه مړي چې د پورتنيو ناروغيو له پاره مشکوک وي.

سيرالوژي : د IgM ځلور چنده د نارمل څخه لوړېدل د ناروغې په حاد او يا نقاهت دلالت کوي چې پخوا په Atypical نمونيا کې د پتوجن د معلوملو له پاره په ځانګړې ډول د Coxiella burnetii د معلوملو له پاره په کار وړل کېدل. مګر د زيات وخت د نيولو په خاطر نن سبا په کار نه وړل کيږي.

۶-۱-۲. درملنه : د دې ناروغانو د درملنې له پاره تر هر څه د مخه بايد د ناروغ د درملنې ځای بايد وټاکل شي چې د درملنې درې ځايونه شتون لري چې عبارت دي له : کور، د روغتون عمومي څانګه او د روغتون د شدېدې څارنې خونه. څرنګه چې د داخل بستر ناروغ اقتصادي لګښت ډېر زيات وي. نو هر يو ناروغ د درملنې د ځای د ټاکلو له پاره ځانته استطبابات لري چې دغه استطبابات د لاندې دوه ډوله کريترياو پورې تړلي دي چې يو يې د CURB65 او بل يې د Pneumonia Severity Index (PSI) کريتريا په نوم يادېږي. د PSI له پاره ۲۰ مختلف څېزونه دي چې عبارت دي له : عمر، د نمونيا سره په عين وخت کې د نورې ناروغې يو ځايوالی، غير نارمل فزيکي او لابراتوارې کتنې او د CURB65

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

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

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

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

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

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

ګرامه د ورځې یو ځل د ورید له لارې یا Cefpodoxime ، ۲۰۰ ملي ګرامه د ورځې درې ځلي یا Cefurxime ، ۵۰۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځلې د خولې له لارې د مکرولیډو سره یو ځای توصیه کېږي.

د نمونیا هغه ناروغان چې په روغتون کې بستر وي

د روغتون په عمومي ځانګه کې

۱.د تنفسي فلوروکواینولون د ډلې څخه موکسې فلوکساسین ۴۰۰ ملي ګرامه د ورځې یو ځل د خولې یا د ورید له لارې یا جیمې فلوکساسین ۳۲۰ ملي ګرامه د ورځې یو ځل د خولې یا ورید له لارې یا لیوفلوکساسین ۷۵۰ ملي ګرامه د ورځې یو ځل د خولې یا د ورید له لارې.

۲.د بیتالکتم له ډلې څخه سیفوتاکسیم ۱-۲ ګرامه د ورځې درې ځلي د ورید له لارې یا سیفترایکسون ۱-۲ ملي ګرامه د ورځې یو ځل د ورید له لارې یا په ټاکل شوي خلکوکې امپیسیلین ۱-۲ ګرامه د ورځې ۴-۶ ځلي د ورید له لارې، د مکرولیډو څخه لکه : کلریترومایسین یا ازیترومایسین سره یو ځای توصیه کېږي.

د روغتون په جدي مراقبت خونه کې

۱.د بیتالکتم له ډلې څخه سیفوتاکسیم ۱-۲ ګرامه د ورځې درې ځلي د ورید له لارې یا سیفترایکسون ۱-۲ ملي ګرامه د ورځې یو ځل د ورید له لارې یا په ټاکل شوي خلکوکې امپیسیلین سلبکتم دوه ګرامه د ورځې درې ځلې د ازیترومایسین یا فلوروکواینولون سره یو ځای توصیه کېږي.

د نمونیا ځانګړې حالتونه او د هغې ځانګړې درملنه : که چېرې د سینه بغل لامل سیډوموناس وي نو لاندې درمل ورته توصیه کېږي.

د نیموکوکل او سیډوموناس ضد بیتالکتم پیپراسیلین او ټازوبکتم ۴,۵ ګرامه د ورځې څلور ځله د ورید له لارې ورکول کېږي یا سیفیسپیم ۱-۲ ګرامه د ورځې دوه

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

معلومېږي مګر هېڅکله د ۴ سانتي مترو څخه زيات نه وي. همدارنګه په موضعې ډول قصبات، قصيبات او نژدې اسناخ د تقيحې اګزودات څخه ډک وي. (۱، ۳، ۹).

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

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

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

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

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

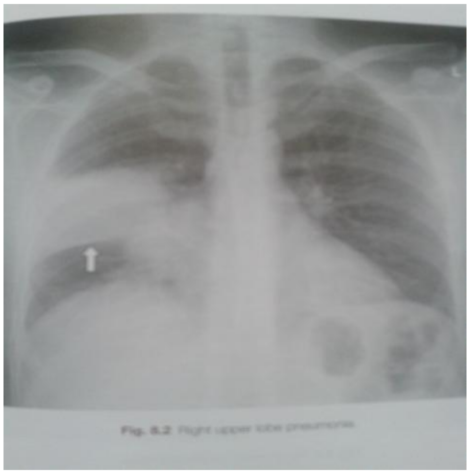
فزیکي کتنه : په عمومي ډول ناروغ په رښتیا سره ناروغ معلومېږی.تکې کاردیا، تکېپنیا او د حرارت د درجې لوړوالی شتون لري. پوستکی یې وچ او ګرم وي. ناروغ به په آفت اخته اړخ باندې ملاست وي. herpes labial’s به شتون ولري. د پُزی سُوري پراخ او الوتونکی معلومېږي یعنی مخ یې توکُسیک (Toxic face) معلومېږی .

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

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

په نوم یادېږی لکه : [د ناروغ عمر: ۶۵ کاله یا د هغه څخه لوړ، د شعور خرابوالی (ګلاسکو کوما سکور یې ۸ یا کم) ، د تنفس شمېر یې په دقیقه کې ۳۰ یا لوړ وي، سیستولیک فشار یې د ۹۰ څخه کم یا ډیاستولیک فشار یې ۲۰ ملي متره سیماب یا کم، د یوریا   کچه یې ۱۹ملي ګرامه (۷ ملي موله) یا لوړه] د اټریل فیبریلیشن نوې پیداکېدل او د ګڼ شمېر لوبونو اخته کېدل. د سیروم په لابراتواري کتنو کې د البومین اندازه په یوه لېترکې د ۳۵ ګرامو څخه کمېدل، د غازاتو په معایناتو کې د اکسجن قسمي فشار د ۸ پاسکالو څخه کمېدل، سپین کرویات یې په یو لېتر کې د ۴۰۰۰۰۰۰۰۰۰ څخه کمه یا د ۲۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ څخه لوړ وي او په وینه کې بکتریا مثبتېدل.(۱، ۳، ۱۳).   (http/WWW EP Medical Product. com)

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



۲- ۱ انځور

د ښي سږي د پورتنی لوب نمونیا .(۷).

۶-۲-۲. **اختلاطات** : په سږو کې نورو لوبونو ته انتان خپرېږي او هغوی په افت اخته کوي. Consolidation په انحلال کې ځنډ او خنډ را منځ ته کېدل چې په زړو خلکو کې، په ځنډنی برانکايټيس اخته ناروغانو کې او يا کله چې تکاثف ډېر وسيع وي، ليدل کېږي. د پلورا د معقم او پاکې مايع په ټولو را منځ ته شوې پښنو کې نژدې په **۵** سلنه پښنو کې امپيما منځته راتلای شي . په زړه او رګونو کې شاک، پريکارډايټيس، انډوکارډايټيس، پريکارډيل افيوژن او په سفلی اطرافو کې د ترمبوامبوليزم رامنځ ته کېدل، لېدل کېږي. په اعصابو کې منينجايټيس، مينينجيسموس او ځنې نادر اختلاطات لکه : ارترايټيس، پارالايتيک اليوس (Paralytic elius) ، زيړې او داسې نور... (۱ ، ۵).

۷-۲-۲. **تشخيص** : د تاريخچې، کلينيکي ګيلو، لابراتواري کتنو او د درملو په وړاندې انې ځواب ورکولو سره د ناروغي تشخيص وضع کېږي.(۱۴).

۸-۲-۲. **درملنه** : ددې ناروغانو درملنه د **۶۵** CRUB نمرو په بنسټ سرته رسېږي. يعنی صفر او يو نمبر لرونکی ناروغان په کور کې، دوه**۲** او درې**۳** په کورکې د بنی ځارنې لاندې يا د روغتون په عمومي وارډ کې د لنډ وخت له پاره بالاخره ځلور **۴** او پنځه **۵** نمرې والا بايد په روغتون کې د جدې ځارنې لاندې خونه کې تداوي شي . (**۵**).

http:// WWW. EP Medical Product com

الف . په کورکې درملنه : کله چې د ناروغ سکور صفر يا يو وي ناروغ په کورکې په امپرېکل (د علمي قضاوت په بنسټ) ډول د انټي بيوګرام د سر ته رسولو پرته تداوي کېږي. په دې درملنه کې انتخابې درمل پنسيلين او د پنسيلين مشتقات دي. په دې شرط چې د پنسيلين سره ناروغ حساسيت ونه لري. مثلا : امکسيسلين **۵۰۰** ملي ګرامه هر **۸** ساعته وروسته يا **۷۵۰** ملي ګرامه د ورځې دوه ځلي توصيه کېږي.که ناروغ د دې درمل سره حساسيت ولري نو ناروغ ته ازيترومايسين اوله ورځ **۵۰۰** ملي ګرامه بيا هره ورځ **۲۵۰**

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

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

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

۹-۲-۲. مخنیوی : په معافیت ځپلو خلکو کې د Polyvalent pneumococal vaccine کارونه د ناروغي په مخنیوي کې او هم د شدت په کمولو کې غوره ونډه اخیستلای شي. هغه خلک چې معافیت ځپلې دي د اول ځل واکسین کارونې څخه شپږ ۲ کاله وروسته، د دوهم ځل له پاره یې بیا هم کارولای شي . هغه خلک چې د ۲۵کالونو څخه زیات عمر یا نور ضمیموې ناروغي ولري باید د انفلوانزا او نموکوکل له پاره یو ځای واکسین شي .

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

۲-۳. روغتون اړوند رامنځته شوې سینه بغل

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

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

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

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

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

١ . د بکترياو په وړاندې د دفاعي سيستم خرابوالی.

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

ب : د ټوخې د عکسې کموالی.

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

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

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

۴. بکتريميا چې لاملونه يې عبارت دي له : سيپتيک امبولي، منتن وريدې کانولا او د ګيډی سيپسيس څخه. (٣، ١٣).

٣-٣-٢. لاملونه

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ورړلو له پاره ازترونام د امينوګلايکوسايډونو سره يو ځای کارول وړ کار نه برېښي.که ناروغ په يو د لاندې حالتونو (کوما، هيډ تروما، ډيابيټ، ناروغ ICU او يا د بډوډی پرمختللی ناروغي سره بستر شوي وي) کې وي او د نمونيا لامل يې ستافيلوکوکس اووريس ته فکر و شي او د ميتيسيلين په وړاندې ټينګار شتون ولري نو د منځه وړلو له پاره يې د وريدی وانکومايسين او د بيتا لکتم \ بيتالکتيميز سره يو ځايوالی ته اړتيا ليدل کېږي په دې شرط چې په ناروغ کې د غيرهوازی نمونيا مساعد کوونکی فکتورونه (اسپايريشن، تازه د صدري بطني جراحي عمليې سر ته رسول او يا د هوايي لارې بندښتې آفت) شتون ولري.که ناروغ د کورتيکوستروئيد د کارونې له سببه Legionella ته شکمن وي نو دې ناروغ ته بايد مکرولېډ توصيه شي . پورتنی امپرېکل درملنې ته تر هغه وخته پورې دوام ورکول کېږي چې د بلغمو يا وينې يا د پلورل مايع د کلچر او انټي بيوګرام پايله لاسته را شي او د هغې سره سم درملنه شروع شي . د درملنې وخت او دوام د ناروغي د وخامت ، د تداوي پلان سره ځواب ورکول، د کوربه د ټينګار کچه او د لامل د ټينګار پورې اړه لري . نو په درملنه کې وانکومايسين يا بيتالکتم \بيتالکتيميز نهې کوونکی ور زياتېږي.که ناروغي په عمومي وارډ کې منځ ته راغلي وي او که H -influenzae ته مشکوک منل کېدو، نو ناروغ ته يو د پراخي اغېزي لرونکی بيتا لکتم انټي بيوټيک لکه : سيفترايکسون يا سيفوتاکزيم د مکرولېډو له ډلې څخه يو لکه :کلريترومايسين يا ازيترومايسين .که S pneumonia خوا ته فکر کېدلو نو ناروغ ته د بيتالکتم په ځای د فلوروکواينولون د جملې څخه ليوفلوکساسين يا موکسی فلوکساسين ناروغ ته توصيه کېدای شي .(۱، ۱۱، ۱۳).

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

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

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

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

۲-۴. برانکیکتازیس

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

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

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

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

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

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

د رئيد (Reid) تصنيف بندي د پتالويک او راديولوژيک برانکيکتازيس تر منځ غوره توپير را په ګوته کوی چې په لاندې ډول ور څخه يادونه کېږي.

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

۲. Varicose bronchiectasis: په دې کې د قصباتو پراخوالی ډېر او په موضعي توګه ځنې غنجېدنه هم ليدل کېږي چې دا پېښه هوايي لارې ته غير منظمه څېره ورکوی.

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

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

۲-۴-۵. کلينيکي بڼه : په لاندې دوه پړاونو تشريح کېږي.

تاريخچه : ناروغ د تاريخچې په وخت کې د لاندنيو کلينيکي ډولونو اړوند ستونزو څخه ګيله کوي. د ناروغي ګيلې فردي او زماني بلل کېږي (د يوکس څخه بل کس ته، د يو وخت څخه بل وخت ته توپير لري) .

۱ . برانکايتيک : ناروغان د برانکايتيس د متکررو پېښنو څخه په ځانګړې توګه په ژمي کې ډيره ګيله کوي او هم د ټوخی او نفس تنګي څخه هم حاکي وي چې په شروع کې ټوخی وچ وي چې د Dry bronchiectasis په نوم يادېږي. Clubbing هم ور سره يو ځای وي.

۲ . هيموراژيک يا Bronchiectasis sicca : د برانکايتيس د حملو په مهال او د حملو تر منځ د ښه روغتيا په مهال د تکراري هيمپتيسيس څخه ګيله کوي چې د خطې او نقطوې څخه نيولي تر کتلوي پورې ليدل کېږي.

۳ .تقیحې : ناروغ د لاندې ستونزو څخه حاکي وي.د دوامداره او وخیم تقیحې بلغمو، چې مقدار یې زیات وي، ګیله کوي. د توکسېمیا عمومي ګیلې شتون لري.کلبینګ په مختلفو کچو شتون لري { د طوطی د نرې او باریکې مښوکې څخه نیولې تر پړسېدلې د ډُول تر لرګی (Pulmonary osteoarthropathy) پورې } .

د اګزا سربیشن پر مهال نژدې ۷۵ سلنه ناروغان د نفس تنګي او ویزینګ څخه شاکي وي. نیماي ناروغان د پلوریتیک درد څخه شاکي وي ، چې د محیطي هوایي، هغه لارو د پراخوالی او التهاب څخه منځته راځي چې حشوې پلورا ته نژدې موقیعت لري. په دې ناروغي کې تبه نادر وي چې د شتون په وخت کې یې نمونیا باید حتمي رد شي .

۴ .د ژر رامنځ ته کېدواړوند : هغه ګیلې چې د ناروغي د ژر رامنځ ته کېدو (هغه حالت چې د قصباتو قسمی بندښت چې د خارجي فشار یا د عمومي انستېزې له سببه منځ ته راځی) پورې تړاو لری عبارت دي له : نوبتي ټوخی څخه چې کله کله د بد بوېه بلغم سره یوځای وي.د بلغمو اندازه او بدبویي د ناروغ په یو خوا او بله خوا اړولو یا د ناروغ د ناروغي په دوام سره زیاتېږی. (۱ ،۱۳).

فزیکي کتنه : په دې ناروغانو کې د لاندنیو پتالوژیکې بدلونونو اړوند، فزیکي څرګندونې شتون لري. د بېلګې په ډول : برانکایټیس یا فبروسیس یا تکاثف یا کولپس یا کهف . د ناروغي په اوله مرحله کې نازکه کریکل یا لنډ او تېز رانکای او یا د تنفسي اوازونو ډېره کمه بدلېدنه مشاهده کېږي.د ناروغي په پرمختللی مرحله کې لاندې څرګندونې د میندلو وړ وي. برانکېل بریتینګ، کوارس کریپیتیشن او د کاویټېشن فزیکي نښې مشاهده کېږي. همدارنګه د یو اوږد او قوي ټوخی څخه وروسته د هوا داخلېدلو یا د ورځنې بدلون په واسطه د برانکېل بریتینګ په ځانګړنی کې بدلون راځي . په دې ناروغانو کې د تېز میتالیک (Leathery) رآلونو شته والی د ناروغي غوره ځانګړتیا ده. په دې ناروغي کې یو اړخېزه یا دوه اړخېزه رانکای او ویزینګ هم د اورېدلو وړ وي. د سږو په ټاکلی ټکی کې په تکراري ډول د نمونیا رامنځ ته کېدل په برانکیکتازیس دلالت کوي.(۱ ،۳).

۶-۴-۲.د سیني رادیوګرافي

د جیبونو (سینس) رادیوګرافي : د ځنډنی سینوسایتس د معلومولو د پاره سرته رسېږي.

ب.د سیني رادیوګرافي : د دې سره ناروغي یا ورسره نور ضمیموې ناروغي معلومېږي لکه : کولپس (لوبر یا سیګمینټل)، د رګونو را ټولېدنه چې د هغې برخې تخریب او یا تکاثف را ښیې، چې د انتان په شتون دلالت کوي.د 'Tramline shadows شتون د قصباتو د جدارونو په پړسوب دلالت کوي. سیسټ ته ورته آفتونه چې د Saccular bronchiectasis خوا ته لاربښونه کوي او هم د پخوانی توبرکلوز او قلبي عملیات په هکله پوره معلومات ورکوي

۲ - ۲ شکل

دوه اړخیزه سیستیک برانکیکتاسیس (4).

۳ . High Resolution Computerized Tomography: نن سبا د برانکوسکوپي ځای ناستې جوړ شوې دي چې د لاندې موخو لپاره سر ته رسېږي.د Signet ring (هغه کړې یا حلقه چې په پراخه شوې قصباتو باندې ختم شوې وي او د نورو پلمونرې شریانونو په پرتله لویه وي) چې شتون یې د برانکیکتازیس په ټولو قسمونوکې وي. د Tramline (د قصبا تو دودیز تدریجې تنګوالی د لیدلو وړنه وي) نښه لیدل کېږي. د دې نښې شتونوالی په سلینډریکل

برانکیکتازیس دلالت کوي. وریکوز برانکیکتازیس په دې ازموینه کې داني لرونکي (ونه چې منتشري غوټۍ ولري) ته ورته ښکاري او سیستیک برانکیکتازیس ته ورته بڼه چې د هوا او مایع خیالونه یو ځای ولري، شتون یې په سیستیک برانکیکتازیس دلالت کوي. (۱، ۳، ۸).

۷-۴-۲. توپیري پېژندنه : چې د لاندې ناروغیو سره باید توپیري تشخیص شي.

۱. د سږو خنځي : په دې ناروغي کې ناروغ د بدبویه تنفس څخه ګیله کوي. همدارنګه د بد بویه بلغم څخه هم حاکي وی چې بلغم یې د قیح، مایکروبونو او مړه شوې حُجرو څخه جوړ او هېڅکله برانکیکتازیس بلغم ته ورته درې طبقۀ یې بڼه نه غوره کوي. (۳).

۲. پلمونرې مایکوسیس : په دې حالت کې ناروغ د ټوخی، بدبویه بلغم، سا تنګی، تبه او د شپې له خوا د خوله کېدو څخه ګیله کوی چې پېژندنه یې په بلغمو کې د فنګس په شتون سره کېږي.

۳. کویتېدیت نیموکونیوسیس (Caplan’s nodules) : د ناروغي په پېژندنه کې وظیفوي تاریخچه او د سږو په ټولو برخوکې د نیموکونیوسیس د شواهدو په شتون، تشخیص وضع کوي.

۴. د سږو مایع لرونکی منتن بولا : په دې حالت کې ناروغي ډېره وخیمه نه وي مګر په کهف کې د مایع شتون د لیدلو وړ وي.

۵. سیستیک فبروزیس (Mucoviscidosis) : د دې ناروغي ستونزې د یو کامپلکس په بڼه را څرګندېږي چې په لاندې ډول بیانېږي. د پانکراس پاتې والی، د برانکو پلمونرې انتان او د خو له (sweat) شوې موادو په تجزیه کې د سودیم کلورایډ زیاتوالی، چې کلینیکې بڼه یې کټ مټ برانکیکتازیس ته ورته وي. مګر په دې کې انتاني پېښې زیاتې لیدل کېږي. د هوایي لارو بندېزونه ژر پېښېږي او ګڼ شمېر تنفسي پاتې والی را منځ ته کوي. په اکسرې کې شي ندلی کثیفه ټکی لیدل کېږي.

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

۲-۴-۸.لابراتواري کتنې

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

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

۱ .وضعيتي دريناژ :څرنګه چې برانکيکتايس زياتره وخت د سږو په لاندني برخو کې ځای په ځای کېږي نو د دريناژ د پاره يې ناروغ پرمخې څملول کېږي. بيا د ناروغ سر لاندې شاء خوا ته قات کېږي چې د وضعيتي دريناژ د پاره دا غوره وضعيت بلل کېږي.د دې موخې د پاره ناروغ ته د اوبو بخارات او يا ځني انشاقي برانکو ډايليټورکارول کېږي وروسته د ناروغ څخه غوښتنه کېږي چې ژوره سا واخلي وروسته د سا اخيستلو څخه ناروغ بايد په قوت سره وټوخېږي. په داسې حال کې چې مرسته کوونکی بايد د خپل موټې په واسطه د ناروغ ناروغه برخه وډبوي، تر څو نښتلې افرازات جلا او د ټوخی په واسطه د سږو څخه خارج شي .

۲.د مايکروب ضد درملوو کارونه : د مايکروب ضد درملوو کارونه د ناروغي پرمختګ د ځنډ او ځنډ سره مخامخ کوي.خو د کاروني په وخت کې بايد دوام او مقدار يې زيات شي . ځکه چې په دې ناروغي کې قصباتو ته د درملو جذب ورو او کمېږي. د اګزاسربيشن غوره لاملونه يې عبارت دي له :

H .influinza،H .parainfluinza، Str Pneumonia او Morexella.catarralis څخه. نو د دې مايکروبونو د درملنې د پاره غوره درمل د بيتالکتم څخه امکسيسلين ۵۰۰ ملي ګرامه دورځې درې ځلي د ۱۰ – ۱۵ ورځو له پاره کارول کېږي همدارنګه د دې درمل په ځای کواينولون يا مکروليډ هم کارول کېږي .په ځينو ځنډنيو وخيمو پېښو کې چې P-aeruginosa لامل ته فکر کېږي چې د درملنې د پاره يې سيپروفلوکساسين ۵۰۰ ملي ګرامه سهار او بېګا د دوو اونيو له پاره توصيه کېږي.د وخت په تېرېدلو سره د درملو په مقابل کې ټينګار هم رامنځ ته کېږي په هغه صورت کې دا خل وريدې درمل لکه : سيفتاډيزيم دوه ګرامه د ورځې درې ځلي د ۱۴ ورځو د پاره، جينټامايسين د پلازما د غلظت مطابق توصيه کېږي يا د ضرورت په وخت کې پيپراسيلين ۴،۵ ګرامه د ۱۴ ورځو د پاره ورکول کېږي. .ځنې وخت د مايکروب ضد درملو کارونه په انشاقي بڼه د سيستيميک کاروني په پرتله ښه پايلې لري ځکه چې ماوفې برخې ته په پوره غلظت رسېږي.

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

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

۵-۲. د سږو خنځې

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

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

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

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

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

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

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

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

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

۲ . د سږو آبسي ځنې وخت د وینې پواسطه د ډېر لږ محراق ځخه د اختلاط په ډول رامنځ ته کېږي چې غوره ځانګړتیاوي یې عبارت دي له : ستافیلوکوکس څخه چې ګڼ شمېر د سږو آبسي را منځ ته کوی.(۳، ۹).

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

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

۲ . موقیعت او شمېر : هغه آبسې ګاني چې د منتنو انشاق شوې توکو په واسطه را منځ ته کېږي زیاتره وخت د سږو په ښی اړخ کې موقیعت نېسي، ځکه چې ښی اړخ د کینې اړخ په پرتله عمودي هوایي لاره لري او تل یوه وي چې د ښی اړخ په شاء تنې او یا په اپیکل سیګمینټ کې موقیعت نېسي . معمولا هغه آبسي چې د نمونیا یا برانکیکتازیس په سیر کې منځ ته راځي شمېر یې ګڼ او په سږو کې پاشېدلي بڼې لري. هغه منتنې امبولي او آبسي چې د وینې د انتشار له سببه منځ ته راځی د شمېر له مخې ګڼ او د ځایګې له پلوه د سږو په هره برخه کې ځای په ځای کېدلای شي . د هستولوجي له پلوه تل خنځه د فبروتیک او مونو نوکلیر حجرو په واسطه احاطه شوې وي.(۹).

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

تاریخچه : د ناروغي په تاریخچه کې لاندې ستونزې په ګروپې ډول بیانېږي.

۱ .د توکسېمیا معمول او خفیف اعراض : ناروغ په دې حالت کې د خفیفي تبې څخه ګیله کوی مګر هېڅکله د تنفسي سیستم ستونزې شتون نه لري.

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

۳ . تحت الحاد او ځنډنی بڼه : په دې حالت کې ناروغی د تنفسي ناروغیو د ګیلو سره په تحت الحاد یا ځنډنی ډول را منځ ته کېږي چې ناروغ د لاندې ستونزو څخه ګیله کوی. ټوخی، خفه کوونکی او بوېناکه تنفس ، خړاسکې او د توکسېميا عمومي کلینیکې بڼه. کله کله په وینه ککړ بلغم هم لیدل کېږي. همدارنګه د پلوریزې د شتون په وخت کې د سیني د درد څخه هم ګیله شتون لري. (۱).

فزیکي کتنه : د ناروغي فزیکي نښې د خنځې د ځایګې ، جسامت او د احاطه کونکوو افرازاتو د څرنګوالی پورې اړه لري چې په لاندې ډول تشریح کېږي.

۱ . اوله مرحله: په دې وخت کې د ناروغ په فزیکي کتنو کې پلورل رب ، په محدوده برخه کې ډلنیس او د تنفسي اوازونو ضعیفوالی او یا د تکاثف فزیکي نښې شتون لري.
۲ . د زوو د تشی د جوړېدو څخه وروسته : د تشی (کهف) نښې لکه : کوورنس او امفوریک اوازونه. همدارنګه د موضعي تکاثف اوازونه هم اورېدل کېږي.

۳ . د موضعې افیوژن نښې او علامې

۴ . د ګوتو کلبینګ. (۱، ۳).

۳-۵-۲. لابراتواري کتنه

۱. په وینه کې د سپینو حجرو شمېر د ۲۰۰۰۰ – ۳۰۰۰۰ په یو سانتي متر مکعب کې وي.

۲. د سیني په Postero-anterior (PA) کلیشه کې په اولو وختونو کې تور تیاره خیالونه او د ناروغي په وروستی وختونو کې په تشه کې د هوا او مایع خیالونه یو ځای د لیدلو

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

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

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

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

هیمپټیسیس، د بدن نورو برخو ته د التهاب خپرېدل، دماغې خنځي، د پلورا په تشه کې د آبسي چاودېدنه او په ثانوې ډول د امایلوډوسیس .

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

۱ . عمومي اهتمامات

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

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

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

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

۲ . میخانیکی عملې

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

ب . د برانکوسکوپي په واسطه نښتي افراز شوي پرچې يا پلکونه جلا او سيگمينټي لاره بايد خلاصه شي . تر څو درېناژ ښه صورت ونيسي.

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

۳ . کيموتراپي : ښه درمل هغه دي چې د کلچر او انټي بيوګرام په واسطه غوره او وکارول شي . پنسيلين تر اوسه پورې په ځينو پېښو کې اغېزمن پاتې دي. امکسيسلين يو ګرام د ورځې درې ځلي د ميټرونيډازول ۴۰۰ ملي ګرامه د ورځې درې ځلي د خولې له لارې يا اګمنټين ۵۰۰ ملي ګرامه يا ګيټي فلوکساسين ۲۰۰ - ۴۰۰ ملي ګرامه توصيه کېږي. (۱ ، ۳).

۴. جراحي : که چېرې د درې اونيو درملنې وروسته بيا هم په ناروغي کې د کلينيک يا د راديولوژی له پلوه کوم ښه والی را منځ ته نه شو، نو بيا ناروغ جراحی عمليې ته کانديد ګڼل کېږي چې د جراحي عمليې په واسطه سيگمينټ، لوب او يا سږی د منځه وړل کېږي. همدارنګه د کنټلوي هيمپتيسيس يا د مليګننسې د شتون په وخت کې هم جراحي عمليه سر ته رسېږي. (۳).

۹-۵-۲. مخنيوي او انذار : د دې ناروغي د مخنيوي د پاره په کار دی چې د منتنو شيانو د انشاق څخه ځان وساتل شي . په هغه ناروغانو کې چې د ګاګ عکسه شتون ونه لري بايد انټيوبيشن په کې حتمي اجرا شي . ناروغان بايد د ۳۰ درجو زاويي په بڼه په ملا باندې استراحت وکړي تر څو د اسپايريشن خطر کم شي . همدارنګه د خولې او د غاښونو پاک ساتنه د ناروغي په مخنيوي کې پوره ونډه اخيستلای شي .(۱،۳).

۶-۲. د سږو اتليکتاسيس

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

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

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

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

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

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

۲-۶-۲.پتالوژی او پتوفزيولوژی

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

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

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

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

Respiratory distress syndrom، د سږو په بين الخلالی التهابي ناروغيو او ځنې وخت په عمليات شوې ناروغانو کې د عمليات د پروسې څخه وروسته ليدل کېږي.

۴ . را ټول شوې اتليکتاسيس : کېدای شی چې دا ناروغي د موضعې يا عمومي فبروزيس په واسطه منځ ته راشی.يا هغه وخت چې پلورا د سږو د پراخېدو مخنيوي وکړي، منځ ته را شي.

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

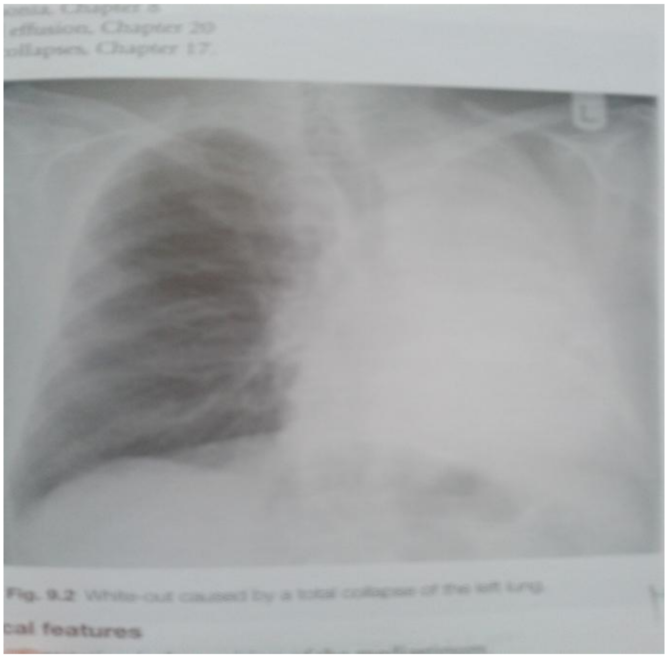
تاريخچه : ناروغ د سيني د ناروغي برخې د درد، د نابرې ساتنګي، تکې کارديا او تبې څخه ګيله کوی او ځنې وخت ناروغ په شاک کې وي.(۱).

فزيکي کتنه : په مرکزي بندښتي کولپس کې د قصباتو د قطر د بندښت له سببه د سيني د نيمايي برخې د حجم کموالی د غږ او د تنفسي اوازونو د ټيټوالي سره يو ځای وي. همدارنګه د پورتنی لوب په کولپس کې د توتکې د کشېدو له کبله د کولپس څخه په پورتنی برخه کې تنفسي اوازونه او د ناروغ غږونه د سيني ديوال ته ښه خپرېږي. ځنې وخت په قسمی قصبې بندښتي کولپس کې يو يا مخلوط اواز لرونکی ويزينګ اورېدل کېږي. همدارنګه په سطحي بندښتي کولپس کې چې قصبه خلاصه او تل په څلورم يا پنځم پوړ کې را منځ ته کېږي .کلينيکې بڼه يې په لاندې ډول وي. په کتلو سره د سيني د نيمايې برخې حجم کم او په ډبولو سره Dullness څرګندېږی او په تنفس کې برخه نه اخلی. په اورېدلو (اصغاء) سره لاندني نښې (ټوبولر اواز، برانکېل بريتنګ، ويسپرېنګ پيکترالیوکی، ايګوفوني، برانکوفوني اوکريکل) اورېدل کېږي. غږيز او تنفسي اوازونه د خلاصې قصبې په واسطه د هوايي کڅوړو د تشېدو له سببه د سيني ديوال ته ډېر ښه خپرېږي. (۱).

۴-۶-۲. د سيني راديوګرافي

۱ .دسيني راديوګراف : که کولپس د مرکزي بندښت له امله وي نو لاندې نښې د کتلو وړ وي.
الف : د لوبر د داخلي سيپټا بې ځايه کېدل چې سيپټا (Septa) د ماوفې برخې خواته بې ځايه شوې ښکاري چې دبې ځايه کېدوپراخوالی يې مختلف وي اودکولپس دپراخوالی پورې اړه لري.
ب : د ناروغې برخې راډيو او پيستې د هغې برخې د هوا نشتوالی منعکس کوی.چې د آفت په اولو وختونو کې څه اندازه هوا په هوايي کڅوړو کې شتون لري چې د دې هوا د شتون له کبله د اوعيو نښې د ليدلو وړ، مګر سره نژدې معلومېږي.

ج : د لوبرکولپس ثانوي نښې : د ماوفه اړخ ډيافرام لوړ معلومېږی. هماغې اړخ ته ميډياستينيوم کش شوې ښکاري او د ناروغې برخې اندازه کمېږی. همدارنګه د سږی ژوبې برخې بې ځايه ځرګندېږي او په روغو لوبونو کې معاوضوې امفسيما د ليدلو وړ وي.



۲-۳ شکل

د چپ سږی بشپړ کولپس .(۴).

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

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

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

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

پهکولپس اخته ناروغانو باندې لاندې کړنې باید تر سره شي .

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

۲. فزیکي درملنه باید په صحیح ډول اجراء شي .

۳. د ناروغ څخه غوښتنه و شي چې وټوخېږي. اړخ په اړخ واوړی او هم ورسره ژوره ساء واخلي.که چېرې اتليکتاسيس د روغتون څخه بهر د اجنبې جسم د انشاق له سببه منځ ته راغلي وي او د انتان د پېښېدو نښې شتون ولري او د لابراتوارې کتنو په واسطه تاييد شوي وي نو ناروغ ته پراخه اغېزه لرونکی انټي بيوټيک توصيه کيږي. مثلا : امپيسېلين ۵۰۰ ملي ګرامه د خولې لارې او يا د وريد د لارې يو ګرام هر ۲ ساعته وروسته ورکول کېږي.که چېرې ناروغ په روغتون کې بستر وي نو د انټي بيوټيک د ټاکلو د پاره بايد انټي بيوګرام اجراء شي او د انټي بيوګرام سره برابر کېدای شي . امپيسېلين يا کلينډومايسين د ورځې ۱۲۰۰ – ۲۷۰۰ ملي ګرامه د وريد د لارې تطبيق شي يا د امينوګلايکوسايډونو له جملې څخه اميکاسين د بدن په هر کېلوګرام باندې ۱۵ – ۳۰ ملي ګرام په درې وېشلي د وزونو سره وريدې يا عضلي توصيه کېږي. همدارنګه کېدای شی چې ناروغ ته د سيفالوسپورين د دوهم او يا دريم جينيريشن څخه د اړتيا په صورت کې هم کار واخيستل شي . که چېرې ناروغ په ځنډنی کولپس اخته وي نو د ناروغ سږي د اوږد مهال د پاره په غير د پراخوالی پاتې کېږي چې زياتره وخت په ويجاړېدونکې بدلونونو او د فبروزيس په را منځ ته کېدو دلالت کوي. همدارنګه دا ناروغان زياتره وخت په ثانوې ډول په انتاناتو اخته کېږي چې بايد حتمي د پراخه اغېزه لرونکو انټي بيوټيکونو په واسطه تداوي شي لکه : امپيسېلين، تتراسيکلين او يا د انټي بيوګرام او کلچر په بنسټ انټي بيوټيک وټاکل شي . که چېرې ناروغ په متکرر ډول هيمپتيسيس او يا انتاني پېښې ولري نو ناروغ بايد جراحي ته ورو پېژندل شي تر څوکلپس شوې سيګمينټ يا لوب قطع شي که د ناروغي سبب تمور وي ناروغ بايد وآرزول شي اود آرزوني په بنسټ جراحي عمليه يا شعاع او يا کېموتراپي وټاکل شي .(۱).

۷-۲. لنډيز : څرنګه چې زمونږ ټولنه د ژوند په هره برخه کې وروسته پاتې ده نو د علم د پاتې والی په بنسټ زمونږ خلک د ځان ساتنې په ډګر کې هم وروسته پاتې دي چې زياتره وخت دمختلفو ناروغيو سره لاس په ګريوان وي چې د دې انتانې ناروغيو څخه په دې فصل

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

۸-۲. پو ښتنې :تشریحې سوالونه

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

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

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

۴ . اتلیکتاسیس کومې ناروغي ته ویل کېږي؟

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

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

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

سم ځواب په نښه کړئ

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

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

۱۰:تش ځایونه ډک کړئ:

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

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

۹-۲.اخځلیکونه (References)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.Longo. DanL. Fauci, Anthony & Kasper, Dennis L.(2008). Harrison's Principles Internal Medicine .8th Edition. Mc Graw Hill Medical Lisbon London. Pp : 2130.

.12. Mbata, GC et al.(2009). The Role of Coplicications of Community

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

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

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

دریم څپرکی

پلورایي ناروغي

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

۱-۳.پلوریزی

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

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

۲-۱-۳.کلینیکې بڼه

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

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

۳-۱-۳.د سیني رادیوګرافي او درملنه

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

۲-۳.پلورل افیوژن

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

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

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

لومړۍ درجه لامل ټوبرکلوز په ځانګړې ډول په ځوانانو کې او دوهمه درجه يې پارانمونيک افيوژن جوړ وي. (۲،۳).

۲-۲-۳. کلينيکي بڼه

تاريخچه: د ناروغ د ګيلو د رامنځ ته کېدو څرنګوالی يې د ناروغي د **Onset** پورې اړه لري. که چېرې ناروغي په انی ډول را منځ ته شوي وي ناروغ د وخيم درد يا د نامعلومې سرچېينې تبې څخه ګيله کوي چې وروسته په درد تعقيبېږی. همدارنګه دا ناروغي په تحت الحاد ډول هم را منځ ته کېږي خو!که چېرې په تدريجي او پټ ډول منځ ته را شي نو ناروغ به په رښتېنې ډول ناروغ ښکاری او کلينيکې ډګر کې به ساتنګي حاکمه وي. همدارنګه درد د ناروغي په اولو وختونو (پلوريزې) کې را منځ ته کېږي چې وروسته دروند وصف ځانته نېسي. په دې ناروغي کې نفس تنګي د ټولي شوي مايع د کچې سره مستقيم تړاو لري او هم ټوخی زياتره وخت وچ وصف لري. همدارنګه ناروغ د وزن د بايللو څخه ګيله کوی او هم د تسمم اړوند ګيلې (تبه، بې اشتهايې او ستوماتتيا) به په ناروغ کې شتون ولري. (۱، ۲).

فزيکي کتنه: د فزيکي نښوو د را څرګندېدو له پاره لږ تر لږه **۵۰۰** سي سي مايع ته اړتيا ليدل کېږي چې د پلورا په تشۀ کې راټوله شي تر څو کلينيکې څرګندونې په ناروغ کې پيدا شي.

الف.تفتيش: اورتوپنيا، د ناروغ په اخته اړخ ويده کېدل، په اړوند اړخ کې د سيني د حرکتونو کمېدل يا د منځه تلل.که ناروغ نری او دنګ وي نو په اړونده اړخ کې به د پښتيو داخلي برخې را وتلې ښکاري او که د مايع اندازه ډېره زياته وي نو اړونده هايپوکاندرېوم به ډک او وتلې ښکاري. همدارنګه اپيکس مخامخ لورې ته بی ځايه شوې ښکاري. که مايع خبيثه سرچېينه ولري نو د پلورايي مايع کتنه د سرطانې حجرو له

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

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

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

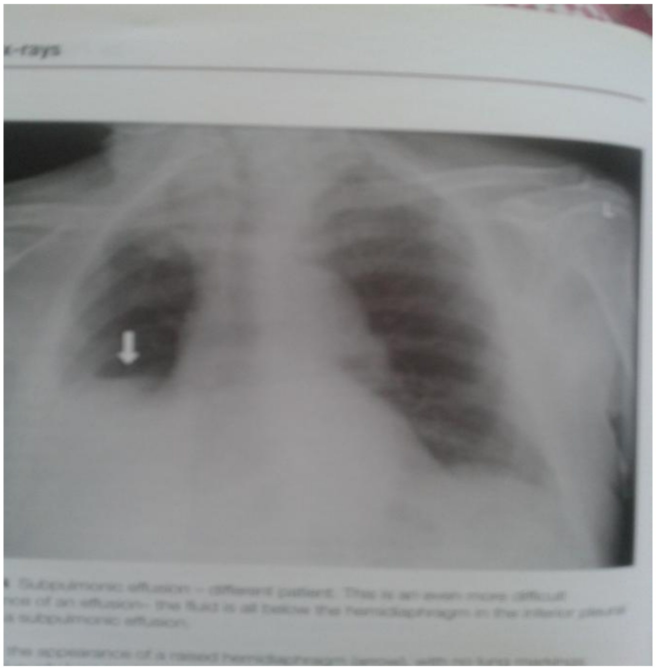
د .اورېدل : د ناروغی سږی په مخامخ لورې کې د احتقان له کبله کریکل شتون لري او د مایع په پورتنی پوله کې تنفسي اوازونه د ایګوفوني سره یو ځای قوي اورېدل کېږي.(۱، ۳).

۳-۲-۳. لابراتوارې کتنې

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

باندې دلالت کوی.که شیدو ته ورته رنګ یې درلود، نو په Chylothorax یا Psuedo chylothorax کې لیدل کېږي. که په مایع کې صفراوې رنګ شتون درلود بیا صفراوې فستېول خواته باید فکر و شي .که مایع تور رنګې وي په اسپرجیلوسیس دلالت کوی او ورسته ماهې ته ورته مایع د امیبی سیستې په څېرې کېدلو دلالت کوی. د پلورا د مایع نارمل PH نژدې ۷ ، ۲ دی. که چېرې PH د ۷,۲ څخه ټیټ وي په امپیما، پارانمونیک، کولاجنې د رګونو ناروغي، RA ، د مری څېرې کېدل، ټوبرکلوزیس او پرمختللی ملیګننسي باندې دلالت کوي چې د سایتولوژیک کتنو په بنسټ نژدې۲۰ سلنه پېښې سرطانونه جوړ وي چې د پېژندل شوې سرطانونو ډېره برخه د میزوتیلیمیا په پرتله اډینوکارسینوما جوړوي. په تقیحې مایع کې د DLC سر ته رسول دومره ډېر ارزښت نه لري. په خبیثه او ټوبرکلوزیک ناروغیوکې د لمفوسایټونو شمېر زیات لیدل کېږي. که چېرې د ایزونوفیل کچه زیاته وي نو په یوه سلیمه پېښه دلالت نه کوی او که پلورل افیوژن د کرونرې باې پاس څخه وروسته منځ ته را شي نو په صحنه کې به کوچېنې لمفوسایټونه زیات بارز وي.کله چې مایع اګزوداتیف وي نو باید د ګرام تلوین، د هوازې او غیر هوازې بکتریاو او ټوبرکلوز د پاره کلچر سرته و رسېږي. د ځینو ناروغیو د پاره لاندې ازموینې سر ته رسېږي. د روماتویید ارترایتیس د پاره روماتویید فکتور باید معاینه شي .د منضمو انساجو د ناروغیو د معلومولو د پاره د انټې نیوکلېر فکتور معاینه سر ته رسول حتمي وي. د کامپلیمنټ کچه په روماتوئیدارترایټیس یا په SLE کې کمه وي. همدارنګه په خباثت او انتاناتو کې هم مثبت وي. په ځینو کلینیکې حالتونو کې لاندې کتنې سرته رسېږي.کله چې په۱۰۰ملي لېترو کې د ګلوکوز کچه د۳۰ ملي ګرامو څخه کمه وي په روماتویید او ملیګنینسې باندې دلالت کوي او په پانکراتایټیس کې د امایلیز کچه لوړه وي. همدارنګه په ثانوې ډول د ځینو ناروغیو لکه : د ادینوکارسینوما د میتاستازیس په صورت کې یا د مری په سوری کېدلو کې لیدل کېږي او هم په ځینو حالتونو کې د شایلو مایکرون او ترای ګلسرایډ لوړوالی لیدل کېږي. په ټوبرکلوز او امپیما کې د ADA کچه لوړه وي.

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



۳ - ۱ انځور

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

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

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

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

۲ . کېموتراپی : د TB په صورت کې انتي ټوبرکلوزیک درمل باید توصیه شي او د خبیثه مایع د درملنې له پاره اول ځل د پاره د پلورا د جوف څخه ټوله مایع باید ووېستل شي . ور پسې ۵۰۰ ملي ګرامه تتراسیکلین هایدروکلوراید په ۲۰ ملي لېتره سلاین کې مخلوط او د پښتیو د داخلي ساحو د دریناژ په واسطه پلورا جوف ته داخل شي ورپسې ۲۰ سي سي آضافي سلاین د دریناژ په واسطه پلورا جوف ته داخل کړای شي بیا ناروغ ته د شپږو ساعتونو د پاره د موقیعت په بدلولو سره باید استراحت توصیه شي تر څو تتراسیکلین په ټول جوف کې تیت شي . وروسته دریناژ ختم شي تر څو د جوف ټول مواد خارج شي . که چېرې د پښتیو ترمنځ د دریناژ داخلول ستونزمن وي او یا تتراسیکلین د ناکامي سره مخامخ شي نو بیا ناروغ ته C.parvum د ۷ ملي ګرامو په اندازه په ۲۰سي سي سلاین کې مخلوط او د پلورا په جوف کې زرقېږي.

۳ . د پلورایي مایع درملنه : څومره چې شونی وی باید ژر تر ژره تر سره شي ځکه چې د مایع دوامداره شتون د فبرین د رسوب سبب کېږي چې دغه عملیه په خپل نوبت سره د پلورا د پېړ کېدلو سبب کېږي چې د پلورا پېړوالی د پلورا وسعت کموي او د دې کموالی له کبله د سیني حرکات کمېږی او وظیفوي پاتې والی را منځ ته کوي چې د Frozen chest په نوم یادېږی. همدارنګه د دې موخې له پاره تیراپیوتیک توراسنتیزیس هم توصیه کېږي چې استطبابات یې عبارت دي له : کله چې د مایع حجم زیات او د کلویکل هډوکې پورې رسېدلی وي.کله چې قلبي او تنفسي ستونزې یې را منځ ته کړي وي.کله چې دوه طرفه (دوه اړخیزه) وي.کله چې په حاد ډول پلمونرې اذیما تاسس کړي وي.کله چې په مایع کې په ثانوې ډول انتان را منځ ته شوی وی.کله چې د افیوژن سره تبه یا بله معاوضوې ستونزه شتون ولري. کله چې د ټوبرکلوز ضد درملو د کارونې سره سره مایع جذب نه شي او کله چې مایع هیموراژیک وي او یا د زیات مقدار پروتینو لرونکي وي.ځنې وخت توراسنتیزیس اختلاطات هم ورکوي چې عبارت دي له : د پلورا د داخلي منفي فشار زیاتوالی، پلورل

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

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

۵ . مشق : ناروغ باید د درملنې سره یو ځای تمرین شروع کړي.(۱ ،۳).

۳-۳.امپیما

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

الف . د حاد امپیما لاملونه

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

۲ .**ستریپتوکوکس** : نوموړی ناروغي په شروع کې د چېتلي نازیکې پردې په بڼه چې شین رنګ لری منځ ته راځی چې د وخت په تېرېدو سره یې پېړوالی زیاتېږی.

۳. **روماتویید پلوریزي** : هغه پلوریزي چې د روماتویید ارترایتیس ناروغي په سیر کې منځته راځی مایع یې شین رنګې چتل معلومېږي.(۱).

ب. د څنډنی امپیما لاملونه

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

۲ . څنډنی انتانات لکه : ټوبرکلوزیس، د سږو آبسې، برانکیکتازیس اکټینومایکوزیس او ګرام منفي بکتریاوي .(۱۲).

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

۴ . برانکوپلورل فیستولا چې د سږی د آبسي او یا تروما یا د سږی د منتن سیسټ د چاودېدنې له کبله منځ ته راغلي وي.

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

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

۲-۳-۳.کلینیکې بڼه

تاریخچه

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

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

۳ . تسممي ستونزې ، سترېا ، د اشتها د منځه تلل، خوله کېدل او د وزن بايلل د تسممي ګيلو څخه ګڼل کېږي. (۱).

فزيکي کتنه : ټولې هغه نښې چې په پلورل افيوژن کې د ليدلو وړ وي هغه نښې په امپيما کې د سيني د دېوال د پړسوب سره يو ځای هم ليدل کېږي چې د پوستکی رنګ سور او ځلېدونکې ښکاري. د ۲ - ۳ اونيو په موده کې د ګوتو کلبينګ هم تاسس کوی. (۱).

که آمپيما ځنډنی بڼه ولري نو په ناروغ کې به لاندې نښې شتون ولري. کم خونې ، د ګوتو کلبينګ ، په پوستکی يا په سږو کې به ځنډنی سينسې مجرا يا مجراوي د ليدلو وړ وي. که چېرې برانکو پلورل فيستولا شتون ولري نو د ټوخی په وخت کې د خلاصې مجرا څخه هوا تېرېدنه اورېدل کېږي يا احساسېږي.

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

۱ . اسپايريشن : که چېرې زوې نرې وي د سورينج په واسطه هره دويمه يا دريمه ورځ د پلورا څخه بايد ووېستل شي . خو! که د زوو جوړېدل چټک وي نو بيا ناروغ ته د Water seal کارونه اړينه بريښې او بايد سر ته ورسېږي.

۲ .د مايکروب ضد درمل : دې ناروغانو ته هر شپږ ساعته وروسته يو ميلون يونټه پنسيلين د غوښی د لارې توصيه کېږي. همدارنګه ۵۰۰۰۰۰ يونټه په ۵ - ۱۰ سي سي سلاين سره حل او په پلورا کې د اسپايريشن څخه وروسته په پلورا کې زرق کېږي. که چېرې مايکرواورګانيزم د پنسيلين سره مقاوم وي نو بيا ناروغ ته پراخه اغېزي لرونکي انټي بيوټيک لکه : مټرونېډازول ۴۰۰ ملي ګرامه هر ۸ ساعته وروسته د پښتيو د خپل منځي برخو له لارې توصيه کېږي.

۳. دریناژ : کله چې د درملنې سره سره تر لسو ورځو پورې ښوالی تر لاسه نه شو، نو بیا دا عملیه د دوهم انتخاب په بڼه سر ته رسېږي او تر هغه وخته پورې دې ته دوام ورکول کېږي تر څو چې د لرې کولو له پاره یې استطباب نه وي پیدا شوې.

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

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

۲ .کله چې په۲۴ ساعتونو کې د دریناژ شوې مایع حجم د ۱۰۰ سي سي څخه کم وي.
۳ . کله چې د سږی توسع په پوره ډول راگرځېدلی وي او خپله دنده یې په بشپړه ډول سر ته رسولای شي .

۴ . کله چې برانکو پلورل فیستولا بنده شوې وي.یا د پښتیو قطع کول د خلاص ډریناژ د پاره. که چېرې دا عملیه د ناکامي سره مخامخ شي .نو بیا ناروغ ته تراکستومې اجراء کېږي او د امپیما ټوله خلته بهر ته وېستل کېږي او بېکاره ساحه یې ډکېږي.

۵. تنفسي تمرینات : د تسممي ستونزو د منځه تگ په خاطر څومره چې شونی وي ژر باید شروع شي .

۳-۴.نیموتراکس

۳-۴-۱. تعریف : د پلورا په تشهٔ کې د هوا تجمع (ټولېدو) ته نیموتراکس ویل کېږي.چې دې برخې ته هوا د سیني د دېوال، میډیاستینیوم، ډیافرام او یا د حشوې پلورا د څېري کېدولو د لارې راځي چې په دوه ډوله دي (۱ ،۸).

۳-۴-۲.اولنۍ نیموتراکس

۱.اولنۍ بنفسهی نیموتراکس : هغه نیموتراکس ته ویل کېږي چې د را منځ ته کېدو په وخت کې د سږو د ناروغیو کومې نښې شتون ونه لري.اولنۍ بنفسهی نیموتراکس د سږو په

اپیکل برخه کې د پلورا لاندې د يوي واقع شوې سلیمي تڼاکې په بڼه چې زياتره وخت په ځوانانو کې را منځ ته کېږي، لېدل کېږي.

۳-۴-۳. ثانوي نیموتراکس : هغه نیموتراکس ته ویل کېږي چې د سږو د پرانکایمل ناروغیو په سیر کې منځ ته را شي ثانوي بنفسهی نیموتراکس چې د څېري کېدلو (د پلورا په مجاورت (ګاونډ) کې د ټوبرکلوزیک محراق چاودېدنه یا د موضعي امفسیماتیک پوکڼۍ چاودېدنه، د ولادې سیست او یا تڼاکې چاودېدنه یا څېرې کېدل، د اونیکوم سږی څېرې کېدل، د مرۍ څېرې کېدل، د ټوبرکلوز پرته ډېر نور انتانات هم شته چې د دې ناروغي سبب جوړېږي لکه : بکتریایي سینه بغل، د سږو خنځي، نیموسمیستیس جیرووېسي سینه بغل، توره ټوخلې، برانکیکتازیس ، د سږو منتشر فبروتیک ناروغي لکه : سرکوییدوسیس او نیموکونوزیس، انټرستیي شیل فبروسیس، د سږو ځنډنی بندښتي ناروغي لکه : برانکېل آسماء، ځنډنی برانکایټیس او امفسیما، نیوپلازم لکه : د قصباتو سرطانونه او د پلورا سرطان، سیستمیک فبروزیس ، په ثانوي ډول د منصیفي امفسیما په سیر کې، د سږو په آحتشاء کې او نور متفرقه پېښنو کې لکه : د سږو روماتویید ناروغي، هیستیوسایټوسیس، سکلیروزیس ، مارفان سندروم ، ایهلرډانلوس سندروم، په پلورا کې د انډومیتروسیس شتون، پلمونرې الیولر پروتینوزیس، د سږو ایډیوپاتیک هیموسمیدروزیس او داسې نور...

۳-۴-۴. تروماتیک او فشاري نیموتراکس

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

او یا تر بحر لاندې د Scuba diving سپورت اجراء کوي. همدارنګه د سیني اسپایریشن، د قصباتو د لارې بیوپسي ، د ستنې په واسطه د سږو بیوپسي، د پښتیو تر منځ د اعصابو بلاک کول.د غاړې په وریدونو کې د کنولاکارونه، مثبت فشاري تهویه، د صدري فشار سر ته رسول اود سیني فشارې آفتونه چې د زړه د مساژ په وخت کې را منځ ته کېږي. (۱،۲).

تینشن نیموتراکس : په دې ډول نیموتراکس کې په بېړنۍ ډول شدیده ساتنګې رامنځته کیږي چې سیانوسیس ور سره یو ځای وي او د Asphyxia له کبله ناروغ ډېر ژر مري. همدارنګه د درې واړو کلینکې بڼه په لاندې ډول دی.

تاریخچه : ناروغ ډول ډول ګیلې لري چې توپیر یې د لاندنیو دریو حالتونو پورې اړه لري.

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

۲. په ټوبر کلوزیس کې دا رنګه نه وي ځکه ناروغ د پرمختللی ستونزو څخه شاکي وي چې د ډېر وخت راهیسې د سابندي څخه زورېږي او په ناروغ کې نیموتراکس د ډېر وخت د پاره د پېژندنې څخه پټ پاتې کېږي چې د ناروغ د سیني په ورځنېز فزیکي او لابراتوارې کتنو کې د نا امیدي په حالت کې تشخیصېږي.

۳. نابېره را منځ ته کېدل یې په سینه کې د چا قو د وهلو احساس کول، شدید درد ، شاک ، د نفس تنګي وخیم کېدل، په وینه ککړ بلغم ، نارامي او کولپس وي.که چېرې هوا او مایع یو ځای وي نو د ناروغ لومړنی خبره به دا وي چې د ټوپ وهلو په وخت کې په سینه کې د شړپارۍ (Splash) د اورېدلو احساس کوی. (۲).

فزیکي کتنه : ناروغ به د خاموشې سره سره هایپر ریزونانس وي او په ناروغ کې به لاندې نښې د لیدلو وړ وي.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

۶-۳ . پوښتنې:تشریحې سوالونه

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

۲. پلورل افیوژن په څو ډو له دي؟

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

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

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

۶.د امپیما تسممي نښې ووایاست؟

۷. تینشن نیموتراکس څه ته وايي؟

سم ځوابونه په نښه کړئ.

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

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

تش ځایونه ډک کړئ.

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

۳-۷. اخځلیکونه

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

څلورم څپرکی

سږیز سرطان

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

۱-۴.د قصباتو سرطان

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

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

۱. Epidermoid (Squamous cell carcinoma)

۲. Small cell anaplastic carcinoma

۳. Adenocarcinoma

۴. Large cell carcinoma

Hamartoma, همدارنګه .Combined epidermoid and adenocarcinoma .**۵**
Mesothelioma او Adenoma هم په سږو کې لیدل کېږي.(۱).

۲-۱-۴.پتالوژیکی بدلونونه

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

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

تاریخچه : ناروغ به د لاندې غیر وصفي ګیلو څخه لکه:

عمومي ضعیفوالی : د وزن بایلل ، ستومانتیا ، د اشتها خرابوالی او تبې څخه ګیله کوی .
دوهم تنفسي (موضعې) یا لومړنی ګیلې : په ډېرو ناروغانو کې ټوخی رامنځ ته کېږي چې

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

۲.میتاستاتیک اعراض

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

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

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

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

فزیکي کتنه : په ۸۰ سلنه ناروغانو کې د ګوتو کلبینګ شتون لري. د ترقوي د پاسه غدې د جس وړ وي.د لوب د پاسه د شهیق د صفحې په منځنی وخت کې د کریکل اورېدل، د ناروغ د لوب د پاسه د تنفسي اوازونو کمېدل او د لوبرکولپس د ننبو شته والی، کوم چې په برانکېل بندښت باندې دلالت کوی. لوبر یا سیګمینټل هوایي لارو ته نژدې بندښت د ویزینګ او توتکی یا مرکزي قصباتو ته نژدې بندښت، د Stridor لامل ګرځي. د پورتنی اجوف ورید بندېدل د پلورل افیوژن، د ملا او د پښتیو د درد سبب ګرځي.

پانکوسټ تومور : چې د سږو په څوکو کې منځ ته راځي او د پانکوسټ سندروم سبب کېږي چې متصف دی په : ناروغ به د سیني د پورتنی برخې یا د ولو یا د ولو او د چا ریو تر منځ د درد څخه ګیله کوي، چې کله کله د براکېل د کومې برخې د اخته کېدو په صورت کې درد لاس ته خپرېږی.د لاسونو د عضلاتو اتروفي او ضعیفوالی، هورنرس سندروم او د اواز خپوالی، لیدل کېږي.(۱).

۴-۱-۴. لابراتواري کتنې
د دې ناروغي له پاره ډېرې آزمویني شتون لري خو! غوره یې راډیوګرافي ده.
۴-۱-۵. د سیني راډیوګرافي: د سیني په کلیشه کې لاندې بدلونونه د لیدلو وړ وي. سطحي کُروې کتلې : کېدای شي ښه واضیح ګردې وي یا دروغجنو پښو ته ورته غیر منظمې څنډې ولري او یا لمر وړانګو ته ورته ښه ونېسي. د سیګمینټ \ لوب \کولپس \ تکاثف چې د ڼُروې کتلې سره یو ځای وي یا نه، چې د نمونیا څخه جدا کول یې ګران وي. نو د دې پېښې د ښه پوهېدلو د پاره لاندې د سیني کلیشې ته په غور سره وګورئ.

۴ - ۱ شکل

په پورتنی خیال کې ګڼ شمېر مېتاستاتیک خیالونه لېدل کېږي.(۳).

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

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

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

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

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

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

۲ . راډیوتراپي : هغه وخت غوره ټاکنه بلل کېږي چې عملیات ناشونی وي او یا د کومې بلې ناروغي له سببه د تومور وېستل ناشونی وي لکه : COPD او د زړه نورې ناروغي.د ناروغي د ګیلو (هیمپتیسیس، ټوخی او د سیني درد) د پاره غوره مخافظوي درملنه رادیوتراپي ده. همدارنګه د دې درملنې په مټ کولای شو چې د څه وخت د پاره د (پورتنی اجوف ورید بندښتې ستونزې، د مرۍ او د غټو قصباتو فشارې ستونزې) هم د منځه یوسو. د دوو اونیو له پاره د ورځې درې ځلې د Continuous hyperfractional accelerated radiotherapy کارونه په دې ناروغانو کې د ژوندې پاتې کېدو چانس لوړ وي.

۳ . جراحي : د سمال سیل کارسینوما پرته د نورو ټولو له پاره معالجوي درملنه ده او د دې عملیې په وخت کې د ناروغ لاندې فکتورونه باید ثابت وي. د ناروغ عمر، د سږی وظیفه، ژُروې او منصیفې عقداتو، نه اخته کېدل او د سیني څخه بهر د کانسرې حجرو او د نورو ناروغیو نه شتون. جراحي په لاندې حالتونو کې استطباب نه لري. د بدن په لرې پرتو برخو کې د میتاستازیس شتون، کله چې منصف اخته شوې وي ، د اوکل کارد فلجیدل، د پورتنی اجوف بندښت، د مرۍ اخته کېدل، د سکلنیې د غدې اخته کېدل، په بیوپسې کې مثبتوالی ، د توتکۍ یا د کرنۍ اخته کېدل او یا وینې ته ورته پلورل افیوژن، د سږی د دندې ډېر خرابوالی، د عمر زیاتوالی، د سمال سیل زیاتوالی او د سیني جدار ته خپرېدل..

یادونه : پارا نیوپلاستیک سندرومونه (Eaton- Lambert syn & pulmonary osteoarthropathy) د تومور په لرې کولو سره خپله ښه کېږي. مګر د ځینو حالتونو (هایپرکلسېمیا ، بیسپاسپونیټ او غیر متوازن انتي ډیوریتیک هارمون) د منځه وړلو د پاره ځانګړې درملنې ته اړتیا لیدل کېږي.(۴، ۲).

۲-۴. لنډیز : څرنګه چې مخکې وویل شو چې دا یوه خطرناکه او وژونکی ناروغي ده چې په هره ټولنه کې زیات پېښېږي خو! په غریبو خلکو کې یې مړینه زیاته وي. ځکه چې په پرمختللو هېوادونو کې د مخنیوي او د درملنې د پاره پوره تدا بېر شتون لري. په دې ناروغي اخته کس د بدن د هرې غړې ستونزه لري خصوصاً تنفسي ستونزې عبارت دي له : سابندې ، د سیني درد ، ټوخی ، هیمپتیسیس ، پلورتیک دردونه ، سیانوسیس او داسې نور. .

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

۳-۴. پوښتنې: تشریحې سوالونه

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

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

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

۵ . پارانیوپلاستیک سندرومونه کوم دي او څرنګه منځته راځي؟

۶. کوم سرطاني ناروغ ته راډیو تراپي ټاکل کېږي؟

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

سم ځواب په نښه کړئ

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

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

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

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

ب : یا Cisplatine, Gemcitabine ج : Cisplatin, vinorelbine

د: پورتنی درې واړه جملې غلطي نه دي.

تش ځایونه په مناسبو کلمو سره ډک کړئ.

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

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

۴-۵. اخځلیکونه

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

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

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

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

, Englind.Pp ; 48-64.

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

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

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

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

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

Pp : 279 – 282.

پنځم څپرکی

د سږو او رګونو وظیفوي ستونزې

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

۱-۵.سږیز احتشاء او امبولي

۱-۱-۵. مساعد کونکی فکتورونه

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

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

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

۲-۱-۵.کلينيکې څرګندونې

تاريخچه

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

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

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

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

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

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

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

فزيکې کتنه

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

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

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

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

۳-۱-۵.لابراتواري کتنې

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

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

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

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

ته کېږي. همدارنګه په ځنډنی ترمبو امبولایتیک پلمونرې هایپرتینشن کې د زړه او سیني نسبت د ښی بُطین د پراخوالی له کبله زیاتېږي. همدارنګه خپور نقطوې اولیجیمیا او د سږو د مرکزي لویو شریانونو پراخوالی لیدل کېږي.

۵ - ۲ شکل

د ښی منځنې لوب د وحشې سیګمنټ مړینه (۴).

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

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

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

- په تېروڅلورواونیوکې دحرکت دپاتې کېدلویادجراحي عملیې دسرته رسولوتاریخچه... ۱،۵

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

- هیمپتیسیس ۱

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

مجموعه..۵ ،۱۲

که چېرې ټولې نمرې ۴ یا د۴ څخه کم وي نو د امبولي شتون فقط ۸ سلنه وي.(۱).

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

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

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

۶-۱-۵. درملنه

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

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

ب: کله چې انټي کاګولانټ مضاد استطباب وي.

ج: کله چې د سږیز امبولیزم یا وریدي امبولیزم له پاره مساعد کوونکی فکتورونه شتون وي.

د. د سیپتیک امبولیزم د شتون په صورت کې توصیه کیږي.(۹).

۲.د ترمبوس درملنه : د دې موخې د تر سره کولو د پاره ستریپتوکاینېز کارول کیږي. ستریپتوکاینېز داسې کارول کیږي چې اول لوډنګ مقدار ۲۵۰۰۰۰-۶۰۰۰۰۰ نړیوال یونټه د ۳۰ دقیقو تر منځ کارول کیږي چې وروسته د دې د کارونې څخه د ۷۲ ساعتونو د پاره په ساعت کې ۱۰۰۰۰۰ یونټه د انفیوژن په بڼه ورکول کیږي یا Tissue plasminogen activator ۱۰ ملي ګرامه بولس بیا د اول یو ساعت د پاره ۵۰ ملي ګرامه د اول ساعت د پوره کېدلو څخه وروسته د هر ساعت د پاره ۲۰ ملي ګرامه د دوه ساعتونو د پاره ورکول کیږي. ترومبین ټایم باید د کنترول کچې څخه یونیم یا دوه برابره لوړه وساتل شئ. همدارنګه د سریپتوکاینېز د بندولو څخه څلور ساعته وروسته ناروغ ته باید هیپارین شروع شي.

۳.Pul - embolectomy : کله چې د فبرینولایسیس له امله د داخل دماغي خونریزي را منځته کېدل شونې وي نو په دې وخت کې د فبرینولایسیس په بدل کې جراحي سږیز امبولیکتومي سرته رسیږی او دا عملیه باید مخکې د هغه څخه چې نه را ګرځېدونکی کارډیوجینیک شاک یا د ګڼ شمېر غړو پاتې والی را منځ ته شي ، سرته و رسیږي. دا عملیه په خلاص جراحي سره سرته رسیږي او د دې په بدل کې نن سبا -Catheter embolecctomy منځته راغلې ده. (۹)

۴.Pulmonary thromboendarterectomy : د APE ناروغانو په ۲-۴ سلنه خلکو کې ځنډنی Thrombotic pulmonary hypertension منځته راځی نو د APE هغه ناروغان چې د مخکې څخه سږیز هایپرتنشن ولري (چې د ډوپلر ایکوکارډیوګرام په واسطه پېژندل کیږي) نو هره ۲ اونۍ وروسته دغه ناروغ باید ایکو کارډیوګرام شي تر څو معلوم شي چې سږیز شریانې فشار نارمل ته ښکته شوې ده یا نه. هغه ناروغان چې د ځنډنی ترمبو امبولیک سږیز هایپرتنشن له کبله د نفس تنګې څخه ځوریږي نو دې ناروغانو ته باید

عملیه سرته و رسېږي. د دې عملې سرته رسولs Pulmonary thromboendarteretomy.
Median sterotomy، کارډيو پلمونرې باې پاس، په زياته کچه د حرارت ټيټېدل او ځنې وخت د حرارت د ټيټوالی له کبله د دورانې وينې بندېدلو ته اړتيا رامنځته کېږي. په تجربه لرونکو مرکزونو کې د دې عملې د مړينی کچه **۵** سلنه ده.(۹)

۲-۵.ايډوپاتېک سږيز فبروزيس

کريپتوجينيک فبروزينګ اليولايټس چې د ايډوپاتېک انټرستېي شيل نمونيا د ډلې څخه زيات پېښېدونکی ناروغي ده. په امريکايي ټولنه کې د Idiopathic pulmonary fibrosis او د Alviolar Capilary Block په نومونو هم يادېږی.د يوې ډلې ناروغي څخه عبارت دي چې د نامعلومو سببونو په واسطه را منځ ته کېږي.د هستالوژي له پلوه متصف دی : په خپور انټرستيشل التهابي پروسې او فبروزيس باندې او د کلينيک له پلوه متصف دی په اُتو ايميون ناروغي، شديده هايپوکسېميا او نفس تنګي. د جنس له پلوه د ښځو په پرتله نارينه جنس زيات اخته کېږي او کوښښ دې و شي چې د سږو د نورو بين الخلالي فبروتيک ناروغيو څخه توپير شي . (۲ ،۴، **۵**).

۱-۲-۵. **کلينيکې څرګندونې** : دا ناروغي د عمر د آخر وخت او زړښت ناروغي ده چې د **۵۰** کلنی څخه مخکې پېښېدل يې نادر برېښی او په ټُولېز ډول د دې ناروغانو ۲ : **۳** برخه ناروغان د **۶۰** کلونو څخه زيات عمر لري.

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

فزيکي کتنه : په فزيکي کتنو کې زياتره وخت د ناروغانو د سږو د آصغاء په وخت کې د شهيق په صفحه کې وچ يا Velcro ته ورته منځنی کچه کريکل اوازونه اورېدل کېږي.

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

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

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

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

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

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

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

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

۳-۵.حاده تنفسي عدم کفایه

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

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

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

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

۳-۳-۵. اپیدیمولوژي : د۱۹۹۰ کال را په دې خوا تر اوسه پورې د اروپایي ټولنې د روغتونو په څارنېز واحدونو کې د تنفسي پاتې والی ارقام په لاندې ډول دي. په سکندوي هېوادونو (سویډن، آیسلینډ او ډنمارک) د روغتونونو آحصایه په۱۰۰۰۰۰ ناروغانو کې۲، ۷۷ تنه ناروغان د تنفسي پاتې والی او په کې په۱۰۰۰۰۰ کسانو کې ۲، ۸۸ ناروغان د دې ناروغي په نوم ثبت شوې دي چې د دې دواړو ډلو د مړینی کچه ۴۰ سلنه جوړوي

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

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

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

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

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

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

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

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

۳ . د تنفسي عضلي د پمپ ناروغي

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ب Highflow system : د انشاق شوې اکسجن غلظت زیاتوي .

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

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

۵ . د مرستندویه میخانیکی تهویې په واسطه د ناکامي تهویې درملنه : دا عملیه په دوه لاندنې ډولونو سره سرته رسېږي.

الف . مصؤنه تهویه : دا عملیه د هوايي لارو د اسباب د کارونې پرته سر ته رسېږي چې د مثبت فشار په واسطه، کوم چې د ښه تثبیت شوې ماسک په واسطه تر لاسه کېږي. چې په هایپوکسېمیک تنفسي عدم کفایه اخته ناروغانو کې استطبابات یې په لاندې ډول دي. نفس تنګي، کله چې د تنفس شمېره په دقیقه کې د ۳۰ څخه زیات وي، د اکسجن قسمی فشار کله چې Fio2 < 200 وي. همدارنګه دغه عملیه په لاندې حالتونو کې استطباب نه لري.

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

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

ناروغ باید په لاندې ډول تر څارنې لاندې وساتل شي او ښه پاملرنه ورته وشي .

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

۲ . په منظم ډول د شریانی وینې د فشار او تنفس شمېري تر آرزونې لاندې ساتل.

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

۴ . څلور ساعته وروسته د پوره ښوالی امیدواري.

ب . غیر مصؤون میخانیکی تهویه: دا عملیه د تنفسي عضلاتو د پمپ معاوضوې عملیه ده. چې استطبابات یې په لاندې ډول دي.

۱ .کله چې دتنفسي عملیې شمېر ډېر زیات وي یعنې په دقیقه کې ۳۰ یا د ۳۰ څخه پور ته وي.

۲ .کله چې غیر هم غریز تنفسي حالت شتون ولري.

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

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

۵ . کله چې هایپرکپنیا او اسیدوزیس شتون ولري.

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

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

الف .Volium pre -set ما شینونه.

ب. Pressure pre -set ما شینونه.

تراکستومي او وینینګ : هغه وخت سرته رسېږي چې ناروغ د اوږد مهال د پاره تهویې ته اړتیا ولري چې تراکستومې د اومې او څوارلسمې ورځې تر منځ سر ته رسېږي.

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

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

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

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

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

۵-۵. پوښتنې: تشریحي سوالونه

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

۲. د سږی د احتشاء غوره لامل کوم دی؟

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

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

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

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

سم ځوابونه په نښه کړئ.

۷. غلطه جمله په نښه کړئ.

الف : Highflow system د انشاق شوې اکسجن غلظت زیاتوي ب : د سببې ناروغي قابو کول : مثلا د انتي بیوټیک په مټ د ځنډنی برانکایتیس یا وخیمې نمونیا درملنه

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

۸ . صحیح جمله په نښه کړئ

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

-- تش ځایونه ډک کړئ.

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

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

۵-۶.اخځلیکونه

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pp : 21702178.

شپږم څپرکی

د ناروغ دندې پورې تړلی د سږو فبروتیک ناروغي

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

۱-۶. Acute Respiratory Distress Syndrom

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

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

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

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

- د سږو تخریشات، داکسجن تسمم، نمونیا (د هر سببه چې وي)، خپور توبرکلوزیس، د سږو واسکولایټیس او د سینې شعاعې درملنه.

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

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

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

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

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

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

۳-۱-۶.کلینیکي بڼه

تاریخچه

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

تکې پنیا : تل هایپوکپنیا ته لاربښوونه کوي چې د سطحي اوعیو د کانسټرکشن او د پوستکی د خسافت سبب گرځي. مگر د دې سندروم په ناروغ کې چې علت یې سیپسیس وي د هایپرډینامیک بدلونونو له امله پوستکی گرم وي.(۱ ، ۲).

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

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

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

۵-۱-۶. درملنه

عمومي اهتمامات : د دې ناروغانو د مړينې د کچې د کمولو له پاره اړين برېښي چې قوي او سخت روغتيايي اهتمامات ونيول شي چې نوموړي اهتمامات عبارت دي له : تر ټولو د مخه د اصلي لامل (طبي يا جراحي) پېژندل او د هغي د درملنې سرته رسول، کوښښ بايد وشي چې د دې ناروغي په سير کې د طبي عمليو او د هغې پورې د تړلي اختلاطاتو مخنيوي وشي ، د ځينو ناوړو پېښو (وريدي ترمبوامبوليزم، معدي معايي وينه بهېدنه، انشاقي توکي، تر حده زيات د Sedatives کارونه او مرکزي وريدې کتيتر پورې اړوند انتانات) مخنيوي وشي . د انتان ډېر ژر پېژندل او د غذاى رژيم اصلاح او ساتنه. نو د دې پورتني موخو د لاسته کولو له پاره د لاندې پلان څخه کار اخيستل کېږي.

۱ . د سببې ناروغي د منځه وړل : که شونى وي بايد سيپسيس د پراخه اغېزې لورونکې انتي بيوټيک په واسطه تداوي شی.د منتنو مايعاتو د ټولېدنې په صورت کې بايد مايع ډريناژ شي . همدارنګه د منتن محراق څخه تموتې انساج بايد بهر کړاى شي او ساحه بايد د تموتی او منتنو توکو څخه پاک شي .

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

چې استطبابات يې عبارت دي له :

وخيمه تنفسي عدم کفايه ، ستوماتتيا او زياته کمزوري او د دوراني نا انډولي د شواهدو شتون .

۳ . آضافي کړنې.

الف . پرمخې ملاست : د ناروغي په اولنۍ او اکزوداتيف مرحله کې ناروغ ته نوموړي موقيعت ډېره ګټه لري ځکه چې د دې موقيعت په سرته رسولو سره اسناخ په اساني برخه اخلي، تهويه او جذب ښه سر ته رسېږي او همدارنګه زړه او رګونو ته هم ډېره ګټه رسوي.

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

ج .ګلوکورتیکوستروئید : د ARDS په ځینو حالتونوکې دګلوکارتیکو ستروئېد کارونه ګټور برېښی چې په لاندې ډول ورڅخه یادونه کېږي.

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

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

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

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

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

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

۲-۶.اسبستهوسیس

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

ډېره وي او په هغه ناروغانو کې چې سګرټ کاروي، پېښې يې نژدې ۱۰ برابره نوره هم زياتېږي.د دې ناروغي راديولوژيک بدلونونه د درېو څخه په دوه برخو کې ليدل کېږي.چې په خپور ډول او ځنې وخت د شاتو د مچېيو د چېک په ډول هم وي. ځنې وخت د سږو په قاعدو کې غير منظم يا په خطي ډول کثافتونه ليدل کېږي. همدارنګه په پلورا کې تکلُس د ناروغي تشخيصيه نښه بلل کېږي. همدارنګه په دې ناروغي کې هم منځته راتلای شي چې د مايع څرنګوالی يې سيروزيک يا وينې ته ورته اګزوداتيف وي.کېدای شي چې دغه مايع پرمختيايي بڼه ولری او يا په اني ډول جذب شي او د منځه لاړ شي . د نوموړی ناروغي تشخيص د اسبستوزيس مادی سره د مخ کېدو د تاريخچې، کلينيکي بڼې (د شهيق په اخر کې کريکل او د ګوتو کلبينګ)، د سږو غير دوديزه دندېزې ازموينې ، راډيولوژيک بدلونونه او همدارنګه د سږو بيوپسی په واسطه ايښودل کېږي.(۲، ۲، ۷).

درملنه : کومه ځانګړې درملنه نه لري او د ستروئېدو کارونه هم کومه ګټه نه لري.نو بايد وقايوي درملنه صورت ونيسی

۳-۶.سيليکوزيس

نوموړی ناروغي د سيليکان د انشاق کولو له کبله منځ ته راځي. نوموړی يو قوي فبروتيک ماده ده او په سږو کې د کتلوي او ګردو نوډولونو د منځ ته راتلو سبب ګرځي چې نوموړی بدلونونه د سږو په پورتنی لوب يا په ټولو سږو کې ليدل کېږي. د سږی د ژُروی لمف نوډونو په شاوخوا کې هګۍ پوټکۍ ته ورته تکلُس تل په سيليکوسيس دلالت کوی.که چېرې د ناروغي عامل لرې هم شي بيا هم ناروغي مخ په وړاندې ځي نو هر څومره چې ژر شونی وي ناروغ بايد د سليکان څخه لرې وساتل شي. نوموړی ناروغي تل په هغه خلکو کې ليدل کېږي چې د سيمنټو په فابريکو، د صابونو په کارخانو او هغه خلک چې د ډبرو په کانونو کې کار کوي. په دې خلکو کې دا ناروغي په حاد ډول هغه وخت منځته راځی چې په کتلوې ډول د سليکان سره مخامخ شي او د ۱۰ کالونو څخه مخکې په سليکوسيس

اختته شي .دا ناروغان د سلیکان د مادې له کبله چې سایتوتوکسیک ځانګړتیا لری د توبرکلوسیس، اتیپیکل توبرکلوسیس او د فنګسي ناروغیو له پاره مساعد خلک بلل کېږي. همدارنګه په دې ناروغي کې ځنې اتوایمون ناروغي لکه : روماتویید ارترایتیس او سکلیرودرما د اختلاط په ډول را منځته کېږي.د سږو سرطانونه هم په دې ناروغي کې لیدل کېږي. هر کله چې ناروغ د دې توکي د کم مقدار سره په تماس کې وي نو دا ناروغي نژدې ۲۰ کله نېسي تر څو د ناروغي سبب شي چې دې حالت ته Chronic silicosis وایي.

کلینیکي بڼه : کلینیکي بڼه یې د سکرو د کارګرانو نیموکونیوسیس ناروغي ته ور ته وي. یعنی که ساده نیموکونېسیس وي د کومې ځانګړې کلینیکي لوحې سبب نه کېږي. خو!که زیات یا کتلوي بڼه ولري نو په ناروغ کې د سږی بندښتې نښې لکه : نفس تنګي د موندنې وړ وي. همدارنګه په دې ناروغانو کې د نرې رنځ پېښې زیاتي لیدل کېږي نو حتمي دا ناروغان باید د نرې رنځ له پاره ولټول شي . تر څو فعال او یا تېر شوې محراق شتون ونه لري. د مشکوک کېدو په صورت کې دا ناروغان هېڅکله د تي بی د یو درمل په واسطه تداوي نه شي او تل دې ناروغانو ته ګڼ درمل پیل شي . (۲، ۲، ۷).

۴-۶.د سکرودکارګرانو نیموکونیوزیس

نوموړی ناروغي د سکرو د دُوړو سره دوامداره مخامخ کېدو او د پاتې کېدلو په صورت کې را منځ ته کېږي چې په دوه ډوله وېشل کېږي.ساده نیموکونیوسیس او پرمختیایي کتلوي فبروتیک نیموکونیوسیس.

۱ . ساده نیموکونیوزس : د راډیولوژیک بدلونونو پر بنسټ په درې ډلو وېشل کېږي. چې دغه وېشنه د نوډولونو د غټوالی او پراختیاله مخې شوې ده.که ناروغ خپله دنده بدله کړي نو بیا ناروغي مخ په وړاندې نه ځي.

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

د سیرالوژیکي کتنو په پایلو کې لیدل کېږي چې په ۱۵سلنه کې انټي نیوکلیرانټي باډې او په ځینو حالتونو کې د روماتوئید فکتور مثبت وي. چې روماتوییدارترایتس د ګردو نوډولونو په بڼه چې جسامت یې د نیم څخه تر پنځو سانتي مترو پورې رسېږي او د سږو په محیطي برخو کې لیدل کېږي، یو ځا ی وي چې د Caplan’s syndrome په نوم یادیږي. چې دغه سندروم کېدای شي چې د نیموکونوزیس په نورو ډولونو کې هم ولیدل شي .(۱ ،۲.۳.۲ ،۲).

۵-۶. بریلیوسیس

۱-۵-۶. اپیدیمولوژی : د ۱۹۳۰ م کال په اوږدو کې نوموړې ناروغي د لومړی ځل له پاره په اروپا کې وپېژندل شو او په ۱۹۴۰ م کال کې یې دیوې څېړنې په واسطه چې په درې سوه هغه کارګرانو باندې چې په کارخانه کې د دې فلز سره په تماس کې راغلي وه ۴۵ سلنه یې په دې ناروغ اخته شوې وه او د دې فابریکې په ګاونډیانوکې د ۳۰ کسه ناروغانو لامل هم دغه فلز تثبیت شوې وه. همدارنګه د ۱۹۷۰ م کال په نشر شوي څېړنو کې ثابته شوې وه چې د دې فابریکې د یو کارګر ښځه د خپل مېړه جامې یې یو ځل وینځلی وه، هغه هم په دې ناروغي اخته شوې وه.

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

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

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

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

۶-۷.پوښتنې:تشريحي سوالونه

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

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

۳.د ARDs ساتنګې څه وصف لري؟

۴ . د ARDs د ناروغي انذار څنګه آروزوي؟

۵. د اسبيستېوسيس ناروغ څرنګه تداوی کوي؟

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

سم ځوابونه په نښه کړئ.

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

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

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

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

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

( ) بریلوزیس د تنفسي عدم کفایي لامل ګرځي.

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

تش ځایونه په مناسبو کلیمو ډک کړي.

۱۰: تر اوسه پورې د اسبستوزیس د پاره د ( ) وړ ( ) شتون نه لري.

۸-۶. اخځليکونه

۱. حيات، حيات الله. (۱۳۸۸ هـ ش). امراض تنفسی. شرکت سهامی، مطبعه نعمانی.
صفحات: ۱۳۵ – ۱۳۷ ، ۱۵۴ - ۱۲۱ .

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

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

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

4. Kumar, Parveen & Clark, Michael.(2007). Clinical Medicine,6th Edition.Elsevier Saunders,London.Pp: 944 – 960.

5.Kumar, Vinay. Cotran, Ramazi and Robbins, Stanley L.(2003). Robbins Basic Pathology, 7th Edition. Saunders, London. Pp: 469 -470 .

6. Longo, DanL. Fauci, .Anthony & Kasper,Dennis L.(2008). Harrison's Principles Internal Medicine ,18th Edition. Mc Graw Hill Medical Lisbon London. Pp : 2121 – 2129.

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

Pp : 299 – 300.

اوم څپرکی

روماتیزم او د زړه دسامې ناروغي

پیلیزه: زړه د څلورو جوفونو څخه جوړ شوې ده چې دوه دهلېزونه او دوه بُطینونه لري. ناپاکه وینه د ټول بدن څخه د علوی Vena Cava او سفلی Vena Cava په واسطه ښی دهلېز ته راوړل کېږي او د ښی دهلېز څخه د تراې کسپېډ د دسام له لارې څخه ښی بُطین او د ښی بُطین څخه د سږیز دسام له لارې سږو او د سږو څخه د سږیز وریدونو پواسطه چپ دهلېز او د هغه ځایه څخه د متړال دسام په واسطه چپ بُطین ته او د چپ بُطین څخه د ابهر له لارې څخه د ابهر (حاکم) شریان په واسطه ټول بدن ته وینه رسول کېږي. زړه په خپل نوبت سره د ډېرو ستونزو سره مخامخ کېږي چې د هغې ډلې څخه مهم یې روماتیزمل ناروغي دي. روماتیزمل ناروغي د روماتیزم ناروغي په سیرکې منځ ته راځي. معمولاً د دې ناروغي لامل بکتریا ده. دا ناروغي په دوه ډوله سیر کوي چې یو ډول یې حاد سیر دي چې روماتیک فیور (تبه) ده او بل یې ځنډنی سیر دي چې د زړه دسامې ناروغي او روماتیک کارډایټیس څخه عبارت دي چې د زړه دسام کیداې شی چې د مرضې پېښې له کبله تنګ او یا دا چې د ترلو په وخت کې سم ونه ترل شی او د وینې بیا را ګرځېدوته اجازه ورکړي.چې دغه حالت د دسام د عدم کفایې په نوم یادېږی. نو د زړه دسامې ناروغي عبارت دي له: د متړال دسام (تنګوالی او عدم کفایه)، د ابهر دسام (تنګوالی او عدم کفایه)، تراې کسپېډ دسام (تنګوالی او عدم کفایه)، سږیز دسام (تنګوالی او عدم کفایه) او ځنې وخت دو دسامونه په یو وخت سره پهګډه په یو آفت او یا په مختلفو آفتونو اخته وي.

۱-۷.د روماتیزم حاده تبه

۱-۱-۷. **تعریف** : د بدن د ګڼ شمېره غړو حاده التهابي ناروغي ده چې تبه ور سره یو ځای وي چې د سرېپتو کوکل فارینجایټیس د تېرولو څخه څو اونۍ وروسته د معافیتې سیستم په منځګړتوب د اختلاط په ډول را منځ ته کېږي.(۱۱).

۲- ۱-۷. **لاملونه** : د ناروغي غوره لامل بیتا هیمولایتیک A سټریپټوکوکس بکتریا ده چې د اوټو اېمیون پروسې په واسطه د دې ناروغي سبب جوړېږي.(۳).

۷-۱-۳. **پتوجنسیس** : څرنګه چې دا ناروغي د تېري شوې سترپتوکوکل اې (A) روماتوجینیک فارینجایټیس، کوم چې کله کله بې عرضه هم وي، منځ ته راځی چې عملیه یې په لاندې ډول ده. د کوربه بدن د بکتریایي کپسولې ام پروټین (M – Protein) په وړاندې انټي باډۍ (Ab) جوړ وي چې جوړ شوې انټي باډۍ د بکتریا ضد ځانګړنې برسیره د کراس ریکشن خاصیت په درلودولو سره د زړه، بندونو او د بدن د نورو انساجو د پروټین په وړاندې غبرګون ښې او د بدن پروټینونه ویجاړ وي او په خپل نوبت سره د بدن په مختلفو غړو کې ناروغي را منځ ته کوي. په زړه پورې خبره دا ده که چېرې نوموړی انتان د بدن په نورو برخو کې د مثال په ډول په پوستکي کې ځای ولري په نادر ډول د دې ناروغي سبب کېږي.دغه ناروغي کولای شي چې په خپله حاده مرحله کې زړه په ناروغي اخته کړي او حاد روماتیک کارډایټیس را منځ ته کړي او یا په ځنډنی ډول د زړه د دسامې سؤې اشکالو لامل جوړ شي چې د ناروغي د حادې صفحې څخه څو کاله وروسته کلینیکې بڼې یې را څرګندېږي سره د دې چې د روماتیک فیور د حادې مرحلې او د ځنډنی سیکولا پتوجینېسیس په بشپړ ډول معلوم نه دي. خو! داسې فکر کېږي چې حاده مرحله یې د حساسیت د زیاتوالی او ځنډنی مرحله یې د اوټو اېمیون (معافیتی) د غبرګون پایله ده. (۳،۸).

۴- ۱-۷. پېښې: دا ناروغي په ټوله نړۍ کې پيدا کېږي په ځانګړې ډول په غريبو خلکو کې د ژوند په ښه کېدو سره په ګوښې ډول په اروپايي او امريکايي ټولنه کې دغه ناروغي په نشت حساب شوې وه. مګر په۱۹۸۰ کال دامريکې په راکې مونټېين ولايتونو کې د دې ناروغي پېښې بيا زياتې شوي وي او هم د درملنې سره ټينګار يې هم پيدا کړي وه.

۵-۱-۷. اپيديمولوژی : د اپيديمولوژې له پلوه دا ناروغي زياتره وخت په ګڼ ميشتو ځايونو، غريبو، د پوهی څخه وروسته پاتې او کم عمره (۵ - ۱۵ کلونو) خلکو کې زيات ليدل کېږي. د جنس له نظره په کم عمرو کې مساوي مګر وروسته په هلکانو کې زيات پېښېږي. همدارنګه د ناروغي په را منځ ته کېدو کې جينيتيک او فاميلي تاريخچه، د پوره غذايي رژيم نشتوالی او په لمدبلو ځمکو کې اوسېدل غوره ارزښت لري. په دې ناروغي اخته ښځو کې Chorea او د متړال د دسام تنګوالی (MS) زيات ليدل کېږي. مګر په نارينهٔ و کې د ابهر د دسام پاتې والی زيات ليدل کېږي.

۶-۱-۷. پتالوژی :کېدای شې چې د ناروغي په واسطه د زړه درې واړه طبقې اخته شي چې د روماتيک Pancarditis په نوم يادېږي. د روماتيک کارډايټيس د پاره ځانګړې آفتونه د Aschof nodule څخه عبارت دي چې په مايوکارډيوم کې په ځانګړې ډول دکيڼ بُطين د انډوکارديوم لاندنې برخه کې تر سترګو کېږي.د زخې په شان کوچني کوچنې Vegetation لېدل کېږي چې د زړه د دسامونو له پاسه جوړې شوې وي چې په لړه کچه د دسامونو د عدم کفايي سبب کېږي.که بېړنې پرېکار ډايټيس منځته راغلی وي نو سيرو فبرينوس افيوژن د لېدنې وړ وي. سينوويل پرده د ناروغي په بيړنې ډول، التهابي کېږي او د پوستکی لاندې هم نوډولونه ليدل کېږي.د روماتيزم د تبې له کبله منځ ته راغلي پتالوجيکې بدلونونه په لومړی درجه (۷۵ – ۸۰ سلنه) متړال دسام، په دوهمه درجه (۳۰ سلنه) ابهر او په دريمه درجه نژدې ۵ سلنه په پلمونرې دسام کې ليدل کېږي.(۳).

۷-۱-۷. کلینیکې بڼه : د ناروغي په کلینیکې بڼه کې باید د Jone کریتریا ته پاملرنه و شي . ځکه دا کریتریا تر اوسه پورې د ناروغي په پېژندنه کې غوره ارزښت لري چې په میجر او مینر کریتریا باندې وېشل کېږي. چې میجر کریتریا یې عبارت دي له: کارډایتیس ، پولی ارترایتس، کورې، اریتیما مرجیناټم او د پوستکی لاندې نوډولونه. همدارنګه مینرکریتریا یې عبارت دي له : تبه، د بندونو دردونه، د دې ناروغي پخوانی تاریخچه، د ESR او C- reactive protein لوړوالی، لیکوسایتوسیس، لومړی او یا دوهمه درجه بلاک ځخه. نو د دې ټکو په پام کې نیولو سره د دې ناروغي کلینیکې بڼه په لاندې ډول تشریح کېږي.

الف. مخبروې صفحه : په دې مرحله کې ناروغ دکلینیک د را منځ ته کېدو ځخه ۱- ۴ اونی مخکې د تانسیلایټیس یا د ستونې د درد تاریخچه، پرمختیایي درد ، بې اشتهایي، خسافت، مخرشوالی او په ټیټه درجه د تبې د شتون تاریخچه لري. ب . د اخفاء صفحه : په دې صفحه کې د ناروغ بدن د ستریپتوکوکس انتان په وړاندې انټي باډی جوړ وي چې دا جوړېدنه د ځو ورځو ځخه تر ځو اونیو پورې وخت نېسي. د ناروغي په اصلي کلینیک کې ارترایټیس او تبه د انتان ځخه ۲- ۳ اونی وروسته منځ ته راځي. د زړه پورې تړلی ګیلې د انتان ځخه ۳ – ۲ اونی وروسته را منځ ته کېږي چې د زیاتې پاملرنې جلبونکې وي لکه : د پرېکارډایټس درد یا د زړه ټکان یا د زړه د پاتې والی ګیلې، بطني دردونه او حساسیت، زړه بدوالی، کانګې، تبه او لیکوسایتوسیس چې حاد بطن تمثیلوې، د نا معلوم علت له کبله تبه، محرقې یا انفلو ته ورته تبه، توکسېمیا ، ګونګ بطني او تنفسي ستونزې.

کورې :کېدای شي چې د ناروغي لومړنی نښه وي. مګر ۲ میاشتي یا یو کال وروسته را منځ ته کېږي .د روماتیزم د تبې د را منځ ته کېدو پرته په پټ ډول د زړه د دسامی ناروغیو را منځ ته کېدل او په نادر ډول ځنې وخت د پوستکی نوډولونه یا د پُزی ځخه د وینې راتګ د دې ناروغي لومړنی ګیله جوړ وي.

ګیلې او نښې

۱ . پولی ارترایتیس : په دې حالت کې دردونه، د لیدلو وړ افاتو سره سمون نه لري.د بندونو ګیلې د ناروغ د لومړنیو ګیلو له جملې څخه شمېرل کېږي. په دې ناروغي کې حاده التهابي وتېره ژر د منځه تلونکی یا مهاجرتی وصف لري مګر هېڅکله تقیحې بڼه نه لری چې په لاندې بڼو سره څرګندېږي.

- مونوسیکلیک : په دې بڼه کې تبه یو ځل د ۱۰ تر ۱۵ ورځو پورې دوام کوي او هېڅکله بیا نه را منځ ته کېږي او هر یو بند په التهاب اخته کېږي چې ۴ – ۵ ورځې دوام کوي چې خپله ښه کېږي او هېڅکله بیا په آفت نه اخته کېږي.

-.پولی سیکلیک : په دې حالت کې بندونه بیا ، بیا ښه کېږي او بیا ، بیا په التهاب اخته کېږي چې ارترایتس او تبه د درملنې په وخت ښه او وروسته بیا تازه کېږي.

- دوامداره بڼه : ځنې وخت د اتتان ځنې نښې د دوامداره وخت د پاره پایداره پاتې کېږي. Jacoud's arthritis : د روماتیزم د ځنیو نادرو او ګڼو حادو حملو په پای کې د اختلاط په ډول را منځ ته کېږي چې ځانګړې دي : په دې آفت کې لاسونه اوپښې اخته کېږي چې په لاس کې Ring ګوته متبارز او نورې ګوتې په کمه اندازه النر انحراف ښيی، د درد نشتون، پرې ارټیکولر فبروزیس، افیوژن رامنځ ته کېدل نادر، خو! که چېرې منځته راشي د میتا تارسل په ساحه کې به ټوله شی ، درو‌ماتؤیید د فکتورد پاره ازموینه منفي وي او ESR نارمل وي.

۲. تبه : زیاتره وخت خفیفه وي خو! هېڅکله ثابته بڼه نه لري چې ځنې وخت غیر منظمه، مګر څرګنده وي. د حرارت درجه د ۱۰۱ – ۱۰۳ فارنهایټه وي چې ورځنې بدلون یې د ۱-۳ درجو په شاوخوا کې وي.دوام یې ثابت نه، بلکه متحول وي چې د څو ورځو خفیفو تبو څخه نیولي تر څو اونیو پورې وخیمه تبه دوام کوي.دوامداره خفیفه تبه چې د ناروغي د بابېړی کېدو په وخت کې د بیا ،بیا تازه کېدو سره یو ځای وي. هایپر پایریکسیا چې په نادرو حالتونو کې لیدل کېږي چې کله کله د چټیاتو، جټکه او کوما سره یو ځاي وي.

۳ .کارډایټیس : یوه حاده التهابي عملیه ده چې کولای شي د زړه هره طبقه په ګوښی ډول او یا درې واړه طبقې یو ځای اخته کړي.انډوکارډایټیس چې د والولایټیس په نوم هم یادیږی چې تشخیص او پیژندنه یې د هغه مرمر د شتون په صورت کې وضع کیږي چې مخکې اوریدل شوې نه وي.

- د ناروغي په شروع کې د متړال د پاتې والی له سببه سیستولیک مرمر اوریدل کیږي.
- Carey comb's مرمر چې په حاد ډول د متړال والولایټیس له سببه منځ ته راځی چې میډ ډیاستولیک وصف لري او په اپیکس کې ښه اوریدل کیږي چې دوام یې لنډ مهاله وي

- په حاد ډول د ابهر د دسام د ریګوارجیتیشن د را منځ ته کیدو له سببه قاعده وي وي. ډیاستولیک مرمر اوریدل کیږي او د دې مرمر د څرګندیدو سره زیاتره وخت د متړال د پاتې والی له کبله څرګند شوې مرمر د منځه ځي. همدارنګه د دې ناروغي د حادې حملې څخه څو کاله وروسته د متړال د تنګوالی له امله مرمر منځ ته راځی. د دسامونو د اخته کیدو ترتیب په لاندې ډول دي. په اوله درجه متړال، دوهمه درجه ابهر، دریمه درجه تراې کسپیډ او په څلورمه درجه پلمونرې دسامونه په ناروغي اخته کیږي. همدارنګه په مایوکارډایټیس کې د تکې کاردیا شتون چې د تبې سره سمون نه لري، د زړه د اول اواز د شدت ټیټوالی په اوله درجه وي، AV بلاک باندې دلالت کوي، ډیاستولیک Gallop ریتم یا د زړه د پاتې والی لومړنی کلینیکې بڼې (تکې پنیا او نفس تنګي) را څرګندیدل دي.

- پریکارډایټیس: په ډیرو وخیمو حالتونو کې را منځ ته کیږي چې د پریکارډیل فرکشن Rub د شته والی په بنسټ تشخیصیږی او په دې ناروغي کې د کتلوي پریکارډیل افیوژن پیښې نادر وي.

۴ . Chorea: دا پیښه کله ګوښی او کله د کارډایټیس سره یو ځای وي. د انتان او د کورې تر منځ د اخفاء دوره د ۲ – ۲ میاشتو پورې وي.د کورې د شتون په وخت کې ESR او ASO تیټر نارمل وي.کورې په نجونو کې د هلکانو په پرتله زیات او د عمر له پلوه

زیاتره وخت په ۸ -۱۲ کلنۍ کې پېښېږي. همدارنګه کلینیکې ګیلې زیاتره وخت تر ۳- ۴ میاشتو پورې دوام کوي او بیا په خپله ښه کېږي. مګر کله کله په ذکر شوې وخت باندې دوامداره کېږي. په ناروغ کې د تخر شیت زیاتوالی د کورې خوا ته توجه اړوی، چې زیاتره وخت د مکتب د معلمینو او یا د مور او پلار په واسطه تشخیص کېږي. همدارنګه ځنې وخت غیر ارادي حرکتونه د لیدلو وړ وي چې یو اړخېزه وصف لري.

۵ . پوستکی : په پوستکی کې اریتیما مارجیناتم د ناروغي ډېره غوره نښه بلل کېږي چې د اتنان څخه نژدې درې اونۍ وروسته منځ ته راځي چې ګوتي (Ring) ته ورته بڼه لري چې مرکز یې خاسف او څنډې یې ګلابي رنګه وي تل په تنه او د بندونو د قاتیدو په سطحه (مخ) کې موقیعت نېسي. د شمېر له پلوه محدوده او یا ډېره وي چې د دوام له نظره ډېر ژر له منځه ځي. د پېښېدو له نظره تکراري وصف لري او د یوه په ښه کېدو سره بله را څرګندېږي. اریتیما مولټیفارم ډېر معمول وي. اریتیمانو ډوزوم چې نوډولونو ته ورته اندفاعات دي چې زیاتره وخت په ورنونو کې موقیعت نېسي چې حساس، ګرم او ګڼېزه بڼه لري. په نادر ډول پرپوریک اندفاغات هم را منځ ته کېږي.

۲. د پوستکی لاندې نوډولونه (غوټې) بې درده ، شفاف، بې خارښته وي چې مخروطې یا کُروې شکله وي، فقط د پوستکی لاندې موقیعت لري، د جسامت له نظره ډول ډول چې د سنجاق د سر د اندازې څخه تر ۲ سانتي مترو پورې غټوالی لري چې په ټولېز ډول د څنګلې د بند د خلاصېدو په سطحه ، د لاس شاتنی مخ، پښې، سکپولا او نورو هډوکو د پاسه موقیعت نېسي. همدارنګه رنګا رنګ نښې په مختلفو وختونو (۲ اونۍ– ۲ میاشتې) کې د ناروغي په سیر کې را منځ ته کېږي چې څو اونیو د پاره دوامداره پاتې کېږي. کله کله په دې ناروغي کې روماتیک ټینډینایټیس، ټینوسینووایټیس ، مایوسایټیس هم را منځ ته کېږي. د نوډولونو شتون تل د زړه د ناروغي سره یو ځای وي او د ناروغي په څنډنیتوب دلالت کوي.

۷ .تنفسي سیستم : د پُزې څخه د وينې راتګ د دې ناروغي د غير مشخصو نښو څخه شمېرل کېږي. په دې ناروغي کې د سينه بغل را منځ ته کېدل نادر مګر پېښېدل يې تل د وخيم کارډايټيس سره يو ځای وي، چې د سيني کليشه مختلف کثافتونه ښي چې د انتي بيوټيک سره ځواب نه ورکوي مګر د سټروئيډو سره ځواب يې انی او حيرانونکی وي.

۸ . معدوی او هاضمي سيستم : کېدای شي چې خفيف ګاسترو انټرايټيس د ناروغي د مخبروې ګيلو له ډلې څخه غوره ګيله وي او يا ناروغ تکراري کانګې ولري.

۸-۱-۷. لابراتواري کتنې

وينه : WBC, ESR, CPR د تبې په وخت کې د وينې کلچر په سيرالوژيک کتنو کې ASO او Dnase B تېټرونه بايد معلوم شي .که چېرې دا ازموينې په لومړي ځل منفي وي نو ۱۰ -۱۴ ورځي وروسته دې بيا تکرار شي .

الکتروکارډيوګرام : که چېرې د PR واټن زيات وي نو دا ازموينه دې هره دوه اونۍ وروسته او که بيا هم دوامداره پاتې شي نو په دوه مياشتو کې دې سرته و رسېږي.

د سيني راديوګرافي : که چېرې په ايکو ياپه کلينيکې ډګر کې د کارډايټيس له پاره نښې شتون درلود نو بيا دې ناروغ ته د سيني راډيوګرافي توصيه کېږي.

۹-۱-۷. دوام او انذار: د ناروغي انذار په پرمختللی هيوادونو کې ډېر ښه او خپله ناروغي په نيشت حساب دی. مګر په وروسته پاتې هيوادونو کې اوس هم طبي ستونزې را منځ ته کوي. همدارنګه د روماتيزم د حادې حملی وفيات نژدې ۱-۲ سلنې ته رسېږي. نو په کار ده چې ناروغي ژر تشخيص او په وړ وخت کې يې درملنه وشيء! تر څو ښه انذار ولري.

۱۰-۱-۷. تشخیص : د جون د کریتریا په بنسټ د ناروغي تشخیص هغه وخت وضع کېږي چې دوه لوی یا یو لوی او دوه کوچني کریتریا شتون ولري چې د دې کریتریا د معلومولو د پاره لاندې ازموینې تر سره کېږي.

۱ .د تېر شوې انتان د پاره شواهد : په۸۰ سلنه کې د دې د معلومولو د پاره د Antistreptolysin - O - titer د کچې د معلومولو څخه ګټه اخیستل کېږي.که چېرې د دې تیتر کچه د **۲۵۰** څخه کمه وي نارمل بلل کېږي.که د **۲۵۰ – ۳۲۰** تر منځ وي بارډرلاین او که د دې څخه لوړه وي په ناروغي دلالت کوي.۸۰ سلنه ناروغان د **۲۵۰** څخه لوړ قیمت لري چې په کې بیا د **۲۰** سلنو څخه زیات خلک د **۵۰۰** یونټو څخه هم زیات وي. همدارنګه غوره ازموینه د Antistreptozyme (ASTZ) څخه عبارت ده، چې د پنځه نوعو سریپتوکوکونو له پاره سر ته رسېږي. دا ازموینه د ۱ – ۲ اونۍ وروسته مثبت کېږي چې تر ۳- ۵ اونیو پورې خپل اعظمي حد ته رسېږي او ۸ – ۱۲ اونیو څخه وروسته بېرته نارمل ته را ګرځي.

۲ . د حادې مرحلې غبرګونونه : د روماتیزم د تبې د پاره لاندې ازموینې پرې کوونکې نه دي.

الف . د ESR لوړوالی.

ب .دCRP پروتین مثبتوالی چې د ESR په پرتله د ناروغ په پېژندلوکې غوره والی لري.

ج . په سیروم کې د Haptoglobin د پروتین ډېر زیاتوالی د ناروغي په حاده صفحه کې لیدل کېږي.

۳ . ځنې نورو ازموینو ته اړتیا لیدل کېږي چې په لاندې ډول ور څخه یادونه کېږي.

الف .کم خونې : خفیفه یا په منځنۍ کچه شتون لري چې د درملنې سره سره یو ځای د کم خونې شتون د روماتیک د التهاب په شتون دلالت کوي.

ب . د زړه بریښنایي ګراف

۱ . د انتقالي سیستم ګډوډی لکه : د PR د واټن زیاتوالی او د انتقالي سیستم بندېزونه.

۲ . د مایوکارډایټیس له سببه ځنې بدلونونه.

۳ . د پریکارډایټیس اړوند بدلونونه.

ج . د سیني په رادیوګرافي کې د زړه د غټوالی په کارډایټیس کې لیدل کېږي. څرنګه چې کوری، د دې ناروغي ډېره وروستنی او غلچېکی پېښه ده نو د دې شتون په غیرد تېرشوې انتانې تاریخچې او د نوروکریتریاو د نشته والی په صورت کې د ناروغي تشخیصونکې بلل کېږي. همدارنګه د یو کریتریا شتون یا د بندونو درد یا د تبې شتون د ناروغي په بابېرېتوب دلالت کوي.(۳ ،۲).

۱۱-۱-۷. توپیري تشخیص: دا ناروغي د لاندینیو ناروغیو څخه باید جلا شي .

۱ . د ماشومتوب روماتویید ارترایتیس (Still's disease) : دا ناروغي کېدای شي د ستونې د درد په تعقیب د حاد ارترایتیس په بڼه شروع شي چې د پېژندنې په زړه پورې ټکی یې دا دي چې نوموړی ناروغي د تبې سره شروع کېږي چې تبه الوتونکی، نوبتي او په لوړه درجه وي . د روماتیک تبې په خلاف، کوم چې دوامداره او د شدت له نظره په منځنی کچه وي. په JRA کې لومړی د پوستکی اندفاغات پیدا کېږي ورپسې د بندونو درد چې دوامداره او د بندونو مورفولوژیک بدلون ور سره ملګری وي چې غوره او د ارزښت وړ ټکی یې دا وي چې د RF دردونه د اسپرین سره ژر او فوري ځواب وایي او درد د منځه ځي.

۲ . حاد اوستیومایلیټیس : هېڅکله د دې ناروغي په شروع کې لیکوسایتوسیس شتون نه لري او رادیوګرافیک بدلونونه یې نژدې دوه یا زیاتي اونیو ته اړتیا لري چې را منځ ته شي . همدارنګه د هیموریس د پورتنی سر اوستیومایلیټیس په دواړو اوږو کې د درد د پیداکېدو سبب ګرځي او د ځنګلې اوستیومایلیتیس عیناً د روماتیزم د حاد ارترایتیس

کلینیکي بڼه تمثیلوي چې ماشومان په دې ناروغي باندې ډېر ژر او په حاد ډول په وخیمو ناروغیو اخته کېږي.

۳. Henoch-Schonlein Purpura: کېدای شی چې ناروغي د بندونو د حادو دردونو سره شروع شي. مګر کله کله کېدای شي چې په دې باندې د لاسونو د شاتنی سطحي او د Eye lid د پاسه پړسوب اضافه شي. همدارنګه په دې ناروغي کې د کولمو ګډوډۍ هم لیدل کېږي. خو! د پیژندنې غوره نښه یې دکوناټیو د پاسه او لاندنې اطرافو کې د مکوپپولر اندفاغاتو شتون دي چې ډېر ژر په هیموراژیک بڼه بدلېږي.

۴. حاد پولیو مایلایټیس: د اطرافو حاد درد چې یو یا دوه ورځي د بې حسي او یا د عکسوو د بدلون څخه مخکې منځ ته راځي.

۵. حاده لوکېمیا: د بند شاوخوا التهاب یا په نادر ډول د هیمارتروزیس له سببه د بندونو د حادو دردونو او پړسوب سره باید توپیري تشخیص وشئ.

۶. ستریتوکوکل تانسلایټیس: د اطرافو د دردونو په تعقیب د بندونو دردونه را منځ ته کېږي چې د حرکت سره وخامت یې زیاتېږي او د وړ انتي بیوټیک په واسطه د انتان درملنه ډېر ژر د دردونو د بڼه کېدو سبب کېږي.

۷. حساسیتې غبرګون: د درملود سیروم حساسیت او ځینو خوړو سره د حساسیت را منځ ته کېدل چې د بندونو د شدیدو دردونو سبب کېږي چې عیناً د روماتیزم غوندې مهاجرتې وصف لري مګر امتیازي نښه په کې د Urticaria شتون دی چې د همدې وصف په لرلو سره د روماتیزم څخه بېلېږي.

۸. د کولاجن ناروغي: د کولاجن په ځینو ناروغیو کې لکه: پولۍ ارترایټس نوډوزا، لوپیس اریتیماتوزیس او ډرماتومایوسایټیس په شروع کې پولۍ ارترایټیس لیدل کېږي چې خفیفه بڼه لري او نورې مشخصې نښې د ناروغي ور سره شتون لري چې د ناروغ په لټولو سره تشخیصېږي. (۲، ۹).

۱۲-۱-۷.**معالجوي درملنه** : ناروغ ته باید لاندې پروګرامونه تطبیق شي .

الف . د ناروغ استراحت او ساتنه : ناروغ ته استراحت باید توصیه شي چې دوام یې مختلف او د ناروغي د وخامت پورې اړه لري.که پولی ارترایتیس پرته دکارډایټیس څخه شتون ولري نو د زیات وخت د پاره استراحت ته اړتیا نه لیدل کیږي.

مګر په ولولایټیس او مایوکارډایټیس کې د دمې دوام د لاندې شیانو پورې اړه لري.

۱ .کله چې دمرمر MM شدت کې کموالی را شي یا شدت او اوصاف یې ثابته بڼه غوره کړي.

۲ . کله چې د زړه اوازونه منظم او صحیح شي .

۳ . کله چې د نبض ګڼه د خوب په وخت کې په دقیقه کې د ۱۰۰ څخه زیات نه وي.

۴ .کله چې هیماتوکریت نارمل یا د نارمل څخه لوړه وي او CRP یې منفي وي.

۵ . کله چې ناروغ وزن واخلي. په دې ناروغي کې د نقاهت دوره ۲ میاشتې یا زیات وي. ناروغ ته استراحت په لاندې ډول توصیه کیږي.

۱ . کله چې په ناروغ کې کارډایټیس منځته نه وي راغلي نو ناروغ ته دوه اونۍ د بستر استراحت او بیا دوه اونۍ استراحت د تدریجي حرکاتو سره یو ځای توصیه کیږي.

۲ .کله چې په ناروغ کې پرته د کارډیومیګالۍ څخه کارډایټیس شتون ولري نو ناروغ ته څلور اونۍ د بستر استراحت او بیا څلور اونۍ په تدریجي ډول د حرکاتو سره یو ځاي استراحت توصیه کیږي.

۳ .کله چې په ناروغ کې کارډایټیس او کارډیومیګالي دواړه یو ځای شتون ولري نو ناروغ ته شپږ اونۍ د بستر استراحت او شپږ اونۍ په تدریجي ډول د حرکاتو سره یو ځای استراحت تو صیه کیږي.

۴ .که چېرې د احتقانې عدم کفايې سره يو ځاې کارډايتيس شتون درلود ، نو بيا ناروغ ته تر هغه وخت پورې د بستر استراحت توصيه کېږي چې پورتنی پنځه کريتريا ترلاسه شي او بيا ناروغ ته درې مياشتي په تدريجي ډول د حرکت کولو اجازه ورکول کېږي.

ب . غذايي رژيم : د دې ځخه غوره موخه دا ده چې ناروغ بايد ښه تغذيه شي د مايعاتو ورکړه هغه وخت اړينه ده چې تبه په منځنۍ او يا لوړه کچه شتون ولري. همدارنګه ناروغ ته ويټامينونه هم بايد ورکړ شي .

ج . درمل : حاد اګزووداتيف تظاهرات بايد قابو کړاى شئ! چې د دې موخې د پاره د لاندې درملو ځخه ګټه اخيستل کېږي.

۱ . د بکتريا ضد درمل : د دې موخې د پاره بينزاتين پنسيلين ۱۲ لکه يونټه د غوښې د لارې زرق کېږي. بيا وروسته د پنسيلين وي (۵۰۰) ملي ګرامو ته سهار او بېګا د لسو ورځو د پاره دوام ورکول کېږي . د پنسيلين سره حساس خلکو ته اريترومايسين ۴۰ – ۵۰ ملي ګرامه في کېلوګرام وزن د بدن د لسو ورځو د پاره توصيه کېږي.

۲ . د التهاب ضد درمل

- ساليسيليټ : د دې موخې د تر لاسه کولو د پاره د اسپرين ځخه کار اخيستل کېږي چې په لاندې ډول توصيه کېږي. ۱۰۰ ملي ګرامه في کېلو وزن د بدن په۳ - ۴ وېشل شوې وختونو کې د شيدو سره يو ځاى او يا د ډوډۍ د خوړلو ځخه سملاسې وروسته کارول کېږي چې دې مقدار ته د دوو اونيو د پاره دوام ورکول کېږي او بيا ۷۵ ملي ګرامو په کېلوګرام وزن د بدن ته کښته کېږي او د ۴ – ۲ اونيو پورې دوام ورکول کېږي چې داکارونه د ناروغي ټولو ښو ته يو شان دي. د اسپرين تسممې ستونزې عبارت دي له : کانګو ، ټيناټيس ځخه. که چېرې نومړۍ ستونزې را منځ ته شو ، درمل بايد قطع شئ! چې يو يا دوه ورځي وروسته په کم مقدار بايد بيا شروع شي .

– ستېروئيډ : کله چې د کارډايټيس لومړنی نښه را څرګنده شوه بايد ستېروئيد ناروغ ته توصيه شي چې د ناروغي د فعاليت د کمېدو او په عينی وخت کې د ډيجيټال او ډيوريټيک د کار د اصلاح سبب ګرځي. مګر يوه نيمګړتيا لری چې ځنې وخت د دې بندول يا د کچې کموالی د ريباونډ پېښې سبب ګرځی. مستعمله کچه يې د ورځې ۲ ملي ګرامه في کېلو ګرام وزن د بدن په وېشل شوې کچو ناروغ ته توصيه کېږي چې دوه اونۍ وروسته يې کچه په تدريجي ډول د دوو اونيو د پاره کمېږی او بيا وروسته درول کېږي.

د ستېروئيډو د قطع کولو څخه دوه اونۍ وروسته اسپرين بايد شروع شئ! او د څلورو اونيو د پاره دوام ورکړ شئ! تر څو د ستېروئيډو د قطع کولو څخه وروسته د رېباؤنډ پېښې د را پېښېدو څخه مخنيوي وشي.

عرضي درملنه

۱. موضعي درملنه :کريډل او ليفټ (ناروغ بايد په داسی يو چپرکټ کې استراحت وکړي چې د زانګو غوندې اوچتې څنډې ولري او د ناروغ دردمند بند د ټوکر د ټوټو په واسطه د هغې سره تثبيت وساتل شي) وکارول شئ تر څو د ناروغ بندونه د ضررڅخه په امن کې پاتې شي. همدارنګه د تودوخې په واسطه ټکور ورکول او د ميتايل سلسيليټ کارونه هم ډېره ګټه رسوي.

۲. د زړه عدم کفايه : د زړه په عدم کفايه کې ډيجيټال ۰،۰۳ – ۰،۰۵ في کېلوګرام وزن د بدن په ټُولېز ډول ټاکل کېږي چې د دې څخه ۱\۲ برخه يې په شروع کې د خولې د لارې او ۸ ساعته وروسته ۱\۴ برخه او بيا ۸ ساعته وروسته پاتې ۱\۴ برخه ناروغ ته ورکول کېږي. که چېرې زرقي ضرورت وي بيا نو د ټُولېزې کچې ۳\۴ برخه ټاکل کېږي او په همدغه طريقه ورکول کېږي. همدارنګه دوامداره کارونه يې د ټُولېز څخه ۱\۴ يا ۱\۵ برخه هره ورځ توصيه کېږي. فروس امائيډ ۲ ملي ګرامه في کېلوګرام وزن د بدن روزانه د پوتا شيم ، کلورايد او اکسجن سره يو ځای توصيه کېږي.

درد او نارامی : د ټوخی او درد د پاره کوډين کارول کېږي.

انيميا: د دې د درملنې او مخنيوي په خاطر د اوسپنې مستحضرات په کار وړل کېږي.

۵ . د نقاهت دوره : تر څو چې د ناروغي فزيکي او لابراتواري شواهد د منځه تللي نه وي هېڅکله ناروغ ته د فزيکي فعاليت اجازه نه ورکول کېږي چې د اسپرېنو د قطع کولو څخه وروسته نژدې دوه اونۍ وخت نېسي. خو کله چې د فعاليت اجازه ورکړ شوه ، درانده کارونه هم کولای شي. خو که منځنمۍ کچه فعاليت وکړي غوره عمل بلل کېږي او په تدريجي ډول ځان درانده کارونو ته آماده کړي.(۳ ، ۲ ، ۹ ، ۱۰).

۱۳-۱-۷. **وقايوي درملنه** : د ناروغي د مخنيوي د پاره بايد لاندې کړنې تر سره شئ!

۱ . سملاسي هر مشکوک کس چې د ستوني درد ولري يا ستريپتو کوکل ته مشکوک وي د پنسيلين په واسطه بايد تداوي شي او که ناروغ د پنسيلين سره حساس وي نو ارترومايسين په واسطه د لسو ورځو د پاره تداوي شي .

۲ . د چاپېريال بدلون او د غذا اصلاح کول غوره کار بلل کېږي.

۳ . د خولي د لارې د مايکروب ضد درملو په واسطه د ناروغي مخنيوي : د ورځې دوه ځله د ۲۰۰۰۰۰ يونټه پنسيلين يا بينزاتين پنسيلين **۱۲** لکه يونټه د عضلي د لارې هره دريمه اونۍ. که ناروغ د پنسيلين سره حساسيت ولري نو ناروغ ته بايد اريترومايسين **۴۰۰** ملي ګرامه د ورځې په وېشلی ډول د عمر تر **۲۵** کلنۍ پورې ورکول کېږي يا د ناروغي د وروستنی يرغل څخه وروسته تر پنځو کلنو پورې درمل توصيه کېږي.که د ناروغ عمر يې ډېر زيات وي او کارډايټيس ولري نو غوره دا ده چې د ټول عمرد پاره وقايوي درمل وکاروي(۳ ، ۷).

روماتيک کورې (Sydenham’s chorea) چې د St.vitus’ dance په نوم هم يادېږي. چې په لاندې ډول کلينيکي بڼه لري.

عمر : زياتره پېښې يې په لس کلنۍ کې عموميت لري. مګر په ګوښی ډول هم را منځ ته کېدای شی.

.جنس : د هلکانو په پرتله په نجونو کې دوه برابره زيات پېښېږي. همدارنګه درې لينګه يې عبارت دي له : بې بنسټه احساسات، د عضلاتو د مقويت کموالی او نيمګړي قصدي حرکات. د را منځ ته کېدلو څرنګوالی يې تدريجي بڼه لري چې د انتان د حاد يرغل څخه ۲ مياشتې يا يو کال وروسته منځ ته راځي. ځنې وخت کېدای شي چې

کورېد ناروغي لومړنی نښه وي. په دې ناروغي کې ماشوم عصبي وي او هر شی د لاسه غور ځوي. د خبرو ترتیب یې خراب وي او د لاسونو او پښو غیر ارادي حرکات لري. دا ناروغي خپله قابو کېدونی ناروغي ده چې دوام یې نژدې درې میاشتې وي او درې میاشتې وروسته خپله ښه کېږي او بیا بیا رامنځ ته کېدونی خاصیت لري چې په تکراري حملو سره چې کلینیکې بڼه یې وخیمه مګر دوام یې تر لومړنی بڼې لنډ مهاله وي.

همدارنګه روماتیک کورې مختلف ډولونه لري چې په لاندې ډول ورڅخه یادونه کوو.

۱ . هیمي کورې : په دې حالت کې غیر ارادي حرکات د بدن یو اړخ پورې تړلی پاتې کېږي.

۲ . ګوزڼ وهلی کورې : د Limp یا د Mollis کورې په نوم هم یادېږي. چې په دې حالت کې د عضلاتو بشپړ سستوالی او د مقویت نه شتون لیدل کېږي چې دکورې د نورو اعراضو او نښو په تعقیب را منځ ته کېږي او یا په نادرو حالتونو کې د ناروغي لومړنی ستونزه وي.

۳ . د حمل (Gravidarm) کورې : دا ډول کورې نادر مګر وخیمه پېښه ده چې د حمل په اولو میاشتو کې منځ ته راځي چې په راتلونکو بلاربښتونو کې وخامت یې کمېږي.

درملنه : ناروغ په لاندې ډول تداوي کېږي.

۱ . عمومي اهتمامات : په ډېرو ناروغانو کې استراحت استطباب لري.که چېرې وخیمه بڼه ولري ناروغ باید تغییر مکان هم وکړيځ او د اړتیا په صورت کې دې باید په روغتون کې بستر شيځ کله چې ناروغان د خوراک قدرت ونه لري نو د هغوي د مایعاتو اعاده او خوړو ته باید خاصه پاملرنه و شي .

۲ . خوب راوړونکې درمل : د دې موخې د ترلاسه کولو د پاره د فینوباربیټون د ورځې **۵** ملي ګرامه پر وزن د بدن توصیه کېږي. ځای ناستی درمل یې کلوروپرومازین د ورځې **۲-۳** ملي ګرامه یا هالوپرېډول ۲ ، ۰ ملي ګرامه پر وزن د بدن توصیه کېږي.

۳. د انتان درملنه : انتان د پنسیلین په واسطه د لسو ورځو د پاره تداوي کېږي چې وروسته په وقایوي درمل بدلیږي.

۴.د التهاب ضد (تحدیدونکې) درمل : د دې موخې د پاره سالیسیلیټ او یا سټروئیډ تاکل کېږي.

۵ . د روماتیک د وقایي له پاره پنسیلین ناروغ ته توصیه کېږي.

۲-۷.د متړال دسام تنګوالی

۱-۲-۷. لاملونه : د دې ناروغي لاملونه په لاندې ډول دي. ۱ . د روماتيزم تبه : دا ناروغي په روماتيزم کې د انډوکارډايټيس، د کورډا د فيوز کېدو او د Leafletد ضخيم کېدو يا د کميزرونو د فيوز کېدو له امله منځ ته راځی چې دسام قيف ته ورته سؤې شکل غوره کوي او د متړال د دسام د تنګوالی لامل ګرځي. چې ددې ناروغانو په تاريخچه کې هر دريم کس د روماتيزم تاريخچه بيانوي او په خالص ډول سره نژدې ۴۰ سلنه د ټولو هغو پېښو جوړوي چې د روماتيزم فعال کلينيک ولري او يا تاريخچه ولري.

۲ . ولادي لاملونه چې د پاراشوت دسام (Fused Commissure) دسام په نوم هم يادېږی. همدارنګه په دې حالت کې د کور ډا فيوز کېدل او Papillary malpositin هم ليدل کېږي.(۱۱).

۳ . دASD سره يوځای د تنګ متړال شتونوالی چې د Lutembacher سندروم په نوم يادېږي.

۴ . د Hurler سندروم چې د ګارګوليزم په نوم هم يادېږی.

۵ . انډو مايوکارډيل فبروزيس او اتتانې انډوکارډايټيس چې د غټې زخي سره يو ځای وي.

۷ .ددسام دقسمی بندښت له کبله وظيفوي تنګوالی، چې په لاندې ناروغيو کې ليدل کېږي.

- د کيڼ اټريوم د تومور له سببه لکه : مايکسوما .

- د کيڼ اټريوم Ball valve ترومبس .(۳، ۹، ۱۰)

- په روماتوييد ارترايتيس او سيستميک لوپس اريتماتوسيس کې د دسامونو د تکُلس له کبله MS را منځ ته کېږي.

۲-۲-۷. پتالوژی : د پتالوژی له پلوه لاندې بدلونونه ليدل کېږي.

۱.د دسام د لیف لیټونو ، کورداګانو د فبروتیک انساجو او دکلسیم د ترسباتو له کبله سختیدل ، ضخیم کېدل او خپلو منځوکې سره نښتل وي.

۳.کینې اټریوم پراخه او غټېږي.د انډیوکارډیوم مخېزه سطحه پنډېږي خصوصاً د شاتنی لیف لیټ د پاسه او هم کېدای شي چې مورال   ترومبوزونه شتون ولري چې د سیستمیک ترومبوزیس او امبولي د پاره سرچېینه جوړه کړي.د ځنډنی احتقان له سببه سږی سختېږې او هم وزن یې زیاتېږي. په دوامدار حالت کې د ښی اټریوم او بُطین غټېدنه او پراخېدنه هم لیدل کېږي.

۳-۲-۷.کلینیکې بڼه :د ناروغي کلینیکی بڼه په لاندې ډول دی.

ګیلې.

۱ . د ناروغي په ا ولو وختونو کې ناروغ کومه خاصه ګیله نه لري ځکه چې دا ناروغي تر هغه وخت پورې کومه ستونزه نه رامنځ ته کوي تر څو چې د دسام قطر ۱،۵ سانتي متره مربع ته ونه رسېږي چې دغه د اخفا دوره په تودو سیمو کې اوږده او وروسته پاتې هېوادونو کې د اخفا دوره لنډه او نژدې دوه کاله وخت نېسي او پوره کلینیک او معیوبیت یې د ژوند په څلورمه لسېزه کې منځته راځي. همدارنګه څېړنې جوتې کړې چې د والووتومې د عملیې او رواجولو څخه مخکې د دې ناروغانو د ژوند توقع د کلینیک د ښکاره کېدلو او معلولیت څخه وروسته ۲ – ۵ کاله وه. هغه اخته ناروغان چې د مټرال دسام پراخوالی یې زیاته مګر فقط د کینې دهلېز فشار یې لږ لوړه وي نو په دې ناروغانو کې نفس تنګي او ټوخی لیدل کېږي چې د زړه د فعالیت په زیاتوالی سره لکه : شاقه کار کول، د وینې د حجم زیاتوالی، د کاربن مونواکساید تسمم، هیجانات، تبه، اټریل فبریلیشن، تکې کارډیا ، جنسی مقاربت، بلاربښت او تایروتاکسیکوسیس. همدارنګه نفس تنګي په ډېره لږه اندازه د سټرس په واسطه تشدیدېږي. د وخت په تېرېدلو سره اورتوپنیا او دوامداره اټریل فبریلیشن منځته راځي. همدارنګه د سر بارې اتتانې انډوکارډایټس د را منځ ته کېدو په وخت کې ، د حمل اخیستلو

په وخت کې او یا د ورځنیزو فزیکي کتنو په مهال په تصادفي ډول تشخیصېږي. ځکه چې په دې وخت کې تشدیدیږي، چې پوره څرنګوالی یې په لاندې ډول منځته راځي. (۱).

۲ . تنفسي ګیلې

- نفس تنګي : دا ستونزه د سږو د فشار د زیاتوالی له کبله منځ ته راځي.ځکه چې په دې حالت کې د سږو شریانی فشار زیاتېږي او هم د تمرین زغم کمېږي. چې د نفس تنګي په بڼه څرګندېږي.

چې په لاندې څلورو درجو سره را منځ ته کېږي.

۱ . لومړی درجه : په دې حالت کې نفس تنګي شتون نه لري.

۲ . دوهمه درجه : په شدیدو تمریناتونو کې نفس تنګي رامنځ ته کېږي.

۳ . دریمه درجه : په کمو او خفیفو تمرینونوکې نفس تنګي پیدا کېږي.

۴ . څلورمه درجه : په دې حالت کې د استراحت سره هم نفس تنګي شتون لري.

د سږو د فشار زیاتوالی په لاندې میخانیکیتونو سره را ولاړېږي.

۱ . د کینې بُطین د فشار د زیاتوالی له سببه Backward متوسع کېږي.

۲ . د کپیلرونو عکسوي کانستېرکشن منځ ته راځي.

۳ . د امبولي په واسطه د سږو وعایي بندښت را منځ ته کېږي.

۴ . د احتقاني عدم کفایې له سببه هایپوکسیک وازوکانسترکشن شتون لري.

– پلمونري اذیما : چې د لاندې حالتونو په واسطه را منځ ته کېږي او یا یې په وخامت کې زیاتوالی منځ ته راځي لکه: شدید تمرین، امیدواري، اُذیني فبریلیشن، تنفسي انتانات او کله کله د بېهوښي کارونه .

- هیمپتیسیس : کېدای شي لومړنی ګیله وي او یا د ناروغي په آخرو وختونو کې را منځ ته شي .چې پلمونرې وریدې هایپرتینشن په خپل نوبت سره د پلمونرې برانکیل وریدې اتصال د شلېدلو لامل ګرځی، چې دغه شلېدل د هیمپتیسیس لامل ګرځی.دا پېښه زیاتره وخت په هغه خلکو کې لیدل کېږي چې د ښی دهلېز هایپرتینشن ولري او د هغه سره یو ځای وعایې مقاومت یي کم وي، چې په ډېرو نادرو پېښو کې د وژني لامل هم جوړېږي.

- د زړه ټکان :کېدای شی منظم او یا غیرمنظم ریتم ولري.

- د آنجینا دردونه : د متړال د دسام ثابت او غیرمتحرک تنګوالی چې د پلمونرې شریان د پراخوالی، د سږو وعایي بندېزونه چې د ښی بُطین اسکمیا ورسره یو ځای وي، سبب کېږي.همدارنګه دکینې بُطین اسکیمیا د زړه د دهانې د کموالی او د اکلیلي شریانونو د امبولي څخه منځ ته راځی.

- Fatigue : دا پېښه د قلبي دهانې د کموالی له سببه منځ ته راځی.

- امبولیزم : دا پېښه کېدای شی سیستمیک یا پلمونرې وي، چې په اټریل فبریلیشن کې نژدې ۱۰- ۲۰ سلنه پیښه جوړوي. عموما د قلبي دهانې د کمښت له کبله منځ ته راځی او که د مرکزي علت له کبله منځ ته راغلی وي نو علت به یې د سږو احتقان وي، چې په دې ناروغي کې د معلولیت او معیوبیت غوره لامل بلل کېږي.

۵ .د پراخه شوې کینې اُذین فشارې ګیلې:

الف . د اواز خف کېدل : پرمختیایي وصف لری چې د اواز په بندېدو باندې تمامېږی. علت یې د چپ طرف د ریکرنټ لارېنجیل عصب تر فشار لاندې راتلل دي چې د Ortner’syndrom په نوم یادېږي.

ب . ډیسفاژیا : په مری باندې د فشار د راتلو له سببه را منځ ته کېږي.

ج . د سږو کولپس : ډېره نادره پیښه ده چې د کینې اُذین د غټوالی د فشار له کبله د کینو قصبو د غوره څانګو د بندېدو له سببه منځ ته راځي.

- بکتریایي انډوکارډایټس: دا پېښه نادره پېښه ده خو! د خالص متېرال تنګوالی سره یو ځای وي.

– په کیڼ اُذین کې د کتلوي ترمبس شتون والی : زیاتره وخت د اُذینی فبریلیشن سره یو ځای وي چې د نابېره مړنی سبب کېږي. (۳).

د ناروغ فزیکي معاینه

-. تفتیش

۱. متېرال مخ : د ناروغ په اننګو باندې د سیانوتیک رنګونو را پرېوتل چې د زړه د دهانې دکمښت له سببه منځ ته راځي او د دسام په وخیمې تنګوالی دلالت کوی.

۲. د پلمونرې هایپرتنشن د را منځ ته کېدو په صورت کې د غاړې په څپو کې د a د غټې څپې شتون مثبت وی.د وینې سیستیمیک فشار دودیز یا د دودیز څخه په ډېره کمه اندازه، کم وي.

–.جس : په جس سره لاندې موندنې تر لاسه کېږي.

۱ . اپیکس امپلس نارمل یا لنډ Tapping وی چې د متېرال د لومړنی اواز سره یو ځای وي. چې د Closing snap سره په یو لنډ واټن د جس وړ وي .

۲ . د ښی بُطین د غټوالی له سببه د پاراسټرنال په چپ طرف کې د Heaving شتون مثبت وي.

۳ . په دوهمه بین الضلعي مسافه کې p2 د جس وړ وي.

۴.په اپیکس کې پرې سیستولیک او مېډ ډیاستولیک Thrilجس کېږي.

-آصغاء : د زړه په اصغاء کې لاندې شیان اورېدل کېږي.

۱ . د زړه لومړی اواز لوړ اوربدل کېږي .چې د دې په منځ ته راتګ کې دوه فکتورونه مسؤل ګڼل کېږي.

الف.دچپ اُذین دفشارزیاتوالی باعث کېږي چې دسام دڼیاستهول ترآخره پورې خلاص پاتې شي

ب . د متړال دسام د لیف لیټ د فبروتیک بدلون له سببه، کله چې بُطین تقبض کوی په نابېره ډول د اواز د لوړوالی لامل ګرځی.که چېرې دسام په زیاته کچه کلسیفائېډ شوې وي بیا لومړی اواز بدلون نه کوي.

۱ . د ګونګ او بې مفهومه (Muffled) کېدلو لاملونه

الف . د دسام کتلوي تکلُس .

ب . کله چې د متړال عدم کفایه (MR) یا د ابهر شدیده عدم کفایه (AR) شتون ولري.

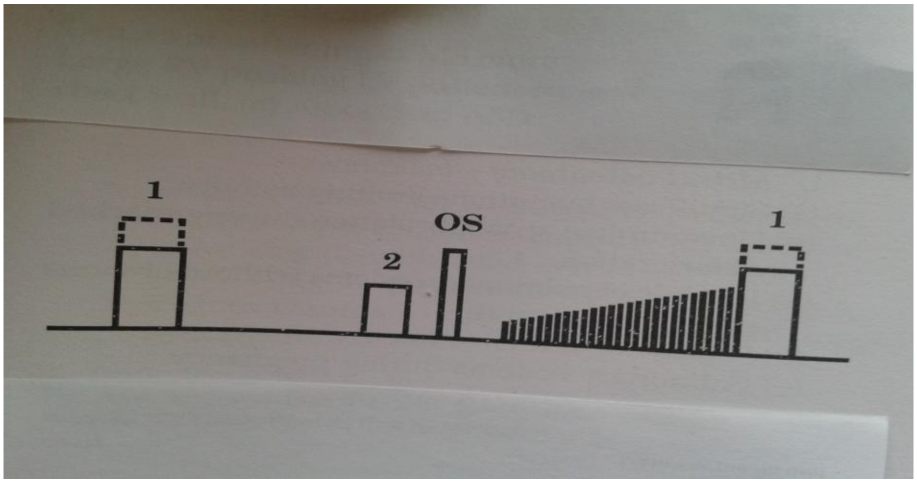
ج . د پې آر PR تر منځ د واټن په زیاتوالی (په فعال روماتیک کارډایټیس یاد ډیجیټال دکارونې د کچې په زیاتوالی) کې لیدل کېږي.

د . د ښی بُطین کتلوي غټوالی چې اپیکس یې احاطه کړي وي.

ه . حاده قلبي حمله

و . د چپ اُذین عدم کفایه.

۲. پرې سیستولیک مرمر : کله کله په نسبې ډول د ناروغي د لومړنیو ښنو څخه شمېرل کېږي. چې د لاندې پېښو په رامنځ ته کېدلو سره د منځه ځي.د اُذینې فبریلیشن رامنځ ته کېدل، یا د چپ بُطین عدم کفایه، یا په چپ اُذین کې د غټ ترومبس شتون. د دې مرمر څرنګوالی په لاندې ډول دی.موقیعت یې موضعې وي چې په اپیکس کې وي، د تمرین څخه وروسته د اکسپایریشن په صفحه کې چې ناروغ په کیڼ اړخ پروت وي ښه اورېدل کېږي. (۳).



۵-۲ د متړال په تنګوالی کې میډ او ناوخته ډیاستولیک(پری سیستولیک) مرمر.(۱۱).

د متړال د دسام د مرمر د نرموالی لاملونه

الف. کله چې متړال تنګوالی خفیفه بڼه ولري.

ب. کله چې د ښی بُطین د غټوالی له امله چپ بُطین د قدام څخه د سیني شاتنۍ دیوال خوا ته ټېله شوې وي.

ج. کله چې Atrial Septal Defect سره یو ځای وي.

۳. متړل او پنینګ سنپ : د کینې اُذین د فشار د زیاتوالی له کبله کله چې ناروغ دسام په شدت سره خلاصېږی نو په دې وخت کې ناڅا په لوړ او مات اواز اورېدل کېږي چې د سنپ په نوم یادېږی چې د دوهم اواز څخه سملاسي وروسته په اپیکس کې اورېدل کېږي. د دوهم اواز او د سنپ تر منځ د واټن لنډوالی د تنګوالی په کلکوالی دلالت کوی.

د سنپ د نه شتون لاملونه: کله چې تنګوالی خفیف وي یا نوی شروع شوې وي. د مخکنې ډیاستولي اورېدېدنه چې د چپ اُذین د فشار د زیاتوالی سبب ګرځی، د AR سره یو ځای والی، د دسام پرمختللی تکلُس یا فبروزیس ، د منځنی کچې MR سره یو ځای والی، د Flow ډېر کموالی چې د لاندې ناروغیو په سیر کې را منځ ته کېږي لکه: د دسام وخیم تنګوالی، ثانوې پلمونرې هایپرتینشن، ور سره یو ځای د ابهر یا د پلمونرې دسام ناروغي یا

مایوکارډیل انفرکشن، د چپ بُطین دکورډاتیندانې او پپیلرې یو ځای فیوز کېدل او د ښی بُطین غټوالی چې د چپ بُطین شاء طرف ته د بې ځایه کېدو لامل وګرځي.

۴ . اپیکل میډ ډیاستولیک مرمر : د اوپنینګ سنپ څخه وروسته را منځ ته کېږي چې د تنګوالی وخامت د مرمر د اوږدوالی سبب ګرځي. که چېرې د ډیاستول په ټوله صفحه کې په دسام کې ټربولینټ تېرېدنه شتون ولري او د چپ بُطین د وخیمې ډکېدنې باعث شی نو په دې وخت کې اپیکل میډ ډیاستولیک مرمر د پرې سیستولیک مرمر سره یو ځای کېږي او دواړه ګډ اورېدل کېږي.

۵ . یرلې (وختي) ډیاستولیک مرمر : دا مرمر د پلمونرې په ساحه کې اورېدل کېږي چې علت یې Pulmonary Reguargitation دی، کوم چې د پلمونرې شریان د ګرېدلو څخه را منځ ته کېږي، چې د سږو د هایپرتینشن له کبله را منځ ته شوې وي.د متړال د دسام د تنګوالی د وخامت درجې: د وخامت درجې د اعراضو، علایمو او د ډوپلر اندازه ګیرې په واسطه تعینېږي.

۱ . ګیلې : په نارمل ډول د دسام مساحت ۴- ۲ سانتي متره مربع دي.هغه وخت د ناروغي ګیلې شروع کېږي چې دغه مساحت ۱،۵ سانتي متره مربع ته ورسېږی او هغه وخت وخامت یې زیاتېږي چې مساحت یې د ۱،۵ سانتي متره مربع څخه کم شي .

۲ . نښې او علامې : د ناروغي کلینیکي نښې عبارت دي له : د A2OS بین البینې واټن لنډ وي، ښکاره او ځلېدلي د RV ، Heaving شتون لري، په اپیکل کې د اول اواز اورېدل په دې شرط چې د دسام تکلُس یا انکلوسېډ ور سره شتون ونه لري، د لوړP2 شتون، د اوږد مها له ډیاستولیک مرمر شتون، د پلمونرې ریګوارجیتیشن له سببه د ګراهام ستیل مرمر شتون، او د نبض د حجم کموالی.کله چې د MS سره د ښی بطین عدم کفایه شتون ولري نو په ناروغ کې به لاندې کلینیکی بڼه شتون ولري هیپاتومیګالی، د ښنګری پړسوب ، په بطن کې اسایټیس، پلورل افیوژن په ځانګړې ډول په ښی پلورا کې.

۳ . ډوپلر اندازه ګېرې :کله چې د دسام څخه فلو تېرېږي هغه وخت وخيم حالت ته فکرکېږي چې د دسام د سورې مساحت د يوه سانتي متره مربع څخه کم شوې وي.

۴-۲-۷.د زړه بريښنايي ګراف : په دې حالت کې لاندې بدلونونه د لېدلو وړ وي.

الف . اول او دوهم ليډ کې د ښکاره ، پراخه او جغنډه (Notch) لرونکې p موجي شتون M- shaped چې په V1 کې د منفي پې P – mitral سره يو ځای وي، چې د کيڼ اټريوم په لويوالی دلالت کوی. په دې حالت کې QRS دوديز وي.

ب . د ښی بُطين متبارزوالی يا برجسته والی، چې د Right – axis deviation لامل ګرځی.

۵-۲-۷.د سيني راديوګرافي : د سيني په راديوګرافي کې لاندې بدلونونه ليدل کېږي.

الف . د زړه خيال : معمولاً په دې ناروغي کې زړه نه غټېږی.د چپ اُذين غټوالی د لاندې بدلونونو سبب ګرځی (د ښی زړه څنډه ډبله معلومېږی، د چپو قصباتو په منځنی غوره برخو کې لوړوالی معلومېږي، د کرانيل زاويه را وتلې معلومېږی ، د باريوم په کتنه کې مری شاته تېله شوې معلومېږی، د سږو د فشار د زياتوالی په صورت کې د پلمونرې شريانونو د منځنی او غوره برخو اوږدېدل او غټېدل څرګندېږي، په دسام کې تکلُس يا په چپ ډيوال کې ترومبوس ښکاري او د چپ اُذين د اپنديج غټوالی چې د موضعې راوتلو په واسطه د زړه د چپ اړخی څنډې د سېدۀ والې سبب ګرځي .

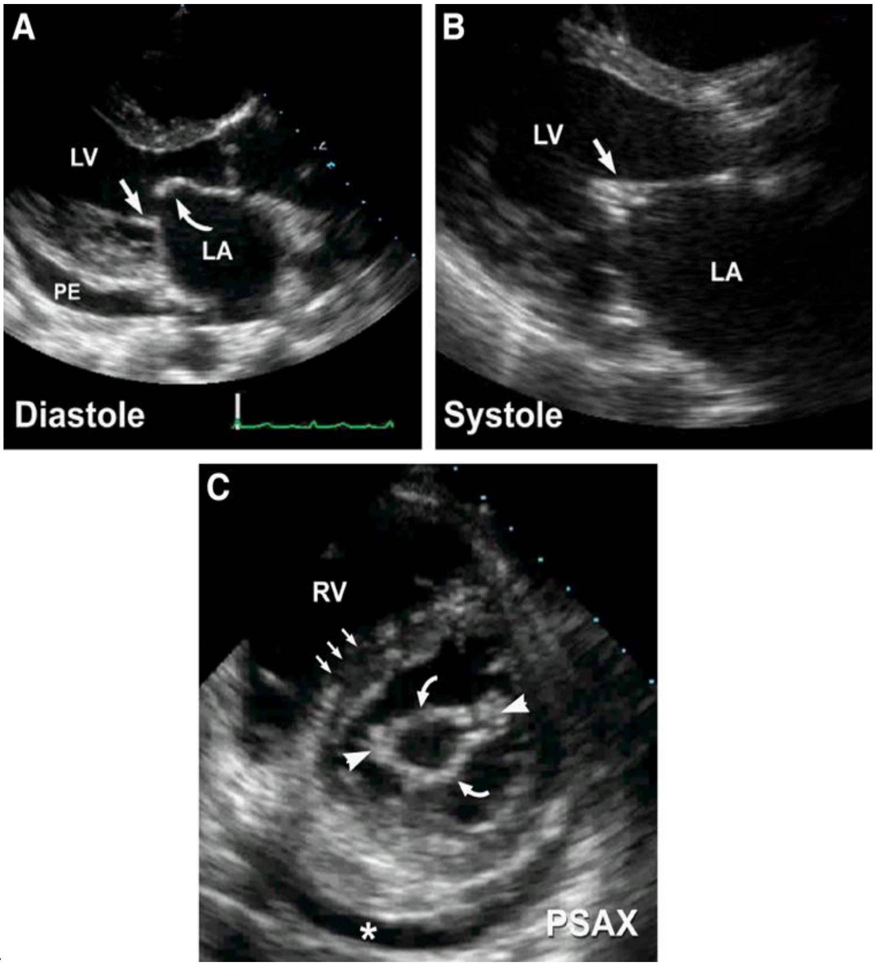
ب . د سږو خيال : د چپ اُذين د فشار د زياتوالی له سببه په سږو کې لاندې بدلونونه ليدل کېږي.د سږو په پورتنی لوبونو کې د وريدونو توسع منځ ته راځي.

- د جدارې پلورل افيوژن او انټرستيشيل اذيما سره يو ځای د انټر لوبولر سيپټوم اذيما Kerley B Line هم د ليدلو وړ وي.

–د اسناخو اذيما ،ټُروې هوايي پوکانی او مايع.

- د پورتنی لوب د وریدونو د برجسته والی له امله د زړه د قاعدې له پلوه څانګېزه کثافت لیدل کېږي چې علت یې د چپ اُذین د ډیاستهول د آخري برخې زیاتوالی وي چې د Moustache or Antler sign په نوم یادېږي. د سږو د فشار زیاتوالی د سږو د احتقان سبب ګرځي چې دا حالت دومره د ارزښت وړ نه بلل کېږي. مګر د سږو د شریانو په غټوالی منتج کېږي چې دوام یې په سږو کې د هیموسمیدروزیس له کبله ګډن ته ورته ټکو (کثافت) په بڼه څرګندېږي.

۶-۲-۷.ایکوکاردیوګرافي : د زړه په دې کتنه کې لاندې بدلونونه تر سترګو کېږي. د دسام د قدامې کسپ د تړل کېدلو کموالی (Reduced EF Slope)،د فیوز شوې قدامې لیف لیټ :



۷ – ۳ شکل

په پورتنی شکل کې د سیستهول او ډیاستهول په صفحه کې د دسام تنګوالی لیدل کېږي.(۹).

او کورډا خواته د شاتنی لیف لیټ کشېدل او تکلُسي او فبروتیک دسام ګڼ شمېره غبرګونونه تولیدوي چې د بې ارزښته ډیاستهولیک حرکاتو سره یو ځای وي.

۷-۲-۷.توپیري پېژندنه: دا ناروغي باید دلاندې ناروغیو څخه جلا شي .

۱.د ابهر عدم کفایه : په دغه حالت کې د Austin Flint مرمراورېدل کېږي چې یو ډیاستهولیک مرمر دی چې د مټرال دسام وظیفوي تنګوالی را منځ ته کوی.مګر د ابهر د عدم کفایي د نورو علایمو او اعراضو شتون او د اوپنینګ سنپ نه شتون دواړه ناروغي یو د بل څخه جلا کوي.

۲ ځنډنی برانکایټیس او امفسیما : ځنې وخت دا ناروغي د مټرال تنګوالی سره غلطیږي.که پاملرنه وشيءُ نو د مټرال د تنګوالی نورې نښې به شتون ونه لري او هم د مټرال ډیاستهولیک مرمر اورېدل ناشونی وي.

۳ .برانکیکتازیس او د سږو توبرکلوزیس : په دې حالتونوکې هیمپټیسیس شتون لري.مګر د مټرال د دسام نورې اضغایي نښې شتون نه لري.

۴ . د ترای کسپېډ تنګوالی : د ښی زړه مرمرونه د شهیق سره تشدیدېږي. خو! تشخیص یې د ایکو په واسطه صورت نېسي.

۵ . د سږو پرایمرې هایپرتینشن : په ځوانو ښځوکې لیدل کېږي چې په دې ناروغي کې هېڅکله اوپنینګ سنپ، ډیاستهولیک مرمراو د چپ اُذین غټوالی نه لیدل کېږي.

۶ . ASD : په دې کې د چپ اُذین غټوالی نه لیدل کېږي همدارنګه Kereley B Line هم موجود نه وي.

۷ . د چپ اُذین میکسوما : په دې ناروغي کې سیستیمیک اعراض لکه: وزن بایلل، تبه، کم خونې، سیستهیمیک امبولیزم، د ESR او IgG لوړوالی شتون لري.همدارنګه اصغایي علامې یې د وضعیت په تغیر سره بدلون کوي او هېڅکله اوپنینګ سنپ نه اورېدل کېږي.

۸-۲-۷.اختلاطات : څرنګه چې په دې ناروغي کې چپ اُذین د ترومبس د پاره د ګودام حیثیت لري نو د سیستهیمیک امبولي د پاره ښه سرچېنه جوړوي چې دغه اختلاط د ناروغي

د بل اختلاط (اُذيني فبريليشن) له سببه زيات پېښېږي چې په خپل نوبت سره د CVA پېښې را منځ ته کوي.همدارنګه د زړه د بې نظمي له امله د زړه عدم کفايه د اختلاط په بڼه هم را منځ ته کېږي.د دې ناروغي بل اختلاط انتاني انډوکارډايټيس دی.

۹-۲-۷.**طبي درملنه** : دغه ناروغي د لاندې طبي اهتماماتو په واسطه تداوي کېږي.

۱ .د روماتيک تبې د مکررو يرغلونو مخنيوي: دا درملنه په وقايوي ډول ډېره ګټوره او په ځانګړې ډول په ځوانانو کې حتمي بايد سر ته و رسېږي چې د دې موخې د لاسته راوړلو د پاره ناروغ ته پنسيلين وي ۲۵۰ ملي ګرامه د خولې د لارې سهار او بېګاء توصيه کېږي. که چېرې ناروغ د خولې د لارې دلچسپې ونه لري نو بايد بينزاتين پنسيلين ۱۲ لکه د عضلي له لارې مياشت کې يو ځل ناروغ ته کارول کېږي او که ناروغ د پنسيلين سره حساس وي نو بيا ناروغ ته ارترومايسن د ورځې ۲۵۰ ملي ګرامه ورکول کېږي.

۲ . د انتاني انډوکارډايټيس وقايوي کړنې : چې په اولو نډوکارډايټيس کې ورڅخه په مشرح ډول يادونه کېږي .

۳ . د بُطينې چټکو تقلصاتو څخه مخنيوي: د دې موخې د پاره ډيجيټال کارول کېږي.چې استطبابات يې په لاندې ډول دي.

الف . اُذينې فبريليشن.

ب . په زړو خلکوکې چې تراوسه پورې سينس ريتم لري مګر د فبريليشن د مخنيوي په خاطر چې په راتلونکی کې د فبريليشن د رامنځ ته کېدلو اميدواري شتون ولري.

۴. د انتاني انډوکارډايټيس مخنيوي :د دې پېښې د مخنيوي په خاطر ناروغ ته وقايوي انتي بيوټيک ورکول کېږي.همدارنګه ناروغ ته پوره پروټين لرونکی غذايي رژيم چې ويټامينونه او د اوسپينې مستحضرات ولري توصيه کېږي او هم د اړتيا په وخت کې ناروغ ته لږه وينه هم ورکول کېږي.

۵ .د سږی د وريدې احتقان او اذيما مخنيوي: د دې موخې د پاره ډيوريتيک کارول کېږي او په پرمختللی حالت کې جراحي عمليه توصيه کېږي.

۲. د امبولي مخنیوي : د دې موخې د ترلاسه کولو د پاره په دوامداره توګه انټي کواګولانټ کارول کېږي چې استطبابات یې په لاندې ډول دي .د منځنی یا وخیمې کچې تنګوالی، د چپ أذین غټوالی، أذینې فبریلیشن، سینس ریتم چې په مکرر ډول د زړه د ټکان سره یو ځای وي او د هرې ګیلې شتون چې په اولو ذینې امبولي دلالت وکړي.

جراحي درملنه : هغه وخت جراحي عملیه ټاکل کېږي چې د مټرال تنګوالی ګوښی وي او د جراحي عملیې د پاره کومه بله مانعه شتون ونه لري او د دسام مساحت د ۱،۵ سانتي مترو مربعو څخه کمه وي. چې معمولاً د دې موخې د پاره د Valvotomy او Valve replacement څخه کار اخیستل کېږي.

الف. Valvotomy : چې په لاندې حالتونو کې استطباب لري.

– پلمونرې اذیما چې د کنترول څخه بهر وي.

- سابندي یا بل کوم عرض چې د ناروغ ورځنې فعالیت یې محدود کړي وي او یا په متناوب ډول پلمونرې اذیما را منځ ته کړي او یا اذیما د حمل سره یو ځای وي.

- د سږو د فشار د زیاتوالی د نښې (د ښی بُطین غټوالی یا هیمپتیسیس) شتون .

- که د طبي درملنې او د بُطین د تقلصاتو د منظم کولو سره سره بیا هم د ناروغ ورځنې فعالیت محدود وي.

- که د انټي کواګولانټ سره سره بیا هم تکراري سیستمیک امبولې را منځ ته شوې وي.

- کله چې أذینې فبریلیشن د کنترول څخه بهر وي.

- که مټرال تنګوالی په خالص ډول شتون ولري.

والووتومي په لاندې طریقو سره سر ته رسېږي.

۱. Trans septal ballon valvotomy .

۲. Closed valvotomy .

۳. Open valvotomy .

ب . د دسام بدلول : هغه وخت استطباب لري چې د دې ناروغي سره د متړال عدم کفايه هم شتون ولري او يا دسام کلک او متکلس شوې وي . همدارنګه په حامله ښځو کې د ضرورت په وخت کې والووټومي بې خطره عمليه بلل کېږي.(۱، ۳).

۳-۷.د متړال دسام عدم کفايه

د متړال (باې کسپېډ) دسام د ښه نه تړل کېدو له کبله د چپ بُطين څخه چپ اُذين ته د وينې شاتګ د متړال د عدم کفايي يا ريګوارجيتيشن په نوم يادېږي چې د ځينو غير دوديزو عمليو او ناروغيو په سير کې د دې دسام د ټولو اجزاو لکه ليفليټ، انولس، کورډاټينډا، پپيلري عضله او Subjacent myocardium .که چېرې د يو يا د زياتو برخو دندي يې خرابې شي نو د MR سبب کېږي. چې دا پېښنه په خپل نوبت سره د زړه د حجم د بار د زياتېدو لامل ګرځي (پري لوډ زياتوي او افټر لوډ کموي). همدارنګه دا ناروغي په دوه ډوله ليدل کېږي چې عبارت دي له : د متړال دسام حاده عدم کفايه او ځنډنی عدم کفايه. (۹، ۱۰، ۱۱).

۱-۳-۷. **لاملونه** : د لاملونو د ښه پېژندنې د پاره د متړال عدم کفايه په دوه ډلو وېشل کېږي . چې د عضوي او غير عضوي څخه عبارت دي.

۱ . عضوي متړال عدم کفايه

الف . عام (دوديز) لاملونه

۱ . روماتيزم : دا ناروغي د متړال د دسام ځنډنی عدم کفايه را منځ ته کوي.

۲ . انتاني انډوکارډايټيس : انتانی انډوکارډايټيس د روماتيزم په خلاف د متړال د دسام د حادې عدمې کفايې لامل ګرځي. دا پېښنه د شاتنی پپيلرې عضلي د څېرې کېدلو او ويجاړېدلو لامل ګرځي. ځکه چې د دې عضلې اروا د يو رګ په واسطه صورت نېسي، چې د رګ ويجاړېدنه په حاد ډول سره د متړال د دسام عدم کفايه را منځ ته کوي.

۳ . په حاد ډول د څلیموې عضلاتو پاتې والی یا څېرې کېدل چې په دودیز ډول د زړه د حادې حملې په سیرکې منځ ته راځي.

ب . غیر دودیز لاملونه

۱ . هایپرتروفیک ابسترکتیف کارډیومایوپتې او پراخه شوې کارډیومایوپتي په ځنډنی ډول د مترال د دسام د عدم کفایي سبب کېږي.

۲ . ولادې چې د اوستیوم پرېموم ډیفیکټ سره یو ځای وي.

۳ . په سیستیمیک لوپوس اریتیماتوزیس کې د لیب مانساک سندروم.

۴ . انډومایوکارډیل فبروزیس.

۵ . په تنګ شوې مترال باندې د جراحي عملي سرته رسول.

ج . نادر لاملونه لکه : ډیجینراتیف (استحالوې) ناروغي.

۱ . د مترال د دسام پرولپس په ځنډنی ډول د مترال د دسام د پاتې والی لامل جوړېږي.

۲ . Flopy دسام چې څلیموې شلېدنه ورسره یو ځای وي یا نه.

۳ .کولاجیني سؤي اشکال لکه مارفان،الرس ډانلوس سندرومونه اوانکېلوزینګ سپنډیلایتېس.

۲ . د مترال وظیفوي (غیرعضوي) عدم کفایه : د مترال د دندې پاتې والی په غیر د دې څخه چې د دسام په جوړښت کې بدلون را منځته شي په لاندې ناروغیو کې لیدل کېږي. حاد روماتیک یا ویرل مایوکارډایتېس، د زړه اسکیمیک ناروغي، د وینې د فشار زیاتوالی او احتقاني کارډیومایوپاتې. (۳).

۲-۳-۷.پتوفزیولوژي : په حاد ډول د دسام پاتې والی په کیڼ اټریوم یا بطین کې،کوم اناتومیک بدلون نه ښی بلکه ځنډنی عدم کفایه په تدریجي ډول د ښی بطین د پراخېدو او په کمه کچه د هغې د فشار د لوړېدو سبب ګرځي چې په پای کې ډېر کم اعراض رامنځ

ته کوي. په دې ناروغي کې چپ بُطین، ډېر ورو ورو پراخېږی چې په بُطین کې د حجم د زیاتوالی له سببه د بُطین ډیاستولیک او اُذینې فشار لوړوالی منځ ته راځي چې دا پېښه په خپل نوبت سره د نفس تنګي او د سږو اذیما سبب ګرځي. مګر حاد مترال ریګوارجیتیشن په چټکۍ سره د اُذینې فشار د لوړوالی سبب ګرځی چې د ناروغ ګیلې. د ځنډنی په پرتله زیات وي. (۳، ۱۰).

۳-۳-۷.کلینیکې څرګندونې :د دې ناروغي کلینیکې بڼه په لاندې ډول ده.

تاریخچه

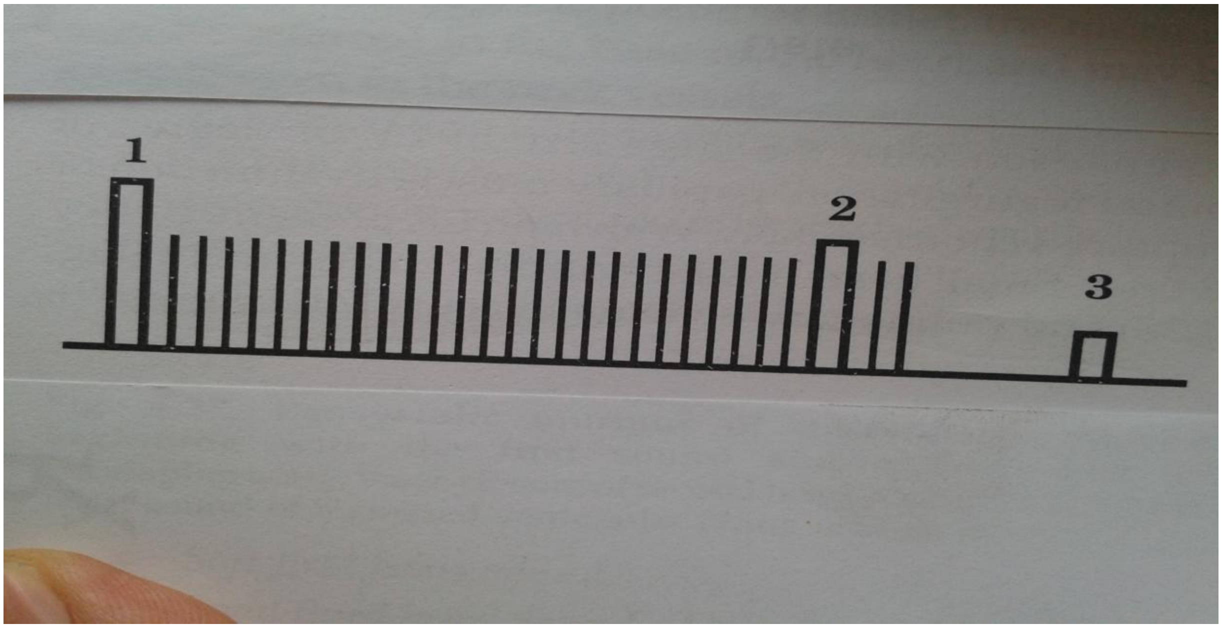
۱. د دې ناروغي په خفیفه، منځنی کچه او د مترال د دسام د عدم کفایي دګوښی والی په بڼه کې ناروغ کومه ځانګړې ګیله نه لري. ځکه چې په دې حالت کې د کیڼ بطین حجم د زغم وړ وي.

۲. د سږی احتقان له کبله، ناروغ د جهدې نفس تنګي چې Interscapulr area ته خپرېږي، حکایت کوی. همدارنګه ناروغ د Fatigue څخه هم شکایت لری. د مترال د دسام په ځنډنی او وخیم حالت کې ناروغ د Orthopnia څخه ډېره ځورېږي. په دودیز ډول د اټریل فبریلیشن د رامنځ ته کېدو څخه ناروغ کې د زړه وخیم ټکان شتون لري. همدارنګه د دسام د عدم کفایي په ځنډنی بڼه د ګیډې د ښی پورتنی برخې درد او دروندوالی د هیپاتومیګالی له امله شتون لري. په ثانوی ډول د ترای کسپېډ د دسام عدم کفایه او د هغې پورې اړوند ستونزې هم په دې ناروغانو کې وي. په دې ناروغانو کې د اسایټیس اړوند ګیلې د اوریدلو وړ وي. همدارنګه هغه ګیلې چې د پلمونرې د رګونو د فشار د زیاتوالی پورې اړه لري د دې ناروغي په ځنډنی حالت کې او پلمونرې اذیما د دې ناروغي په وخیه او حاده بڼه کې را مځته کېږي.

فزیکي کتنې : د مترال د دسام په پرمختللی او وخیم عدم کفایه د وینې شریانی فشار نارمل وي. د زړه په اصغاء کې لاندې شیان اوریدل کېږي. په دودیز ډول د زړه لومړی اواز

شتون نه لري. ځکه چې په هالوسیستولیک مرمر کې مدعم کېږي او د اوربدلو وړ نه وي. بیا هم که واوریدل شي نو ډېر نرم وصف به ولري.

- که عدم کفایه ډېره پرمختللې وي مرمر لوړ اوربدل کېږي. همدارنګه که ریګوارجیتیشن د شاتنی وریقوو له کبله را منځ ته شوې وي، مرمر به د زړه قاعدې ته انتشارکوي او د غاړې په رګونو کې هم اوربدل کېږي.



۷ – ۴ شکل

دمترال په عدم کفایه کې پان سیستولیک مرمر. (۱۱).

- په اولو پیکس کې د چپ بُطین د سریع ډکېدو له امله د زړه دریم اواز لوړ اوربدل کېږي. او هم کله کله د ابهر د تړل کېدو د اواز څخه (۰,۱۲ – ۰. ۱۷ ثانې وروسته، ټیټ اوربدل کېږي، چې د رمبلینګ میډ ډیاستولیک مرمر په واسطه تعقیبېږي. د زړه څلورم اواز هغه وخت اوربدل کېږي چې د عدم کفایې ډېره وخیمه بڼه ولري او د زړه ریتم سینس وي.

- په اپیکس کې د لنډ مهالې مېډ ډیاستولیک مرمر اورېدل چې د متړال څخه د زیات حجم د تېرېدلو له کبله اورېدل کېږي.

- د دوهم اواز د پراخه شهیقي سپلیتینګ اورېدل : د ناروغي په وخیمو حالتونوکې د لنډ مهاله اجېکشن اورېدل چې د ابهر د وختي تړل کېدو له سببه منځ ته راځي. اوپنینګ سنپ : هغه وخت اورېدل کېږي چې ناروغي وخیمه بڼه ولري او یا د دې ناروغي سره انډومایوکارډیل یو ځای وي.

د وخیمې عدم کفایي نښې: د متړال د دسام د وخیمې عدم کفایي نښې په لاندې ډول دي. په ځنډنی او وخیم حالت د عدم کفایي کې یو لوړ اواز لرونکی پان سیستولیک مرمر چې دریمه درجه یا څلورمه درجه لري د اورېدلو وړ وي، په اپیکس کې د سیستولیک تریل شتونوالی، د چپ بُطین هایپر ډینامیکه څپه ، بُطینې ګالوپ، د متړال ډیاستولیک فلو مرمر، اوپنینګ سنپ او د چپ اُذین د سیستالیک پراخوالی له کبله د تېر د هډوکی په چپ طرف کې د Heaving شتون.

Subvalvular reguargitation

الف . د حُلیموې عضلې د دندې د پاتې والی یا د کورډا د شلېدلو له سببه منځ ته راځي چې په دې ناروغي کې سیستولیک مرمر اورېدل کېږي چې لند مهاله او یواځې د سیستول په منځ او یا په آخر کې اورېدل کېږي چې Ejection مرمر تمثیلوي.

ب . د شاتنی کورډا د شلېدلو له کبله د متړال شاتنی وریقې د بُطین د سیستول په صفحه کې په چپ اُذین کې د بالون په بڼه داخلېږی چې په دې وخت کې ریګوار جیټانټ جیټ قدام خواته ته رهبري کېږي چې د دې پېښې مرمر د ابهر په محراق کې ښه اورېدل کېږي چې عیناً د ابهر تنګوالی تمثیلوي.
حاد متړال ریګوارجیتیشن : مرمر به یې لوړ اپیکل او سیستولیک وي چې ورسره نبض به تېز ، لنډ او حُجم به یې کم وي او هم سږی اذیما به شتون ولري.

۴-۳-۷. د زړه برېښنايي ګراف : په دې کتنه کې P- mitral او د چپ بُطين د غټوالی نښې د ليدلو وړ وي. همدارنګه په دې کتنه کې د کيڼ اټريوم د پراخوالی شواهد د ليدلو وړ وي، مګر کله کله ور سره د ښی اټريوم لويوالی هم ليدل کېږي، چې علت يې پلمونرې هايپرتينشن دی. زياتره وخت ځنډنی MR د اټريل فبريليشن سره يو ځای وي. د بطيناتو د غټوالی شواهد په دې الکتروکارډيوګرام د موندنې وړ نه دي.

۵-۳-۷. ايکوکارډيوګرافي : TTE کولای شي چې د MR د ميکانېزم او د دې د هيموډيناميک وخيموالی په هکله پوره معلومات ورکړي. همدارنګه د چپ بطين د دندې په هکله د دې بطين د ډياستوليک او سيستوليک د آخرې برخې د حجم د ارزيابې په هکله هم معلومات ورکوي.

۶-۳-۷.د سيني راديوګرافي : په دې کتنه کې د زړه چپ اُذين او بُطين دواړه غټ شوې ښکاري او کله کله د دسام تکلُس هم د ليدلو وړ وي.

۷-۳-۷.د زړه کتيترايزيشن : د زړه په کتيترايزيشن کې په ښکاره ډول سره د چپ اُذين سيستوليک فشار لوړ وي . که چېرې کثيفه مواد په چپ بُطين کې پېچکاري کړای شي نو و به ليدل شی چې وينه د سيستول په وخت کې د چپ بُطين څخه چپ اُذين ته داخلېږي.(۳).

۸-۳-۷.پېژندنه : د دې ناروغي پېژندنه د دقيقې تاريخچې، فزيکي معاينې او لابراتوارې کتنو په بنسټ کېږي. (۷).

۹-۳-۷.توپيری پېژندنه : د ټولو هغه ناروغيو سره بايد توپيرې تشخيص شي ، چې د سيستوليک مرمر سبب کېږي.

۱۰-۳-۷.اختلاطات : د دې ناروغي اختلاطات عيناً د مټرال تنګوالی اختلاطاتو ته ورته اختلاطات ورکوي خو! دومره توپير لري چې د دې په اختلاطاتو کي اُذينې فبريليشن او امبولي کم او انتانې انډوکارډايټيس زيات پېښېږي.

۱۱-۳-۷.**معالجوي درملنه** : د ځنډنی وخیمي ناروغي درملنه د لامل او د ناروغي کچې او درجې پورې اړه لري د دې ناروغي طبي درملنه هم عیناً متړال تنګوالی ته ورته دي چې په لاندې ډول ورڅخه یادونه کېږي.

۱ . د روماتیزم د تکراري یرغلونو مخنیوي : د دې موخې د ترلاسه کولو د پاره د پنسیلین وي څخه کار اخیستل کېږي. چې ۲۵۰ ملي ګرامه د ورځې دوه ځله کارول کېږي. یا بینزاتین پنسیلین ۱۲ لکه په میاشت کې یو ځل په زرقې ډول په غوښه کې د ۲۵ کلنۍ پورې کارول کېږي.که چېرې ناروغ د پنسیلین سره حساسیت ولري نو ناروغ ته د ورځې ۲۵۰ ملي ګرامه اریترومایسین توصیه کېږي.

۲ د انتاني انډوکارډایټیس مخنیوي : د دې پېښې د مخنیوي په خاطر وقایوي انټي بیوټیک ورکول کېږي او هم پوره پروتین لرونکی غذا چې ویټامینونونه او د اوسپنې مستحضرات هم ولري ناروغ ته باید توصیه شي او د ضرورت په وخت کې ناروغ ته په کمه اندازه وینه ورکړ شي .

۳ . د سږی د احتقان او اذیما مخنیوي : د دې موخې د پاره ډیوریتیک کارول کېږي.

۴ . د بُطینې تقلُصاتو دکمولو د پاره ډیجیټال ورکول کېږي.

۵ . که چېرې اټریل فبریلیشن را منځ ته شوې وي نو ناروغ ته د INR د قیمت په پام کې نیولو سره (که قیمت یې ۲-۳ وي) نو ناروغ ته یواځې په دې حالت کې Warfarin شروع کېږي چې د دې سره د امبولې مخنیوي هم کېږي ځکه چې د امبولې د مخنیوي د پاره انټي کواګولانټ ورکول کېږي. (۳، ۹).

همدارنګه د Cardioversion کارونه دکلینیکي او د کیڼ اټریوم د جسامت او حجم پورې تړلی وي.کله چې د ناروغ د وینې سیستمیک فشار نارمل وي نو د کیڼ بطین د سیستولیک دندې د نارمل ساتلو له پاره Vasodilators د درملنې له پاره غوره درمل بلل کېږي. همدارنګه په دې ناروغي کې د اسکیماء شتون یا نشتون ، Dilated

cardiomyopathy چې د زړه د عدم کفايي وخيمه کلينيکي بڼه ورسره هم وي ، نو په دې وخت کې لاندې درمل کارول کېږي: ډيوريتيک، بيتابلاکر، Angiotension-converting enzym inhibitor ، ډيجيټال او د اړتيا په وخت کې د دواړو بطينونو د Cardio reynchromization therapy څخه کار اخيستل کېږي. د ناروغي په حادو پېښو کې چې د زړه د حادې حملې په سير کې منځ ته راغلي وي نو ناروغ جراحي ته اړتيا لري چې ناروغ بايد جراحي له پاره تيار شي چې د موخې د سرته رسولو له پاره ناروغ ته ډيوريتيک او د وازو ډايلېټر څخه وريدې Sodium nitroprusside توصيه کېږي. که چېرې په حاد ډول MR د پپيلري عضلو د شلېدلو له کبله، کوم چې د زړه په حادو حملو کې د اختلاط په ډول رامنځ ته کېږي، رامنځ ته شوې پېښه د Intra aortic baloon counterpulsation په واسطه درملنه کېږي.

جراحي درملنه : د جراحي درملنې په وخت کې د جراحي له پاره د ناروغ د ټاکلو له پاره د عمليې ضررونه او ګټې بايد و سنجول شي . چې د دې ټاکنې له پاره ناروغ بايد ځنډنی ناروغ او پرته د اسکيميا څخه وي او هم د جراحي عمليې ګټه د راتلونکی نژدې ضررونو او ځنډنی خطرونو په پرتله وسنجول شي .

د دې ناروغي جراحي درملنه عبارت دي له :

Primary valve repair او Valve replacement څخه. يادونه بايد و شي چې په لومړنی عمليه کې راتلونکی خطرونه کم او په دوهمه عمليه کې اختلاطات او خطرونه ډېر زيات پېښېږي. نو کله چې ناروغ جراحي عمليې له پاره ټاکل کېږي نو خطرونو ته يې هم بايد پاملرنه و شي . د Valve repair په عمليه کې د لومړی دسام ترميم د ځينو مرحلو په سرته رسولو لکه : Valvuloplasty او د Annuloplasty کړۍ ځای په ځای کولو سره سر ته رسېږي. چې استطبابات يې په لاندې ډول دي.کله چې MR په ځنډنی ډول وي او اسکيميا ورسره شتون ونه لري او ناروغ د ناروغي د ګيلو څخه ستونزمن وي، په نژدې وخت کې ناروغ ته AF او پلمونرې هايپرتينشن پيدا کېدل، چې په استراحت کې پلمونرې شرياني فشار ۵۰

ملي متره یا لوړ او د فعالیت په وخت کې ۲۰ ملي متره یا لوړ وي. د پورتنی استطباباتو د نشتوالی په صورت کې دا عملیه هغه وخت استطباب لري چې د کیڼ بطین Ejection fraction د ۲۰ سلنې څخه کم وي. اخیستلای شي .

۴-۷.د متړال دسام پرولپس

۱-۴-۷.**تعریف** :د هغه حالت څخه عبارت دی چې د بطینونو د سیستول په صفحه کې د متړال د دسام یو لیف لیټ یا دواړه لیف لیټونه کیڼ بطین ته شاتګ کوي.

۲-۴-۷. **لاملونه** : هره ګډوډی چې د دسام د اوږدېدو او یا د Subvalve apparatus د اوږدېدو لامل شي د MVP لامل هم جوړېږي.

۳-۴-۷.**کلینیکي بڼه**:د جنس له پلوه په ځوانو ښځو کې د نارینو او زړو ښځو په پرتله زیات را منځته کېږي.همدارنګه زیاتې پېښې خفیف چې په نارمل حسابېږي.

۴-۴-۷. **اختلاطات** : د زړه بې نظمي معمولاً Ventricular ectopics beats، انتانې اینډوکارډایټیس، سیستمیک امبولي، زیاتره وخت د ATIs کلینیکي بڼه شتون لري، د Chordae tendinae شکېدل،د متړال دسام وخیمه عدم کفایه او نابېره مړینه.

۵-۴-۷.**الکتروکارډیوګرافي** : کېدای شي چې نارمل وي او یا په III او AVF لیډونو کې د ST او T بدلونونه د لیدلو وړ وي.

۶-۴-۷. **ایکوکارډیوګرافي**: معمولاًد متړال دسام د شاتنی لیف لیټ د پرولپس د معلومولو له پاره توصیه کېږي. همدارنګه د دې کتنو په واسطه کولای شو چې د دې دسام سره یو ځای د ابهر ، ترایکسپېډ د دسامونو پرولپس او کورډا تینډا شلېدل هم پېژندل کېږي.

۷-۴-۷. درملنه

طبي درملنه

۱.د طبعي حالت اعاده کول.

۲.د مرمر د شتون په صورت کې د انډیو کارډایټیس مخنیوي.

۳.د زړه د بې نظمې د شتون په صورت کې بې نظمې ضد درملو کارونه.

۴. د امبولی د شتون په صورت کې د اسپرین یا وارپارین کارونه.

جراحي درملنه:د ناروغي په وخیمو حالتونو (کله چې د مترال د دسام وخیمه عدم کفایه شتون ولري او یا د کیڼ بطین پرمختیایي عدم کفایه شتون ولري) کې د دسام بیا رغونه یاعوض کول سرته رسېږي.

۵-۷.د ابهر دسام عدم کفایه

د ابهر او چپ بُطین د یو ځای کېدو په برخه کې د ابهر د نیم دایروي (Semilunar) دسام په پوره ډول نه تړل کېدل ، د ابهر د دسام د عدم کفایي په نوم یادېږي. (۹).

۱-۵-۷. **لاملونه** : تر هر څه د مخه دا باید وویل شي چې د دې ناروغي لاملونه په دوه لویو ډلو وېشل کېږي.کېدای شي لاملونه يې په پرایمرې ډول د دسام د ناروغیو پورې اړه ولري او یا د ابهر د دسام د ریښو پورې اړه ولري.چې په لاندې ډول د هر یوه څخه یادونه کېږي.
الف . د دسام وریقوي ناروغي : د روماتیزم ناروغي د دسام د ضخیم کېدو، د نارملې بڼې بدلون او د ابهر د دسام د Cusps د لنډیدو لامل ګرځي. چې دغه بدلونونه په خپل نوبت سره د دسام د ځانګړني د بدلون لامل ګرځي چې په دې حالت کې دسام خپله اصلي دنده سرته نه شي رسولي، چې په پای کې دسام د سیستول په صفحه کې پوره نه خلاصېږي او همدارنګه د ډیاستول په وخت کې پوره نه تړل کېږي. د ابهر عدم کفایه، کوم چې روماتیک

سرچېینه ولري،ګوښېتوب یې نادره   پېښه ده. زیاتره وخت دAR هغه پېښې چې ولادي سرچېینه ولري او بای کاسپېډ بڼه ولري، نژدې ۲۰ سلنه ګوښې پېښې یې د ۱۰ کلنۍ او ۴۰ کلنۍ تر منځ جراحي عملیو ته اړتیا پیدا کوي. کله کله د ابهر د دسام ولادي Fenestration د AR د خفیفي بڼې لامل جوړېږي. همدارنګه Membranous subaortic stenosis د ابهر د وریقاتو د ضخیم کېدو او هم د سکار د انساجو د جوړېدو سبب کېږي چې دا پېښه په خپل نوبت سره په ثانوي ډول د AR لامل جوړېږي. د ابهر د دسام Prolapse هم په ثانوي ډول دAR سبب کېږي چې نژدې ۱۵ سلنه پېښوکې VSD ور سره یو ځای وي.کله کله ګوښی او کله کله د ماکسوماتوز له کبله MS ګوښی یا تراي کسپېډ سره یو ځای وي. انتاني انډوکاډایټیس هم د ابهر هغه کاسپیډونه چې مخکې له مخکې د روماتیک آفت په واسطه اغېزمن شوي وي. همدارنګه سفلیس او انکولوسینګ سپنډیلایټیس کولای شي چې د ولادي غیر دودیز دسام یا دودیز دسام وریقات په افت اخته کړي او سوري کېدل یا ګریدنه یې رامنځ ته کړي او په پای کې د AR لامل ګرځي. همدارنګه تروما د حاد AR لامل ګرځي.

ب . د دسام د رېښې ناروغي : روماتؤیید ارترایتیس، SLE ، ریټرز سندروم ، Takayasu ناروغي، ډیجینراتیف (استحالوي) ناروغي لکه : مارفان سندروم، د ابهر د ریښې (روټ) ډایسیکشن او ارتروپتي.

۲-۵-۷.پتالوژی : د ابهر د دسام عدم کفایه معمولا د ابهر د دسام د اولنۍ برخې د Dissection د ناروغي په تګلاره کې د اختلاط په بڼه را منځته کېږي په دې حالت کې لاندې پتالوژی لیدل کېږي.د Dissection له کبله حلقوي څېرې کېدل یا د انولس بې ځایه کېدل منځته راځي چې په پای کې د دې دسام د قطر د زیاتوالی لامل ګرځي.

۳-۵-۷.پتوفزیولوژي : کله چې د چپ بُطین د تشېدو په مقابل کې یوه مانعه رامنځ ته شي نو د چپ بطین د فشار لوړوالی او د بُطین غټوالی منځ ته راوړي چې په پایله کې د چپ بُطین د اسکېمیا سبب کېږي او بیا د اسکېمیا له کبله د سیني درد ، اریتمیا او د زړه عدم کفایه را منځ ته کېږي. د چپ بُطین د تشېدو په وړاندې بندښت د مشق په وخت کې زیاتېږي نو ځکه

د ابهر د ستېنوزیس اعراض زیاتره وخت د مشق په وخت کې منځ ته راځي. په نارمل حالت کې د مشق په وخت کې کېدای شی د زړه دهانه څو ځلي د نارمل څخه زیاته شي . څرنګه چې په دغه حالت کې د ابهر دسام تنګ وي نو د زړه د دهانې زیاتوالی نوموړی دسام ستونزمن کوي چې په پایله کې د وینې فشارغورځېږي، د زړه اسکېمیا نوره هم زیاتېږي چې آخري پایله یې مایوکارډو پتي منځ ته راوړي او د زړه د اریتمیا د منځ ته راتلو سبب ګرځي.(۳).

۴-۵-۷.کلینیکي بڼه

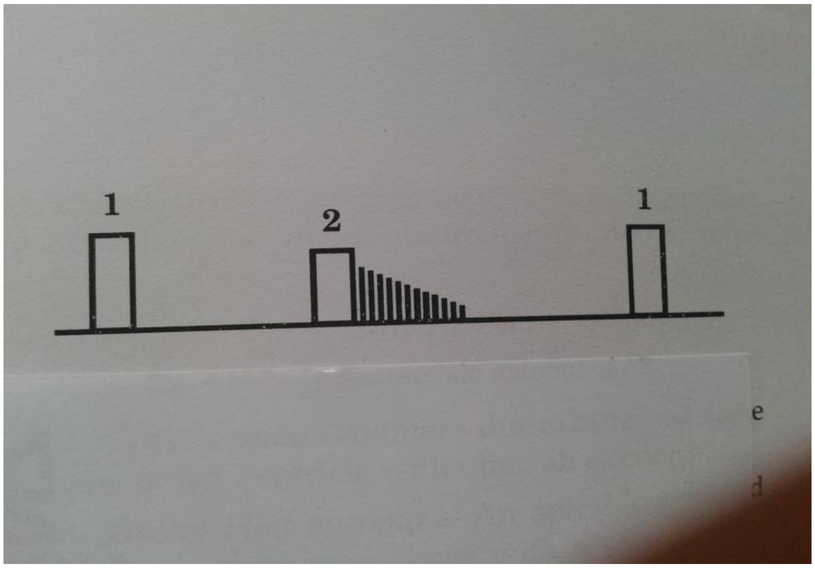
تاریخچه : په خالص AR اخته ناروغانو د څلورو څخه درې برخې ناروغان نارینه جنس جوړ وي. په ښځینه پرګنو کې زیاتره وخت د دې لامل روماتیک سرچینه لري چې پرایمرې بلل کېږي. همدارنګه ناروغ به د انتانې انډوکارډایتیس تاریخچه بیانوي. چې په حاد ډول د AR لامل ګرځېدلي وي چې په پای کې ناروغ ته د چپ بطین د ډیاستولیک فشار د زیاتوالی له کبله د پلمونرې د شریان د فشار زیاتوالی په خپل نوبت سره د پلمونرې اذیما ، کاردیوجینیک شاک لامل کېږي. همدارنګه ناروغ په ځنډنی AR کې نژدې ۱۵ کاله د ناروغي د ستونزو پرته ژوند کولای شي . نو په دې ناروغ کې د ناروغي ګیلې ورو ورو را منځ ته کېږي. چې ناروغ به د لاندې ستونزو څخه ګیله کوي. په خفیفو حالتونو کې ناروغ کومه ستونزه نه لري. نفس تنګي : د فعالیت په وخت کې نفس تنګي زیاتېږي او شدت مومي، په شدید فعالیت او تمریناتو کې نوره هم زیاتېږي.

جس : اپیکل امپلس به لاندې چپ خوا ته بې ځایه شوې وي.که چېرې د ابهر عدم کفایه د لاندې ناروغیو لکه : سفلیس یا د ابهر د ډیسیکشن او یا د والسلوا د سینس د شلېدلو له امله را منځ ته شوې وي نو په دې حالت کې به ډیاستولیک تریل جس کېږي.

اصغاء :د ناروغ په اصغاء کې لاندې شیان اورېدل کېږي. ۱. ډیاستولیک مرمر: لوړ پېچ مرمر چې نزولي (Decrscendo) وصف لری چې د ډیاستول په اول وخت کې د خپل اعظمي ټکی څخه شروع کوی چې وروسته بیا د دوهم اواز په وخت کې او یا وروسته د هغې څخه نرم او پوکې ته ورته وصف ځانته غوره کوي چې په عینې وخت کې دوهم اواز په مکمل ډول د دې مرمر په واسطه پوښل کېږي، چې د ټټرد هډوکی د منځنۍ ساحې د پاسه او یا چپ طرف کې لوړ

او ښه اوربدل کېږي چې اپیکس ته خپرېږي چې د واضیح اوربدلو د پاره ناروغ باید تنفس بند او مخامخ خوا ته ټیټ شي.

۱. ډیاستولیک مرمر: لوړ پېچې مرمر چې نزولي (Decrscendo) وصف لری چې د ډیاستول په اول وخت کې د خپل اعظمي ټکی څخه شروع کوی چې وروسته بیا د دوهم اواز په وخت کې او یا وروسته د هغې څخه نرم او پوکې ته ورته وصف ځانته غوره کوي چې په عینې وخت کې دوهم اواز په مکمل ډول د دې مرمر په واسطه پوښل کېږي، چې د ټټرد هډوکی د منځنۍ ساحې د پاسه او یا چپ طرف کې لوړ او ښه اوربدل کېږي چې اپیکس ته خپرېږي چې د واضیح اوربدلو د پاره ناروغ باید تنفس بند او مخامخ خوا ته ټیټ شي.



۷ – ۵ شکل

د ابهر په عدم کفایه کې وختي را منځ ته کېدونی ډکرسینډو مرمر. (۱۱).

مګر په یو څو ناروغانو کې دا مرمر ځېګ یا موسیقي او سیګل مرغی اواز ته ورته وصف ځانته غوره کوي.که چېرې مرمر د ټټر هډوکی ښی طرف کې ښه واوربدل شي نو د ابهر د صعودي برخې پراخوالی ته باید فکر وشئ! چې په لاندې ناروغیوکې لیدل کېږي لکه: مارفان سندروم، د ابهر د صعودي برخې ډایسیکشن یا سفلیس.کېدای شي چې مرمر د ټټر د هډوکی د څنډې په پرتله د سیني د چپ اړخ په نیمایي پورتنی برخه یا اپیکس او یا د تخرګ د منځنۍ خط د پاسه ښه واوربدل شي چې د Cole – Cecil مرمر په نوم یادېږي.

کله کله کېدای شي چې د ابهر د عدم کفایي یو موزیکل مرمر د ډیاستهول څخه تجاوز وکړي او تېر شي چې لاملونه به یې لاندې شیان وي.

الف . د انتانې انډوکارډایتیس له سببه د وریقو سوري کېدل.

ب . د سفلیس له کبله د وریقې شاء تګ.

ج . د والسلوا د ابهري سینس څېرې کېدل.

د ابهر په حاده عدم کفایه کې د ډیاستهولیک مرمر دوام کم وي ځکه چې په دې حالت کې وخت دومره دوام نه کوي چې د چپ بُطین د پراخېدلو او یا غتېدلو سبب شي .مګر په دې حالت کې د چپ بُطین داخلي فشار په ډېره چټکۍ سره لوړېږي. ډیاستهولیک مرمر د لاس ګاډې په ځغلولو، زنګون کښې کیناستلو او یا د وازوپرېسین درملو په کارولو سره تشدیدېږي.

۲ .سیستهولیک ایجیکشن مرمر: د چپ بُطین د ستروک والیوم د زیاتوالی له کبله منځ ته راځی چې ایجیکشن کلیک ورسره یو ځای وي.

۳ .استین پلینټ مرمر : ټیټ پېچې ډیاستهولیک مرمر دی چې په اپیکس کې ښه اورېدل کېږي چې شتون یې د ابهر د عدم کفایي په وخامت دلالت کوی. چې د متړال د قدامې وریقې له کبله په ریګوارجیتیشن کې د الوتونکی اهتزاز په سبب قدامې وریقه شاء ته بې ځایه کوی او د متړال د خولي کانال ته داخلېږي چې باید د متړال ستېنوزیس څخه توپیر شي .

۴ . په اپیکس کې لومړی اواز : نرم او د متړال د وخت څخه مخکې د تړل کېدو له کبله وختي رامنځ ته کېدونکی وصف لري.

۵ . په قاعده کې دوهم اواز : دا اواز د ابهر د عدم کفایي په وخیم حالت کې چې ځانته (ګوښی) وي اورېدل کېږي ځکه چې په دې حالت کې اوورتیک برخه نه وي.

۲. دریم اواز :د زړه دریم اواز او په اپیکس کې د چپ بُطین د ارتېدلو په شان د مټرال د عدم کفايي له کبله پان سیستولیک مرمر سره یو ځای اوریدل کیږي.

محیطي نښې : د پراخه پلس فشار له امله لاندې نښې د جس وړ وي.

۱ .کولپس نبض: په دې ناروغي کې کُلپس نبض موندل کیږي. مګر د لاندې ناروغیو له کبله کیدای شي ځنې وخت شتون ونه لري لکه : کله چې د ابهرعدم کفایه د مټرال یا ابهر د تنګوالی سره یو ځای وي، د وینې د فشار زیاتوالی او د مایوکارډیوم متبارز ډیجینیریشن.

۲ .په شریانوکې د لیدلو وړ پلسیشن : معمولاً په غاړه کې لیدل کیږي چې د Dancing carotid یا Corrigan’s sign په نوم یادیږي.

۳. Head bobbing چې د هر نبض سره سر خوځیږي (ټکان کوي) چې د de Musset sign په نوم یادیږی.

۵ . Hill’s sign :کله چې د براکیل او د فیمورل شریانی فشارونو ترمنځ توپیر د ۲۰ ملي مترو سیمابو څخه لوړه شي هیلز ساین مثبت بلل کیږي چې زیات لوړوالی یې د ناروغي په وخامت دلالت کوي.(۹).

۶ . په شعریه عروقو کې د لیدلو وړ پلسیشن : په ګوتو کې د نبضان شته والی. Quincke’s sign په نوم یادیږی.

۷ . تمانچې ډز ته ورته اواز (Pistol shot sound): د ستاتسکوب په واسطه د فیمورل شریان د پاسه ډز ته ورته اواز اوریدل د Traube’s sign په نوم یادیږی.

۸ . Duroziez’s sign : دهغه ډیاستولیک مرمر څخه عبارت دی چې د فیمورل شریان آخري برخه یې تر فشار لاندې وي تعقیبوي.

۹ . Uvular pulsation : چې د Muller’s sign په نوم یادیږی.(۹).

د ناروغي وخیمي کلینیکي څرګندونې په لاندې ډول دي.

د متبارزو اعراضو شتون ، کله چې محیطي نبنې متبارزي وي ، کله چې د علوی او سفلی اطرافو په سیستولیک فشارکې توپیر د ۲۰ ملي مترو سیمابو څخه زیات وي، د ډیاستولیک مرمر د دوام زیاتوالی. خو! که چېرې دسام ویجاړ شوې وي نو بیا دا نبنه ارزښت نه لري، د ډیاستولیک فشار زیات کموالی، د چپ بُطین دوه مثبت غټوالی،کله چې د ابهر دوهم اواز د اورېدلو وړ نه وي او د شبکې د شریانونو پلسیشن.

۵-۵-۷. **ایکوکارډیوګرام** : د ابهرد دسام دکتنو د پاره ایکو یو حیاتي کتنه ده څکه چې د دې کتنې په واسطه د ابهرد ریښی اندازه ، د چپ بُطین د دندي معلومول ، د لامل جوتول او هم د ډوپلر په وسېله د ریګوارجیتیش شدت معلومېدلای شي .

۶-۵-۷.**د سیني راډیوګرافي** : د سیني په رادیوګرافي کې د چپ بُطین غټوالی په ګوته کېږي چې چپ اړخی څنډې ته د Back -Duck بڼه ورکوي او د صعودي ابهر بڼه هم غټوالی ښی.(۳).

۷-۵-۷.**کتیترایزیشن** : نن سبا دا کتنه په اولو یکو باندې بد له شوې ده.او د دسام د جراحي عملیې څخه مخکې انجیوګرافي سر ته رسېږي.

۸-۵-۷.**تشخیص** : د ناروغي پېژندنه د تاریخچې، فزیکي معاینې او لابراتوارې کتنو په واسطه کېږي. (۷).

۹-۵-۷.**توپیرې تشخیص**: دا ناروغي د ټولو هغه ناروغیو څخه باید جلا شي چې ډیاستولیک مرمر ولري لکه : Myxoma of lt ،Carey cooms murmur،TS، MS، PR Atrium او هم د لاندې ناروغیو څخه داسې جلا کېږي.

۱. د ابهر عدم کفایه چې لاملونه یې روماتیزم یا سفلیس وي په لاندې پرتلېز ډول ي و د بل څخه جلا کېږي.

تاریخچه

- عمر .د ابهرعدم کفایه په روماتیزم کې معمولاً د ۳۰ کلنی څخه مخکې منځ ته راځي. مګر په سفلیس کې د ۳۰ کلنۍ څخه وروسته رامنځ ته کېږي.

- د ابهر په عدم کفایه کې به د روماتیزم پخوانی تاریخچه مثبته وي.او سفلیس کې به ، ناروغ پخوانی تاریخچه کې د سفلیس تاریخچه مثبت بیانوي.

- په روماتیک کې د تاریخچې دوام به زیات وي او په سفلیس کې به لنډه تاریخچه شتون ولري.

- په روماتیک کې آنجینايي دردونه به نادر وي.مګر سفلیتیک عدم کفایه کې آنجینايي دردونه زیات او ژر رامنځ ته کېدونی وي.

فزیکي معاینه : په فزیکي کتنه کې روماتیک المنشاء او سفلیس المنشاء اوورتیک عدم کفایه په لاندې ډول یو د بل څخه جلا کېږي.

- په روماتیک المنشاء عدم کفایه کې پرېکارډیوم به راوتلي وي او په سفلیس کې پرېکارډیوم را وتلي نه وي.

- په روماتیک المنشاء عدم کفایه کې مرمر په چپه دریمه بین الضلعي مسافه کې ښه اورېدل کېږي چې معمولاً نرمه ، ټیټ پېچې وصف لري او انتشاریې لاندې چپ طرف ته وي او په سفلیس کې مرمر په ښی دویمه بین الضلعې ساحه کې ښه اورېدل کېږي چې لوړ، خشن وصف لري او لاندې ښی خوا ته انتشارکوي.

- په روماتیک المنشاء کې کېدای شی چې د ابهر د عدم کفایي سره د ابهر تنګوالی هم شتون ولري.مګر په سفلیس کې د ابهرعدم کفایه خالص شتون لری.

- په روماتیک عدم کفایه کې ډیاستولیک تریل ډېر نادر وي او سفلیس کې ډیاستولیک تریل معمول وي.

- په روماتیزم کې د ابهرعدم کفایه ډېره وخیمه نه وي نو ځکه محیطي نښې متبارزي نه وي کاروتېد او براکیل شریانونو په نبضان کې ډېرکم او یا هېڅ فرق شتون نه لري.مګر په سفلیس کې دابهرعدم کفایه معمولاً پرمختللی وي چې د پرمختللی محیطي نښو سره یو ځای وي. همدارنګه دکاروتېد یا براکیل شریانونود پاسه فوق العاده د نبضان توپیرلیدل کېږي.

- په روماتیک کې د ابهر د عدم کفایي سره متړال هم اغېزمن کېږي. مګر په سفلیس کې هېڅکله د متړال دسام نه اخته کېږي.

ځېړنه

- په روماتیک حالت کې د وینې په سیرالوژیک کتنوکې د سفلیس د پاره کتنې منفي وي.او هغه حالت کې چې د ابهر عدم کفایه د سفلیس په سیرکې منځ ته راغلی وي د وینې په سیرالوژیکي کتنوکې سفلیس د پاره کتنې مثبت وي.

- د روماتیزم له سببه منځ ته راغلی عدم کفایه کې په راډیو ګرافي کې هېڅکله تکلُس او د دسام بې نظمې شتون نه لري.مګر په سفلیس کې تکلُس د صاعده ابهر پورې منحصر وي. د دسام بې نظمې لیدل کېږي او خپله دسام هېڅکله تکلُس نه کوي.

- د روماتیک المنشاء عدم کفایه، په اولو لکتروکاردیوګرام کې د زړه بندېزونه نادر وي .مګر د سفلیس د کبله منځ ته راغلي عدم کفایه کې د زړه بندېزونه معمول وي.

۳ .اتیروسکلروتیک عدم کفایه :معمولاً په زړو خلکوکې د آنجینا سره یو ځای وي، لیدل کېږي. همدارنګه د دسام او د Kukle د برخې تکلُس چې د ابهر دکمې کچې تنګوالی سره یوځای وي.

۴ . انتاني انډوکارډایټیس : په دې ناروغي کې لاندې شیان شتون لري : بدلېدونکي مرمرونه ، تبه ، کم خونې، د تورې غټېدل، امبولیک پېښې، هیمچېوریا او پتیشیا ، کلبینګ او د وینې د کلچر مثبتوالی.

۵ . ولادي : ناروغ به ځوان وي. ریګوارجیتیشن به پرمختللی وي او ورسره نور ولادي پېښې به هم شتون ولري.

۶ د ابهر د کسپ ترروماتیک شلېدل :د ناروغ د لوېدلو او د سرک د غاړې د اکسېډنټ (ټکر یا موټر وهلو تاریخچه) څخه سملاسي وروسته د نفس تنګي پیدا کېدل چې د ابهر د تریل لرونکی ډیاستولیک مرمر (لوړ او خشن وصف لري) سره یو ځای وي .

۷ . د سږیز دسام عدم کفایه : په لاندې ډول د ابهرد دسام د عدم کفایې څخه جلا کېدای شي .

- د ابهر په عدم کفایه کې په محیطي نبنوکې واټرهمرپلس به شتون ولري.مګر درېوې دسام په عدم کفایه کې هېڅ محیطي نبنه نه موندل کېږي او هم واټرهمر نبض شتون نه لري.

- د ابهر په عدم کفایه کې د چپ بُطین غټوالی شتون لري.مګر په خلاف یې په سږیز دسام کې د چپ بُطین غټوالی نه لیدل کېږي.

- د ابهر په عدم کفایه کې مرمر د تنفسي عملیې سره هېڅکله بدلون نه مومي.مګر په عدم کفایه کې مرمر د شهیق سره شدت مومي.

– د ابهرپه عدم کفایه کې دوالسلوادسټراین څخه۴- ۵ ضربي وروسته نارمل حالت ته را ګرځي. لاکن په سږیزعدم کفایه کې د والسلوا څخه سملاسي وروسته خپل لومړنی لوړوالی بېرته نېسي.

۸ .د سږیز دسام په عدم کفایه کې د قدامې ناز له اکلیلې شریان تنګوالی : په دې ناروغي کې کریسینډو، ډیکریسینډو لوړ پېچې ډیاستولیک مرمر اورېدل کېږي چې د ابهر د دسام د باې پاس او یا د زړه د حملې په رامنځ ته کېدلو سره د منځه ځي.

۱۰-۵-۷. **اختلاطات** : که چېرې دغه ناروغان په وړ وخت او زمان ونه پېژندل شي او درملنه یې صورت ونه نېسي نو ناروغانو کې خفه کوونکی د زړه ټکان ، د زړه اسکېمیا او په پای کې د زړه عدم کفایه تاسس کوي او هم انډوکارډایټیسس یې بل اختلاط دی .

۱۱-۵-۷.درملنه : د ابهر د عدم کفايي اصلي سبب ځانګړې درملنې ته اړتيا لري (د بېلګې په ډول د سفليس له کبله منځ ته راغلي Aortitis او يا انتانې انډوکارډايټيس). د عدم کفايي په ډېرو حالتونو کې د دسام بدلون ته اړتيا ليدل کېږي.خو د جراحي عمليې د وخت پېژندل ډېر ارزښت لري. ځکه چې د ابهر د عدم کفايي اعراض تر هغه وخته پورې دوام کوي ترڅو چې د مايوکارډيوم پاتې والی منځ ته راغلي نه وي. نو کله چې مايوکارډيوم پاتې راغي نو بيا د جراحي عمليې په ذريعه په بشپړ ډول ښه والی منځ ته نه راځی نو په کار دی چې عمليات په داسې وخت کې وشی تر څو د ناروغي بشپړ اعراض منځ ته راغلي نه وي. د جراحي عمليې د سم او وړ وخت پېژندلو د پاره د هيموډيناميک ، ايکوکارډيوګرافيک، او انجيوګرافيک کريټرياو څخه بايد کار واخيستل شئ! د چپ بُطين د عدم کفايي په پيل کې د دمې کولو او په غذا کې د مالګې د بندېز، د ډيورتيک او د ناروغ په پوهولو سره ښه ځواب وايي، او د انتانې انډوکارډايټيس د مخنيوي د پاره انتي بيوټيک په وقايوي ډول ورکول کېږي.(۳).

۶-۷.د ابهر دسام تنګوالی

۱-۶-۷. لاملونه :د دې ناروغي لاملونه په لاندې ډول دي.

الف . دسامي ناروغي .

ولادې سؤې اشکال : چې معمولاً په دې آفاتوکې د ابهر د دسام تنګوالی په ګوښی ډول ليدل کېږي. د نارمل دسام تکلُس کېدل يا ور سره التهابي يو ځای والی : چې په روماتيزم کې ليدل کېږي او زياتره وخت تنګوالی او عدم کفايه يو ځای وي او شلېدلې باې کسپېډ دسام ور سره هم يو ځای وي.

ب . د دسام د لاندنې برخې تنګوالی.

Fixed type چې حلقوي فبروزيس د منځنۍ کچې عضلي بندوالی ور سره يو ځای وي او په نادرو حالتونوکې د متېرال د دسام د انومالې د ارتکاز سره يو ځای وي او د HOCM له سببه منځ ته راځی.

ج . د دسام د پورتنی برخې تنګوالی : د فبروتیک انساجو په واسطه د والسلوا د سینس د پورتنی ځنډې تنګوالی .(۳).

۲-۶-۷.پتوفزیولوژي : کله چې د چپ بُطین د تشېدو په وړاندې یوه مانعه شتون ولري نو د چپ بُطین د فشار لوړوالی او غټوالی منځ ته راځي چې د چپ بُطین د اسکېمیا سبب کېږي او بیا د اسکېمیا له کبله د سیني درد، اریتمیا، او د زړه عدم کفایه رامنځ ته کېږي.د چپ بُطین د تشېدو په وړاندې بندښت د مشق په وخت کې زیاتېږی نو ځکه د ابهر د تنګوالی اعراض ډېر وخت په مشق کې را منځ ته کېږي. په نارمل حالت کې د مشق په وخت کې د زړه دهانه څو ځلي زیاتېږي چې دسام دا زیاتوالی زغملی شي .څرنګه چې په دې حالت کې د ابهر دسام تنګ وي نو د زړه د دهانې د زیاتوالی زغم ستونزمن وي چې په پای کې د وینې فشار غورځېږی. د زړه اسکېمیا نوره هم زیاتېږی، کارډیو مایو پتي منځ ته راځی او د زړه د اریتمیا د رامنځ ته کېدو سبب کېږي.(۳).

۳-۶-۷.کلینیکي بڼه: د ناروغي کلینیکي بڼه په لاندې ډول ده.

د ناروغ تاریخچه : ناروغ به د لاندې ستونزو څخه ګیله کوي.

۱ . د ناروغي په خفیفه بڼه کې ناروغ ستونزې نه لري او د کومې خاصې ګیلې څخه ګیله نه کوي. مګر ګیلې هغه وخت را ولاړېږي چې د دسام د سوری مساحت ۱ سانتي متر مربع یا د هغې څخه کمه شي . همدارنګه د ابهر او چپ بُطین د فشارونو. Restting peak systolic pressure توپیر لې تر لږه ۵۰ ملی مترو سیمابو ته و رسېږي.

-. د سیني دردونه :د لاندې پتالوژیکی بدلونونو له امله منځ ته راځي.

- د غټ شوې مایوکارډیوم له کبله د اکسجن اړتیاء زیاتېږي.

– د بُطین د ایجیکشن د وخت د زیاتوالی له سببه د ډیاستول وخت لنډېږی چې دغه د وخت لنډوالی د اکلیلي شریانونو د ارواء (خړوبولو) د پاره کفایت نه کوی.

– په اکلیلې شریانونو باندې د چپ بُطین فشارې اغېزې .

- د اکلیلې شریانونو د فوحوګډون په ستینوزیس کې.

۳ . سنکوپ : د سنکوب حملې د چپ بُطین د عدم کفایي د را منځ ته کېدو څخه وروسته منځ ته راځي چې د هر یوکار سره یې وخامت زیاتېږي.

۴ . Exertional dyspnia : کېدای شي چې د ناروغي په شروع کې را منځ ته شي مګر متناوبه نفس تنګي او اورتوپنیا د چپ بُطین د عدم کفایي د رامنځ ته کېدلو څخه وروسته منځ ته راځي.

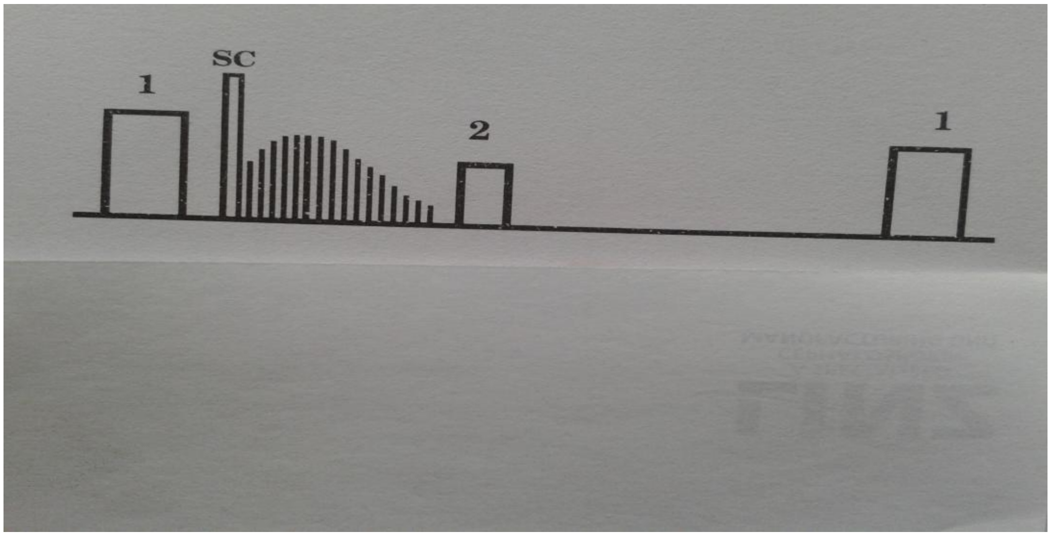
۵ . د چپ بُطین پاتې والی : د دې پېښې په را منځ ته کېدو کې ناروغ ته نفس تنګي، اورتوپنیا او د سږو اذیما پیدا کېږي.(۳).

د ناروغ فزیکي کتنه : په ناروغ کې به لاندې نښې شتون ولري.

۱ . د زړه دوامداره او Heaving لرونکي امپلس.

۲ . سیستولیک تریل : سیستولیک تریل د ښی طرف په دوهمه بین الضلعي مسافه کې جس کېږي چې کله کله د غاړې ښی خوا رګونو ته هم خپرېږي .

۳ .ایجکشن سیستولیک مرمر:د ابهر په ساحه کې اورېدل کېږي چې ځیګ یا خشن وصف لري. او د زړه د لومړی اواز څخه وروسته ډېر ژر شروع کېږي او د سیستول په نیمایي کې خپل اعظمي لوړوالی ته رسېږی چې بېرته په ټیټېدو شروع کوی او د دوهم اواز د شروع څخه مخکې د منځه ځی.



۷ – ۲ شکل

د ابهر د دسام په تنګوالی کې ایجکشن سیستولیک مرمر او کلیک (۱۱).

.مګر ځنې وخت د Gallavardin په پېښه کې چې د یو ټاکلی لوړ پېچې فریکونسي په سبب دا مرمر په اپیکس کې ډېر لوړاوربدل کېږي. په ځینو نادرو حالتونو کې مرمر د مټرال په ناحیه کې لومړی نرم اوربدل کیږی او بیا بېرته په شدت کې یې لوړوالی منځ ته راځی چې د Conduction hour glass په نوم یادېږی. په زړو خلکوکې دا مرمر په اپیکس کې موزیکل یا قُمری اواز ته ورته اوربدل کېږي چې د تنګوالی په زیاتېدو سره په کاروتېد کې هم د اوربدلو وړګرځي. د ناروغي په دوام سره د چپ بُطین تقلُصیت کمزوره کېږي او په وړاندې یې د مرمر دوام او شدت هم زیاتېږي.

۴ . **ایجکشن سیستولیک کلیک** : په زیاتو پېښوکې د مرمر څخه وړاندې والې کوی چې د منځ ته راتګ لامل یې همدغه فشار دی چې په ناڅاپي ډول ګنبد ته ورته د تنګ شوي دسام د خلاصېدو څخه منځ ته راځی چې دا مرمر د دسام د تکلُس د را منځه کېدو له امله له منځه ځی.

۵ . د لومړی اواز ټیټوالی.

۶ .د زړه دوهم اواز: په وخیم حالت کې د شاء تګ سپلیټینګ له کبله د اواز ځنډوالی رامنځ ته کېږي.

۷ . اُذيني ګالوپ (Atrial gallop): کېداى شي چې د چپ بُطين د پاسه واورېدل شي چې د ۴۰ کلنی څخه مخکې د دې اورېدل د وخيم تنګوالی د پاره غوره دليل بلل کېږي.

۸ . ورو، ورو لوړېدونکې دومداره نبض (Pulsus parvus et tardus) : په دوامداره ډول د ټيټې موجي جس کول دي چې د Anacrotic نبض په نوم هم يادېږي.

۹ .د وينې فشار :د تنګ اولنډ پلس پرېشر (Pulse pressure) سره د ټيټ سيستوليک فشار يو ځايوالی په وخيم تنګوالی دلالت کوي.

د Sub valvar stenosis کلينيکي بڼه : د دې ناروغي کلينيکي بڼه په لاندې ډول دی.

۱ . په غير د ابهر د تکلُس (Calcification) څخه د اوورتيک ايجيکشن کليک نشتوالی.

۲ . د ابهر د عدم کفايي له کبله معمولا ډياستولیک مرمر شتون لری.

۳ . په اپيکس کې د میډ ډياستولیک مرمر شتونوالی .

۴ .د زړه جسامت، غټوالی ته ميلان لري.

۵ . معمولاً د صاعده ابهر پراخوالی موجوده نه وي.

د Supra valvular stenosis کلينيکي بڼه : د دې ناروغي دکلينيکي بڼې څخه په لاندې ډول يادونه کېږي.

۱ . ځانګړی مخ چې د ذهني او جسماني پاتې والی سره يو ځای وي.

۲ . د اوورتيک ارچ د يوې يا څو څانګو د تنګوالی له کبله په ښی بازوکې سيستولیک فشار د چپ بازو په پرتله لوړه وي.

۳ . د اوورتيک ايجيکشن کليک نه شتون.

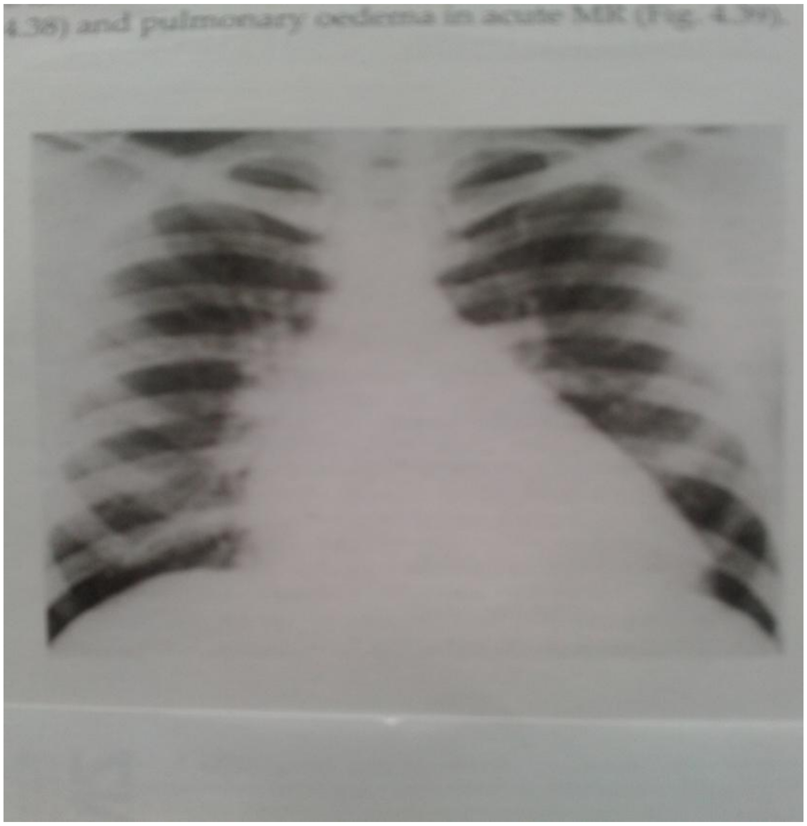
۴ . د تنګې برخې څخه وروسته توسع او پراخوالی موجوده نه وي.(۳).

۴-۶-۷. د سيني راديوګرافي : په راډيوګرافي کې لاندې نښې د ليدلو وړ وي.

– په واضیح ډول د چپ بُطین ګردوالی.

- د تنګوالی څخه متصل وروسته پراخوالی چې خاصتاً په هغه تنګوالی کې لیدل کېږي چې لامل یې ولادي وي.

- د ابهر دسام متکلس کېدل.

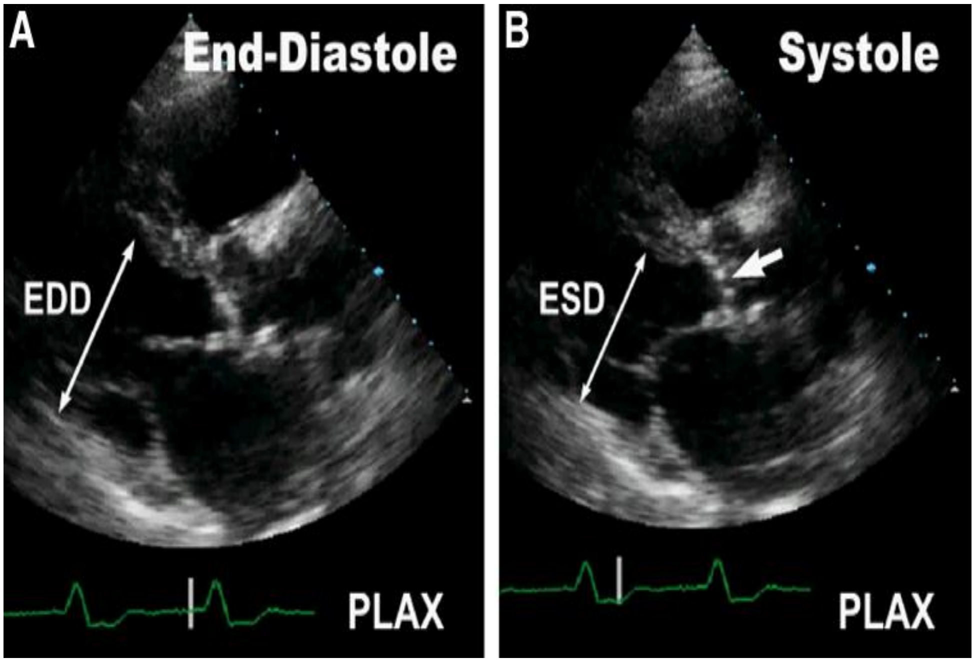


۷ – ۷ شکل

دابهر په تنګوالی کې د زړه په ښی اړخ کې د تنګ شوی موقیعت څخه وروسته د نزولې ابهر پراخوالی لېدل کېږي او په چپ اړخ کې د چپ بُطین حارجی څنډه یې محدبه بڼه ځانته نیولی اوداپیکس ښکتنی برخه یې د ډیافرام څخه ښکته شوې ده. (۵).

۷-۶-۵.الکتروکاردیوګرام : د تنګوالی د کچې سره مستقیماً په متناسب ډول د چپ بُطین غټوالی هم لیدل کېږي. همدارنګه د انتقالي سیستم ځنې نیمګړتیاوې د لیدلو وړ وي.

۷-۶-۶.ایکوکاردیوګرافي : د ایکوکارډیوګرام M- mode او CSE طریقو کارونه د دسام تنګوالی د پاره ښه ازموینې بلل کېږي.



۷–۸ شکل

په دو ډایمنشنل ایکو کې دا خیال د ابهرد دسام د شدید وخامت ښودنه کوی(۹).

۷-۶-۷.د زړه کتیترایزیشن : د چپ زړه کتیترایزیشن هغه وخت استطباب لري چې په ناروغ کې د کلینیک له نظره د چپ بُطین ګیلې شتون ولري او په الکتروکارډیوګرام کې د چپ بُطین د غټوالی ښې لکه: ST او T بدلونونه د لیدلو وړ وي. همدارنګه دا کتنه د تنګوالی د کچې د معلومولو د پاره د تېرېدونکی کچې په معلومولو کې ډېر ارزښت لري ځکه چې ۵۰ ملي متره سیماب په منځنۍ کچه او د ۷۰ ملي مترو سیمابو شتون په وخیم حالت دلالت کوي. دا کتنه د زړه د د هانې د معلومولو، د چپ بُطین د دندې د معلومولو او د اسکېمیک ناروغیو د ردولو د پاره هم کارول کېږي.

۸-۶-۷.**کارډيوانجيوګرافي** : دا ازموينه هغه وخت ناروغ ته توصيه کېږي چې ناروغ د ابهر دسام تنګوالی وخيمه بڼه ولري او ورسره د اکليلي شريانونو د ناروغي د شتون شک هم شتون ولري نو ددې ناروغي د شتون او نشتوالی په خاطر توصيه کېږي.

۹-۶-۷.**تشخيص** : د ناروغي پېژندنه او تشخيص د تاريخچې، فزيکي او لابراتوارې کتنو په بنسټ صورت نيسي.

۱۰-۶-۷.**اختلاطات** : په دې ناروغانو کې د لاندې اختلاطاتو را منځ ته کېدل شونی بريښي .د ماغي امبولي چې د سټروک يا T I A لامل ګرځي، د سترګو شبکې ته امبولي ورکوي او د ړندېدلو سبب کېږي، يو اختلاط يې ناڅاپي مړينه هم ده، د هضمي جهاز وينه بهېدنه او انتاني انډوکارډايټيس.

۱۱-۶-۷.**درملنه**

۱.استراحت : ناروغ بايد د درندو او وزن لرونکی فزيکي کارونو څخه ډډه وکړي او که د زړه د پاتې والی اعراض ورسره يو ځای وي په بستره کې بايد دمه وکړي! د مالګې بندېز او د ډايجوکسينو ورکړه ګټور بريښي.

۲ . د انتاني انډوکارډايټيس د مخنيوي په خاطر بايد وقايوي انټي بيوټيک ورکړل شي .

۳ . د سيني د درد د پاره ښه درمل بيتا بلاکرګڼل کېږي.که د ابهر تنګوالی شديد وي بې له دې څخه چې د ناروغي اعراض په پام کې ونيول شي د دسام بدلون استطباب لري.په ماشومانو او تنکي ځوانانوکې که چېرې په دسام کې پرمختللی سؤی شکل او تکلُس شتون ونه لري کېدای شي چې د دسام تنګوالی د Valvotomy په واسطه هم تداوي کړای شي . خو! دغه درملنه ډېر پايښت نه لرې او څوکا له وروسته بيا د دسام بدلېدلو ته اړتيا پيښېږي. په زړو خلکو کې د جراحي عمليې په غوض د بالون په واسطه پراختيا ورکول

بله لاره ده خو! د دغې درملنې پایله بریالی نه بریښی. او یوازې په هغه ناروغانو کې د اجرا وړ دي چې جراحي عملیه پکې شونی نه وي. (۳).

۷-۷.ترای کسپیډ تنګوالی

د دسامونو نادر او غیر دودیزه ناروغي ده چې د نارینه‌و په پرتله په ښځینه پرګنه کې زیات لیدل کیږي،چې په دغه حالت کې د دسام د تنګیدو له کبله د ډیاستول په مهال د ښی دهلیز څخه ښی بُطین ته وینه په اساني سره نه شي تیریدلی.(۷، ۹).

۱-۷-۷.پتوفزیولوژي : د ښی دهلیز او ښی بطین د ډیاستلیک فشارونو توپیر په TS دلالت کوي. کله چې Trans valvular blood flow د انسپایریشن په صفحه کې صورت نیسي نو توپیر وخیم وي او کله چې د اکسپایریشن په وخت کې وي نو وخامت یې کم وي.کله چې د ښی دهلیز د فشار Mean gradient د سیمابو ۴ ملي ملي مترو ته ورسیږي نو کولای شي چې سیستمیک وریدي احتقان را منځته کړي، سره د دې چې په مالګی بندیز لګیدلی وي او ناروغ ته ډیوریتیک هم شروع وي. زیاتره وخت دغه وریدی ډنډیدنه د هیپاتومیګالی ، Ascites او اذیما سره یو ځای وي چې کله کله ډېره وخیمه وي. په دې ناروغانو کې ریتم سینس وي او a موجه لوړه وي او د y موجه ډېره ښکته وي. د استراحت په وخت کې هم د زړه دهانه آغیزمنه شوې وي او هم د کار کولو په وخت کې د زړه دهانه نه پورته کیږي. د زړه دهانه د MS د شتون سره سره بیا هم د LA,PA او RA سیستولیک فشارونه نارمل او یا په کمه اندازه لوړه ساتي . دغه پېښه په خپل نوبت سره د MS هیموډینامي بدلونونه او کلینیکي بڼه په ډګر کې پټ ساتي.

۲-۷-۷.کلینیکي بڼه : په ناروغ کې به لاندې کلینیک شتون ولري.

الف .تاریخچه : زیاتره وخت د ترایکسپیډ عدم کفایه د مترال د تنګوالی په سیر کې منځ ته راځي. نو لومړنی ستونزه چې را منځ ته کیږي هغه ستونزه به د سږو د کانجیسشن له کبله را منځ ته کیږي نو ناروغ به د لاندې ستونزو څخه ګیله کوي.

۱ . د کار کولو په وخت کې ناروغ د بطن د ښی طرف د پورتنی برخې د درد او دروندوالی څخه ګیله من وي.

۲ . ناروغ به د محیطي پړسوب او اذیما څخه ګیله کوي.

۳ . د سخت کار او فعالیت په وخت کې د نفس تنګي پیدا کېدل او هم د چپ طرف کوم دسام چې د روماتیزم له سببه اخته شوې وي د هغې اړوند ستونزې هم شتون وي.

۴ . ناروغ په غاړه کې د ټکان د احساس څخه ګیله کوی.(۳، ۷).

ب . د ناروغ فزیکي کتنه

۱ . د سینس رېتم سره یو ځای د غټې a څپې شتون والی.

۲ JVP به یې لوړه وي.

۳ . کېدای شي چې د زړه لومړی اواز لوړ واورېدل شي .

۴ . د ټټر د هډوکې په چپ اړخ کې د میډ ډیاستولیک مرمر اورېدل .چې د شهیق په وخت کې لوړ او رمبلینګ Rumbling وصف لري چې کله کله ډیاستولیک تریل ور سره هم یو ځای وي.

۵ . هیپاتومیګالی.

۶ . د ځیګر د پاسه پرې سیستولیک نبضان جس کېږي.

۷ . کله کله د ترای کسپیډ د اُپننګ سنپ اورېدل.(۱۰).

۳-۷-۷.الکتروکاردیوګرام : په الکتروکار ډیوګرام کې په غیر د اُذیني الوتنې او د ښی بُطین د غټوالی پرته د ښی دهلېز غټوالی موندل کېږي. یعنی په دوهم لیډ کې د p څپه لوړه وي چې لوړوالی یې ۳ ملي متره یا د دې څخه هم لوړه وي.(۳).

۷-۷-۴.**راډیوګرافي** : په راډیوګرافي کې د ښی دهلېز د غټوالی له کبله د زړه خیال غټ ښکاري په ځانګړې توګه د ښی دهلېز Bulging شتون وي او سږي معمولاً روښانه ښکاري.

۷-۷-۵. **درملنه** : د تراي کسپېډ دسام تنګوالی(TS) په پرمختیایي ډول پر مخ درومي چې په پای کې د ښی زړه د پاتې والی لامل جوړیږي. د طبي درملنې په لړ کې لومړنی درملنه د مایعاتو د ډنډیدو د مخنیوي او کمې په خاطر د مالګې بندېز او ناروغ ته ډیوریتیک ورکول ډېر ارزښت لري چې د درملنې بنسټیزه ډبره جوړوي. خو! کله چې د کُولمو اذیما شتون ولري نو په دې وخت کې د لوپ ډیوروتیک په پرتله فروسامایډ کارونه غوره بلل کېږي. چې غوره ښوالی یې دا دی چې په دې وخت کې دا درمل د نورو درملو په پرتله ښه جذبېږي. که چېري Ascites او د ځیګر کانجیسشن شتون ولري نو دې ناروغ ته د Aldostrone inhibitor کارونه غوره والی لري. (۱۰).

د تراي کسپېډ دسام کله کله کېدای شي . خو! د دسام بدلولو ته په ډېرو حالتونو کې اړتیا نه پېښېږي او د نوموړی دسام د بدلولو تر څنګ د نورو دسامونو بدلېدلو ته هم اړتیا لیدل کېږي. ځکه چې د تراي کسپېډ تنګوالی یوازې او ګوښی نه وي خو! که اړتیا پېښېږي هغه اړتیا به د متېرال دسام تنګوالی وي.(۳).

۸-۷.د تراي کسپېډ د دسام عدم کفایه

د سیستول په مهال د دسام د پوره نه تړل کېدو له کبله د ښی بُطین څخه ښی اُذین ته د وینې د شاء تګ څخه عبارت دی.

۷-۸-۱. **لاملونه** : لاملونه یې په دوه لاتدنې ډلو وېشل کېږي.

الف . وظیفوي لاملونه : چې پېښې یې د عضوي لاملونو په پرتله زیاتې دي.

۱ . د هر سببه (کورپلمونال او مایوکارډیل انفرکشن) چې د ښی بُطین پراخوالی یا عدم کفایه را منځ ته شوې وي، چې په خپل وار سره د دې دسام د پاتې والی او د وخیم کېدو لامل ګرځي.

۲ . د متړال دسام روماتیک ناروغي .

۳ . د سږی دسام ناروغي.

۴ . د نا معلوم لامل له کبله د سږی د فشار زیاتوالی یا په ثانوې ډول د سږو د ناروغي له کبله یا ترومبو امبولیزم له کبله یا د ولادې شنټ له کبله د تراې کسپېد عدم کفایه منځته راځی.

ب . هغه عضوي آفتونه چې په نادر ډول د ناروغي لامل جوړېږي په لاندې ډول دي.

۱ . ولادې آفتونه چې معمولا د Ebstein's انومالی سره یو ځای وي.

۲ . تروماتیک چې د ښی بُطین د حُلیموې عضلی د شلېدنې سره یو ځای وي.

۳ . د کارسینؤییډ د پلکونو د جوړېدلو ناروغي.

۴ . روماتیزم .

۵ . د درملو په روږدي خلکو کې انډوکارډایتیس .

۶ . لوپیس اریتیماتوزیس.

۷ . د ښی دهلېز مایکسوما .

۸ . انډومایوکارډیل فبروزیس .

۹ . A-V cushion defect. (۳).

۲-۸-۷.کلینیکي بڼه : کلینیکې بڼه یې په لاندې ډول تشریح کېږي.

الف .تاریخچه : په دې ناروغي کې ناروغ به د ښی زړه د عدم کفایې د ګیلو څخه حاکي وي.

۱. ناروغ د کارکولو په وخت کې د ژر ستړې کېدلو څخه بیان کوي.

۲ . ناروغ د کارکولو په وخت کې د ځیګر د پاسه د درد د احساس کولو ګیله کوي.

۳. ناروغ د محیطي اذیما څخه ګیله کوي.

۴ . ناروغ به په غاړه کې د ځورونکی نبصان څخه شاکي وي

ب . د ناروغ په فزیکي کتنو کې لاندې نښې د لیدلو وړ وي.

۱. هیپاتومیګالی .

۲ . اسآیتس او د پښو پړسوب .(۹).

۳ . د غاړې په وریدونو کې د سیستولیک نبضان شتون.

۴. د تراکسپېډ د محراق د پاسه د پان سیستولیک مرمر اورېدل چې د شهیق او یا مشق سره شدت مومي او کله کله د هغې سره یو میډ ډیاستولیک مرمر هم اورېدل کېږي.

۵. معمولاً اُذینې فبریلیشن شتون لري.

۶ .د ټټر د هډوکې په چپ طرف کې د ښی بطین څپه د جس وړ وي. (۳، ۴، ۷).

۳-۸-۷. ایکوکارډیوګرافي: د ایکو په کتنه کې دغه دسام به ضخیم او پنډ وي او د سیستول په صفحه کې به Dome مانند وي. د Transvalvular gradient د معلومولو له پاره باید یې دوامداره موجې ډوپلر ایکو سرته و رسېږي.

۴-۸-۷.الکتروکارډیوګرام : د ښی بُطین د غټوالی نښې چې کله کله اُذینې فبرېلشن هم ور سره یو ځای وي، کتل کېږي.

۷-۸-۵. د سیني راديوګرافي: په دې کتنه کې ليدل کېږي چې ښی دهلېز او بُطين لوی شوې وي.

۷-۸-۶.درملنه : کله چې د ترايکسپېډ عدم کفايه په ګوښی ډول سره وي چې زياتره وخت د تروما او يا د انتاني انډوکارډايټيس په سير کې منځ ته راځي او د زغم وړ وي او د دې حالت سره د پلمونرې شريان هايپرتينشن شتون ونه لري نو په دې حالت کې د دسام وظيفوي عدم کفايه معمولاً د طبي درملو په واسطه د منځه ځي چې د څو کالونو له پاره ناروغ دا حالت زغمولای شي او جراحي عمليې ته اړتيا نه لري. په داسې حال کې چې د دسام پرمختللی عضوي عدم کفايه کېدای شي . چې جراحي عمليې ته اړتيا پيدا کړي يعنی د جراحي کړنې په واسطه دسام اصلاح شي او په ناروغ باندی د Annuloplasty يا Plication عمليه سر ته ورسېږي. مګر په ډېرو نادرو حالتونو کې تراي کسپېډ دسام د بدلولو غوښتنه کوی.(۳).

۷-۹.سږيز دسامي ناروغی

۷-۹-۱. لاملونه : د نورو ناروغيو په پرتله سږيز دسام ډېر کم د روماتيزم ناروغيو په واسطه اغيزمن کېږي.کله کله دا ناروغي د انتاني انډوکارډايټيس محراق ګرځي.د کسبي سږيز ناروغيو معمولاً د دې دسام د پاتې والی غوره لامل چې په ثانوې ډول د دې دسام حلقی د ارتېدو له کبله چې د پرايمری سږيز هايپرتينسن په سير کې رامنځته کېږي. دغه ارتوالی د Garham steel murmur لامل ګرځي چې لوړ اوريدل کېږي او ډيکريسينډ او فلو وصف لري او د ټټر د هډوکی په چپ طرف کې د ډياسټول په صفحه کې اورېدل کېږي. چې د ابهر د وروسته پاتې والی له کبله کوم مرمر چې رامنځته کېږي، بېلول يې ډېر ستونزمن وي.د سږيز دسام پاتې والی د هيموډيناميک د نا چيزې بدلون لامل ګرځي. د سږيز هايپرتينشن د شتون سره سره د انتاني انډوکارډايټيس په صورت کې چې د دې دسام

ویجاړیدنه او یا د جراحي عملیې له کبله د دې دسام لرې کول بیا هم د زړه د پاتې والی لامل نه کېږي .

Carcinoid syndrome هم د دې دسام د تنگوالی او هم د پاتې والی لامل گرځي.همدارنگه سږیز پاتې والی په هغه ناروغانو کې ډېر پېښېږي چې په کوچنیوالی کې د فلوټ د تترالوجې له سببه جراحي عملیه پرې سرته رسېدلی وي. علت یې د دسام د خروجی لارې دوهم ځلې ترمیم بلل کېږي. ولادي سږیز تنگوالی به په ولادي ناروغیو کې تشریح شي .

۲-۹-۷. **درملنه** : په هغه ناروغانو کې چې د ماشومتوب د دورې د ترمیم له کبله د دسام پاتې والی رامنځته شوې وي نو دې ناروغانو ته Percutaneous pulmonic valve replacement سرته رسېږي. همدارنگه دا درملنه په هغه ناروغانو کې هم سرته رسېږي کوم چې د دې دسام تنگوالی ولري او یا د دې دسام اتریژیا شتون ولري. معمولا دا عملیه د Percutaneous aortic valve replacement عملیې څخه مخکې سرته رسېږي.(۹)

۱۰-۷.د گډ شمېره دسامونو ناروغي

۱-۱۰-۷.د مترال دسام تنگوالی او د ابهر دسام عدم کفایه (MS + AR)

د دسامو دا گډه ناروغي د ناروغي په پېژندنه کې ډېره ستونزمنه پېښه را منځته کوی هغه دا چې د مترال تنگوالی د ابهر دسام کلینیکي بڼه تر خپل سیوری لاندې راولي او د دې ناروغي کلینیکي بڼه په اولو صلي بڼه د زړه د دهانې د کمښت له کبله نه څرگندېږي.ځکه چې په دې پېښه کې چپ بطین د زړه د دهانې د کموالی له امله په متوقع ډول نه لوېږي. نو د مترال د تنگوالي د وخامت د پېژندلو له پاره د Pressur half-time using Dopplar Echocardiography. څخه کار اخیستل کېږي. همدارنگه د دې ازموینې په عوض د درملنې په واسطه د مترال دسام وخامت هم معلومېږي. ځکه چې د مترال دسام درملنه د ابهر دسام کلینیکي بڼې وخامت ښکاره کوي.

درملنه : که چېرې جوته شوه چې د ابهر دسام وخیمه عدم کفایه شتون درلود، نو د درملنې له پاره يې د ابهر دسام تعويض او مترال دسام ترميم سرته رسېږي .

۲-۱۰-۷.د مترال دسام او ابهر دسام یو ځای تنګوالی (MS +AS)

لاملونه : د دې ناروغي ډېره غوره لامل روماتيزم دې خو د تکلس له امله په ډجينراتيف ناروغيو کې هم ليدل کېږي .

کلينيک : ډاکتر ته يوه ځانګړې ستونزه په پېژندلو کې او هم په درملنه کې را منځته کوي. په دې حالت کې د ابهر دسام تنګوالی له کبله د مترال دسام مرمر پټ پاتې کېږي او په واضيح ډول نه پېژندل کېږي. ځکه چې د ابهر دسام لوړ پيچې لرونکی مرمر په اولو پيکس کې اورېدل کېږي چې د مترال دسام د ډياستولیک رمبلینګ د خاموشې لامل جوړېږي. همدارنګه د مترال وخيم تنګوالې د زړه د دهانې د کمښت لامل کېږي چې په خپل نوبت سره د چپ بطېن د لويوالی مخنيوي کوي چې دغه مخنيوي د ابهر دسام د وخامت پټوونکی جوړېږي او د وخامت کلينيکې بڼه پټ پاتې کېږي.د دواړو د پتالوژی د پېژندنې له پاره ايکوکارډيوګرافي غوره معاينه بلل کېږي.

درملنه : که چېرې د درملنې په وخت کې د ابهر د تنګوالی د ناخبرې له کبله مترال سام ته Percutaneous ballon valvotomy سرته و رسېږي نو دا عمليه د چپ بطين د حاد عدم کفايي لامل کېږي ځکه چې د مترال په اولو صلاح سره د زړه دهانه چپ بطين ته زياتېږي او په خپل نوبت سره د بطين د عدم کفايي سبب کېږي.نو په کار دا دی چې ابهر د دسام تعويض او مترال ته تعويض يا ترميم سرته و رسېږي.

۳-۱۰-۷.د مترال دسام عدم کفايه او ابهر دسام تنګوالی (MR + AS)

دغه مشراکت غيره معمو له پېښه ده . په دې پېښه کې د دواړو افتونو سيستولیک مرمرونه جلا اورېدل کېږي خو! د دواړو مرمرنو تر منځ توپير نه شي کېدلای. ځکه چې د ابهر د

تنګوالی اپیکلی منتشر شوې مرمر ډېر لوړ اوریدل کېږي چې د Gallavardin sign په نوم یادېږي. همدارنګه د شاتنی لیف لیټ پرولپس له کبله سیستولیک مرمر اوریدل کېږي چې د زړه قاعدی ته خپرېږي. نو د اصلي پتالوژی د معلومولو له پاره د ایکو کارډیو ګرافي ګټه اخیستل کېږي چې دا عملیه د ابهر دسام د تنګوالی ترڅنګ د مترال دسام د عدم کفایي، کوم چې د داخل البطېنی سیستولیک فشار د زیاتوالی له کبله چې د ابهر د وخیمې تنګوالی څخه منځته راغلی دی پوره ځرګندونه ورکوی او هم د هغی د دسام د تنګوالی د وخامت په هکله ډېر صحیح او غوره معلومات ورکوي.

درملنه : د ابهر دسام تنګوالی تر څنګ د مترال دسام جراحي درملنه: کله چې د ابهر دسام تعویض ستونزمن وي نو په دې وخت کې د مترال دسام جراحي درملنې په هکله په لاندې ډول پرېکړه کېږي. که چېرې د مترال دسام د عدم کفایي لامل یې داخلي پتالوژی وي. د بېلګې په ډول پرولپس . نو په دې وخت کې د مترال دسام جراحي عملیه د ابهر دسام د تعویض کولو په پرتله وړاندې والی لري چې باید سرته و رسېږي.که چېرې د مترال دسام د عدم کفایي کچه خفیف او یا منځنۍ وي او داخل المنشه پتالوژی ونه لري نو په دې وخت کې د چپ بطین د داخلي فشارکموالی د مترال د عدم کفاي د ښوالی لامل کېږي. چې د ابهر په بدلولو سره ترلاسه کېږي. په دې وخت کې په دوارو دسامونو باندې د عملیو سرته رسول د معلولیت او مړینی کچه ډېره لوړ وي. که چېرې ډاکټر د داسې یوې پېښې سره مخ شو چې مترال عدم کفایه د ابهر دسام د تعویض څخه وروسته وخیمه او هم ټېګار کوونکی پاتې کېدلو نو په دې وخت کې غوره پرېکړه دا ده چې لومړی به په مترال دسام کې مداخله وشي بیا وروسته په ابهر د سام کې تعویض کول تر سره شي .

که چېرې مترال عدم کفایه دوامداره او ټېنګار کوونکی وه نو په دې وخت کې مداخله لاژمی خبره ده. .

۴-۱۰-۷.د ابهر او متړال ګډه عدم کفایه

لاملونه : د دې ناروغي غوره لاملونه د زړه روماتيزم او کولاجن ناروغي دي.

پتالوژی : د پتالوژی له نظره د دواړو دسامونو په قُطرونو کې پراخه شوې بدلونونه ليدل کېږي چې کېدای شي دواړه يو ځای د روماتيک ناروغيو په سير کې منځ ته راغلي وي او يا د کولاجن ناروغيو د اختلاط په ډول رامنځ ته شوې وي او يا د متړال عدم کفايه د ابهر د دسام د عدم کفايي له کبله د اختلاط په ډول رامنځ ته شوې وي.

کلينيکې بڼه :کله چې د ابهر او متړال د دسامونو تنګوالی په يوه ناروغ کې را منځ ته شي نو د چپ بُطين Overload او غير معاوضوې صفحه ډېر ژر تاسس کوي. چې د جراحي عمليې استطباب د چپ بُطين د جسامت او دندې پورې تړلی وي.

هيموډيناميک بدلونونه: په دې پېښه کې د سيستول په صفحه کې د متړال دسام پوره نه تړل کېږي چې څه مايع د چپ بُطين څخه چپ دهلېز ته شاء تګ کوي او د دې د داخلي حجم د زياتوالی سبب ګرځی. دا پيښه په خپل نوبت سره د دهلېز د داخلي فشار د زياتوالی او د هغې د هايپرتروفي او د پراخوالی لامل ګرځي او ورسره جوخت د ابهر د دسام عدم کفايه چې کله کله د متړال د عدم کفايي سبب هم کېږي چې د سيستول په صفحه کې د بندېزسره يې مخه ده او ور سره د ډياستول په صفحه کې د چپ دهلېز څخه د زيات حجم مايع له کبله د چپ بُطين کار زياتېږی چې دا زياتيدنه د بُطين د هايپرتروفي او پراخېدلو سبب کېږي چې ددې دواړو پېښو يو ځای رامنځ ته کېدنه د چپ زړه د غټېدو او پراخېدلو سبب کېږي چې د وخت په تېرېدلو سره مايع د سږی وريدونو ته شاء تګ کوي او په سږو کې د سږی فشار د زياتېدو لامل ګرځی. (۹).

درملنه: په ميخانيکی لحاظ سره د متړال دسام درملنه بايد د ابهر د دسام څخه مخکې صورت ونېسي.

۵-۱۰-۷.د دسام تعویض او ترمیم

د دې جراحي عملی ښه پایله په لاندې شي انو باندې ولاړه ده.

۱.د عملیات په وخت کې د ناروغ د مایوکارډیل دندې او عمومي طبي حالتونو پورې تړلی ده.

۲.د عملیاتي ډلي د مهارت او د عملیات څخه وروسته د روغتیایي ډلي د ښه ساتنې او څارنی پورې اړه لري.

۳.د مصنوعې دسام استهلاکې دوام ، څرنګوالی او د ترمبولایتکې پېښو پورې اړه لري. د عملیاتونو تر مخه دمړینی کچه په لاندې خلکو کې ډېره وي : کله چې عمر زیات وي یا نور معلولي ناروغي ولري لکه : د سږو ناروغي، د پښتورګې ناروغي، د دسامې ناروغیو پرته د نورو قلبي ناروغیو له پاره د جراحي عملیو اړتیا ، ډیابیټ او سږیز شریانې هایپرتینشن. ددې عملیې ځنډنی اختلاطات عبارت دي له : ترومبوامبولې، د پرنې کېدو ضد درملو د کارونې له امله وینه بهېدنه، د میخانیکې دسام ترمبوسیس،دپانوس نه شنه کېدل (Pannus ingrowth) د دسام سره په موازې ډول د لیکاژ را منځته کېدل، هیمالسیس، دسامې جوړښت خرابوالی، انتانې اینډوکارډایټیس او Prosthesis – patient mismatch دسامې تعویض او اقسام د ناروغ د عمر او ځنې نور حالتونو پورې اړه لري چې په لاندې ډول ور څخه یادونه کوو.هغه ناروغان چې عمر یې د ۶۵ کلونو څخه کم وي او د تحثر ضد درملو په کارونه کې کومه ستونزه ونلري نو هغې ناروغانو ته Mechanical prosthesis (د مصنوعی دسام عدم کفایه، کوم چې په هغه مصنوعي دسامونو کې منځته راځي چې د ناروغ د اناتومې په پرتله کوچنې وي) کارول کېږي.د مصنوغي دسامونو ټاکنه (Tissue and mechanial prosthesis) د ناروغ د اړتیا ، د دسام د راتلونکی دوام (کوم چې د عمر په زیاتوالی ، د پښتورګو د آخري مرحلی ناروغي او د حمل په اخیستلو سره کمېږي) او د تحثر ضد درملوکارونې پورې اړه لري. چې دا عملیه د ژوند تر یوې اوږدې مودی پورې د تحثر ضد درملوکارونې ته اړتیا لري. ځکه چې په Tissue prosthesis د دې ناروغانو ۳۰ سلنه

د ۱۰ کالونو په تېرېدو سره د دوهم ځل دسامې بدلون ته اړتیا پیداکوي او ۵۰ سلنه تر ۱۵ کلونو پورې دوام کوي. هغه خلک چې د ۲۵ کلونو څخه ډېر عمر لري او نه شي کولای چې انتي کواګولانټ وکاروي او یا هغه ناروغان چې د دې درمل د کارولو له پاره بل مضاد استطباب (حمل اخیستل یا د بېوږدو د آخرې مرحلې ناروغي) ولري نو هغوی ته هم د دسام تعویض له پاره Mechanical prothesis سر ته رسېدلای نه شي بلکه د دې پر ځای Bioprosthesis کارول کېږي. همدارنګه هغه ښځې چې ماشومان غواړي هغوې ته هم Bioprosthesis توصیه کېږي. په بیو پروستېز کې متړال دسام د ابهر دسام په پرتله ژر خرابېږي چې غوره علت یې د دې دسام زیات بندېدل چې زیات فشار ته اړتیا لري رامنځته کېږي.د سیني امریکایي ټولنه نن سبا ټولو خلکو ته خو! زړو خلکو ته زیاتره وخت د بیوپروتیز توصیه کوي چې دا په خپل نوبت په دوه ډو له ده چې د Xenografts او Homograft په نومونو یادېږي. د تراکسپېد دسام تعویض له پاره Tissue valve کارول کېږي.په اوسنې وخت تجربه لرونکې جراح ډاکټران د لومړی ځل له پاره د دسام ترمیم ته غوره والی ورکوي. هغه کسان چې عمر یې د ۲۵ کلونو څخه ټیټ عمر لري او په خلاص مټ سره کولای شي چې د تحثر ضد درمل په دوامداره ډول کارولای شي نو هغه کسانو ته ښه ټاکنه میخانیکی پروستېسیس ده. Bioprosthesis هغه ناروغانو ته ټاکل کېږي چې عمر یې د ۷۵ کالونو څخه کومو ناروغانو باندې چې پورتنی علمیې سرته رسېدلي وي نو دا ناروغان باید د انتاناتو څخه وساتل شي .کله چې دوی غاښ وباسي او د خولی مداخلې ته اړتیا پیدا کېږي باید د مداخلې څخه مخکښې وقایوي انتي بیوټیک وکارول شي .

۱۱-۷.لنډیز : څرنګه چې پرمختلی هېوادونه د انتاناتو د پاره مخنیونکې تدبیرونه لري مګر زمونږ هېواد وروسته پاتې هېواد چې اوس هم د انتاناتو سره تل لاس په ګریوان یو.زمونږ اقتصادي حالت د دې جوګه نه ده چې د نړې سره برابر د انتاناتو مقابله وکړو او ځانونه د هغو په شان د انتاناتو څخه وساتو نو ځکه زمونږ په هېواد کې روماتیزم غټ پرابلم او د

هغې څخه را ولاړ شوې دسامې ناروغي غټه ستونزه ده چې زمونږه زياته شتمني په دې لاره مصرفيږي.

۱۲-۷.پوښتنې

۱ : په روماتيک ناروغي کې کورې د () د جملې څخه شمېرل کيږي.

۲ : د روماتيزم په مونو سکليک بڼه کې تبه او د بندونو دردونه څه وصف لري؟

۳ : په روماتيزم کې د Jaoud’s arthitis کلينيکي وصف وليکئ!

۴ :د متيرال تنګوالی په ناروغ کې په تفتيش سره څه کتل کيږي؟

۵ : د متيرال تنګوالی په بريښنايي ګراف کې الف : P - mitral ب : P - pulmonale ج : P -mitral او P -pulmonale دواړه.

د: پورتنی درې واړه صحيح دي.

۶ : متيرال عدم کفايه د کومو ناروغيو څخه بايد جلا شي ؟

۷ : د ابهر په عدم کفايه کې ناروغ د کومو شيانو څخه ګيله کوی؟

۸ :د ابهر په تنګوالی کې ناروغ څه حکايه کوی؟

۹ : د ابهر دسام تنګوالی د کومو ناروغيو څخه بايد جلا شی؟ او هم وواياست چې مرمر يې څه وصف لري؟

۱۰ :د تراې کسپيډ د عدم کفايې وظيفوي لاملونه وليکې؟

۱۳-۷.اخځلیکونه (References)

۱.دل، دل اقا. (۱۳۹۰ل ل).د زړه او رګونو ناروغي. ننګرهار پوهنتون ، سهر مطبعه، کابل، افغانستان. مخ: ۲۵ .

۲.دل، دل اقا او هادی، سیف الله .(۱۳۹۳ل ل).د ابهر دسام په ناروغیو کې د زړه د عدم کفايي پېښې.داخله څانګه، طب پوهنځی، ننګرهارپوهنتون. پوهه مجله، مخونه: 45 – ۴۲.

۳. نشاط، محمد طیب. (۱۳۸۸ل ل).تنفسي او د زړه د دسامونو روماتیزمل ناروغي.داخله څانګه، طب پوهنځې ، ننګرهار پوهنتون. مخونه :۲۵۷-۳۱۲.

۴. نصر، محمدکریم .(۱۳۷۰ل ل).امراض قلبی وعائی.دیپارتمنت داخله ، پوهنتون طبی کابل.

صفحه:۱۸۳.

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

6.Colledge,Nicki. Walker,Brian R & Ralstom,Stuart H.(2010).Davidson's Principles & Practice of Medicine,21st. churchal Livingstone Elsevier India Private Limited.Pp: 612 – 624.

7.Kumar, Parveen & Clark, Michael. (2005).Clinical Medicine, 6th Edition. Elsevier Saunders, London. Pp: 818 – 827.

8.Kumar, Vinay. Cotran, Ramazi and Robbins, Stanley L.(2003). Robbins Basic Pathology, 7th Edition. Saunders, London. Pp. 374 – 380.

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

Pp :1934 – 1949 , 2752 - 2756.

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

Pp : 324- 341 , 405 - 406.

11. Taber's Cyclopedic Medical Dictionary 20th Edition ,F, A, Davis Company ,WWW,FADavis.

اتم څپرکی

انډوکارډایټیس

پیلیزه : زړه د بدن د مهمو او حیاتي غړو څخه شمېرل کېږي چې دیوال یې ددرېو برخو څخه جوړه شوې ده چې د داخل له خوا د اینډوکارډیوم (Endocardium).، سب اینډوکارډیوم (Subendocardium). او بهرنی برخه یې د ایپې کارډیوم (Epicardium). په نوم یادېږي. د سب انډوکارډیوم التهابي وتیره د سب اینډوکارډایټیس (Subendocarditis).په نوم یادېږي چې انتاني(Infective). او غیر انتاني (Non enfective).سرچینه لري.

۱-۸.انتاني انډوکارډایټیس

۱-۱-۸. **تعریف** : د زړه د دساموںو او د انډیوکارډیوم د خارجي یا اندوتیلیوم د سطحي منتن کېدلو ته انتاني انډوکارډایټیس وایي.

۲-۱-۸.ګروپ بندي: انتاني انډوکارډایټیس په دوه ډلو وېشل کېږي .(۲).

۱.حاد بکتریایي انډوکارډایټیس : هغه انتاني انډوکارډایټیس دی چې د قوي مرض تولیدونکی انتاناتو په واسطه د ورځو یا اونیو په موده کې منځ ته راځی.

۲ . تحت الحاد بکتریایي انډوکارډایټیس: هغه انتاني انډوکارډایټیس دی چې د کمزوري ناروغي منځ ته راوړونکی انتاناتو په واسطه د اونیو یا میاشتو په موده کې منځ ته راځي. دا ناروغي د خپل ډېر ورو او خفي سیر له کبله تر زیات وخته پورې د تشخیص څخه پټ پاتې کېږي، هغه وخت پېژندل کېږي چې د زړه په جوړښت کې بدلونونه را منځ ته کړي او دغه بدلونونه په خپل نوبت سره د یو غټ امبولیکي پېښې او یا د څېرې شوې فنګسي انوریزم سبب جوړ شي .دې ناروغي کې ځنې وخت د انډوکارډایټیس په شتون کې تنبُتات غیر مایکروبي وي، چې د غیربکتریایي انډوکارډایټیس په نوم یادېږي. په پرمختللی هېوادونو کې د دې ناروغي کلنۍ پېښې په هر ۱۰۰۰۰۰ کسانو کې ۲,۲ _ ۷

دي. په دې هېوادونو کې د مساعد کوونکو فکتورونو د ډلې څخه د زړه ولادي ناروغي د زړه د ځنډنی روماتیک ناروغیو ځای ناستي جوړ شوي دي.همدارنګه په یاد شوي هېوادونو کې د دې ناروغي نور مساعد کوونکی فکتورونه عبارت دي له: په غیر قانوني ډول د ورید له لارې د درملوکارونه، د دسامونو استحالوي ناروغي او په داخل د زړه کې د ځیني نقشو کارول.همدارنګه په پورتنی ملکونوکې په زړو خلکو کې د انتاني انډوکارډایټیس پېښې زيات لیدل کېږي.د دې ناروغي ۳۰ – ۳۵ سلنه پېښې چې په اصلي او طبیعي دسامونو کې د روغتیايي بې پروایي له کبله را منځ ته کېږي.په ټولېز ډول د انډوکارډایټیس ۱۲ _ ۳۰ سلنه پېښې په هغو خلکو کې را منځ ته کېږي چې مصنوعي دسامونه لري. دا پېښې د دسامونو د ځای په ځای کولو څخه وروسته په لومړنی ۲ - ۱۲ میاشتو کې ډېر لیدل کېږي، چې د دې څخه وروسته پېښې یې کمېږي او ناروغ ثابته بڼه ځانته غوره کوي.

۳-۱-۸. **لاملونه** : زیاتره بکتریا او فنګسونه په Sporadic ډول د انډوکارډایټیس لامل ګرځي.د دې د ځینیو بکتریاو لکه: Viridans streptococi,Staphylococci and HACEK د داخلېدلو لارې يې عبارت دي له : خولی ، پوستکی او د پورتنی تنفسي سیستم څخه د Streptococus gallolytic بکتریا د داخلېدلو لاره د معدی معايي څخه عبارت دی. همدارنګه Entrococi د ويني بهير ته د بولې لارې څخه ځان رسوي. نو په ټولېز ډول لاملونه يې په لاندې دوه لویو ډلو وېشل کېږي.

الف . بکتریایي لاملونه

۱ . هغه بکتریاوي چې په دودیز ډول د دې ناروغي سبب کېږي عبارت دي له: ستریپټوکوکس ویریډانس، ستریپټوکوکس فیکالیس اوستافیلوکوکس اپیدرمېډ یس . په درملو روږدي خلکو کې او د عملیات څخه وروسته په لومړ نیو شپېو کې معمول لامل يې د ستافیلوکوکاې څخه عبارت دي.

۲ . غیر معمول بکتریاوې چې د انډوکارډایتیس سبب کېږي عبارت دي له : نیمو، ګونو یا مینینګوکوکس، پې پروتیز، بې پایوسیانیز ، د کولمو ګرام منفي
Haemophilus spp Eikekelia spp ، Actinobacillus spp – Corynebacterium spp، او kingelia spp .

ب . غیربکتریایي لاملونه : ریکیتسیایي لکه Coxiella burnetti.او فنګسي انتانات لکه : coddida، monilia، aspergillus، histoplasma او torulosis . Chlamydia type B agent of psittacosis.

۴-۱-۸.پتوجنیسیس او پتالوژی

پتوجینیسیس: د دسام د انډوکارډیوم د داخلي سطحې تخریش یا زخمي کېدل د مایکرو اورګامیزم د ننبتلو له پاره په لاندې ډول لاره هواروي.

۱.کله چې وینه د سب انډوکارډیل اجزاؤ سره په تماس کې را شي نو ورکوټې Clot جوړېږي.د دې ناروغي پتوجن چې د وینې په بهیر کې شتون لري د دې پرڼ سره په تماس کې راځي او ځان د دې سره ننښلوي او د مانوسیټ د فعالېدو لامل ګرځي.مانوسیټ په خپل نوبت د سایتوکین د جوړېدو لامل کېږي او په پایله کې یو غټ انتاني تیغه رامنځته کوي.

۲. هغه مایکرو اورګانیزمونه چې Fibronectin درلودونکې دي د Transmembrane proteins سره چې د Microulceration له امله را منځته شوې، د یو ځای کېدو په واسطه انتاني انډوکارډایتیس را منځته کوي چې دا پېښه په ستافیلوکوکس اووریس کې لېدل کېږي چې په روغو دسامونو کی را منځته کېدای شي .

پتالوژی : د پتالوژی له نظره لاندې بدلونونه د کتلو وړ وي.

۱ . د ناروغي غوره پتالوژیکی ښنبه په دسام کې د تېغو را منځ ته کېدل دي، چې په جوړښت کې يې بکتریا او یا کوم بل اورګانیزم شامل وي.چې په ابهر او متړال کې زیات پیښیږي او د درملو په روږدي خلکو کې د ښی زړه په دسامونو کې لیدل کېږي.

۲. تېغې کېدای شي چې يو یا ګڼ وي.کېدای شي چې يو دسام اخته کړي او یا په عینې وخت کې ګڼ شمېر دسامونه اخته کړي.د تېغې بڼه او جسامت د لامل او د انتې بیوتیکو د کارونې پورې تړلی وي.ځکه فنګسونه د بکتریاو په پرتله د غټو تېغو لامل ګرځي او د انتې بیوتیکو کارونه د تحت الحاد ناروغیو لامل ګرځي چې تېغې يې دومره ښکاره نه وي.

۳ . ځنې وخت د تېغو د پرمختګ له کبله د دسام د سوریو بندېدل او تنګېدل منځ ته راځي. همدارنګه ځنې وخت تېغې کولای شي چې د دسام د تخریب له کبله د وریقو ، حُلیموي عضلو او کورډا تینډان د شلېدلو سبب جوړ شي .همدارنګه د دسامونو چا پېره ځنې غیر دودیز بدلونونه د Ring abscesses په نوم منځ ته راځي.چې په تحت الحاد حالت کې غیر معمول وي او په تحت الحاد کې د دسامونو نسجي تخریبات د حاد په پرتله کم وي او هم تېغې يې په خپلو منځو کې سره توپیر لري. داسې چې په تحت الحاد کې د تېغو په قاعدو کې د ګرانولیشن انساج موجود وي.

۴ . په دې ناروغانو کې د تېغو څخه د اختلاط په ډول شریاني امبولي جلا کېږي چې ۲۰ – ۵۰ سلنه پېښې جوړوي او د بدن په نورو برخو کې د آفتونو لامل ګرځي مثلا : په دماغ، سترګه ، پښتورګو او نورو کې .

۵-۱-۸.کلینیکې بڼه : د دې ناروغي کلینیکی بڼه پراخه او د ناروغانو تر منځ مختلف وي. نو د دې ناروغي کلینیکې بڼه د انتان، زړه ، امبولي ، معافیتې سیستم او تنفسي سستم پورې اړه لري.

الف . د انتان اړوند کلینیکي بڼه

تبه : په۸۰ – ۹۰ سلنه ناروغانو کې شتون لري چې په ډول، ډول څرنګوالی سره لیدل کېږي. کله کله شدت یې کم وي چې په حاده ناروغي کې هیکتیک وصف لري چې په۴۰ -۷۵ سلنه ناروغانو کې لړزه او خوله ورسره یو ځای وي او کله کله وخیم حالت لري. همدارنګه د تبې او انتان له کبله د دې ناروغانو په **۲۵ – ۵۰** سلنه کې بې اشتهایي، ستړتیا او د بدن د وزن بایلل شتون لري. مګر په لاندې حالتونو کې تبه شتون نه لري لکه : د زړه احتقانې عدم کفایه ، د پښتورګو ځنډنی عدم کفایه ، فنګسې انډوکارډایټیس، د انټي بیوټیکونو کارونه، زاړه خلک او د سپسیس په وخیمه بڼه کې.

کم خوني : په۷۰ – ۹۰ سلنه پېښو کې کم خونې شتون لري . په دې کې د پوستکی د رنګ بدلېدنه په خاکي ژېړ رنګ باندې، چې په کم خونې باندې دلالت کوي.

کلبینګ : چې د ګوتو په کلبینګ کې د غټو ګوتو کلبینګ ژر را منځ ته کېږي. دا پېښه د دې ناروغانو په۱۰ – ۲۰ سلنه کې د لیدلو وړ وي.

د تورې غټېدل : په **۱۵ – ۵۰** سلنه ناروغانوکې دلیدلووړ وي .چې د ناروغي په اومه اونۍ کې لیدل کېږي. چې د تتوریت سره یو ځای وي او که چېرې احتشاء را منځ ته شوې وي نو Rub هم د موندنې وړ وي. همدارنګه په ځینو نادرو حالتونو کې کتلوي سپلینومیګالی هم جس کېږي.

د بندونو درد : د انډوکارډایټیس په **۱۵** – ۳۰ سلنه ناروغانو کې رامنځته کېږي چې د مایع د ټولېدو پرته د بندونو لنډ مهاله دردونه پیدا کوي.

ب . د زړه اړوند کلینیکي بڼه: همدارنګه د زړه مرمرونه د انډوکارډایټیس په پرتله زیاتره وخت د زړه د نورو ناروغیو پتالوژۍ جوړوي.د دې ناروغي په شروع کې مرمرونه کم مګر د وخت په تېرېدلو سره کې په۸۰ – **۸۵** سلنه ناروغانو کې رامنځ ته کېږي. چې د لاندې څرنګوالی درلودونکی دي.

۱ .عضوي مرمر: چې د دسامونو د نیمګړتیا او یا په ولادي ډول د زړه او رګونو په آفتونوکې منځ ته راځي.

۲ . د مرمر په شدت کې بدلون رامنځ ته کېدل : په ۲۰ – ۵۰ سلنه پېښو کې د Regurgitant په شدت او وخامت کې زیاتوالی را منځ ته کېږي.

۳ .د نوې مرمرونو پیدا کېدل : د دې ناروغي په۲۰ – ۵۰ سلنه پېښو کې نوې مرمرونه د لاندې حالتونو له کبله رامنځ ته کېږي.د بُطیناتو تر منځ د سیپټوم سوري کېدل. د والسلوا د سینس څېرې کېدل، په حاد ډول د متړال یا ابهر د دسام د عدم کفایې را منځ ته کېدل.

۴ . د مرمر نشتوالی : په هغه حالتونو کې چې مرمر شتون نه لري عبارت دي له. د زړه د روغ شوي احتشاء څخه وروسته د اختلاط په ډول انډوکارډایټیس چې مورل ترمبس ورسره یو ځای وي، را منځ ته کېږي. وختي را منځ ته شوي انډوکارډایټیس چې پخوانی صحت مند دسام یې اخته کړې وي. د ټراې کسپېډ د دسام انډوکارډایټیس چې د مرمر څخه بې برخې وي.

د زړه د عدم کفایې پورې اړوند : په ۳۰ – ۴۰ سلنه ناروغانو کې احتقانی عدم کفایه را منځ ته کېږي. کېدای شي چې د تاکسیک مایوکارډایټیس له کبله را منځ ته شي . په نادرو حالتونو کې پریکارډایټس یا د اکلیلي شریانونو بندېدل د دې ناروغي لامل جوړیدلای شي. همدارنګه په حاد ډول پلمونرې اذیما یو ځای د دسامونو د عدم کفایې سره رامنځ ته کېږي چې په کمه اندازه د زړه غټوالی ور سره وي چې په ډېره چټکۍ سره د زړه د دهانې د کمښت لامل ګرځي.

سیستمیک امبولیزم

الف . شریانی .

دماغ پورې تړلی هیموپلیجیاء یا مایکوتیک انورېزم چې په شلېدلو منتج کېږي. پښتورګی اړوند : چې د کولیکې دردونو او هیمچېوریا لامل ګرځي.

ریټینا: چې د سترګو د دید ګډوډۍ رامنځ ته کوي.

میزینټریک شریانونه: چې د حاد بطني دردونو، د تورې د انفرکشن او احتشاء سبب کېږي.

محیطي اوعیي: په اطرافو کې د ګانګرین رامنځ ته کېدل د مصنوعي دسام اړوند د مقدم انډوکارډایټیس له سببه چې د غټو اوعیو د بندېدلو له کبله منځ ته راځي چې زیاتره وخت په په فنګسي انډوکارډایټیس باندې دلالت کوي.

سږي: د چپ او ښي شنټ له کبله یا د ریوی دسام د اخته کېدو له سببه په دې ناروغي کې د نمونیا پېښې زیات لیدل کېږي.

د معافیتي سیستم اړوند کلینیکي بڼه.

د پوستکي څرګندونې

راوتلې تینار او هایپو تینار

۱. اوسلر (Osler's) نوډ: د میمپلې په اندازه، حساسیت لرونکي نوډولونه دي چې د ګوتو او د پښې د غټو ګوتو په قاعدو کې لیدل کېږي چې په ډ له ییز ډول رامنځ ته کېږي او کېدای شي چې مرکز یې خاسف او غاړې یې سور رنګ ځانته غوره کړي او څو ورځې وروسته د چاودېدلو او یا دکومې نښې د پرېښودلو پرته ښه کېږي. همدارنګه Janeway lesion د لاس په ورغوی او یا د پښو په تلو کې د یو غټ او بې درده پپول په بڼه کتل کېږي.

پورتنی دواړه نښې نژدې په ۲- ۱۵ سلنه ناروغانو کې د کتلو وړ دي. (۲).

پوستکي او مخاطي غشاء: د فارنجیل او د خولې په مخاطي غشاء کې پیټیکیای خونرېزي لیدل کېږي.د نوکانو لاندې د سپلینټر هیمورژ (Subungual) ښکاره کېدل.د ګوتو او د پښې د غټې ګوتې په سرونو کې د اُوسلر د نوډولونو شتون. پیټېشیا د دې ناروغانو په۱۰ – ۴۰ سلنه برخو کې د کتلو وړ وي.

ریټینا : د رات سپاټ (کشتې ته ورته هیموراژیک خالونه دي چې مرکز یې سپین او غاړې یې سري دي.) چې په ۲ - ۱۵ سلنه پېښو کې مثبت وي.(۲).

پښتورګی : ګلومیرولونفرایټیس چې دوام یې په کلیوې عدم کفایه منتج کېږي.(۳).

۶-۱-۸. لابراتواري کتنې

۱ . دوینې کلچر: په دې ناروغي کې د وینې په کلچر کې د ایتالوژیکې مایکرواورګانیزم تر لاسه کېدل د ناروغي د پېژندلو، د مایکرواورګانیزم د حساسیت معلومولو او د درملنې د ور پلان جوړولو له پاره ډېر ارزښت لري. د دې موخې د پاره هغه وخت د وینې د کرنې له پاره نموني اخیستل کېږي، چې ناروغ د انټي بیوټیک تر درملنې لاندې نه وي او هم په نژدې وخت کې یې انټي بیوټیک یې اخیستې نه وي. نو د ناروغ څخه په ۸ ساعته ولږه کې درې نمونې چې هره نمونه باید د جلا رګ څخه او د وخت په مختلفو واټنونو کې چې د هري نمونې تر منځ واټن ۱- ۴ ساعته وي باید واخیستل شئ! او بیا دې کلچر شئ! چې د مثبت والی په صورت کې بکتریایي انډوکارډایټیس ثابتېږي. که چېرې د درې واړه نمونو پایله بیا هم منفي وي نو لابراتواري ازموینې باید بیا تکرار شي .همدارنګه په دې ناروغي کې د وینې د سیرالوژیک کتنو څخه هم کار اخیستل کېږي.ځکه چې لاندې مایکرو اورګانیزمونه لکه : Brucella د کلچر او هم د فلوروسینس په واسطه انټي بادې یې د مستقیمې کتنې لاندې او یا د PCR په وسیله د مایکرواورګانیزمونو مشخص DNA یا 16 s rRNA تر لاسه کول دي. همدارنګه د دې ناروغانو د وینې په کتنو کې لیکوسایټوسیس چې ۲۰ – ۳۰ سلنه جوړوي، لیدل کېږي.

۲ . الیکتروکارډیوګرافي : په بربښنایي ګراف کې د زړه احتشاء په ګوته کېږي چې علت یې د اکلیلې شریانونو امبولي وي.او د زړه د انتقالي سیستم نقیصه چې د ابهر دسام د بیخ د برخې د ابسیس له کبله منځ ته راځي.(۱، ۲).

۷-۱-۸.پېژندنه : د دې ناروغي د پيژندنې د پاره د ناروغ سره د مختلفو کتنو (تاريخچه، فزيکي معاينه او د لابراتوارې ازموينو مثبتوالی) په واسطه صورت نېسي. او هم د ډوک کريتريا څخه کار اخيستل کېږي چې په لاندې ډول بيانېږي.

۸-۱-۸.د ډوک کريتريا

۱ . پتالوژيکي کريتريا : کله چې د ناروغي له پاره د نسجې يا مايکربيولوژيکې توکو پتالوژيکي کتنې مثبت وي. د دې موخې له پاره نسجې توکي، په اوتوپسي يا د زړه په جراحي عمليه کې اخيستل کېږي چې عبارت دي له :دسامي انساجو، تېغو، امبوليک اجزاء او د زړه د داخلي ابسې د محتوياتو څخه.

۲ ميجر کريتريا : دغه کريتريا عبارت دي له: په انډوکارډايټېس کې د کلچر دوه مثبتې کتنې چې يو مشخص انتان را وښي لکه : سټرپټوکوکس ويريډانسا او يا د HACEK ګروپ انتانات په ګوته کړي. يا په دوه کلچرونو کې چې هره نمونه يې د ۱۲ ساعتونو څخه وروسته سرته رسېدلي وي د مقاوم او دوامداره بکتريميا تر لاسه کول او يا د درېو يا زياتو مثبتو کلچرونو را منځ ته کېدل چې کم ارزښته انتانات لکه : سټافيلوکوکس اووريس يا سټافيلوکوکس اپيدرميس راوښي. يا د کوکزيلا بورنيټې ، بورنيټيلا يا کلاميډيا سپټاسي د پاره سيرالوژيک کتنې مثبت وي.يا د ښنه شوې معلوم جين د پاره د ماليکولر اسې (Assay) کتنې مثبتوالی.په ايکوکارډيوګرام کې د متغيرو جوړښتونو، د ابسو جوړېدنه، د نوې رامنځ ته شوې دسامې ريګوارجيتيشن پيدا کېدل.

۳.کوچېني کريتريا عبارت دي له : د زړه ناروغي مساعد کوونکی.

- د سانتي ګريد د ۳۸ درجو څخه لوړه تبه.

- ايمونولوژيکې پېښې لکه: ګلوميرولونفرايټيس، اُوسلرنوډ، رات سپاټ يا د روماتؤييد د فکتور مثبتوالی.

- مايکروبيولوژيکې شواهد چې د ميجر کريتريا سره برابره نه وي.

- د C – reactive او ESR لوړوالی.

- د وعايي آفتونو شته والی لکه : غټې امبولي، سپلينوميګالي، کلبينګ، سپلينټر هيموراژيک پتي شي ا او پرپورا .نوهغه وخت د انتاني انډوکارډايټيس تشخيص ايښودل کيږي چې لاندې شيان په ناروغ کې موجود وي.

- کله چې پتالوژيکي کريتريا مثبت وي.يا

-دوه ميجر کريتريا مثبت وي يا

- يوه ميجراو دوه کوچيني کريتريا مثبت وي يا

- پنځه کوچيني کريتريا مثبت وي. (۲).

۹-۱-۸.**توپيري تشخيص**: دا ناروغي بايد د ټولوهغه ناروغيو څخه جلا شي چې دوامداره تبه ولري.

۱۰-۱-۸.**اختلاطات** : د دې ناروغي اختلاطات په لاندې ډول دي:

۱: په حاد ډول د دسام سورې کيدل.

۲.امبوليزم او د مايکوتيک انوريزم شليدل.

۳. د بډوډ پاتې والی.

۱۱-۱-۸.**وقايوي درملنه** : هغه ناروغان چې د زړه دسامي او ولادي ناروغي ولري د انتاني انډو کارډايټيس د منځ ته راتلو د پاره مساعد ګڼل کيږي نو ځکه دغه ناروغان بايد د انډو کارډايټيس د منځ ته راتلو د خطر څخه خبر کړای شي او هم بايد د غاښونو پاک ساتني ته ځانګړی پاملرنه وکړي او د بکټريميا د را منځ ته کيدو څخه د مخنيوي په اولو ړتيا ناروغ بايد وپوهول شي انتاني هډه په مناسبو انتي بيوتيکونو او په مناسبو دوزونو سره له منځه يوړل شي .(۲).

د وقايي په صورت کې د بکتريميا د منځ ته راتګ څخه لږ مخکې انتي بيوټيک توصيه کېږي.څرنګه چې د انډوکارډايټيس ځنې پېښې د غاښونو د وېستلو يا ډکولو، ځنې د يورالوژيک کتنو د سرته رسولو او يا هم ځنې معايناتو يا جراحي عمليو څخه وروسته چې د هضمي او تنفسي جهازونو کې سرته رسېږي را منځ ته کېږي، نو ځکه په پورته ياد شوې حالتونوکې هغه ناروغانو ته چې د زړه ولادي يا دسامي ناروغي ولري، د ناروغي د منځ ته راتګ د مخنيوي د پاره وقايوي تدبيرونه په پام کې بايد ونيول شي .د انډوکارډايټيس د منځ ته راتګ د پاره لاندې ناروغان د لوړ خطر سره مخامخ ناروغان دي.

١ . هغه ناروغان چې مصنوعي دسامونه لري.

٢ . هغه ناروغان چې مخکې هم په بکتريل انډوکارډايټيس اخته شوې وي که څه هم د زړه ناروغي ونه لري.

۴ . چې د زړه سيانوتيک ناروغي ولري.

لاندې ناروغان په منځنۍ کچه د خطر سره مخامخ دي.

١ . د زړه ډېرې ولادي ناروغي.

٢ . د زړه د دسامونو روماتيزمل او يا نور کسبي ناروغي.

٣ .هايپرتروفيک کارډيومايوپتي.

۴. د متيرال د دسام پرولپس چې د دسام عدم کفايه هم ور سره يو ځای وي.

پورتنی ناروغانو ته د جراحي عملياتو او معايناتو څخه مخکې په لاندې ډول انتي بيوټيک د وقايي په خاطر ورکول کېږي.

الف . په هغه حالتونو کې چې د غاښونو، تنفسي جهاز او مرۍ جراحي عمليې سر ته رسېږي لاندې تدبيرونه بايد په پام کې ونيول شي .

۱ . ۲ ګرامه امکسیسلین یا ۲ ګرامه سیفالیکسین یا ۵۰۰ ملي ګرامه کلریتروماسین د عملیې څخه یو ساعت مخکې د خولې د لارې وکارول شي یا ۲ . ۲ ګرامه امپیسلین د رګ یا د غوښې د لارې نیم ساعت د عملیې څخه مخکې وکارول شي .که چېرې ناروغ د پنسیلین سره حساس وي نو بیا ناروغ ته ۲۰۰ ملي ګرامه کلینډومایسن د رګ د لارې او یا ۱ ګرام سیفازولین د غوښی د لارې نېم ساعت د عملیې څخه مخکې کارول کېږي.

ب .هغه حالتونه چې د هضمي جهاز (پرته د مری څخه) او بولې تناسلې جهازونو عملیې سر ته رسېږي.

۱ . لوړ رسک لرونکی ناروغانو ته امپیسېلین د جنټامایسین سره یو ځای ۲ ګر امه امپیسېلین د غوښې یا د رګ د لارې او په هر کېلوګرام وزن د بدن یونېم ملي ګرامه جینټامایسین چې (د ۱۲۰ ملي ګرامو څخه باید زیات نه شي) نېم ساعت د عملیې څخه مخکې او بیا ۶ ساعته وروسته یو ګرام امپیسېلین د غوښې یا د رګ د لارې یا یو ګرام اموکسیسلن د خولې د لارې.که ناروغ د پنسیلین سره حساس وي بیا وانکومایسین د جینټامایسین سره یو ځای ورکول کېږي.یعنی وانکومایسین یو ګرام د رګ د لارې د ۱- ۲ ساعتونو په موده کې او په کېلو وزن د بدن یونېم ملي ګرامه جینټامایسین د غوښې یا رګ د لارې نېم ساعت د عملیې څخه مخکې توصیه کېږي.

۲ . منځنی رسک ناروغانو ته امکسیسلین یا امپیسېلین ۲ ګرامه د خولې د لارې یو ساعت د عملیې څخه مخکې یا ۲ ګرامه امپیسېلین د غوښې یا د ورید د لارې نېم ساعت د عملیې څخه مخکې ورکول کېږي.که چېرې ناروغ د پنسیلین سره حساسیت ولري نو ناروغ ته بیا یو ګرام وانکومایسین د ورید د لارې د ۱- ۲ ساعتونو په موده کې نېم ساعت د عملیې څخه مخکې توصیه کېږي.(۱).

۱۲-۱-۸.**معالجوي درملنه**: د دې ناروغي په درملنه کې لاندې ټکی باید په پام کې ونیول شي او د هغې سره برابر تداوي شي.

الف . عمومي اهتمامات

عمومي اهتمامات باید د لاندې ټکو سره سم په لاندې ډول سر ته ورسېږي.

- په بشپړ ډول ناروغ ته باید د بستر استراحت توصیه شي .

- د پروتینو غني خواړه چې ویټامینونه او اوسپنه هم باید ولري ناروغ ته ورکړ شي .که ناروغ کم خونه وي او د وینې تراسفیوژن ته اړتیا ولرې نو ترانسفیوژن ور ته په کمه اندازه او په متکرر ډول وکارول شي .

ب . د مایکروب ضد درمل

۱. مخکې د دې څخه چې ناوړه اختلاطات ورکړي ناروغ ته باید انټي بوټیک ورکړ شي .

۲ . د درملو په مقابل کې د مایکروب د حساسیت سره سم په پوره مقدار سره ناروغ ته انټي بیوټیک باید شروع شي .

۳ .ناروغ ته باید بکټروسایډل انټي بیوټیک لکه : پنسیلین (یا یې مشتقات) ، سیفالوسپورین او امینوګلایکوسیډ په ګوښی ډول یا په اشتراکي ډول توصیه شي .

۴ . درملنې ته تر هغه وخت پورې دوام ورکول کېږي چې تبغې او امبولي د مایکروب څخه پاک شي .چې د دې موخې د تر لاسه کولو د پاره ناروغ ته د ۲ – ۸ اونیو پورې درمل ورکول کېږي.

د درملود کارونې بنسټونه : د درملوټاکنه د سببې لامل او ټاکل شوې انټي بیوټیکونو څخه صورت نیسي.

د درملوشروع :د درملو په شروع کې باید د ډېر سوچې او فکر څخه کار واخیستل شي .
تر څو په درملنه کې د ټینګار او د درملنې د پاتې والی ستونزه رامنځ ته نه شي .
نو د دې موخې د تر لاسه کولو د پاره باید مېکروب پوره جوته شي او د هغې په وړاندې د بنه اغېزه من درمل وټاکل شي او هم مستعمله مقدار یې په علمې قضاوت تعین شي .

همدارنگه کوښښ او هاند دې و شي چې درملنه د لابراتوارې شواهدو په بنسټ برابر او سم عيار شي او د درملو په شروع کې دې بايد دوه درمله داسې وټاکل شي چې يو د بل د پاره سينرجيتيک ځانګړتياوې ولري تر څو په راتلونکې کې په مطئين ډول د انتاناتو د ټينګار څخه مخنيوي و شي . نو د دې موخې د پاره ناروغان په لاندې ډول تداوي کيږي.

۱. که چيرې يو ناروغ د ستافيلوکوکس اووريس د پاره مشکوک وي نو ناروغ ته بايد په لاندې ډول د درملنې پلان جوړ شي (۳).

- فلوکساسلين ۱۲ – ۱۲ ګرامه په۲۴ ساعتونو کې + جينتامايسين يو ملي ګرام په کيلو وزن د بدن هر ۸ ساعته وروسته يا نيتليمايسين ۲ ملي ګرامه په کيلو وزن د بدن هر ۸ ساعته وروسته ناروغ ته توصيه کيږي. چې د کارونې لاره يې داده چې په بولس ډول د مرکزي وريد د لارې يا د غاړې د وريدونو د لارې ورکول کيږي .

۲ .که چيرې د ناروغي سببی عامل ستريپتوکوکس ويريډانس وي د درملنې پلان يې په لاندې ډول دي. پنسيلين ۴ ميلونه يونټه هر ۲ ساعته وروسته + جينتامايسين يو ملي ګرام په کيلو وزن د بدن هر ۱۲ ساعته يا سيفترياکسون ۲ ګرامه د ورځې يو ځل ورکول کيږي.

۳ . که چيري ناروغ په انټروکوکاي مشکوک وي بيا ناروغ ته لاندې پلان توصيهٔ کيږي. پنسيلين يا امپيسيلين ۲ ګرامه هر ۲ ساعته وروسته + جينتامايسين يو ملي ګرام په کيلو وزن د بدن هر ۸ ساعته وروسته يا توبرمايسين ۳-۴ ملي ګرامه په کيلو وزن د بدن ۲ ساعته وروسته ناروغ ته توصيهٔ کيږي.

۴ . که چيرې ناروغ په ستريپتوکوکس باويس، ستريپتوکوکس فيکاليس او نور د پنسيلين په مقابل کې مقاوم ستريپتوکوکونو باندې مشکوک وي چې د لاندې انټي بيوټيکونو په واسطه تداوي کيږي. وانکوماسين ۱۰ ملي ګرامه په کيلو ګرام وزن د بدن هر ۱۲ ساعته وروسته ، امپيسيلين د وريد د لارې ۸ ګرامه په۲۴ ساعتونو کې + جينتمايسين يو ملي ګرامه په کيلو ګرام وزن د بدن هر ۸ ساعته وروسته او مقاوم د پنسيلينو ته وانکومايسين ۱۵ ملي ګرامه په کيلو ګرام وزن د بدن هر ۱۲ ساعته وروسته ورکول کيږي.

۵ .که چېرې سببي لامل د ستافیلوکوکس اپیدرمیس څخه عبارت وي نو د درملنې پلان یې په لاندې ډول دی.فوزیډیک اسید ۵۰۰ ملي ګرامه هر ۸ ساعته وروسته + د ورید د لارې وانکومایسین ۱ ګرام هر ۱۲ ساعته وروسته یا سیفازولین د ورید د لارې ۲ ګرامه هر ۸ ساعته وروسته ورکول کېږي.

۶ .که چېرې د ناروغي لاملونه HACEK ګروپ بکتریاوي وي نو درملنه یې په لاندې ډول کېږي. امپیسیلین دوه ګرامه د ورید د لارې هر ۴ ساعته وروسته + جینتما یسین یو ملي ګرام په کیلو ګرام وزن د بدن هر ۱۲ ساعته یا سیفتریاکسون ۱-۲ ګرامه د ورید د لارې ناروغ ته ورکول کېږي.(۳).

۷ .که چېرې په مصنوعي دسام کې کلچر منفي انډوکارډایټیس رامنځ ته شوې وي نو درملنه یې په لاندې ترتیب سره کېږي.وانکومایسین + جینتمایسین +امپیسیلین یا سیفوپیرازون ۱-۲ ګرام د ورید د لارې ورکول کېږي.

د درملنې دوا م : د غیراختلاطي انډوکارډایټیس درملنه ۲ اونۍ دوام کوي.مګر دا دوام ثابت نه وي. ځکه چې د انتان د نوعې، د ناروغي د پېژندنې څخه مخکې د کلینیکي بڼې وخیموالې او د مصنوعي دسام شته والی پورې اړه لري. همدارنګه ځنې ستونزې د درملنې په وخت کې را منځ ته کېږي چې په لاندې ډول ور څخه یادونه کېږي.

د وینې د کلچر منفي والی.

۱ . ناروغ به په نژدې وخت کې انتي بیوټیک کارولی وي.

۲ . حجرې اړوند انتان او یا مخاطی انتانات لکه: لیجیونیلا ، کوکسیلا، HACEK ګروپ او فنګسونه لکه: کانډیډا، هیستوپلاسماء او اسپرجیلوسیسیس او د کوکسیلا بورنیټې او بارټونیلا د پیژندنې د پاره سیرالوژیک کتنې باید سر ته و رسېږي.

۳ .د ستریپټوکوکس د پیژندنې د پاره ځانګړې شنه (ګروت) ته اړتیا لیدل کېږي.

د پنسیلین سره د ناروغ حساسیت :که چېرې ناروغ د پنسیلین سره د حساسیت پخوانی تاریخچه ولري یا د درملنې په جریان کې حساسیت وښی نو دې ناروغ ته د ورید د لارې اریترو‌ماسین لکټوبیونیټ ۴ ګرامه د ۲۴ ساعتونو په موده کې + ریفامفسین ۱۰ ملي ګرامه په کېلوګرام د بدن د خولې د لارې ورکول کېږي.(۴).

د تبې دوام او ټینګار :که چېرې د مناسبې درملنې سره سره د ځه وخت په تېرېدلو سره بیا هم تبه لوړه پاتې شي نو د علت د پاره یې لاندې حالتونه باید ولټول شي .د درملو په مقابل کې د حساسیت پیداکېدل (د پوستکی اندفاعات یا نورې نښې).

- د پیچکاری په ساحه کې موضعي عکس العمل.

- د انتانې محراق مقاومت لکه: د توري آبسې یا د کومې بلې برخې انتانې محراق.

- د معمولي انټي بیوټیکونو په مقابل د ال – فارم بکتریاوي ټینګارکول.

- په شروع کې د غیرمناسبو درملوشروع کول.

- د طمعې ځخه بهرد ګڼ شمېره انتاناتو شتون.

- د درملنې په وخت کې د بل انتان مداخله خصوصاً د وریدې لینونو له کبله. د حجرې پورې تړلی انتانات : کلامیډیا چې د ډوکسي سیکلین ۴ ګرامه اول ځل بیا هره ورځ ۲ ګرامه ناروغ ته توصیهٔ کېږي او د ځه وخت د پاره دوامداره ورکول کېږي.

د منتن دسام تغویضول: د اړتیا په وخت کې او که چېرې دسام صحت، روغ او صحت مند وي بیا د دسام تغویض ته اړتیا نه لیدل کېږي.

- فنګسي انډوکارډایټیس: په ایکو کې د غټو ماتېدونکو تېغو کتل په فنګسي انډوکارډایټیس دلالت کوي چې زیاتره وخت د کانډیډا له کبله منځ ته راځي.درملنه یې د وریدې امفوتراسین په واسطه کېږي چې لومړی ۵ ملي ګرامه د ۲ ساعتونو پهموده کې ورکول کېږي بیا په تعقیب یې په تدریجي ډول د درمل زیاتېدل تر ۷ ورځو پورې په ورځ کې یو ملي

ګرام په کيلو ګرام وزن د بدن ته رسېږي چې اعظمي مقدار يې ۲ ګرامه جوړوي. فلوسايټوسين د ورځې ۱۰۰ – ۲۰۰ ملي ګرامه په څلورو وېشلي دوزونو د خولې د لارې ناروغ ته ورکول کېږي او مصنوعي دسام بايد د جراحي عمليې په واسطه ووېستل شئ(۲).

ج . جراحي درملنه : د انډوکارډايټيس لاندې ناروغان د جراحي عمليې د پاره کانديد او جراحي ته بايد وسپارل شي .

۱ . کله چې انتان په طبي اهتماماتو سره قابو او کنترول نه شي .

۲ . د دسام د ويجاړېدلو په ځانګړې ډول د ابهر د دسام تخريب ، د سيپټوم نشتوالی، انورېزم او غټه امبولي چې په حاد يا په ځنډنی ډول د زړه د عدم کفايي لامل جوړ شوې وي.

۳ . په مقدم ډول د مصنوعي دسام انډوکارډايټيس.

۴ . د کانديد يا د انتان په شته والی کې د مصنوعي شي انو لرې کول.

۵ . د درملو په روږدي کسانو کې د مغاوضې پرته د تراې کسپېډ لرې کول.

۶ . د CSE په واسطه د آبسې پېژندل او د وړاندې تګ څخه يې مخنيوي کوی. (۱) .

د انذارو له پلوه د ناروغي وقايوي درملنه غوره ارزښت لري خو! که ناروغي رامنځ ته شوې وي. نو درملنه يې ستونزمن او که اختلاط يې ورکړی وي لکه :

۱ . په حاد ډول د دسام سورې کېدل.

۲ . د مايکوتيک انورېزم شلېدل او امبوليزم.

۳ . د بډوډو پاتې والی.

پورتنی درې واړه اختلاطات وژونکی دي.

۲-۸. لنډيز: سب اينډوکارډايټيس د ايتالوژي له مخې په دوه ډلوو وېشل کېږي چې د انتاني او غير انتانې سب اينډکارډايټيس په نوم يادېږي.همدارنګه دا ناروغي په حاد او تحت الحاد ناروغيو وېشل کېږي چې هر يو يې د ځانګړې کلينيکې لوحې درلودونکی دي او که

په وخت او زمان سره يې درملنه صورت ونيسي نو ډيره ښه پايله به ولري او که په وخت او زمان سره تداوي نه شي نو ډېرې بدې پايلې به ولري په ځانګړې توګه ځندنی دسامې ناروغي.

۳-۸.پوښتنې:تشريحې سوالونه

۱.د سب اينډوکارډايټيس لاملونه په څو لويو دستو وېشل کېږي؟

۲ Osler's nodes څه وصف لری؟

۳.سب اينډوکارډايټيس د کومو ناروغيو سره بايد DDX شئ!

۴.- د درملوټاکنه په بنسټونو سره سرته رسيږي؟

۵.د سب انډوکارډايټيس انذار څه ډول ارزوي؟

۶.د سب انډوکارډايټيس کوم ناروغان جراحي ته سپاري؟

سم ځوابونه په نښه کړئ!

۷. د فنګسي انډو کارډايټيس شواهد په اولو يکو کې په لاندې ډول دي:

الف: په ايکو کې د غټو ماتېدونکو تېغو کتل په فنګسي انډوکارډايټيس دلالت کوي چې زياتره وخت د کانډيډا د کبله منځ ته راځي. ب:د ګڼو ورکوټو تيغو شتون. ج:واحده تيغه وي خو ورکوټې وي. د: پورتنی درې واړه غلط دي.

صحيح په ص او غلط په غ سره په نښه کړئ!

۸.( ) په سب انډوکارډايټيس کې هېڅکله د دساموبو سورې کېدل منځته نه راځي.

۹.( ) په سب انډوکارډايټيس کې د ډوډۍ پاتې والی د اختلاط په بڼه را منځ ته کېږي.

۱۰.( ) د سب انډوکارډايټيس ناروغي پېژندنه په کومو شي انو باندې ولاړه ده؟ صرف نومونه يې وليکئ!

۴-۸.اخځلیکونه (Referencs):

۱. نشاط، محمد طیب .(۱۳۸۸ل ل).تنفسي او د زړه د دساموںو روماتیزمل ناروغي. داخله څانګه، طب پوهنځی ، ننګرهار پوهنتون. مخونه: ۳۱۷ – ۳۳۸ .

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

Pp : 152 – 153.

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

Pp : 233-240.

4.Taber’s Cyclopedic Medical Dictionary .20th Edition,F,A,Davis Company ,WWW,Fadavis A,Com.

Message from the Ministry of Higher Education

In history, books have played a very important role in gaining, keeping and spreading knowledge and science, and they are the fundamental units of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of higher education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and today's requirements and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be provided and published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers and authors, and I am very thankful to those who have worked for many years and have written or translated textbooks in their fields. They have offered their national duty, and they have motivated the motor of improvement.

I also warmly welcome more lecturers to prepare and publish textbooks in their respective fields so that, after publication, they should be distributed among the students to take full advantage of them. This will be a good step in the improvement of the quality of higher education and educational process.

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

Finally I am very grateful to German Aid for Afghan Children and our colleague Dr. Yahya Wardak that have provided opportunities for publishing textbooks of our lecturers and authors.

I am hopeful that this project should be continued and increased in order to have at least one standard textbook for each subject, in the near future.

Sincerely,

Prof. Dr. Farida Momand

Acting Minister of Higher Education

Kabul, 2017

Book Name The Respiratory & Rheumatic Heart Diseases

Author Assist Prof Dr Salam Jan Shams

Publisher Nangarhar University, Medical Faculty

Website www.nu.edu.af

Published 2017

Copies 1000

Download www.ecampus-afghanistan.org

Printed at Afghanistan Times Printing Press, Kabul

If you want to publish your textbooks please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office 0756014640

Email textbooks@afghanic.de

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2017

ISBN 9780 987 317 209