

بسم الله الرحمن الرحيم

انتانی ناروغی

پوهنوال ډاکتر حفیظ الله اپریدی

دغه کتاب په پی دی اف فورمت کی په مله سی دی کی هم لوستلی شی:



د کتاب نوم	انتانی ناروغۍ
لیکوال	پوهنوال ډاکټر حفیظ الله اپریدی
خپرندوی	ننگرهار طب پوهنځی
ویب پاڼه	www.nu.edu.af
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ کال	۱۳۹۳
ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org
چاپ ځای	افغانستان تایمز مطبعه، کابل

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمټې په جرمني کې د Eroes کورنۍ یوې خیریه ټولنې لخوا تمویل شوی دی. اداري او تخنیکي چارې یې په آلمان کې د افغانیک لخوا ترسره شوي دي. د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت د کتاب په لیکوال او اړونده پوهنځی پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبیق کوونکي ټولنې په دې اړه مسؤلیت نه لري.

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

ډاکټر یحیی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کابل

تیلیفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: textbooks@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بی ان ۰ - ۱۴۸۴۱۰ - ۱۶ - ۳ - ۹۷۸

د درسي کتابونو د چاپ پروسه

قدرمنو استادانو او گرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لویو ستونزو څخه گڼل کېږي. یو زیات شمیر استادان او محصلین نوي معلوماتو ته لاس رسی نه لري، په زړه میتود تدریس کوي او له هغو کتابونو او چپترونو څخه ګټه اخلي چې زړه دي او په بازار کې په ټیټ کیفیت فوتوکاپي کېږي.

تراوسه پورې مونږ د ننگرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ او کاپیسا د طب پوهنځیو او کابل طبي پوهنتون لپاره ۱۵۶ عنوانه مختلف طبي تدریسي کتابونه چاپ کړي دي. د ننگرهار طب پوهنځی لپاره د ۲۰ نورو طبي کتابونو د چاپ چارې روانې دي. د یادونې وړ ده چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هیواد ټولو طب پوهنځیو ته په وړیا توګه ویشل شوي دي. ټول چاپ شوي طبي کتابونه کولای شي د www.afghanistan-ecampus.org ویب پاڼې څخه ډاونلوډ کړي.

دا کړنې په داسې حال کې تر سره کېږي چې د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د (۲۰۱۰-۲۰۱۴) کلونو په ملي ستراتیژیک پلان کې راغلي دي چې: "د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کیفیت او زده کوونکو ته د نویو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړینه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د لیکلو فرصت برابر شي د تعلیمي نصاب د ریفورم لپاره له انګریزي ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او درسي موادو ژباړل اړین دي، له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلین او استادان نشي کولای عصري، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي".

د لوړو زده کړو د وزارت، پوهنتونونو، استادانو او محصلینو د غوښتنې په اساس په راتلونکې کی غواړو چې دا پروګرام غیر طبي برخو لکه ساینس، انجنیري، کرهنې، اجتماعي علومو او نورو پوهنځیو ته هم پراخ کړو او د مختلفو پوهنتونونو او پوهنځیو د اړتیا وړ کتابونه چاپ کړو.

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

له ټولو محترمو استادانو څخه هيله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه وليکي، وژباړي او يا هم خپل پخواني ليکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه ايډېټ او د چاپ لپاره تيار کړي. زموږ په واک کې يې راکړي، چې په ښه کيفيت چاپ او وروسته يې د اړوندې پوهنځۍ استادانو او محصلينو په واک کې ورکړو. همدارنگه د يادو شويو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه او نظريات زموږ په پټه له موږ سره شريک کړي، تر څو په گډه پدې برخه کې اغيزمن گامونه پورته کړو.

د يادونې وړ ده چې د مولفينو او خپروونکو له خوا پوره زيار ايستل شوی دی، ترڅو د کتابونو محتوايت د نړيوالو علمي معيارونو په اساس برابر شي، خو بيا هم کيدای شي د کتاب په محتوی کې ځينې تيروتنې او ستونزې وليدل شي، نو له درنو لوستونکو څخه هيله مند يو تر څو خپل نظريات او نيوکې مولف او يا موږ ته په ليکلې بڼه راوليږي، تر څو په راتلونکې چاپ کې اصلاح شي.

د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کميټې او د هغې له مشر ډاکټر ايروس څخه ډېره مننه کوو چې د دغه کتاب د چاپ لگښت يې ورگړي دي دوی په تيرو کلونو کې هم د ننگرهار د طب پوهنځی د ۶۰ عنوانه طبي کتابونو د چاپ لگښت پر غاړه درلود.

په ځانگړې توگه د جې آی زيت (GIZ) له دفتر او (CIM) Center for International Migration & Development چې زما لپاره يې په تېرو پنځو کلونو کې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړي دي هم د زړه له کومې مننه کوم.

د لوړو زده کړو وزارت علمي معين ښاغلي پوهنوال محمد عثمان بابري، مالي او اداري معين ښاغلي پوهنوال ډاکټر گل حسن وليزي، د ننگرهار طب پوهنځی رييس ښاغلي ډاکټر خالد يار، د ننگرهار طب پوهنځی علمي مرستيال ښاغلي ډاکټر همايون چارديوال، او استادانو څخه مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړۍ يې هڅولې او مرسته يې ورسره کړې ده. د دغه کتاب له مولف څخه منندوی يم او ستاينه يې کوم، چې خپل د کلونو کلونو زيار يې په وړيا توگه گرانو محصلينو ته وړاندی کړ.

همدارنگه د دفتر له همکارانو حکمت الله عزيز، احمد فهيم حبيبي او سبحان الله څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې يې نه سترې کيدونکې هلې ځلې کړې دي.

ډاکټر يحيی وردگ، د لوړو زده کړو وزارت مشاور
کابل، جنوري ۲۰۱۵

د دفتر تېليفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ايميل: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

دالۍ

د څښتن تعالی د حمد او ثنا او په سرور کائنات حضرت محمد مصطفی (ص) د درود او سلام
څخه وروسته نوموړی علمی اثر خپل خدای بڅښلي پلار ارواښاد حاجی مراد خان اپریدی د
پښتونخوا ستر مشر، ملي شخصیت، او د تاریخ دغه ځلانده ستوری چې زما په ښوونه او روزنه
کې یې زیات زیار گاللی دی او هم یې راسره زیاته مینه درلوده د ده سپیڅلی روح او د اهل
طب ټولو منسوبینو ته په ډیر درنښت دالۍ کوم.

بسم الله الرحمن الرحيم

تقریظ

د محترم پوهنوال دوکتور حفیظ الله اپریدی هغه علمی اثر چې د انتانی ناروغۍ تر عنوان لاندې تالیف کړی دی ما په غور سره مطالعه کړې او غواړم چې د هغې د علمی ارزښت څخه په لاندې ډول یادونه وکړم، کتاب د سريزي او فهرست سربيره په پنځه څپرکو او ۲۱۷ مخونو کې لیکل شوی دی. چې د هر څپرکي په سر کې مفردات، سريزه او په ختم کې يې لنډيز او پوښتنو ته ځای ورکړل شوی دی. په لومړي څپرکي کې د انتاني ناروغيو په باره کې عمومي معلومات په مفصله توگه بيان شوی دی، په دوهم څپرکي کې د هضمي جهاز انتاني ناروغی لکه شگيلوزس، انټريک تبه، د خوړو بکټريايي تسمم، کولرا، ويروسی هپاټايټس او اميبيازس څخه بحث شوی دی او پوره رڼا پرې اچول شوی ده، نوموړی ناروغی زموږ په ټولنه کې عموميت لري او پيښی يې په کثرت سره ليدل کيږي، په دريم څپرکي کې يې هم په همدې توگه د تنفسي جهاز انتاني ناروغی لکه انفلونزا، ديفټري، انتاني مونو نوکليوزس او مننگوکاکل ناروغی تشریح شوی دی چې داهم زموږ د ټولنی معمول ناروغی تشکيلوی. په څلورم څپرکي کې د وينې د انتاني ناروغی له جملې څخه د ملاريا ناروغی په پوره تفصيل سره ذکر شوی ده، چې پيښی يې په شرقي زون کې ډيری زياتي دی، په پنځم څپرکي کې هغه انتاني ناروغی چې له حيواناتو څخه انسانانو ته ليرېدېږي لکه بروسيلوزس، انټرکس، د ليونی سپی ناروغی او تيتانوس څخه په مفصله توگه بحث شوی دی چې دا ناروغی هم زموږ د ټولنی د پټالوژي سره برابر زياتی ليدل کيږي.

د کتاب د محتوا له نظره ډول ډول سرچينو په واسطه غنی او د ليکنی سبک يې ساده او داسی دی چې پيچلی جملی په کې نه تر سترگو کيږي د موضوعاتو د بنی څرکندونی لپاره رنگه انځورونه او جدولونه ته په مناسبو ځايو کې ځاي ورکړل شوی دی. چې لوستونکی تری زړ او په اسانه مطلب اخستی شي، بايد ووايم چې نوموړی درسی کتاب د نوي کړيکولم مطابق لیکل شوی دی. چې په چاپ او نشر سره به يې د څلورم ټولگی د لومړی سمستر د انتاني ناروغيو لپاره د محصلينو اړتيا له منځه لاړه شی، او هم به د نورو ځوانو ډاکترانو لپاره په يادی شوی برخه کې پوره اسانتياوي رامنځته شی د کتاب په اخره کې ماخذونو ته ځاي ورکړل شوی دی، چې په معیاری ډول لیکل شوی دی، او په زیاتو برخو کی يې د ډيرو نوو تازه علمی منابعو څخه کټه اخستل شوی ده، په پای کې ویلی شم چې د يو درسی کتاب لارم نورمونه ټول د مولف له خوا په پام کې نیول شوی دی کتاب پوره علمی ارزښت لري، او زه یی مثبت ارزیابی کوم اود

پوهاند علمی رتبی ته د لوړتیا لپاره یې د نورو شرایطو پوره کولو تر څنګ کافی بولم د چاپ او
نشر وړاندیز یې کوم او محترم استاد ته په علمی ډګر کې د زیاتو بریالیتوبو غوښتونکی یم.

په درنښت

الحاج پوهاند دوکتور محمد طیب نشاط
د اندوکراین او هیماټولوژي د ډیپارټمنت امر

بسم الله الرحمن الرحيم

تقریظ

د انتاني ناروغۍ تر عنوان لاندې د درسي كتاب تاليف چې د څلورم ټولگي د لومړي سمستر لپاره د پوهنوال دوكتور حفيظ الله اږيدی له خوا سرته رسيدلی دی، ما په غور سره مطالعه کړ او په لاندې توگه يې ارزياوې کوم.

کتاب په پنځه څپرکو او ۲۱۷ مخونو کې ليکل شوی دی. د کتاب تاليف، ليکنه راټولونه او د ليکلو کړن لاره يې چې د يو علمي کتاب د ليکنې لپاره اړينه ده په پوره ډول کې په پام کې نيول شوی ده. همدارنگه کتاب د سريزي، فهرست او ماخذونو لرونکي دي. د کتاب منح پانگه مواد د داخلي خانگي د استاذانود علمي اثارو کتابونو او د کابل طبي پوهنتون د داخلي خانگي استادانو نړيوالو معتبرو کتابو او Text books څخه بډايه شوی ده. په کتاب کې د هر څپرکي په سر کې مفردات، سريزي، او د ناروغيو د تشريح څخه وروسته لنډيز او پوښتنو ته ځای ورکړل شوی دی. په کتاب کې هغه انتاني ناروغيو ته چې زمونږ د هيواد په کچه زيات عموميات لري او پيښې يې په کثرت سره ليدل کيږي په پوره دقت سره پاملرنه شوی ده، او هم يې موضوعات په مفصله توگه تشريح شوي دي، کتاب د لوړو زده کړو د وزارت د نوي کړيکولم مطابق ليکل شوی دی، په کتاب کې د ځينو ناروغيو لپاره جدولونه او رنگه انځورونو ته ځای ورکړل شوی دی. چې د موضوعاتو د پوره روښانه کولو لپاره مرسته کوي. او لوستونکي ترې په اسانه او زر مطلب اخيستی شي. نو د پورته ټکو په نظر کې نيولو سره کتاب پوره علمي ارزښت لري. او زه يې مثبت ارزياوې کوم. او د پوهاند علمي رتبې ته د لوړتيا لپاره يې د نورو شرايطو د پوره کولو تر څنگ کافي بولم. د چاپ او نشر وړانديز يې کوم او په پای کې د محترم استاد لپاره په علمي ډگر کې د نورو برياوو په هيله يم.

په درنښت

الحاج پوهاند دوكتور محمد ظاهر (ظفرزی)

د قلبي او هضمي ډيپارتمنت شف

بسم الله الرحمن الرحيم

تقریظ

د محترم پوهنوال دوکتور حفیظ الله اږیډي د انتاني ناروغۍ درسی کتاب چې د خلورم ټولګی د انتاني ناروغیو د تدریسی نوي کریکولم مطابق لیکل شوی دی مایه بشپړ ډول ولوست او د کتاب د علمي ارزښت په هکله په لاندې توګه خپل نظر وړاندې کوم:

کتاب په پنځه څپرګو او ۲۱۷ مخونو کې لیکل شوی دی په لمړي څپرګۍ کې د انتاني ناروغیو په هکله عمومي معلومات وړاندې شوي دي په دوهم څپرګۍ کې د هضمي جهاز انتاني ناروغۍ په مفصله توګه بیان شوي دي په دریم څپرګۍ کې د تنفسي جهاز انتاني ناروغۍ او په څلورم څپرګۍ کې د وینې انتاني ناروغۍ لکه ملاریا څخه په تفصیل سره یادونه شوی ده او په پنځم څپرګۍ کې هغه انتاني ناروغۍ چې له حیواناتو څخه انسانانو ته لیږدېږي په پوره وضاحت سره بیان شوي دي نوموړي ناروغۍ زموږ د وطن د پتالوژي سره سم ټاکل شوي دي چې پېښې یې زیاتي لیدل کېږي د کتاب د منځ پانګه مواد د ډیرو تازه کتابو او معتبرو سرچینو څخه راټول شوي دي د موضوع د ښه وضاحت لپاره رنګه انځورونو او جدولونو په مناسبه ځایو کې ځای ورکړل شوي دي کتاب په ساده او روانه پښتو ملي ژبه لیکل شوی دی چې لوستونکي ورڅخه په پوره توګه مطلب اخیستی شي په لیکلو کې ټول هغه علمي لارمي اصول او نور مونه په بشپړه توګه مراعات شوي دي.

نوزه دغه علمي کتاب یو با ارزښته علمي اثر ګڼم او د محترم استاد د پوهاند علمي رتبې ته د لوړتیا لپاره یې د نورو شرایطو د پوره کولو په خوا کې د اصلي اثر په توګه کافي بولم د چاپ او نشر سپارښتنه یې کوم او محترم استاد ته د لوي خداي (ج) له دربار څخه د زیاتو بریالیتوبو غوښتونکی یم.

والسلام

پوهنوال دوکتور عبدالناصر (جبار خیل)

د تنفسي ډیپارتمنت شف

د پيل خبری

د اتناني ناروغۍ تر عنوان لاندې درسي کتاب چې د طب پوهنځي د څلورم ټولگي لپاره د نوي کړيکولم او درسي مفرداتو سره سم د طب پوهنځي د داخلي خانگي د ضرورت له مخې په داسې وخت کې ليکل کيږي چې زموږ په ټولنه کې د اتناني ناروغيو پيښې ورځ په ورځ په زياتيدو دي او هم د اتناني ناروغيو په درملنه او مخنيوی کې زياتې ستونزې رامنځ ته شوي دي چې غوره لاملونه ئې خپل منځی شخړې، د چاپيريال ککړتيا، غربت، بې سوادۍ، د خلکو گڼه گوڼه، د واکسينو په تطبيق کې عدم توجه او ناخبري، په خپل وخت روغتون او ډاکټر ته نه ورتگ، د بې کيفيته دواگانو گرم بازارونه، اداري فساد، د صحې چارواکو عدم توجه- دا ټول هغه فکتورونه دي چې زموږ په ټولنه کې ئې د اتناني ناروغيو کچه پورته وړې ده. په کتاب کې هغه اتناني ناروغيو ته په سر کې ځای ورکړل شوی دی کوم چې زموږ د وطن د پټولوژي سره برابر په زياته کچه ليدل کيږي او زموږ مظلوم اولس ورسره لاس گريوان دی د کتاب منځ پانگه مواد د نړۍ ډيرو تازه سرچينو څخه راټول شوي دي ترڅو معالج ډاکټران او طبي پرسونل وکولای شي په پوره زړورتيا د ناروغانو په درملنه کې اغيزمن گامونه پورته کړي او هم د تدريس په برخه کې د محصلينو درسي ستونزه هواره کړي. د لوی څښتن له دربار څخه ډير زيات شکر ادا کوم چې ماته ئې د نوموړي کتاب د ليکلو وس راکړ. الله (ج) د وکړي چې دغه کتاب د ټول طبي پرسونل، هم مسلکانو او محصلينو لپاره د گټې وړ وگرځي.

فهرست

مخ	عنوان
۱	سریزه
لومړی څپرکی د اتناني ناروغیو په باره کې عمومي معلومات	
۳	مفردات
۴	تاریخچه
۵	اتنان، اتناني پروسه
۶	په انساني جوړښت کې د اتنان کوربه توب
۷	کلینکي پړاونه د مختلفو اتناني ناروغیو د غیر اتناني ناروغیو څخه
۱۱	د اتناني او غیر اتناني ناروغیو تر منځ توپیر
۱۳	د اتناني ناروغیو نوم ایښودنه
۱۴	اختلاطات
۱۵	لنډیز
۱۶	پوښتنې
دوهم څپرکی د هضمي جهاز اتناني ناروغۍ	
۱۷	مفردات
۱۸	شکيلوزس
۱۸	تعریف، لامل

۱۹	اپیدمیالوژی
۱۹	پتوجنیزس
۱۹	پتالوژی
۲۲	کلینیکی لوحه
۲۳	اختلاطات
۲۴	تشخیص
۲۵	درملنه
۲۶	مخنیوی
۲۷	انتریک تبه
۲۷	تعریف، لامل
۲۷	اپیدمیالوژی
۲۸	پتوجنیزس
۲۸	پتالوژی
۳۰	کلینیکی لوحه
۳۱	اختلاطات
۳۲	تشخیص
۳۴	درملنه
۳۵	وقایه

۳۶	د خوړو باکتریايي تسمم
۳۶	لامل
۳۹	لابراتواري آزمويڼې
۴۰	درملنه
۴۲	مخنيوي
۴۳	کولرا
۴۳	تعريف، لامل
۴۳	اپيدميا لوري
۴۵	پتوجنيزس
۴۶	کلينکي لوحه
۴۶	اختلاطات
۴۷	تشخيص
۴۸	درملنه
۵۰	وقايه
۵۱	ويروسي هيپاتايټس
۵۱	عمومي معلومات
۵۲	لامل اپيدميا لوري
۵۲	هيپاتايټس A
۵۳	هيپاتايټس B

۵۴	هپاتایتس C
۵۵	هپاتایتس D
۵۵	هپاتایتس E
۵۵	پتوجنیزس
۵۶	پتولوژی
۵۷	کلینکی لوحه
۵۷	هپاتایتس A
۵۸	هپاتایتس B
۵۹	هپاتایتس C
۶۰	هپاتایتس D
۶۰	HEV
۶۱	تشخیص
۶۱	HAV تشخیص
۶۱	HBV تشخیص
۶۲	HCV تشخیص
۶۳	HDV تشخیص
۶۴	HEV تشخیص
۶۴	درملنه
۶۴	HAV درملنه

۶۴	د HBV درملنه
۶۶	د HCV درملنه
۶۷	د HDV درملنه
۶۸	د HEV درملنه
۶۸	مخنيوی
۷۲	اميبيازس
۷۲	تعريف- ليرېد او د ژوندانه سايكل
۷۴	اپيدميالوژي
۷۵	اشكال
۷۶	پتوجنيزس
۷۶	پتالوژي
۷۸	کلينکي سندرومونه
۸۰	لابرatori آزموينې، تفريقي تشخيص
۸۲	درملنه
۸۵	مخنيوي
۸۶	لنډيز
۸۶	دوهم څپرکی پوښتنې

دریم خپرکی د تنفسي لاری اتتاني ناروغی	
۸۹	مفردات
۹۱	انفلونزا
۹۱	لامل
۹۲	اپیدمیالوژي
۹۳	پتوجنیزس او معافیت
۹۳	پتالوژي
۹۳	کلینکي لوحه
۹۴	اختلاطات
۹۵	لابراتواري موندنې
۹۶	تفریقي تشخیص
۹۶	درملنه
۹۸	مخنیوي
۹۹	کیموپروفیلکرس
۱۰۲	دیفتري
۱۰۲	تعریف، لامل
۱۰۳	معافیت، اپیدمیالوژي
۱۰۴	پتوجنیزس

۱۰۴	پتالوژي
۱۰۶	کلینکي لوحه
۱۰۸	تشخيص
۱۰۸	تفريقي تشخيص
۱۰۹	درملنه
۱۱۰	انزار
۱۱۱	انتاني مونو نوکليوزس
۱۱۱	تعريف، اپیدمیالوژي
۱۱۲	اعراض او علایم
۱۱۴	لبراتواري ازموينې
۱۱۴	اختلاطات
۱۱۶	تشخيص
۱۱۷	تفريقي تشخيص
۱۱۷	درملنه
۱۱۹	مننگوکاگل ناروغی
۱۱۹	تعريف، لامل
۱۱۹	اپیدمیالوژي
۱۲۰	پتوجنيزس
۱۲۲	ډلبندي

۱۲۳	کلینکي لوحه
۱۲۳	مننگو کو کسیمیا
۱۲۴	مننجایتس
۱۲۶	تشخیص
۱۲۷	درملنه
۱۲۷	مخنيوي
۱۲۸	د دریم خپرکی لنډیز
۱۲۹	پوښتنې
خلورم خپرکی د وینې انتاني ناروغی	
۱۳۱	مفردات
۱۳۲	ملاریا
۱۳۲	تعریف، لامل
۱۳۳	اپیدمیالوژي
۱۳۴	پتوجینزس
۱۳۸	د ژوندانه سایکل او کلینکي لوحه
۱۴۲	شدیده ملاریا
۱۴۳	د PF کلینکی ډولونه
۱۴۳	اختلاطات

۱۴۴	تشخیص
۱۴۷	درملنه
۱۴۹	مخنیوی
۱۵۲	لنډیز
۱۵۷	پوښتنې
پنځم څپرکی اتناني ناروغی چې له حیواناتو څخه لیږد یږي	
۱۵۸	مفردات
۱۶۰	بروسیلوزس
۱۶۰	تعریف، لامل
۱۶۱	اپیدمیالوژي
۱۶۲	پتوجینز او معافیت
۱۶۳	کلینکي لوحه
۱۶۴	اختلاطات
۱۶۵	تشخیص
۱۶۶	درملنه
۱۶۹	مخنیوي
۱۷۰	انترکس
۱۷۰	تعریف، لامل

۱۷۰	اپیدمیالوژی
۱۷۲	پتوجنیزس
۱۷۴	کلینکی لوحه
۱۷۵	تنفسی اترکس
۱۷۶	د هضمی جهاز اترکس
۱۷۷	باکتریمیا او مننجایتس
۱۷۸	لابراتواری موندنې
۱۷۸	د اترکس تشخیص
۱۷۹	تنفسی اترکس
۱۸۰	د هضمی جهاز اترکس
۱۸۰	درملنه
۱۸۳	د لومړې خط دوا
۱۸۴	د دوهم خط دوا
۱۸۴	مخنیوی
۱۸۶	انزار
۱۸۷	د لیوني سپي ناروغی
۱۸۷	تعریف، لامل
۱۸۸	اپیدمیالوژی
۱۹۰	پتوجنیزس

۱۹۲	د رابيس پتو فزيالوژي انځور
۱۹۲	کلينکي لوحه
۱۹۴	لابراتواري پلټنې
۱۹۵	درملنه
۱۹۶	وقايه
۱۹۶	د مخامخ کيدو څخه مخکې وقايه
۱۹۸	د مخامخ کيدو څخه وروسته وقايه
۱۹۹	د PEP وقايه معاف کسانو ته
۱۹۹	د PEP وقايه غير معاف کسانو ته
۲۰۰	احتياط او مضاد استطباب
۲۰۲	تيتانوس
۲۰۲	تعريف، لامل
۲۰۲	اپيدميالوژي
۲۰۴	پتوجينيزس
۲۰۵	کلينکي لوحه
۲۰۷	د عمومي تيتانوس کلينيکي لوحې انځور
۲۰۸	تشخيص
۲۰۹	درملنه
۲۱۱	لنډيز

۲۱۳	پوښتنې
۲۱۵	ماخذونه

د لوي او بخښونکي خدای په سپيڅلي نامه

سريزه

ډير زيات د شکران ځای دي چې د لوي او عظيم الشان ذات (ج) په مرسته او توکل مو ددې وس پيدا کړ چې د انتاني ناروغۍ تر عنوان لاندې د درسي کتاب تاليف بشپړ کړم. څرنگه چې تاسو ته پوره معلومه ده چې انتاني ناروغۍ په هغه هيوادو کې چې په غربت، تېټ اقتصادي حالت، بي سوادۍ او ناوړه جنگي شرايطو کې قرار لري زياتې ليدل کيږي چې يو د هغې هيوادو څخه زموږ زوريدلی ولس دی چې د مختلفو انتاني ناروغيو لکه توبرکلوز، ملاريا، وچکۍ، ديزانتري، مختلفو ويروسي، پرازيتي او حيواني ناروغيو څخه رنځ وړي له بلې خوا زموږ په هيواد کې د انتاني ناروغيو په درملنه کې زياتي ستونزي موجود دي چې له هغې جملې څخه د بي کيفيته درملو واردول، د صحي چارواکو عدم توجه، له واکسينو څخه ناخبري، روغتون او داکتر ته ناوخته تگ او د واکسينونو په خپل وخت نه اجرا کيدنه ټول هغه عوامل دي چې زموږ په ټولنه کې يې د انتاني ناروغيو کچه او مړينه پورته وړي ده. په همدې توگه هغه هيوادونه چې پرمخ تللي دي په هغوی کې هم په دې وروستيو کې انتاني ناروغۍ په نوو بڼو سره راڅرگندې شوي دي. لکه HIV، AID، SAARS، د مرغانو انفلونزا او نورې چې بشري ټولنه ورسره لاس او گريوان ده. په همدې موخه د داخلي ډيپارټمنټ د پريکړې په بنسټ ماته دنده وسپارل شوه چې د پوهاند علمي رتبې ته د لوړتيا لپاره د طب پوهنځي د څلورم ټولگي محصلينو لپاره د انتاني ناروغۍ تر عنوان لاندې درسي کتاب د نوي کړيکولم په نظر کې نيولو سره سم وليکم.

دغه کتاب په پنځو څپرکو کې ليکل شوی دی. د هر څپرکي په سر کې مفردات، او په اخره کې لنډيز او پوښتنو ته ځای ورکړل شوی دی. په لومړي څپرکي کې د انتاني ناروغيو عموميات ذکر شوي دي په دوهم څپرکي د هضمي جهاز انتاني ناروغۍ لکه شگيلوزس، اتريک تبه، د خوړو باکټريايي تسمم، کولرا، ويروسي هيپاتاتيس او اميبيازس ته ځای ورکړل شوی دي په دريم څپرکي کې د تنفسي سيستم انتاني ناروغۍ لکه انفلونزا، ديفټري، انتاني مونونوکلېوزس او مننگوکاکل ناروغۍ په مفصله توگه

بیان شوي دي. په څلورم څپرکي کې د وینې اتناني ناروغي لکه د ملاریا څخه پوره بحث شوی دی. چې پېښې یې د هیواد په کچه په شرقي زون کې زیاتې دي. په پنځم څپرکي کې هغه اتناني ناروغي چې له حیواناتو څخه لیږدېږي لکه بروسیلوزس، انترکس، د لیوني سپي ناروغي او تیتانوس په مفصله توګه تشریح شوي دي چې پورتنۍ ټولې ناروغي زموږ د وطن د پتولوژي سره برابر او پېښې یې زیاتې دي. د کتاب منځپانګه او مواد د داخلي او خارجي معتبرو تازه نوو سرچینو Text books او هم د طب پوهنځي د داخلي څانګې د استادانو او کابل طبي پوهنتون د محترمو استادانو له خوا په لیکل شویو کتابونو او څیړنو څخه بډایه شوي دي. موضوعاتو ته په جدولو او انځورونو کې په ښه توګه انعکاس ورکړل شوی دی چې لوستونکي ترې په اسانه او ژر مطلب اخیستی شي. په پای کې که په کتاب کې کومه قلمي او املايې غلطې موجوده وي امید دی چې په روغونکو نظریو له ماسره یاري وکړي. ترڅو د راتلونکي چاپ لپاره مو اصلاح کړی وي.

لمړی څپرکی د انتاني ناروغیو په باره کې عمومي معلومات

مفردات

- تاریخچه، انتان، انتاني پروسه
- په انساني جوړښت کې د انتان کوربه توب
- کلینیکي پړاوونه د انتاني ناروغیو له غیر انتاني ناروغیو څخه
- د انتاني ناروغیو ډلبندي
- اختلاطات

په لومړي څپرکي کې د انتاني ناروغیو په باره کې عمومي معلومات تر بحث لاندې نیول کېږي. مخکې له دې چې په انتاني ناروغیو پیل وکړو اړینه ده چې د انتاني ناروغیو په هکله مو عمومي معلومات تر لاسه کړي وي. د انتان د پیژندګلوی او د انتاني ناروغیو د تاریخچې په هکله مو باید پوره معلومات په لاس کې وي. څرنګه چې زموږ هیواد په جنگ کې رابنګیل دی او له بلې خوا مو خلک په سخت غربت کې شپې او ورځې تیروي او ددې سره سره مو د سواد کچه هم زیاته ښکته ده چې ۹۵ سلنه خلک د تعلیم له نعمت څخه محروم دي. دري واړه فکتوره د ناروغۍ په زیږنده کې رول لري. ددې لپاره چې د خپل وطن د پتولوژي سره سم مو د انتاني ناروغیو په هکله پوره علمي معلومات تر لاسه کړي وي باید انتاني ناروغی په خورا دقت او پاملرنې سره په نظري او عملي برخو کې مطالعه کړو: تر څو د تیوري او عمل په میدان کې مو د انتاني ناروغیو درملنه په خورا ډاډ سره تر سره کړې وي او د لوي خدای (ج) په فضل ددغه وژونکو ناروغیو په مخنیوي کې مو بریاوې په نصیب شي.

د اتناني ناروغیو په باره کې عمومی معلومات

تاریخچه : اتناني ناروغی د انسان د پیدایښت سره له ډیرې پخوا مودې څخه منځ ته راغلې دي چې په انسانانو کې د ناروغی د پیداکیدو لامل ګرځي که څه هم تر ډیرې مودې پورې د اتناني ناروغیو لاملونه څرګند نه وه خو اتناني ناروغی د نړۍ په زیاتره هیوادو کې غټې ستونزې جوړوي د مصریانو ، چینیانو ، هندیانو په ډیرو پخوانیو لیکنو کې د ساري ناروغیو په هکله معلومات لیدل شوي دي په تاریخي مختلفو دورو کې د اتناني ناروغیو اپیدیمي انسانان د ګواښ سره مخ کړې دي چې د هغې جملې څخه د طاغون ناروغی چې د تورې مړینې په نامه یادیده د مثال په توګه ذکر کولای شو چې په میلادي څوارلسمه پېړۍ کې یې د ځمکې په کره کې پنځوس میلونه انسانان له منځه یوړل . په لومړي نړۍ والو جګړه کې د Gripp د ناروغی د اپیدیمي له امله پنځه سوه میلونه انسانان په ناروغی اخته شول چې د هغې څخه شل میلونه انسانانو خپل ژوند له لاسه ورکړ .

د نړۍ وال روغتيايي سازمان د احصايې له مخې هر کال یو میلیارد انسانان یعنې په څلورو نفرو کې یو نفر د اتناني ناروغیو ښکار کېږي .

په لومړي کې د اتناني ناروغیو د لاملو په هکله داسې فکر کیده چې ددې ناروغیو لامل زیان رسونکې ګازونه دي . مګر په شپاړلسمه پېړۍ کې یو ایتالوي پوه چې D-Fracaster نومیده داسې نظر څرګند کړ چې اتناني ناروغی له ناروغه کس څخه روغ کس ته نیغ په نیغه او یا په غیر مستقیم توګه د هوا او د کور سامان الاتو په واسطه لیږدېږي بیان کړ . ۱:۴

په اتلسمه پېړۍ کې الماني عالم Kracher داسې فکر کاوه چې ددې ناروغیو لامل یو کوچنی ژوندی موجود دی. په همدې توګه د انتاني ناروغیو په اړه فرانسوي پوه L.Pastnre او الماني پوه Koch ثابت کړه چې یو ژوندی مایکرو ارګانیزم په کوربه کې د ناروغې لامل کېږي چې دا مایکرو ارګانیزم کیدای شي چې باکتریايي، وایروسي، فنگسي، ریکتسيا، پروتوزوا او نور وي. نظر د ناروغی په عامل ناروغی د بکتریايي، وایروسي، فنگسي او پروتوزوايي ناروغیو په نوم نومول شوی دی. ۳: ۱۴، ۱۵

انتان:

تعریف: د مایکرو ارګانیزم هغه حالت دی چې په حاد، مزمن او یا دبې عرضه لېږدونکي په توګه د انسان په عضویت کې په ناروغی د اخته کیدو وړتیا ولري. انتان په انسانانو کې د اخته کیدو او د مړینې غوره لامل دي حاصتاً په پرمخ وده هیوادونو کې چې هلته غربت او ګڼه ګوڼه زیاته وي په پرمخ تللو هیوادو کې نږدې وال معافیتي سیستم او میکروب ضد درملو په بریالۍ توګه د انتاني ناروغیو شیوع کمه کړې ده خو د انتي بیوتیکوسره مقاوم مایکرو ارګانیزمونه اوځنې ناروغې لکه H I V ، VCJD (Variant Creutz feldt Jakob Disease) پرمخ تللي حاد تنفسي سندروم او Avian انفلونزا (SARS) چې د میکروب ضد درملو سره مقاوم دی چې د لته یو نړیوال تحرکیت مخ په زیاتیدو دي چې ټینګار یې په هغه ناخوالو دی چې د جنګ په نتیجه کې د مدني نارامۍ، طبعي افاتو او هغه ناخوالې چې د سیاحت او اقتصادي ګټې پر بنسټ د غه حالات د انتاني ناروغیو د زیاتیدو سره مرسته کوي او هغه چې پخوا به پتوجن یو طرفه ته وه لکه SARS او Westnile virus اوس دې ناروغیو په ټوله نړۍ کې تاسس کړي دي لکه Monkey pox.

په بزگرې کې بدلونونه او د میوو او خوړو په مختلفو مرحلو کې پوخ والې ددې لامل شوې دي چې د خوړو او اوبو له لارې د ناروغې پېښې زیاتې کړي په مرکزي ښارونو کې ګڼه ګڼه او غربت ددې لامل شوی چې د توبرکلوز او نورو اتناني ناروغیو شیوع رامنځ ته کړي. ځنې نورې لارې لکه په قصدي توګه لېږدېدنه د بیوترویریزم پربنسټ لکه Small pox او دانترکس پېښې لیدل کېږي په اټکلې توګه د اتناني ناروغیو ۲۵ سلنه د مړینې لامل کېږي دوه بیلونه انسانان چې دنړې ۱/۳ برخه جوړه وي په توبرکلوز مصاب دي هر کال پنځه سوه میلیونه خلک د ملاریا څخه رنځ وړي دوه سوه میلیونه خلک د شیسټومیازس په واسطه منتن دي، ۳۹،۵ میلیونه خلک د HIV/AIDS سره لاس او ګریوان دي چې په دې کې ۴،۳ میلیون په نوي HIV اخته دي. ۸۲،۸۰:۱۴

اتناني پروسه: د هغې مرحلې څخه عبارت ده چې د خاصو او مشخصو اورګانیزمونو ترمنځ تړاو لري چې په خاصو محیطي شرایطو کې انکشاف کوي او د امرحله د اورګانیزمونو د لومړني تماس څخه شروع او د کوربه د عضویت څخه په پوره له منځه تللو او یا خارجیدو پورې ادامه لري.

په انساني جوړښت کې د انتان کوربه توب:

د کوربه او اورګانیزم ترمنځ متقابل عمل: زمونږ هریو په زیات شمیر سره د مایکرو اورګانیزمو په واسطه کالونایز شوي (باکتریا، وایروسونه، پروتوزوا او چینجې). چې مونږ ددې سره ژوند کوو ځنې ددوي سره زمونږ اړیکې د Symbiosis په بڼه دي چې په دې کې دواړه (کوربه او مایکرو اورګانیزمونه) ګټه پورته کوي ځنې نور یې بیا Commensal دي چې دوی په کوربه کې ژوند کوي خو کوربه ته ضرر نه رسوي.

په انتاني ناروغیو کې اعراض او علایم د کوربه او پتوجن د متقابل عمل په پایله کې منځ ته راځي .

په ځینو پېښو کې لکه د انفلوئنزا په لومړۍ پړاو کې اعراض د پتوجن په واسطه د کوربه د حجراتو دمړه کیدو له امله منځ ته راځي . زیاتره ناوړه اغیزې د دواړو یعنی پتوجن او کوربه د دنیغې پتوجنیستي او د وجود دفاعي ځواب په وړاندې منځ ته راځي . په مننګو کاکل Septicemia کې د بیلګې په توګه د زیاتره انساجو تخریب د هغه Cytokine په واسطه صورت نیسي چې د باکتریاو په وړاندې افرازیږي .

کله چې انتان د انسان عضویت ته داخلېږي د لاندې حالاتو سره مخ کیږي :

- ۱- په هغه صورت کې چې د عضویت دفاعي قوه پوره وي نو مرضی عامل له منځه ځي .
- ۲- که د عضویت دفاعي قوه لږ څه ښکته وي نو بې عرضه ناقل منځ ته راځي .
- ۳- او که د عضویت دفاعي قوه ښکته وي نو د انتاني ناروغیو کلینیکي لوحه راڅرګندیږي .

چې په پایله کې د ناروغ په صحت موندلو ، مزمن شکل او یا بې عرضه ناقل او یا په مړینه ختمیږي د ټولو انتاني ناروغیو لپاره د ناروغی دورانۍ سیروصفي دی چې انتاني وتیره په ترتیب سره له یو پړاو څخه په بل پړاو بدلیږي .

لومړی پړاو : د تفریخ دوره (Incubation period) : کله چې انتان عضویت ته داخلېږي د ناروغی د لومړني علایمو تر څرګندیدو پورې نوموړې وخت د تفریخ دوره ده میکروبونه د مختلفو لارو څخه عضویت ته داخلېږي چې د انتان د نفوذیه ځای په نوم یادېږي (داخلیدو لاره) .

مثلاً د پوستکې د لارې ملاریا ، لشماني ، راکې تبه او تنفسي محاطې غشاله لارې Gripe ، چیچک ، ديفتري او دهضمی جهاز له لارې محرقه ، ډایزنتري، کولرا او نور .

کله چې مایکرو اورگانیزم دخولې له لارې څخه ځای په ځای کیږي د څو حالاتو سره مخامخ کیږي انتان یا له منځه ځي یا تطابق کوي او یا پرمخ ځي او په عضویت کې خپریږي .

دوهم پړاو : حجروي پړاو یا Pro dromal اعراض : په دغه پړاو کې ناروغ ته کسالت سترتیا ، کمخونی او بې اشتهايي پیدا کیږي او یو څه کمه اندازه د وجود دحرارت درجه پورته ځي ددغه پړاو علایم غیر وصفی دی یواځې په ځینو انتانی ناروغیو کې دغه پړاو د مشخصو اعراضو علایمو لرونکی وي مثلاً د چیچک په ناروغانو کې د پوستکې وصفی اندفاعات په سینه او ورانه کې لیدل کیږي .

دریم پړاو : د ناروغې د اساسي علایمو څرگندیدل : معمولاً په لنډه موده کې پیښیږي چې په عضویت کې په زیات مقدار اگزوتوکسین او اندوتوکسین له باکتریاو څخه ازادیږي او برسیره پر دې په دغه پړاو کې د غیر وصفی توکسینو کچه هغه چې د عضویت د پروتینو د تجزیې په پایله کې منځ ته راځي لوړیږي چې د انتانی ناروغیو په اړوند زیاتره پتولوژیک نښې دوصفی توکسینو له امله وی چې دغه ازاد شوي میکروبي اگزوتو کسینونه د ديفتري ، تیتانوس ، بوتولیزم ، کولرا او خطرناکو انتاناتو په پتوجنیس کې عمده رول لري د باکتریا اگزوتوکسین ټاکنيزې اغیزې لري او ددې وصفی اعراضو د راڅرگندیدو لامل کیږي .

دديفتري اگزوتوکسین د زړه عضله ، ځگر ، سږي ، او دپښتورگو له پاسه محفظه اغیزمنه کوي . د بوتولیزم توکسین انتخابي اغیزې درگو ، حرکي او محیطي اعصابو د

نهایاتو دپاسه لري. د کولرا اگزوتو کسین د وړو کولمو انزایماتیک سیستم ویجاړوی او د شدید ډیهایدریشن لامل کیږي. اندو توکسین چې د میکروبو د ویجاړیدو له امله ازادیږي. Exotoxin څخه څو چنده یې سمې اغیزې کمې دي. ځنې باکتریاګانې د اگزو توکسین او اندو توکسین د پیدا کیدو وړتیا لري. مثلاً شگیلا دیزنټري .

هره ناروغي د انسان په وجود کې په پیچلې توګه را څرګندیږي چې په مجموع کې ددغه اغیزو او فکتورو له مخې Intoxi cation سندروم وظیفوي ګډوډي او بنسټیز عضوي بدلونونه منځ ته راوړي مثلاً د ډیزنټري وخیم شکلونه چې د نیورو توکسیکوز سره یو ځای وي. ناروغان استفراقات ، اختلاجات او غیر شعوري حالت او هزیانات لري د توکسیکوز له منځه تلو سره یوازې د Asthenia علایم موجود وي چې دا ډول اغیزې د ویروسي انتاناتو په صورت کې هم کتل کیږي. د پتو جنیستي له نظره انتو کسیکس تر زیاته حده پورې د ویروسونو په سايټو پاتيک اغیزو پورې اړه نیسي چې د Varemia په صفحه کې د C.N.S حجات اخته کوي. په دې توګه په دغه وایروسي خطرناکه نیورو توکسیکوز کې د انسفالوپاتي علایم د حرکي سیستم د بدلونونو سره یو ځای راڅرګندیږي. له دې امله Intoxcation د انتاني پروسې له عمومي خواصو څخه دي چې لاندې انتاني اعراض په هغې پورې اړه پیدا کوي. تبه، په پوستکې او مخاطي غشا کې اندفاعات (Xantema, enantema) ، د هضمي سیستم تشوش، کېدي طحالي، سندروم وغیره .

د انتاني ناروغیو له وصفی اعراضو څخه یو هم د الرژي سندروم دی. د استحالوي بدلونونو التهابي محصول، د پروتینو تجزیه اود حجاتو تخریب د فعالې الرژی لامل کیږي. یعنې نوموړې الرژي په انتاني پروسه کې شامله ده چې نوموړې حساسیت د

ناروغی په سیر کې د کتنې وړ اغیزه درلودلای شي. مثلاً په هیپا تایتیس B ویروس کې پتولوژیکه پیښه زیاتره په اتوامیون پېښې پورې چې د ځگر د ویجاړو حجراتو په وړاندې اړه نیسي وي.

د روغوالي پړاو : په مختلفو عواملو پورې اړه لري چې له هغې جملې څخه د عضویت مقاومت ، د مایکرو اورگانیزم ویروالانس او نور فکتورونه په کې شامل دي. د نقاحت په مرحله کې ممکن ناروغي بیرته راوگرځي او یا مزمن ناقلیت منځ ته راشي او یا د ناروغی اختلاطات منځ ته راشي. کله چې ناروغ صحت مومي د معافیت مختلف ډولونه منځ ته راځي چې پورتنی ټول حالات په ټولو انتاني ناروغيو کې په عمومي توګه لیدل کیږي د انتاني ناروغيو مشخص خصوصیات له نورو ناروغيو څخه نظر د ناروغی په وخامت لکه (خفیف ، منځنی ، وخیم شکل) هم د تفریق وړ دي. ۱۸:۳

A) حفیف شکل : د Intoxication په حفیف شکل کې د حرارت درجه نورمال ، کمه ناراحتی او ځاني پیښه لږه متباززه وي.

B) منځنی شکل : د حرارت درجه ۳۸-۳۹ °C چې ورسره ناراحتی ، سردردی ، کسالت ، زړه بدوالی او کانګې یو ځای وي.

C) وخیم شکل : د Intoxication علایم شدید ، د حرارت درجه پورته ، هیجان موجود وي او یا برعکس ناروغ چپ وي. استفراقات په متکرره توګه موجود وي. څرګند تغیرات په مختلفو سیستمونو او اعضاو کې دوهم ځل منځ ته راځي. د یادونې وړ ده چې د انتاني ناروغی په منځني او وخیم شکل کې ممکن اعضاوې په شديده توګه په افت اخته شوې وي. خو د حرارت درجه پورته نه ځي. لکه په وایروسي هیپاتیتو کې.

د سیر له نظره ناروغي ممکن حاد ، تحت الحاد او مزمن سیر ولري . په حاد شکل کې روغو الی وروسته له دوه یا درې میاشتو د ناروغۍ له شروع څخه اوپه تحت الحاد کې تر (۲) میاشتو پورې او په مزمن شکل کې له (۲) میاشتو څخه زیات دوام پیدا کوي . په ځینې پېښو کې د ناروغۍ حاده مرحله بدلون کوي او پدې صورت کې د ناروغۍ بیرته راگرځیدل ، اختلاطات او شدت ئې لیدل کیدای شي ۱۸:۳

د انتاني او غیر انتاني ناروغيو تر منځ توپیر :

۱ - انتاني ناروغي د یوه ژوندي مایکرو اورگانیزم پواسطه رامنځ ته کیږي چې دا اورگانیزم کیدای شي باکتریا ، وایروس ، فنگس ، ریکتسیا ، پروتوزوا ، کلامیدیا او داسې نور دي

۲ - په انتاني ناروغی اخته کس نورو خلکو ته انتان لېږدوي چې دا حالت د ناروغۍ د کتلوی خپریدو لامل کیدای شي .

۳ - انتاني ناروغي د تفریح د دورې لرونکې وي .

۴ - انتی باډي پیدا کوي

۵ - له انتاني ناروغيو څخه په بیلابیلو لارو لکه درمل ، دواکسینوپه استعمالولو او روغتیا ساتنې د شرایطو په پام کې نیولو سره مخنیوی کولای شو .

۶ - د انتاني ناروغيو په زیات شمیر پېښو کې لامل او مسا عد کوونکي فکتورونه څرگندوي .

۷ - انتاني ناروغۍ زیاتره حادې او ځینې ئې مزمنې وي لیکن غیر انتاني ناروغۍ زیاتره مزمنې وي . ۷:۴

۸- هره انتاني ناروغی د ځینی مخصوصه معافیتی عکس العمل لکه د AB پیدا کیدل ، الرژیک عکس العملونه د وینی د حجراتو په جوړښت او فعالیتو کې د بدلونونو سره یوځای وي ایمونو گلوبولینونه د معافیت په منځ ته راوړلو کې مهم رول لري . IG ویروسونه او باکتریاوي جذبوي او یو غیر متحرک انتی جن انتی باډی کمپلکس جوړوي چی د اپیښه په عضویت کی د میکروبو د خپریدو او ډیرښت مخنیوی کوي هغه مایکروفلورا چې په علوی تنفسی لاره او هضمی سیستم کی موجود دي لکه الفاستریتو کاکس او اکتینو مایسیت چې د هغوي د مخاطی غشاء په نفوذیه وړتیا باندې مهم رول لري چې دغه مایکرواورگانیزمونه د خپل ژوند په موده کې چې کوم مواد افرازي د پتوجن میکروبونو د ډیرښت او مخکی تگ څخه مخنیوی کوي . میزودرمل حجرات د عضویت په دفاعی قوه کې مهم رول لري فگوسیتونه میکروبونه جذب اوله منځه وړي په همدې توگه مکروفاژونه (گرانولر لوکوسایت) ، د توری پولپ حجرات لمفای نسج ، اوداوعیې د جدار اپی تیلیل هم د میکروبونو د جذب په پيښه کې برخه اخلي په همدې ډول څرگندېږي چې یواځې د پتوجن میکروبونو نفوذ په عضویت کې بس والی نه کوي چې د ناروغی د پیدا کیدو لامل شي بلکه د انتاني ناروغی د منځ ته راتگ خصوصیت کلینکی سیرا و انزار ئې د عضویت په فزیولوجیک عکس العمل اود میکرواورگانیزم سره ئې د قدرت په مجادله پوری اړه نیسی وي . هغه فکتورونه چې د عضویت په عکس العمل باندې اغیزه لري عبارت دي له .

د خوراک کمیت او کیفیت ، سن او جنس څخه مثلاً فقیره غذا امکان لري چې په یو له هغو میکانیزمو چې په عضویت کی د میکروبونو د ډیر ښت د ممانعت لامل کیږي ناوړه اغیزه ولري . د پروتین او امینواسیدو D,A, vitB_{۱۲} نشتوالی د انتی باډی گانو

پیدا کیدل په ځنډا چوي . د پروتین او فولیک اسید په پرمخ تللی نشتوالی کی د فگو سایتو فعالیت محتل کیږي . همدادول دانتان د اخته کیدو سره سن عمده رول لري . مثلاً ماشومان تر شپږ میاشتني عمر پورې د یو شمیر ناروغيو په وړاندې لکه شری ، دیفتري سره معافیت لري چې په منفعله معافیت پوری تړاو لري کوم چی ماشوم ئې په جنینی موده کی له پلاستتا او د شیدو خوړلو په موده کې د مور له شیدو څخه لاس ته راوړي او برعکس ئې د شگیلا او انتروپتوجن باکتریاؤ په وړاندې ډېر حساس وي .

د انتاني ناروغيو منځ ته راتگ په جنس پوری هم اړه لري همدالامل دی چې د حیض په موده کې د بښځو عضویت د T.B او سترپتوکوک انتان مقابل ته حساس وي . نور فکتورونه لکه سترپتیا هم د انتاناتو په وړاندې د لوکوسایتو فگوسایتیک فعالیت ښکته کوي او په همدې توگه د عضویت مقاومت د انتاناتو په وړاندې راتیټوی ۳:۱۵

د انتاني ناروغيو ډلبندی او نوم ایښودنه :

د اید میالوجیک مشخصاتو له مخې انتاني ناروغی په لاندې ډول دي

(a) Anthroponosis - چې د انسانانو لپاره وصفی دي

(b) Zoonosis - چه حیوانات په ناروغی اخته کیږي (حیوانی ناروغی)

(c) Anthro-Zoonoz - چه په انسانانو او حیواناتو کې د ناروغی لامل کیږي

انتاني ناروغی د لیږدیدني له لارې په لاندې توگه ډلبندی شوي دي

(a) معدی معائي انتاني ناروغی-

(b) د تنفسی لارې انتانی ناروغی-

(c) د ویني انتانی ناروغی-

(d) د پوستکی انتانی ناروغی-

(e) انتاني ناروغي چي د نورو لارو څخه ليردېږي

د سببي عامل له مخې انتاني ناروغی په څلورو گروپو ویشل کېږي

۱- باکتریا ۲- ویروسونه ۳- Eukaryotes ۴- Prions

۱- باکتریا : باکتریاوي د ویروسونو خلاف د DNA او RNA لرونکی وي حجروي

دیوال لري جسامت ئې دوايروسونو څخه غټ نه وي باکتریاوی ددې وړتیا لري چې خپل

په خپله تکثر وکړي زیات شمیر باکتریاوی د کوربه په حجراتو متکی ندي

۲- وایروسونه : - په وایروسونو کی پروتین او نوکلیک اسید شته جنټیکي بدلونونه

لري او تکثر کولای شي په وایروسونو کې د خپل په خپله تکثر وړتیا کمه ده وایروسونه

واړه دي د ۲۰ nm څخه ئې قطر کم دی په هر وایروس کې یوازې یو ډول نوکلیک اسید

موجودوي چې یا به RNA وي یا DNA .

۳- Eukaryotes - پیچلې انتاني اورگانیزمونه دي ایوکاریوت پتوجن عبارت دي

له واحد الحجروي پروتوزوا ، فنگسونه او کثیروالحجروي پرازیتیک چنجی ، د خزندو

ځینې نور ډولونه او د پرازیتو ځینې ډولونه چې په انسانانو کې اوسېږي د ناروغی د

پیداکیدو لامل کېږي

۴- Prion : نوی پیژندل شوی ساده انتانی عامل دي چې یو ځانگړی پروتیني

مالیکول لري پدې کی نوکلیک اسید او جنیتیک معلومات نشته ۱۴: ۸۰، ۸۲

د انتاني ناروغيو اختلاطات :

د انتاني ناروغيو په هر پړاو کې دوه ډوله اختلاطات لیدل کېږي چې عبارت دي له وصفی

او غیر وصفی اختلاطاتو څخه .

وصفی اختلاطات : - هغه اختلاطات دي چې په هماغه میکروب پورې اړه پیدا کوي کوم چې د ناروغې لامل شوی دی لکه د محرقی په ناروغانو کې د کولمو د سورې کیدو اختلاط . او یا هم د ویروسی هیپاتایتس په ناروغانو کې هیپاتیک کوما منع ته راتگ .

غیروصفی اختلاطات : هغه اختلاطات دي چې د تالی انتاناتو په سیر کې منع ته راځي مثلاً په تیفوئید یا محرقه کې د نمونیا Gripp ، دا اختلاطاتو منع ته راتلل .

په آخره کې په انتاني ناروغیو کې چې ژوند ته گواښ کوونکي اختلاطات عبارت دی له شاک ، هیپاتیک کوما ، د پښتورگو حاده عدم کفایه (په ملاریا او مننگو کاکس کې) اود سږو اذیما د گریپ په ناروغی کې ، د ماغی اذیما په خطرناک Fulminant هیپاتایتس او مننجایتس کې لیدل کیږي د ناروغی شدت او نکث هم دا اختلاطاتو له جملې څخه شمیرل کیږي لکه په تیفوئید ناروغی کې چې د ناروغی شدت Typhomeningit منع ته راتلای شي .

د ناروغی نکث او عود: چې د کلینکې روغوالې څخه وروسته ناروغی دوهم ځل راگرځي . ۱۹:۳

لنډیز:

د انتاني ناروغیو په باره کې د عمومي معلوماتو خلاصه په لنډې ډول ده .

لمړی د انتاني ناروغیو د تاریخچې په هکله په زړه پورې معلومات په لنډه توګه ذکر شوی دي او هم د انتاني ناروغیو پیژندګلوي او انتاني پروسه تشریح شوې ده او هم په انساني جوړښت کې د انتان د کوربه توب په هکله معلومات وړاندې شوی دي چې انتان په لمړی ځل کله چې عضویت ته داخلېږي او د عضویت عکس العملونه د انتان په وړاندې په څه ډول او په پای کې انتان په کومه لاره بهر ته ویستل کیږي څه ډول ستونزې ورڅخه پاتې کیږي ، ناروغان روغوالی مومي او یا ناروغي یې وخامت خواته ځي

په همدې توګه د انتاني او غیر انتاني ناروغیو د توپیرو ، اختلاطاتو او ډلبندي څخه هم په پوره توګه یادونه شوي ده .

پوښتنې:

۱. د انتاني ناروغیو توپیر له غیر انتاني ناروغیو څخه په نښه کړی.

الف: انتي باډي پیداکوي ب: د تفریخ دوره لري ج: حادې وي د: ټول صحیح دي
۲. د انتاني ناروغیو لاملونه کوم دي په نښه ئې کړیالف: باکتریا ب: وایروسونه ج: پریون د: لومړني دري صحیح دي ذ: ټول غلط دي
۳. انتاني ناروغي د کومې لارې څخه لیږدېږي په نښه ئې کړیالف: د وینې له لارې ب: د پوستکي له لارې ج: د تنفسي لارې د: ټول صحیح دي
۴. Anthroponosis د څه شي لپاره وصفي دیالف: د حیواناتو لپاره ب: د انسانانو لپاره ج: د انسانانو او حیواناتو لپاره
د: ټول غلط دي

۵. Zoonosis د څه شي لپاره وصفي دي

الف: د حیواناتو لپاره ب: د انسانانو لپاره ج: د انسانانو او حیواناتو لپاره د: ټول
غلط دي

دوهم څپرکي د هضمي جهاز انتاني ناروغي

مفردات

شکيلو زس:

- تعريف، لامل، اپيدميالوجي
- پتوجنيزس، پتالوجي، کلينيکي لوحه
- اختلاطات، تشخيص، درملنه، وقايه

انټريک تبه:

- تعريف، لامل، اپيدميالوجي
- پتوجنيزس، پتالوجي، کلينيکي لوحه
- اختلاطات، تشخيص، درملنه، وقايه

د خوړو باکټريائي تسمم:

- لامل، لابر اتواري ازموينې، درملنه، مخنيوی

کولرا:

- تعريف، لامل، اپيدميالوجي
- پتوجنيزس، پتالوژي، کلينيکي لوحه
- وقايه، مخنيوی

ويروسي هيپاتايټيس:

- عمومي معلومات، لامل، اپيدميالوجي
- پتوجنيزس، پتالوژي، کلينيکي لوحه
- اختلاطات، تشخيص، درملنه، مخنيوی

اميبيازس:

- تعريف، ليرېد او د ژوندانه سايکل
- اپيدميالوجي، ډلبندي، پتوجنيزس
- پتالوژي، کلينيکي سندرومونه، اختلاطات
- لابر اتواري ازموينې، تفريقي تشخيص، درملنه، مخنيوی

د هضمي جهاز د انتاني ناروغیو په ډله کې شگیلوزس، انټریک تبه، د خوړو باکټريائي تسمم، کولرا، ویروسي هیپاتایتیس او امیبیازس څخه په مفصله توګه یادونه کېږي څرنگه چې نوموړې ناروغی ځمونږ د هیواد د پتالوژي سره تطابق لري او پېښې ئې په کثرت سره لیدل کېږي نو له همدې امله نوموړې ناروغیو ته د هضمي جهاز د انتاني ناروغیو په سر کې ځای ورکړل شوی دی. پورتنی انتاني ناروغی ځمونږ د هیواد په کچه زیاتي معمولي دي نو اړینه ده چې د طب مسولین کارکوونکي، طبي پرسونل او معالج ډاکټران باید د نوموړو ناروغیو په هکله زیات معلومات په لاس کې ولري ترڅو د پورته ناروغیو په درملنه او مخنیوي کې اغیزمن ګامونه پورته کړي.

شگیلوزس Shigellosis

تعریف : د کولمو یوه حاده انتاني التهابی ناروغی ده چې د شگیلاډیو ډول پواسطه منځ ته راځي که څه هم دغه ناروغی د بسیلیري ډیزنټري پنوم یاډیرې مګر زیاتره کسان په اوږین نس ناستی اخته کېږي اود ډیزنټري په لور پرمخ تګ نه کوي . د ناروغی شدید ډولونه په صنعتی هیوادونو کې کم دي او په پرمخ وده هیوادونو کې خطرناک شدید حتی وژونکی حالت منځ ته راوړي . ۲۴:۴

د ناروغی لامل : د ناروغی لامل یوګرام منفی کوچنی بسیل دی چې بی حرکت دی اود انیتروباکټریاسی او E.Coli پورې اړه لري د شگیلا (۴۳۰) سیروتایپه وجود لري چی خلور ډوله یې پوره پیژندل شوی دي. ۲۱:۳

۱. S.dysenteriae

۲. S.flexneri

۳. S. boydii

۴. S. Sonnei

ا پید میا لوجی : د شگیلوزس پیښې په هغو سیمو کې چې روغتیا ساتنه ئې خرابه وي زیاتې لیدل کیږي په همدې توګه په ګڼ میشتو سیمو کې چې د خلکو ګڼه ګڼه زیاته وي ناروغي له یوه کس څخه بل ته لیرد یږي پیښې ئې هم زیاتې دي اټکل شوې ده چې په ټوله نړۍ کې دوه سوه میلیونه خلک په شگیلوزس اخته دي چې کلنۍ مړینه ئې ۲۵۰۰۰۰ اټکل شوې ده په ماشومانو کې د پنځه کلنۍ څخه ښکته عمر وکې لیدل کیږي .

د CDC (Center for prevention disease control) د راپورونو له مخې د شگیلازیاتې پیښې په ماشومانو او ځوانانو کې وي ۱/۴ پیښې په ځوانانو او ۱/۴ په ماشومانو کې عمر ئې د پنځو کلو څخه کم وي او په ښځو کې دوه برابره نسبت سږیو ته لیدل کیږي پیښې ئې زیاتره په کلیوالي سیمو کې دي . د Fecal oral له لارې څخه لیرد یږي چې په نیغه توګه له یوه کس څخه بل ته لیرد یږي او یا په غیر مستقیمه توګه د مچانو ، ککړو اوبو ، خوړو Fomite پواسطه لیرد یږي په همدې توګه لیرد یږي ئې په جهیلونو ، د لامبو په حوضونو کې چې د ځوانانو او ماشومانو د غایطه موادو پواسطه ککړ شوی وي او یا هم ګڼ میشته سیمې وي صورت نیسې او همدا ډول لیرد ئې په لوطیانو او هم جنس بازانو کې د Anal –oral له لارې څخه صورت نیولاي شي په لومړۍ نړیواله جګړه کې د شگیلا ډیزینټري د پیښو اپیدیمی د زیاتو مړینو سره موجوده وه خو وروسته په دوهمه نړیواله جګړه کې ئې پیښې کمی اما د S.Flexeneri پیښې زیاتې شولې او وروسته د S.sonnii پیښې په صنعتی هیوادونو کې زیاتې شوې خو په ۱۹۲۹ کال کې دوهم ځلې د S.dysenterica پیښې راڅرګندې شولې . ۱۰: ۱۲۸۱

پتولوژی او پتوجنیزس :

اتنان د خولې له لارې دانسان عضویت ته داخلېږي څرنگه چې په اسیدی محیط کی په کمه اندازه ژوندی پاته کیږي خو وروسته د معدوي د اسید له مانعې څخه تیریږي او کولمو ته داخلېږي چې د اتنان اساسی پتولوژیک پړاو د کولون په مخاطی غشا باندې برید دی چې حجره په حجره ئې لیږد صورت نیسې مخکې وویل شول چې اتنان د کولمو د جذب له برخې څخه داخلېږي پداسې حال کې چې د کولمو داپیتلیوم د ساحې مقاومت یا ټینګار د اتنان په وړاندې زیات دی . آخرنیو څیړنو ښودلې ده چې اتنان د M حجراتو له لارې کولمو ته ننوزي اود مکروفافونو پواسطه بلع کیږي چې د مکروفاژ apoptosis پواسطه انقسام کوي او M-cell حجرات تخریبوي چې سایتوکیڼونه لکه Inter lukin ۱B منځ ته راوړي او وروسته له مکروفاف څخه بهر اود کولون په baso lateral اپیتلیوم باندې حمله کوي اودیوې حجرې څخه بلې حجرې ته ئې خپریږنه د نفوذیه یا Propulsion د میکانیزم پواسطه صورت نیسې اود کولون داپیتلیل حجراتو پواسطه د IL-۸ پیداکیدل تحریک کوي چې IL-۸ په خپله PMN۵ ساحې ته رابولی چې داپیتلیل حجراتو تخریب شروع کیږي د اتنان د برید له امله التهاب شدت مومی چې په پایله کې د موکوزا قرحات د کم حجم غایطه موادو سره چې پکې اگزودات ، مخاط ، وینه نوتروفیل موجودوي منځ ته راځي چې له تماس وروسته د کولون اپیتلیوم ته د endocytosis د عملیې پواسطه د حجراتو پلازما وی غشاء ته داخل او وروسته له هغې د حجراتو سایتوپلازم ته ننوزی حجروې واکيول له منځه وړي اود سایتوپلازم څخه ګټه اخلي انقسام کوي او د حجرې د تخریب څخه وروسته د Propulsion یا نفوذیه عملیې پواسطه نورو حجراتو ته ننوزی څرنگه چې شگیلیو غیر متحرک مکروب دی او فلاجیل

نه لري پس حجراتو داخل ته حرکت او برید ئې په حجراتو باندې د ICSA انزایم چې د میکروب په یو قطب کی شتون لري د میزبان داکیتن ، پروتین څخه د خپل ځان لپاره فلاجیل جوړوي چې د میزبان داکیتن پروتین پولې میرایزیشن او نښلیدل ئې د سایتو زول په دننه کې صورت نیسی. او ځینې یې په ګاونډی حجراتو کی راوتلی برخه پیداکوي چی د هغی پواسطه حجری ته داخل اوله یوې حجرې څخه بلې حجرې ته صورت نیسی اود میزبان یوبل پروتین چې د Cadhorin –can په نامه یادېږی چې ددی پواسطه د ګوتې په څیر راوتلی برخه پیداکوي چې دغه ساحه نیسی او حجری ته ننوزی اوددغې پروسې تکرار د شگیلا د خپریدنې لامل ګرځي د S.desentry.Type I ځینی ډولونه کولای شي چی Shiga toxin تولید کړي چې دغه تولید داوسپنی تنظیم کوونکی کروموزومل جین Stx پواسطه تنظیم کیږی چې د هیمورجیک کولایتس او هیمو لایتیک یوریمیک سندروم لامل ګرځي . Peptide Shiga toxin خصوصیت لري او د دوه Subunit لرونکی دی . لومړی ئې په غټ A-subunit کی ځای لري چې یو N-glycosidase دی چې Adenin د رایبوسومل RNA څخه هایډرولایزکوي اوپه غیر رجعی شکل د پروتین له جوړیدو څخه مخنیوی کوي .

دوهم ئې په B-subunit کی پروت دی چې د ګلایکولیپید Gb³ اخذې بندوي او Terminal galactose په ګلکتوزډای سکرایډ بدلوي او د نس ناستی لامل کیږی د توکسین اصلي هدف اندوتلیل مخاطي حجرات دی چې د هیمولایتیک یوریمیک سندروم (HUS) او Thrombotic thrombocytopenic پورپورا (TTP) لامل کیږی د شگیلا دوه ډوله نور اندوتوکسینونه لکه Sh-E-T-I او Sh-ET-۲ هم پیژندل شوی دي

چې د کولمولومن ته د مایعاتو په لیرې د او هم د عضویت په داخل کې دالکترولايتونو په لیرېد کې رول لري .

چې دواړه دانسان عضویت پیژندلی اوپه وړاندې ئې اتنی باډی پیدا کوي .

د بسیلری ډیزنتری پتولوژیکه منظره عبارت ده له:

د کولون د مخاطی غشا تقرح اوداپتلیل غشاء لپاسه اگزودات ، د کولون تخریب شوی حجات PMN۵ اوسره حجات او همدا ډول کاذبه پرده چې په تخریب شوی برخه کې د کولون د حجاتو د ویجاړتیا په وړاندې منع ته راځي د Mitotic انقسام شته والی د Crypts په برخه کې وی ۱۰: ۱۲۸۲

د Lamina propria ساحه اذیما وي هیمورجیک وي چی نوتروفیل او پلاسماسل هم په کې لیدل کیږی هستولوژیک ازموینې د کولون په مخاطی اندوتلیل برخه کې بدلونونه ښیي د سایتوکین تولید کوونکی حجات د مخاطی غشاء په اندوتلیل کې موجودي .
کلینیکي لوحه :

اصلاً د کوچنیانو یوه گرځنده ناروغي ده چې داوېرین نس ناستی ، التهاب اود زیات شمیر نوتروفیل حجاتو سره یوځای وي . د مطالعاتو پربنسټ دا چې په یو شمیر داوطلب ځوانانو باندې ترسره شوی وي چې هغوی د شگیلا فلکسنری لس زره میکروب بلع کړل . چې ددغو ځوانانو له جملې څخه $\frac{1}{4}$ برخه ځوانان ناروغه شول $\frac{1}{4}$ ئې ۲۴-۴۸ ساعته وروسته په تبه اخته شول او $\frac{1}{4}$ نوروته تبه او اوېرین نس ناستی پیدااو $\frac{1}{4}$ کسانو کې تبه نس ناستی چی په غایطه موادو کې وینه هم ورسره وه ولیدل شوه .په ځوانو ماشومانو کې خاصتاً د حرارت درجه ډیر ژر ۱۴-۴۲ ساتی گرید پورته ځي چی ځینی وخت په ناروغانو کې احتلاج منع ته راځي که د کوربه غذائي حالت خراب وي کیدای شي چی

عضلي ذوب منځ ته راشي او حتی د پروتین انرژي سوء تغذی خواته پرمختګ کوي چې د مړینې لامل کیږي .

ډیزنټري یو سندروم دی چې د لاندې اوصافو لرونکې وي:

ناروغ په ورځ کی له لس تر دیرش ځلی غایطه مواد کوي چې د غایطه موادو مقدار کم وینه مخاط ، Pus د گیډی شدید دردونه ، Tenesmus موجودوي چې ممکن د زیات درد او زور وهلو له امله مقعدی پرولپس تاسس وکړي . چې زیاتره شدید او پرمخ تللی حالات ئې د S.desentry پواسطه منځ ته راځي . د Boydii ، Flexeneri او Soni سپکې پیښې منځ ته راوړې ځینی هغه کسان چې ناروغي ئې کمه وي دیوې اونۍ څخه په کمه او یا لږه زیاته موده کې ښه کیږي ولی هغه کسان چې ناروغي ئې سخته وي د کولمو د سوري کیدو او توکسیک توسع لامل ګرځي اود مقاوم نس ناستی اعراض منځ ته راوړي . په اندوسکوپیک آزموینو کې مخاطی غشاء زرفی وي چی مخاطی ډسچارج ، ځاني ټپونه ، اگزودات او د کولایتس کاذه پرده تر سترګو کیږي او آفت زیاتره په ډستیل کولون کې پیښیږي داوبرین نس ناستی په ناروغانو کې خفیف ډیهایدريشن معمول دی خو شدید ډی هایدريشن نادر دی که غټی کولمی په پراخه کچه اخته شوی وی د Protein Loss Enteropathy لامل کیږي چې په تغذی باندې ناوړه اغیزه لري . د شکیلوزس د کولمو څخه د باندې اختلاطات په مختلفو ډولو دي چی ډیری پیښې یې د شگیلا ډیزنټري ټایپ (۱) او شگیلافلکسنری دواړو اتناناتو اود ناروغانو په خرابه تغذی پورې اړه لري په هغه ماشومانو کې چې دیو کلنی څخه په ښکته عمروکی قرار لري اوسوء تغذی ورسره وي د باکتریمیا وژونکی پیښې د معمول حالت په نسبت په لوړه کچه لیدل کیږي اوهم په هغه کسانو کې چې پروتین ضیاع سوء تغذی لري په HIV اخته کسانو کې د ددې ناروغي شدید حالت رامنځ ته کیږي . Hus (Hemolytic uremic سندروم) د S.dysentery type I پواسطه خصوصاً د ناروغي د لمړی اونۍ په پای کې منځ ته راځي چی لامل ئې د S.desentry ډوله STEC Strains (HV : ۱۵۷ • E.coli) پواسطه زیات اندازه توکسین دی . په Hus کی په ناروغانو کې اولیګوریا ، د پښتورګی عدم کفایه ، انوریا ، پرمخ تللی انیمیا د CHF سره او د HCT کموالی شته وی د ښی

درملنې سره سره د Hus % ۱۰-۵ ناروغان له منځه ځي چې ځینی ناروغان د پښتورگو په مزمنه عدم کفایه اخته کیږي چې Dialysis اود پښتورگی Transplantation ته ضرورت پیدا کوي هایپو ناتیریمیا، هایپوگلاسمیا اود اعصابو تشوش لکه Seizure اود شعور خرابوالی هم پیدا کیږي. S.Flexneri د توکسیک انسفالایټس لامل کیږي چې د ماغی اذیما ورسره ځای وي او هم د Reactive Arthritis لامل کیږي هغه ناروغان چې His compatibility ۷ LAB۲ H انتي جن لری په Reiter سندروم او هم په Meningitis، نمونیا، Rose spots او Kerato conjunctivitis اخته کیږي. ۱۰:۱۲۸۳ تشخیص او لابراتواري آزمویني:

ټول هغه کسان چې حاده نس ناستی او تبه ولري باید معاینه شي د غایطه موادو آزموینه لازمی ده د شگیلا (۱۰) په شدید اتان کې په غایطه موادو کې وینه او مخاط په سترگو لیدل کیږي اود غایطه موادو په مایکروسکوپیک آزموینه کې باید W.B.C او R.B.C معلوم شي. د شگیلا یقینی او پوره تشخیص د غایطه موادو د کلچر له مخی ترسره کیږي کولای شو چې د PCR پواسطه شگیلا تشخیص کړو خو تراوسه په لاس کې نشته د انزایم Immunoassay معایناتو پواسطه د دری ساعتو په موده کی کولای شو چې د شگیلا د توکسین شته والی او STEC تشخیص کړو. د کلچر لپاره سواب مواد د کولون له ناحیې څخه اخیستل کیږي چې مختلف ډوله زرعیه وسطونه لکه macconkey یا Hektoen وسط او یا Xylose –Lysin –dooxy پکار وړل کیږي. سیرولوژیک آزمویني په تشخیص کی رول لري ځکه چې انتی باډی ډیر وروسته په وینه کی پیدا کیږي او صرف د اپید میالوجیک مطالعاتو لپاره پکار وړل کیږي.

تفریقي تشخیص :

۱ - دالتهابی کولایتس سره چې د نورو میکروبی لاملونو لکه انیتروهمورجیک او yarsine Entero colitica, campylobacter jejuni ، Interovasive . E.Coli سلمونیلا Enterotidis ، کلوستریډیوم difficil او پروتوزوای انتامیبا هستولایتیکا سره.

۲ - د تقرحی کولایتس او کرون ناروغی سره ۴ : ۵۰

درملنه :

خفیف او منځنۍ کچه ډی هایډریشن کولای شو چې د خولې له لارې د مایعاتو د ورکولو پواسطه اصلاح کړو په پرمخ تللی ډی هایډریشن کې درملنه د ناروغ ژوند ژغوری . درملنه دانتی بیوتیکو د ورکولو سره متغیره ده چې دا د اورگانیزم په ډول او د ناروغی په شدت پورې اړه لري په عمومي توګه د سلفامیدو ، سترپتومايسين ، کلورامفینکول ، تتراسکلین په وړاندې ټینګار موجودوي او زیات شګیلا اورگانیزمونه د کوترای مکسازول او امپسلین په وړاندې هم مقاوم دي . په امریکا کې د معمول شګیلا اورگانیزمو په مقابل کې امپسلین او کوترای مکسازول انتخابی درمل دي په ماشومانو کې امپسلین ۵۰-۱۰۰ ملي ګرامه في کیلو وزن د بدن کې او په کاهلانو کې ۲ ګرامه د ورځې په کسری ډوزونو یا کوترای مکسازول په ماشومانو کې ۴۰/۸ ملي ګرام فی کیلو ګرام وزن د بدن او کاهلانو ته دوه تابلیته دوه ځلې په ورځ کې د پنځو ورځو لپاره توصیه کیږي . اموکسی سلین د شگیلوزس په تداوي کې اغیزمن نه دي په پرمخ تللی هیوادو کې ددغه دوه دواګانو په وړاندې مقاومت معمول دی د Sh.dysentrer type I په درملنه کې چې د څو دواګانو په وړاندې مقاومت موجودوي اغیزمنه درملنه یې عبارت ده له

Nale dexic acid څخه چې 55mg/k.w د پنځو ورځو لپاره ورکول کیږي سره لدی چې د دغه درمل په وړاندې مقاومت هم زیات شوی دی خو د ټولو په وړاندې اغیزمنه دواگانې Ciprofloxacin او Ofloxacin دي خو تراوسه پورې ئې استعمال په هغه ماشومانو کې چې عمر ئې د (۱۷) کالو څخه ښکته وي په USA کې ئې ورکول منل شوی ندی ځکه چې دغه دوا د بندونو د غضروفي تخریب لامل کیږي چې تراوسه ئې دانسان په وړاندې دا ډول اغیزه نده لیدل شوي. سپروفلوکساسین (750) ملی گرامه د ورځې دوه ځلې د ۷-۱۰ ورځو پورې ورکول کیږي. چې تطبیق ئې په امیدواری کې مضاد استطبیب دی. که ددې دوا په وړاندې بیا هم ځواب پوری ورنکړی نو متبادله دواگانې Azithromycine او زرقی Ceftriaxone 50mg/k.w د ورځې د ۵۰ د معدی معائې حرکاتو د کموالی دواگانې لکه اتروپین ، لوموتیل او لوپیرامید باید ونه کارول شي او تراوسه د بحث لاندې دي. ۱۰: ۱۲۸۴

مخنیوی : ټول هغه ناروغان چې پدی ناروغي اخته وي باید بیل شي د خوړو څخه د مخه او وروسته لاسونه باید د پاک صابون پواسطه ومینځل شي. پاکي اوبه برابرې او کلورونیشن صورت ونیسي ډکې متیازې او فضله مواد باید په مناسب ځای کې ځای په ځای شي ناروغانو ته باید ژرترزړه د میکروب ضد درملنه شروع شي د ناروغی د مخنیوی لپاره کوم اغیزمن واکسین نشته دی. ۱۰: ۱۲۸۵

Enteric تبه

تعریف او لامل:

انتریک تبه یوه اصطلاح ده چې تب جنه ناروغي راپه گوته کوي او د سلمونیلا گرام منفي باکتریا سیرو تایپ typhi او یا سیرو تایپ Paratyhi A,B ډولونو له امله منځ ته راځي او یا C.Senterica سیرو تایپ پاراتایفي A (چې پس لدې S. paratyhi A په نوم یادېږي) یو غوره لامل کیدای شي. چې د بین المللی مسافرینو نه چې په پاراتیفوئېد تبه اخته کشف شوي. د تیفوئېد او پاراتیفوئېد تبه امکان لري چې په خفیف ډول څرگنده شي او د تبې، سر درد، لږزې سره پیژندل کیږي او یا ډیر شدید ډول ئې په دوامداره لوړې درجې تبې په لرلو سره ۳۹ - ۴۰ درجه سانتی گریډ (۱۰۲ - ۱۰۴ درجه فرنهایت)، راڅرگندېږي. چې په ناروغانو کې کمزورتیا، د گيډي نارامي، د کولمو وظیفوي خرابوالی او د دماغی تشوش شتون رامنځ ته کیدای شي ماشومان او کاهلان کولای شي چې په هر عمر کې د S.Typhi په واسطه په انتریک تبه اخته شي.

اپیدمیالوژي:

انتریک تبه یوه نړیواله صحي ستونزه ده او په هغه هیوادو کې پیښې زیاتې دي چې هلته روغتیا ساتنه په ښه شان سره نه مراعات کیږي په هند، جنوبي اسیا، منځني ختیځ، مرکزي افریقا او د امریکا په جنوب کې د تایفوئېد تبې د اپیدمي او انډيمي پیښو راپور ورکړل شوي دي. د تایفوئېد پیښې په نړې کې د ۲۱ میلونه په اندازه او کلنې مړینه ئې ۲۰۰ زره اټکل شوی ده. هغه راپورونه چې د صنعتي سیمو څخه راغلي دي د ناروغی ډیرې پیښې په هغه مسافرینو کې چې د بین المللي سفرو څخه بیرته راگرځیدلی دي او

هم د هغه سيمو په خلكو كې چې له بې عرضه ناقلينو سره په تماس كې وه بنودلی دي. په ۲۰۰۵ م كال كې تقريبا په USA كې د خلور سوه پيښو راپور ورکړل شوی دي چې ۸۰ سلنه ئې بين المللي سفرونو او يا مسافرينو سره تړاو درلوده. په دوه زرم كال كې داسې اټكل شوی دی چې د پارا تيفوئېد تې ۴، ۵ ميلونه پيښې رامنځ ته شوي دي او سلمونيلا پارا تايپي A په هغه مسافرينو كې چې هند، جنوبي اسيا، شرقي افريقا او منځني ختيځ ته يې سفر كړی وه او بيرته راگرځيدلي دي د انتريک تې اساسي لامل دی. په هند، اندونيزيا او پاکستان كې داد انتريک تې يو حقيقي او قوي سببي لامل دی او په چين كې S. Typhi د انتريک تې لامل دی. د C.D.C (Control of disease center) د مطالعي له مخې چې ۱۲۲ پارا تيفوئېد پيښو كې چې د ۲۰۰۵ كال د اپريل له لومړۍ نيټې څخه تر ۲۰۰۶ كال د مارچ تر ۳۱ پوري راپور ورکړل شوی وه ۹۲ سلنه يې د S. Para typhi A انتان وه چې د اسيا يې سفرو د وجې منځ ته راغلي وه او ۸۷ سلنه ئې د سپروفلوکساسين په وړاندې د حساسيت کموالی بنودلي دي. ۱۱: ۳۹۴

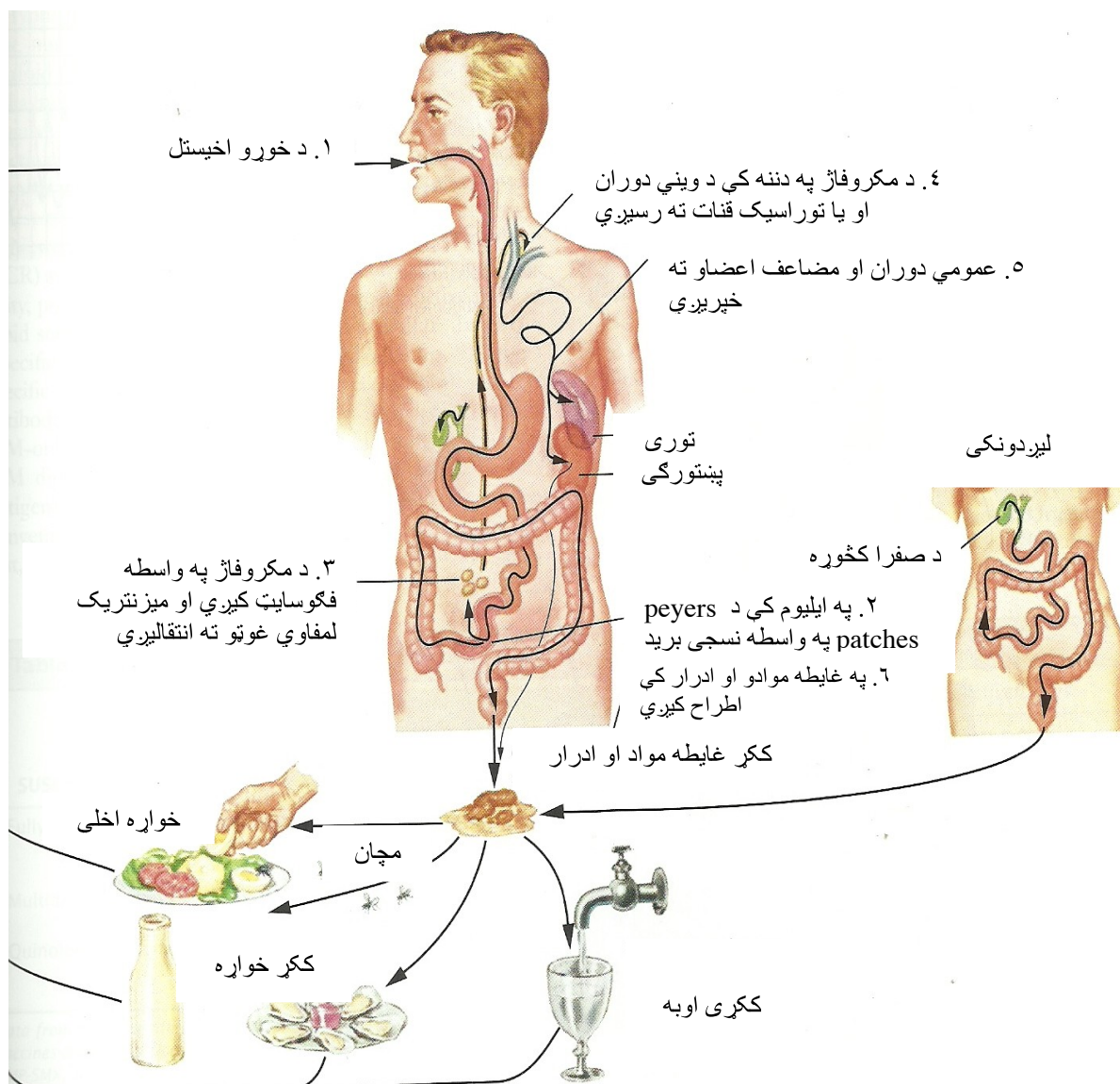
پتوجنيزس او پتالوژي:

انسان د سلمونيلا تايپي او پارا تايپي لپاره يو ميزبان او مخزن دی ليرېد ئې د Fecal oral له لارې صورت نيسي چې دا ليرېد ئې د يو انسان څخه بل انسان ته د مختلفو لارو څخه صورت نيسي لکه د خولې له لارې، ناپاکو اوبو او د هغه خواړو او ترکاري چې په بشپړ ډول سره پاخه شوي نه وي، ايس کریم او د هغه غذاگانو خوړل چې هغه په قطی گانو او ډبو كې بندې وي او هم د مچ په وسيله چې په غټو بولو كې او بيا په خوړو او د هوا له لارې ليرېد يې هم امکان لري. د باکتریا د تلقيح کيدو مقدار د ناروغی په شدت او زورتيا باندې اغيزه لري که چيرې زيات مقدار يې تلقيح شي نو د يوې لنډې تفريخ مودې څخه

يوه شديده ناروغي منځ ته راوړي د ميزبان (انسان) هغه فکتورونه چې يوه لوړه موربيدتي منځ ته راوړي عبارت دي له معدوي اسيد د کموالی چې د دوا له امله منځ ته راځي (لکه بلاکر H_2 histomin-2، PPI، انتي اسيد او يا د اناتوميک ستونزو له امله لکه قسمي gastrectomy او يا Immuno suppression چې په HIV او کانسر کيموتراپي کې منځ ته راځي) له امله او يا هم نورو حالاتو يا درملنې له امله يا دا چې H-pylori او HLA سره يو ځاي وي منځ ته راتلاي شي .

وروسته د S. Typhi او يا S. Para typhi څخه باکتریا د ککړو خوړو له لارې د معدي د اسيدتي څخه باکتریا ژوندی پاتې کېږي معدي ته داخلېږي او په اخره کې وړو کولمو ته ځان رسوي د حملوي ناروغی په جريان کې باکتریا په micro fold حجراتو (M. cell) او لمفاوي انساجو (Peyer patches) باندې په ايليوم کې حمله کوي او بنکتنې طبقې lamina properia ته ځان رسوي او په هغه ځای کې باکتریا د مکروفاز په واسطه فگوسايت کېږي او ميزانتريک لمفاوي غوټو ته لیږدول کېږي چې په دغه ځاي کې دا د حجراتو په دننه کې تکثر او ډیرښت کوي باکتریا د ککړ مکروفاز له لارې په وينه کې خپریږي او مختلفو برخو لکه پوستکی ، تورۍ ، يڼه، صفراوي لاره او هډوکو ته ځان رسوي او هلته انتاني محراق او التهاب رامنځ ته کوي. مونو سايټيک التهاب په ايليوم او کولوم کې منځ ته راځي او د پايږپلکو او lamina properia په دننه کې هم التهابي وتيره منځ ته راځي چې په دغه برخو کې د انساجو موضعي نکروزس معمول دي. په شديده پيښو کې همورج او د امعا سوري کيدل شايد منځ ته راشي ۱۸: ۸۵ .

تبه او کمزورتيا د باکتریايي لايپوپولي سکراید (LPS) او د نورو cytotoxic التهابي mediators د افراز له امله منځ ته راځي. ۱۱: ۳۹۴.



۱-۲ گڼه انځور: د اتريک تبي پتوجينيزس او د انتقال لاری (۱۱: ۳۹۵)

کلينيکي لوحه:

د تفریح دوره ئې ۱۰-۱۴ ورځو پورې ده (۳-۲۰ ورځو پورې توپیر کې) او د عراضو شروع ئې د باکتریمیا په صورت کې منځ ته راځي. د ناروغی حاده مرحله په تبې، سردرد، لږزه او د کولمو په وظیفوي خرابوالی پیل کیږي چې په کاهلانو کې قبضیت او په کوچنیانو کې اسهال منځ ته راځي. همدارنگه په ځینې ناروغانو کې د سینې پرمخ مکولرلش

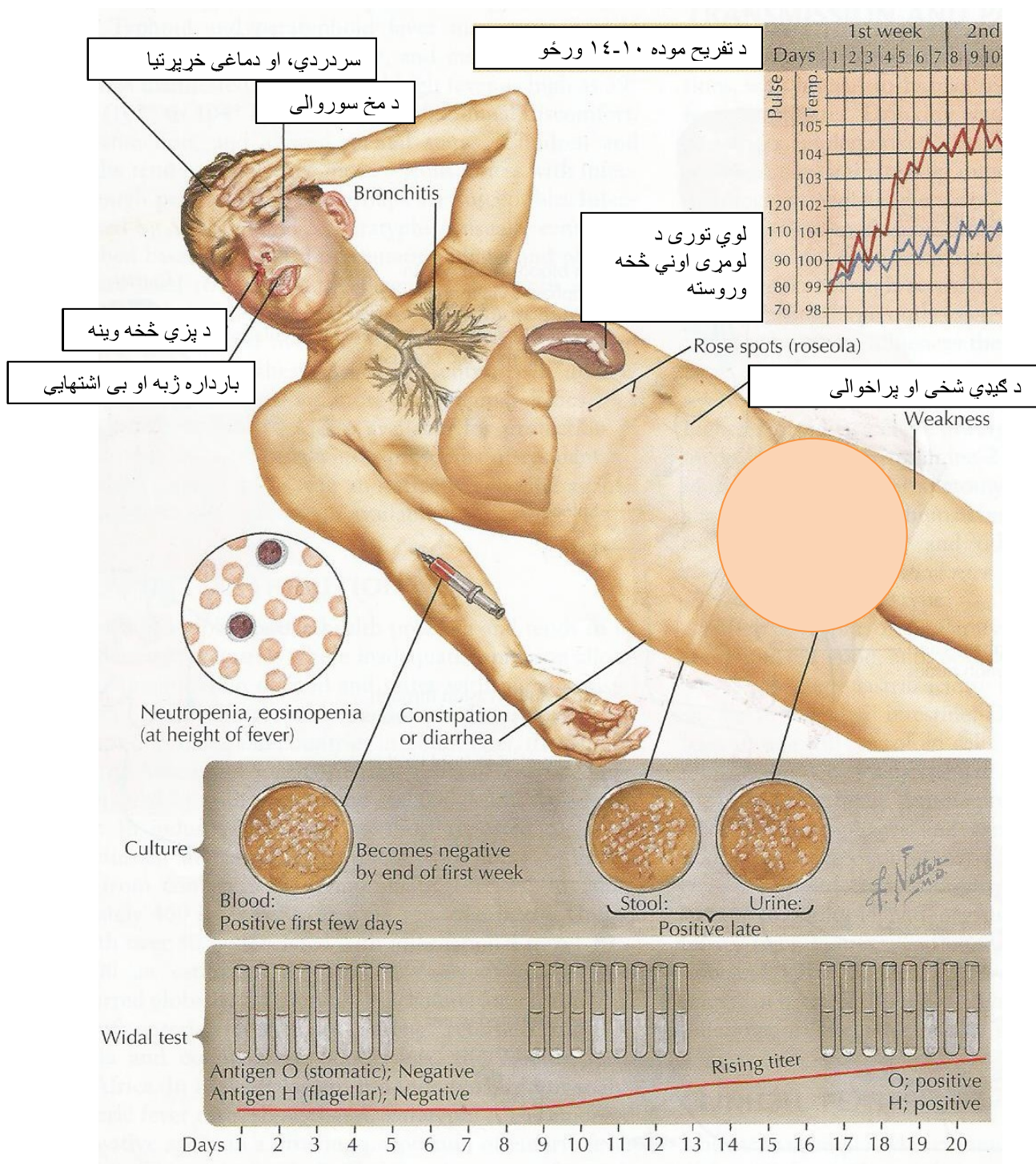
ښکاره کيږي د Ros pots په نامه يادېږي. د مناسب اتني بيوتيک څخه په غير ناروغي د ۳-۴ اونيو لپاره پاتې کيږي او په تدريجي شکل شيفا منځ ته راځي خو بيا هم د اختلاطاتو منځ ته راتلل او وروسته بيرته نکث او يا د ناروغي د بيرته راگرځيدو خطر موجود وي. کلنيکي لوحه ممکن د ټيټې کچې تالی يا سيکنډري باکتريميا سره يو ځاي وي که څه هم پاراتيفوئېد تبه تايفوئېد ته ورته اعراض او علايم لري خو په معمول شکل د تايفوئېد څخه په خفيف يا Mild شکل سير لري مگر په ځينې حالاتو کې يو شديده پر مخ تللی ناروغي منځ ته راوړي چې ژوند ته گواښ کوونکی وي د شديدي او زورورې ناروغي په حالت کې لوړه درجه تبه موجوده وي ۳۹-۴۰ درجه سانتی گريد (۱۰۲-۱۰۴ درجه فرنهايت) چې په تدريجي ډول سره د ناروغ حرارت پورته ځي. او په مقاييسوي ډول برادي کارديا منځ ته راځي (د تبې او نبض منحنی له منځه ځي). په همدې توگه د گيډې پرمختللی نارامي، د گيډې توسع او په مرکزي عصبي سيستم پورې اړونده اعراض او علايم لکه (هزيانات، ستوپور، Obtundation) شايد د ناروغي په دوهمه اونی کې منځ ته راشي. ۱۱: ۳۹۴

اختلاطات:

د ناروغي اختلاطات عبارت دي له:

کم خونی، باکتریاي هیپاتائیس، نمونیا، DIC (خپور داخل وعائي تحشر)، ترومبوسایتوپینیا، هیمولایتيک یوریمیک سندروم او په پای کې مړینه هم منځ ته راځي.

۱۱: ۳۹۴



۲-۲ گڼه انځور: د انتريک تبي کلينيکي لوحه او تشخيص (۱۱: ۳۹۶)

تشخیص:

۱. د سپینو حجراتو شمیر - نسبی لوکوپینیا موجوده وي
۲. د وینې کلچر: د محرقې د تشخیص لپاره خاص اهمیت لري په لومړۍ اونۍ کې اتیا فیصده مثبت وي وروسته له هغې دا فیصدي کمیږي او د ناروغۍ په دریمه هفته کې د وینې کلچر په پنځه ویشټ سلنه ناروغانو کې مثبت وي.
۳. د هډوکو د مغز کلچر: امکان لري د وینې د کلچر د منفي کیدو سره مثبت وي.
۴. د غایطه موادو کلچر: له دوهمې اونۍ څخه وروسته مثبت وي.
۵. د تایفوئېد تست: دغه تست د سلمونیلایټایفې پر ضد اتني باډي رابنسي IgM اتني باډي گانې د وروستني یا موخر اتان بنودونکي دي په داسي حال کې چې IgG د تیر اتان بنودنه کوي.
۶. ویدال تست: یوه اگلوتنیشن ازموینه ده چې د سببي اورگانیزم پر ضد اتني باډي گانې مشخص کوي دا تست تر لسمې ورځې پورې مثبت کیږي اما د اتلس الې درویشټ ورځو په موده کې اعظمي حد ته رسیږي اتنریک تبه د H او O دواړو ډولواگلوتینونه تحریک کوي یوازي د H په اگلوتین کې جگوالی کیدای شي چې په هره تبه لرونکې ناروغۍ کې رامنځ ته شي په داسي حال کې چې د O اگلوتینین ټایټر جگوالی د محرقې د فعالۍ ناروغۍ بنودونکی دی ویدال تست ډیر کم د باور وړ دی د ویدال منفي تست محرقه نشي ردولای.

درملنه:

کلنیکي اهتممات او دوائی درملنه:

هغه ناروغان چې ناروغي ئې په خفیف ډول سره سیر لري درملنه ئې د روغتون څخه دباندې ناروغ په خیر تر سره کیدای شي ناروغانو ته د خولې له لارې درملنه پیل کیږي چې ناروغانو ته انتي بیوتیک، انتي Pyretic او د خولې له لارې دهایدریشن اصلاح او مناسبه خواړه توصیه کیږي او هغه ناروغان چې ناروغي ئې شدید او زوروره وي چې په داسې حالت کې ناروغ مقاومتې ګانګې، شدید اسهال، د ګیډې نارامی او دماغي حالت خرابوالی لري نو دا ډول ناروغان باید په روغتون کې بستر شي او د وریدي لارې انتي بیوتیک، مایعات او نور اړونده اړین درمل ورته ورکړل شي ځینې عرضي درمل او انتي بیوتیک شته چې ناروغانو ته توصیه کیږي مګر د انتي بیوتیک درملنه د کلچر له مخې صورت ونیسي. درملنه ئې په لاندې جدولو کې ښودل شوي ده.

۲-۱ جدول: د غیر احتلاطي محرقې تېې درملنه (۳۹۷:۱۱)

Optimal درملنه				متبادله اغیزمن درمل			
حساسیت یا اغیزمن توب	انتی بیوتیک	ورځنی ډوز mg/kg	ورځې	حساسیت یا اغیزمن توب	انتی بیوتیک	ورځنی ډوز mg/kg	ورځې
تام حساسیت	فلورډ کونولون (لکه اوفلوکساسین یا سیپرو فلوکساسین)	۱۵	۵-۷		کلورامفینکول اموکسی سلین TmP-SMX	۷۵-۵۰ ۱۰۰-۷۵ ۴۰-۸	۲۱-۱۴ ۱۴ ۱۴
د زیاتو دواګانو سره مقاوم	فلورډ کونولون یاسیفکسیم	۱۵ ۲۰-۱۵	۷-۵ ۱۴-۷		ازیترومایسین سیفیکزیم	۱۰-۸ ۲۰-۱۵	۷ ۱۴-۷
د کونولون سره مقاوم	ازیترومایسین یاسیفترايګزون	۱۰-۸ ۷۵	۱۴-۱۰		سیفیکزیم	۲۰	۱۴-۷

۲-۲ جدول د شدیدې محرقې تبې درملنه (۱۱: ۳۹۸)

متبادل اغیزمنه زرقي درملنه				Optimal زرقي درملنه			
ورځې	ورځنی ډوز mg/kg	اتني بیوتیک	حساسیت یا اغیزمن توب	ورځې	ورځنی ډوز mg/kg	اتني بیوتیک	حساسیت یا اغیزمن توب
۲۱-۱۴	۱۰۰	کلورامفینکول	تام	۱۴-۱۰	۱۵	فلوروکونولون	تام حساسیت
۲۱-۱۴	۱۰۰	اموکسی سلین	حساسیت			یا اوفلوکساسین	
۱۴	۴۰-۸	TMP-SMX					
۱۴-۱۰	۲۰	سیفترایگزون	د زیاتو	۱۴-۱۰	۱۵	فلوروکونولون	د زیاتو
۱۴-۱۰	۸۰	سیفترایگزیم	دواگانو سره مقاوم				دواگانو سره مقاوم
۱۴-۷	۲۰	فلوروکونولون	د کونولون سره مقاوم	۱۴-۱۰	۲۰	سیفترایگزون	د کونولون
				۱۴-۱۰	۸۰	سیفوتکسیم	سره مقاوم

وقایه:

د ناروغی په مخنیوي کې تر ټولو مهمه روغتیا ساتنه ده څرنگه چې ناروغي د خوړو او اوبو په واسطه لیږدېږي نو باید خواړه په صحیح توګه تیار شي او د پاکو اوبو له سرچینو څخه کار واخیستل شي له دې امله په پرمختللي هیوادو کې د پورتنې ستونزو نه موجودیت د ناروغی کچه راکمه کړې ده د لاسونو مینځل د تغوط څخه وروسته ضروري او لارمي دی د حشراتو او مچانو له منځه وړل اړین دي هغه خلک چې انډیمیک سیمو ته سفر کوي او یا د محرقې د ناروغ سره نیغ په نیغه اړیکې لري نو باید واکسین شي چې

قسمي معافیت منځ ته راوړي. ۱۱: ۳۹۸

د خوړو باکتریايي تسمم

لامل:

د خوړو د تسمم اصطلاح هغه ناروغیو ته تلقی کیږي چې په خوړل شوو خوراکی توکو کې د توکسین د شته والی له امله منځ ته راځي هغه اورگانیزمونه چې د تسمم معمول لاملونه جوړوي عبارت دي له *S.aureus* , *B.Cereus* , *C. S.perfringes* څخه .

چې په دغه مسمومیت کې د اسهال د پیل وخت او د خوړل شوو خوړو ډولونه د لامل په پیژندلو کې ګټور دي د سټیفلو کاکس اوریوس او باسیلوس *Cereus* د ټولو څخه لنډه د تفریح دوره (۱-۲) ساعته د ناروغی د اوږدوالی سره چې دوام یې له ۱۲ ساعتو څخه کم دی لری .

د سټیفلو کاکس په تسمم کې ککړتیا غالباً د منتن ناقل کس په واسطه صورت نیسي او د کوتې د تودوخې د درجې کبنسته کیدل د اتروتو کسین په پیدا کیدو کې رول لري چې کلاسیک مثال یې هغه پینې او تشوشات دي چې د کچالو ، اومه یا مایونیزله مصرف څخه وروسته منځ ته راځي . نس ناستی ، زړه بدوالی ، کانګې او بطني کرمپونه موجود وي او کمه درجه تبه لیدل کیږي

B.Cereus دوه ډوله غذايي مسمومیت پیدا کوي :

- ۱- استفراقي شکل چې د سټیفلو کاکس د اتیروتوکسین په واسطه منځ ته راځي .
- ۲- اسهالي شکل چې د هغه اتیروتوکسین په واسطه منځ ته راځي چې د *E.Coli LT* سره ورته والی لري د باسیلوس سريوس د خوړو تسمم د کانګو شکل هغه وخت منځ ته راځي چې کله خامې وریجې په داسې سپور باندې ککړې وي چې نوموړې سپور د حرارت

په وړاندې ټینګار ولری نو کله چې دا وریجې پخې شی او په یخچال کې ونه ساتل شی نو دغه د حرارت په وړاندې مقاوم سپور چې په وریجو کې موجود دی او د حرارت په واسطه له منځه نه وی تللی اوس په جوانه وهلو یا Budding باندې شروع کوی او داسې توکسین تولیدوي چې د حرارت په واسطه له منځه نه ځي .

۲- د مسمومیت اسهالی شکل چې د E.Coli LT سره ورته توکسین په واسطه منځ ته راځي د تفریح دوره یې ۸-۱۲ ساعته ده چې په دې ډول مسمومیت کې نس ناسته او د ګیډې کرپونه لیدل کیږي او کانګه موجوده نه وي .

د C.perfringes له امله د خوړو مسمومیت د تفریح اوږده دوره لري (۱۴-۱۸ ساعته) . چې دا هم د مقاوم سپورونو له امله چې د حرارت په وړاندې یې لري د نیمه پخه غوښې د خوړلو او یا د کورني چرګانو له غوښې څخه منځ ته راځي چې توکسین د خوړو سره یو ځای بلع کیږي او یا په کلمو کې تولیدیږي او په شدید یا منځني کچه د بطني کرپونو اسهال او تبې لامل کیږي خو کانګه نادره ده . ناروغي خپل په خپله محدودیږي او په ناوړه توګه له ۲۴ ساعته څخه زیات دوام کوي د خوړو ټول تسممات باکتریايي لاملونه نه لري که چیرې د اسهالاتو په هکله تشخیص شکمن وي باید د غیر باکتریايي د خوړو تسمم سره یې تفریقي تشخیص په نظر کې ونیول شي لاندې جدول کې د اورګانیزم د تفریح دوره ، نښې او د خوړو سرچینې ښودل شوی دی .

۲-۳ جدول د خوړو باکتریايي تسمم: ۱۰: ۱۰۸۸

د اورگانیزم د تفریح دوره	نښې	خوراکي سرچینې
۴-۱ ساعته		
سټېفلوکوکس	زړه بدوالي ، کانګې ، نس ناسته	همبرګر ، دچرګ غوښه ، سلاد ، کچالو ، هګۍ ، مایونیز ، خامه شیرینی
باسیلوس سیريوس	زړه بدوالي کانګې ، نس ناسته	پخې وریجې
۸-۱۶ ساعته		
کلوسټریډیو پرفرنجز	د ګیلې کرپونه ، نس ناسته	دخوسکې غوښه ، دچرګ غوښه
باسیلوس سیريوس	د ګیلې کرپونه ، نس ناسته ، کانګې نادراً	، بقولات ، دغوښې جوس غوښه ، سبزیجات ، حبوبات Dried beans
له ۱۶ ساعته څخه زیات		
ویبریو کولرا	اوپرین نس ناسته	خوراکي صدف
ایسرشیا کولای انټروټوکسین	اوپرین نس ناسته	سلاد ، پنیر ، غوښه ، اوبه ، غوږي کباب
ایسرشیا کولای	وینه لرونکی نس ناسته	شوې او سره شوې غوښه ، سالامی ، خامې شیدې ، خام سبزیجات ، دمنې جوس
انټروهموزجیک		
سلمو نیلا	التهابي نس ناسته	دغوږي غوښه ، ماکیان ، دچرګې هګۍ ، لبنیات
شګیلا	دیزنټري	کچالو
ویبریو پاراهیمولایټیکوس	دیزنټري	حلزون ، دریابی کلک پوستکی حیوانات

لبراتورې ازموینې :

E. Coli داسې پتوجن اورگانیزم دی چې د معمولی کلچر پواسطه د بدن له نارمل فلورا څخه تجرید کیدای شي اود پیژندلو لپاره ئې خاص تستونه لکه ST او LT اجراکېږي خو په زیاتره لبراتورو کې دا ډول آزمونې نه اجراکېږي .

که چیرې د کولرا په ناروغی شکمن یاستی نو د ناروغ غایطه مواد باید په TCBS د تایوسلفات ، ستریت ، Sucrose , Bile salt)اگر کې کلچر شي .

د روتاوایروس لپاره Latex Agglutination Immunoassay د غایطه موادو او نورو ویروسونو لپاره PCR آزمونې او انزایمو بالخاصه اتی جن منځ ته راغلی دي .

که چیرې د جاردیا اویا د کریپتو سپوریدیوم په موجودیت باندې قوی شک موجود وي نو لږ تر لږه باید د غایطه موادو درې نمونې اجرا شي .

په ټولو هغه کسانو کې چې د روغتون څخه بهر اسهال ولري تبه او التهابی علایم موجود وي نودهغوی غایطه مواد باید د سلمونیا ، شگیلا ، او کامپیلو باکتریا له نظره کلچر شي . سلمونیا او شگیلا mackange وسط کې بی رنگه کالونی جوړوي پداسې حال کې چې لکتوز ته تحمرنه ورکوي او کیدای شي چې د غوښی د اوبو څخه غنی وسط کې کلچر شي .

هغه کس ته چې په روغتون کې نس ناسته پیداکېږي ددې ډول اسهال دارزونې لپاره لمړی باید کلوستریدیوم ډیفیسل ته پاملرنه وشي . کلوستریدیوم ډیفیسل دوه ډوله A او B توکسینونه لري چې پدې وروستیو کې د دواړو د پیژندلو طریقې وړاندې شوی دي چې عبارت دي له:

۱- اگلوتینشن ۲- چټک انزایمی تستونه

د کامپیلو باکتریا په هکله باید تازه غایطه مواد په یو مخصوص دو دې وړمحیط یا وسط کی وساتل شي چې ددې محیط د حرارت درجه (۴۲) ساتي گريد وي . E.Coli انتروهمورجیک هم په لبراتورو کې د سیروتايب پواسطه د تشخیص وړ دي .

درملنه: په زیاتو پیښو کې وصفی تشخیص ضروري نه دي او یا داچې امکانات یې نه وي چې د هغې په اساس درملنه صورت ونيسي داکتر کولای شی چې د ناروغ څخه د تاریخچې په اخیستلو او د غایطه موادو د معاینې او هم د ډي هایدریشن د درجې د ارزونې له مخې درملنه شروع کړي د مسافرینو لپاره د اسهالاتو د درملنې رژیمونه په لاندې جدول کې بنودل شوی دی .

۲-۴ جدول: د درملنې رژیمونه ۱۰:۱۰۸۹

اوربلن اسهال (چې تبه او وینه ونه لری) یو یا دوه ځله کم قوامه غایطه موادو کول چې دکلمو د درد ورسره نه وي.	خوراکي مایعات Pedialyte ، Lytren پاکي معدني اوبه او مالگینې نوشابي . بسموت او سلیسلات د لویانو لپاره ۳۰ سی سی یا دوه تابلیتونه
اوربلن اسهال (غیر د وینې او تبې څخه په ورځ کې یو یا دوه ځلې نرم قوام غایطه موادو کول چې دکلمو درد ورسره وي .	لپرامید : لومړې ۴mg او وروسته ۲mg د هر ځل غایطه موادو د کولونه وروسته . مگر باید په ورځ کې له ۸ تابلیتو (۱۲mg) څخه زیات نه شي .
اوربلن اسهال په غایطه موادو کې وینه نه وي او بطني درد ونه لري، په ورځ کې له دوه ځلو څخه زیات اسهال او بې قوامه غایطه موادو کول	د باکتریا ضد دواگانې د لیپرامید سره دباکتریا ضد درمل بسموت سلیسلات د لویانو لپاره
ډیزنتری وینه لرونکي اسهال یا تبه چې ۳۷،۸ درجې ساتي گیراد څخه پورته وي استفراق دکم	مایعات او الکترولایتونه : د تعذي دوام د مور له شیدو سره ، د منځنی

اسهال سره	هایدریشن په صورت کې د ۲۴ ساعتونو څخه زیات د څو ورځو لپاره. د وینه لرونکي اسهال په صورت کې باید ډاکتر ته مراجعه وکړي.
اسهال په هغو ماشومانو کې (د دوه کالو څخه کم عمر لري)	ډاکتر ته باید مراجعه وکړي
اسهال په امیدوارو بڼځو کې	د ناروغي د شدت په صورت کې باید ډاکتر ته مراجعه وکړي.

لپړامید: هغه ناروغان چې دیزنټري یا تبه لری لپرامید باید ورنه کړل شي. ځکه چې د شگیلا د نورو حمله کوونکو اورگانیزمو د حملې په صورت کې د اسهال د اوږدېدو لامل ګرځي د باکتریا ضد توصیه شوی درمل په لاندې ډول دي: کله چې کاهل خلک په دوبي کې مکزيک ته سفر کوي نو تر اې میتوپریم، سلفامیتوکسازول (TMP-SMZ) $120\text{ mg}/180\text{ mg}$ په ورځ کې دوه ځلې د درې ورځو لپاره. په نورو موسمو کې نورو ځایو ته سفرونه:

د لویانو لپاره کوینولون لکه نور فلوکساسین 400 mg په ورځ کې دوه ځلې، سپروفلوکساسین 500 mg دوه ځلې په ورځ کې. او فلوکساسین 400 mg دوه ځلې په ورځ کې یا لووفلوکساسین پنځه سوه ملی ګرامه په ورځ کې د درې ورځو لپاره ورکول کېږي.

درمل: د درمل اصلي محور په کافي اندازه درې هایدریشن تطبیق دی ددی لپاره باید هغه محلولونه ناروغانو ته توصیه شي چې د W.H.O لخوا منل شوی دی چې په هر لیتر کې لاندې ترکیبات لري:

۱- سودیم کلوراید - ۳,۵ گرامه

۲- سوی بای کاربونیت - ۲,۵ گرامه

۳- پتا شیم کلوراید - ۱/۵g

۴- گلوکوز - ۲۰ g

د کولرا د مور تالیتی یا د مړینی پینې له ۵۰ % څخه ۱ % ته راتیتې شوې دي د خوراکی درملودنه تحمل په صورت کی باید له وریډی محلولاتو څخه گټه واخیستل شی لکه رینگر لکتات څخه . د مسافرینو د اسهال میکروبی ضد درملو موده د ۳-۴ ورځو څخه ۲۴-۳۶ ورځو ته رسیږي (چی داسهال لامل E.coli اترو توکسیجن دي)

مخنیوی : روغتیای صحی وضعی ته باید توجه وشي مسافرین باید گرم خواړه او جوش اوبه مصرف کړي له خامو سبزیجاتو سلاد میوه جاتو څخه باید ځان وساتی بسموت سلیسلات یوازانه او اغیزمن درمل دی چی د مسافرو داسهال لپاره ۵۲۵ ملی گرامه تابلیتو څخه دوه تابلیته هر ځل په ورځ کی څلور ځله واخلي او تر دری هفتو پوری ئې استعمال خطر نه لري میکروبی ضد دواگانی د مخنیوی په منظور په هغه صورت کی چی معافیتی ستونزه موجوده وي اوهم دا چې د هضمی سیستم انتانات زیاتوي زیات نه توصیه کیږي . ۱۰:۱۰۹۰

کولرا (وبا)

تعریف : کولرا یوه حاده اسهالي ناروغی ده چې کولای شى د خو ساعتو په موده کې د شدید او پرمخ تلونکي ډي هایدریشن او مړینې لامل شى .
لویه وبا یا کولرا (د وبا شدید شکل) یوه مرګونی ناروغی ده چې د اپیدیمیا ګانو په ترڅ کې پید اکیږي خو د چټک ډي هایدریشن او ژغورونکو درملو په واسطه یې کنترول شونی دی .

لامل او اپیدیمولوژي :

د ناروغی سببي لامل *Vibrio cholera* دي چې دا یو ګرام منفي متحرک باسیل دی اوږدوالي ئې ۱-۳ میکرومتر او قطري يې ۵، ۰-۸، ۰ میکرومتر ته رسیږي تر اوسه یې ۲۰۰ سیروتایپه پیژندل شوي دي چې دوی د اګلوتینشن پر بنسټ ویشل شوي دي یو شمیر ئې په Antisera کې اګلوتینشن بنیې چې د Ol group Ag یا (V.Cholera O۱) په نوم یادېږي او نور شمیر یې په Anti sera کې اګلوتینشن نه بنیې چې د non O۱ cholera په نوم یادېږي .

ویبریو کولرا ۰۱ د سوماتیک اتی جن له مخې په دری سیروتایپ او دوه Bio type ویشل شوی دی چې دوه بایوتایپ یې عبارت دی له کلاسیک اوالټور څخه. او هریو ددې بایوتایپ بیا په خپل وار په دوو ګروپونو ویشل کیږي چې عبارت دی له Inaba او Gawa څخه. چې البته دغه ویشنه زیاتره د اپید میالوجیکو مطالعاتو لپاره ګټوره ده . په اصل کې هیڅ ځیوان دوبا اتان د منبع په حیث نه دی پیژندل شوی. د ویبر کولرا د ژوند طبعی ځای د تروو اوبو خلیجونه او غاړې دی او داسې معلومیږي چې دویبریو کولرا په

ژوندې بڼه په غیر لدې چې د کرلو وړتیا ولری د اوبو د پلانکتونونو په دننه کې ژوند کوي کله چې دغه ککړې اوبه د انسان په واسطه وڅښل شي انسان ورباندې ککړېږي. په ټولنه کې ددې ناروغی د ککړتیا پراخوالی او تیت کیدل د هغو خوړو په واسطه صورت نیسی کوم چې په عمومی ډوډی گانو کې خوړل کیږي. په اندیمک سیمو کې وبا غالباً د ماشومانو ناروغی گنل کیږي خو کله چې دا ناروغی د لومړي ځل لپاره تازه په خلکو کې خپره شي نو بیا ماشومان او کاهلان یو برابر اخته کوي د کولرا ناروغی په اندیمیک سیمو کې زیاتره په هغو ماشومانو کې چې عمر یې د دوه کلنۍ څخه کم وي کمه لیدل کیږي چې شاید لامل یې د مور د شیدو تغذی ده دا ځکه چې دغه کم عمره ماشومان د مور له شیدو سره د ویبریو ضد ایمون گلوبولین اخلي.

په اندیمیک سیمو کې د کولرا پیښې د پسرلي او مني په موسمونو کې زیاتې پیدا کیږي چې د موسم سره اړیکه یې په صحیحه توګه معلومه نه ده.

همدا ډول هغه کسان چې د وینې گروپ یې (O) وي نسبت نورو کسانو ته په وبا زیات اخته کیږي او هغه کسان چې د وینې گروپ یې AB دي نسبت نورو کسانو ته په وبا لږ اخته کیږي. د ناروغی غیر عرضی حالت د Eltor ټایپ په واسطه او عرضي شکل یې د کلاسیک کولرا په واسطه منع ته راځي.

د ۱۸۱۷ کال څخه راپه دې خوا تر اوسه پورې په نړی کې د کولرا اوه پاندمیک پیښې منع ته راغلې دي. اومه پاندمي یې د لومړي ځل لپاره د التور بایو ټیپ په واسطه په ۱۹۲۱ کال کې له اندونیزیا څخه شروع شوه او په ټوله اسیا او په تدریج سره په ټوله نړۍ کې خپره شوه او د کلاسیک بایو ټیپ ځای یې ونیوه. د ۱۹۹۲ کال د اکتوبر څخه د وبا نوې ډول د هندوستان د مدراس په بندري ښار کې را څرګند شو چې په چټکۍ سره په ټول

هند کې خپره شوه. ځنې د نظر څرگندونکې د ویبریو کولرا ۰۱۳۹ راښکاره کیدل د اتمې پاندمیک پیښې نشانه گڼي. ۱۰:۱۲۸۹

پتوجنیزس او پتالوژي: ناروغې د کولرا د توکسین په واسطه منځ ته راځي چې دا یو قوی پروتیني انتیرو توکسین دی چې د اوبړینې نس ناستې د منځ ته راتلولامل کیږي کله چې ویبرکولرا د امعاو په جدار کې راتول شي نو توکسین افرازوی او د کولمو په جدار کې کالونایزیشن جوړوي مختلف ډول پړاونه طی کوی چې لومړی پړاو یې د معدې د اسید څخه تیریدل دی. په بل پړاو کې د کوچنی کولمو د مخاطی جدار له طبقې څخه تیرېږي څرنگه چې د کولرا انتیرو توکسین پنځه B فرعی او دوه A فرعی واحد لری. نو Sub unit B توکسین ته اجازه ورکوي چې د ځانگړو اخذو سره په Ganglioside ونښلی کوم چې د انسان د کولمو په مخاط کې ځای لری فعال Sub unit A دوه برخې لری (A₁, A₂) د A₁ د برخې فعالیتدل د Adenylate cyclase په واسطه ددې لامل کیږي چې سایکلیک ادينوزین مونوفاسفیت د حجراتو په دننه کې زیات شي چې دا په کولمو کې د سودیم د جذبیدو ترانسپورت د Villus په حجراتو کې بند وی او د کلوراید اطراح د Crypt په حجراتو کې زیاتوی چې په اخره کې سودیم کلوراید د کولمو د لومن په دننه کې زیاتېږي او اوبه په Passive ډول ددې لپاره چې اسمولایتي وساتې لومن ته حرکت ورکوي نو د ایزوتونیک مایع حجم په لومن کې زیاتېږي د کولمو حجرات نه شي کولای چې زیاته اندازه مایع دوهم ځل جذب کړي نو اوبړین نس ناستی رامنځ ته کیږي د زیاتې مایع د ضیاع له سببه شک او دبای کاربونیت د ضیاع له امله اسیدوزس رامنځ ته کیږي. ۱۰:۱۲۹۰

کلنیکي لوحه:

د ناروغۍ د تفریح دوره ۲۴ - ۴۸ ساعته ده چې ناروغی د یو شدید او اوبړین نس ناستي په شکل پیل کیږي ناروغان معمولاً درد او تبه نه لري مگر د ناروغ اسهال په دومره اندازه زیات او شدید وي چې ناروغ په ډیره چټکۍ سره هایپو والیمیا، شاک، او مړینې خوا ته بیا یې. معمولاً د دغو ناروغانو د غایطه موادو حجم په ۲۴ ساعتو کې 250 ml/kg وی غایطه مواد د هغو مکدرو اوبو په شان منظره لري کوم چې وریجې په کې پریمنخل شوي وي.

کله چې د بدن د طبیعي وزن ۳-۵٪ اوبه ضایع شي نو ناروغ ته تنده پیدا کیږي او کله چې د بدن طبیعي وزن ۵-۸٪ اوبه ضایع شي نو ناروغ ته ضعفیت، د وینې د فشار ټیټوالی، د زړه د ضربان زیاتوالی او د پوستکي د الاستیستۍ کموالی پیدا کیږي. او کله چې د بدن د وزن د ۱۰٪ څخه زیاتي اوبه ضایع شي نو ناروغ ته او لیګوریا پیدا کیږي.

نبضان ډیر ضعیف او یا به هیڅ نه وی سترګې ننوتې وي او د پوستکي ګونځې به زیاتې وي ناروغ خوبوړی او په اخره کې کوما ته ځي. د کولرا د ناروغي ټول اعراض او له هغې جملې څخه د پښتورګو حاده عدم کفایه او د توبولونو حاد نکروزس د بدن د مایعاتو او الکترولایټو د ضیاع له امله منځ ته راځي کولرا په امیدوارو ښځو کې خراب انزار لري چې په سلو کې پنځوس ماشومان ئې مړه کیږي همدا ډول په زړو خلکو کې خطرناک سیر لري. اختلاطات لکه د پښتورګو عدم کفایه، شدید متابولیک اسیدوزس، او دسپرو اذیما رامنځ ته کیږي. د کولرا Sicca چې یو خراب شکل دی کله کله راڅرګندېږي چې د لته په پراخه شوو کولمو کې اوبه بندې پاتې کیږي ددې ډول ناروغ ارزیا بې د تداوی له

نظره ستونزمنه ده ځکه د څرگند ډې هایدريشن شواهد موجود نه وی په ماشومانو کې غیر شعوري حالت او یا اختلاج کیدای شی چې د هایپو گلاسمیا له کبله وی. ددې ناروغي غوره اختلاطات د پښتورگو عدم کفایه ده چې د زیاتو اوبو او الکترولايتونو د ضیاع له امله رامنځ ته کیږي. ۱۰: ۱۲۹۱

لبراتوراري لاس ته راوړنې :

په لبراتوراري معایناتو کې حقیف لوکو سائیتوزس موجود وي ، HCT لوړیږي د وینې BUN او کریاتینین لوړ وي . بای کاربونیت په کافي اندازه ښکته وي $15mm/lit <$ ، د شریانې وینې PH عموماً ښکته او د 7.2 په حدودو کې وي . د وینې انیون د پروتین، لکتات اوفوسفیتو د زیاتوالي له امله پورته وی. ۱۰: ۱۲۹۱

تشخیص : د تشخیص لپاره دناروغ تازه غایطه مواد اخیستل کیږي چې د تجربه کار لبرانت په واسطه د تیاره ساحې تر مایکروسکوپ لاندې ویبریو کولرا کتل کیږي او د اختصاصي انتې سیرومو څخه په ګټه اخیستنې سره چې دانابا I او O Gawa(O) څخه عبارت دی ددې اورگانیزم سیرومي ګروپونه هم مشخص کیدای شی. د غایطه موادو د کلچر لپاره تر ټولو ښه ځانګړی وسط د انتخابي وسطونو څخه عبارت دی لکه TCS (تیو سلفات ، سیترات ، صفراوي مالګې او سکروز ډي) .

چې اورگانیزم ددې وسط په مخ باندې د ژیر رنگه کالوني ګانو په شکل وده کوی. څرنګه چې کله د غایطه موادو د نمونې انتقال وسط ته ژر ونه رسیږي نو کولاي شو چې د لاندې انتقالی وسطو څخه کار واخلو لکه ۱ - Carry-Blair ۲ - Alkali Pepton water enrichment.

درملنه :

د کولرا د درملنې مهم اصل په چټکه توګه د بدن د مایعاتو ، الکترولایتو او قلوې ګانو اعاده کول دی. کله چې په اساسی توګه درملنه سرته ورسېږي نو د کولرا مړینه د ۱۰٪ څخه کمه وی. په ثبوت رسیدلې ده که چیرې مایعات د خولې د لارې ورکړل شې ګټه یې داده لکه څنګه چې Na او هګزوز په یو وخت انتقال مومی نو دلته هم سودیم له یو مالیکول ګلو کوز سره چې یو هګزوز دی په عین وخت کې له کولمو څخه وینې ته لېږدېږي. نو ددې اصل بر بنیاد نړی وال صحی سازمان د دا ډول مایعاتو توصیه کړې ده چې په هغې کې د سودیم غلظت نسبت دهغو درملو د سودیم غلظت ته زیات دی کوم چې د کولرا څخه په غیر دنورو اسهالاتو د درملنې لپاره استعمالېږي. د نوموړې مایع ترکیب په لاندې ډول دي :

سودیم ۹۰ mmol/lit ، کلوراید ۸۰ mmol / lit ، ګلوکوز ۱۱۰ mol / lit ، پتاشیم ۲۰ mmol / lit سترات ۱۰ mmol / Lit .

چې پورتنې اجزا وې O R S په پاکتو کې شته دی چې هر پاکت لرونکی د ۳,۵ ګرامه سودیم کلوراید ، ۲,۹ ګرامه سودیم بای کاربونات ، ۱,۵ gm پتاشیم کلوراید او شل ګرامه ګلوکوز دی. که چیرې نوموړو پاکتو ته یو لیتر اوبه ورزیاتې شې نو پورتنی غلظتونه د ملي مول په حساب په لیتر کې راځي باید پاملرنه وشي چې د O R S محلولات په تجارتي ډول د لاس رسی وړ دي خو په کمه اندازه سره مالګه او قند لری باید د کولرا په درملنه کې ورڅخه ګټه وانه خیستل شې

په هر حال د هغو ناروغانو د درملنې لومړنې کړنې کوم چې په شدید ډی هایدریشن اخته شوی وی دا دی چې باید مایعات د وریدي لارې ورکول شي او ددې ډول درملیزو مایعاتو

د ټاکنې لپاره داسې فکر کېږي چې په تجارتې مایعاتو کې رینگر لکتات تر ټولو ښه محلول دی مګر باید ختماً د پوتاشیم محلول وریات شي. د لاندې جدول مطابق کولای شو چې د بدن د ضایع شوو مایعاتو ټول حجم په هغو ناروغانو کې چې په ډی هایدريشن اخته شوي دي او د بدن د وزن له ۱۰٪ څخه یې زیات مایعات له لاسه ورکړي وي په ډاډمنه توګه په څلورو ساعتونو کې بیرته پوره کړي چې نیمایې اندازه یې په لومړۍ ساعت کې او نیمایې نوره یې په نورو درې ساعتونو کې تطبیق شي.

۲-۵ جدول: د کولرا د ناروغانو د غایطه موادو د الکترولايتونو د ترکیب او ډی

هایدريشن وړیدي محلول غلظت په ملی مول لیتر (۱۰:۱۲۹۳)

ماده غایطه مواد	سودیم	پتاشیم	کلور	قلوی
کاهلان	۱۳۵	۱۵	۱۰۰	۴۵
ماشومان	۱۰۰	۲۵	۹۰	۳۰
رنگر لکتان	۱۳۰	۴۰	۱۰۹	۲۸

سره ددې چې انتی بیوتیک د درملنې لپاره ضروري ندی خو استعمال ئې د اورگانیزم په وړاندې د حساسیت له مخې صورت نیسی چې ممکن د ضایع شوی مایعاتو حجم او موده راکمه کړي او اورگانیزم د غایطه موادو څخه ورک کړي تتراسکلین دوه ګرامه په یوه ډوز سره یا ۳۰۰ ملی ګرامه ډوکسی سایکلین ګټور دي اما په ماشومانو کې له آته کلنی څخه ښکته استطباب نه لري په هغه سیمو کې چې کولرا د تتراسکلین په وړاندې مقاومه وي کاهلان ته سیپروفلوکساسین په واحد ډوز سره ۳۰ mg / k.w تطبیق کېږي چې اعظمی ډوز ئې د یو ګرام څخه تیری ونه کړي او یا ۱۵ mg / k.w د درې ورځو لپاره چې مجموعی ډوز ئې له یو ګرام څخه زیات نه شي د ماشومانو لپاره کولای شو چې

اريترومايسين 40 mg / k.w د ورځې په درې کسري ډوزونو د درې ورځو لپاره ورکړل شي نن سبا د ماشومانو لپاره فورازولو دين هم توصيه کوي .

کنترول :

د کولرا په پيښو کې لومړی بايد case contact وپيژندل شي او ناقلين تداوی شي وروسته اپيد ميا لوجيکه مطالعه صورت نیسی ترڅو د پوره له منځه وړلو لپاره يوه ستراتيژيکه برنامه پلاس راشي د ری هایدریشن مرکزونه بايد جوړشي او د ری هایدریشن مرکزونو ایجاد او د تخنیکي استعمال تدریس دواړه د ناروغی د وفياتو په کمولو کې گټور دي

وقایه :

د صحی او پاکو اوبو برابرول ، د غایطه موادو د خوندی ساتلو امکانات ، د تغذیوی حالت ښه والی او د خوراکی توکو صحیح ساتل په زیاته اندازه د کولرا د اخته کیدو امکانات کموي

د کولرا د مخنیوی لپاره له موجوده واکسین څخه گټه اخیستل کیږي چې ډیر کم محافظوی اغیزه لري او دغه واکسین د زیاتو جانبی عوارضو سره یو ځای وی لکه د زرق په ناحیه کی درد ، بی حالی او تبه. تراوسه پوری د کولرا لپاره دوه ډوله خوراکی واکسین تیار شوی دی چې دیوه محافظوی اغیزه (۵۰) سلنه ده او د بل محافظوی پایلی دومره اغیزمنی ندي او داسی فکر کیږي چې زیات به په کلاسیک ویبریو کولرا باندې اغیزمن وي د ویبریو کولرا التواو ۱۳۹ O ژوندي ضعیف شوی واکسین تیار شوی دي خو تر اوسه د عمل ډگرته ندي راوتلي . که څه هم په څرگنده مناسبت معافیت بڅښونکی دي خو تر اوسه د گټی اخیستنې اجازه نده ورکړل شوی او تربحث لاندې دي.

ویروسی هیپاتایتس

عمومي معلومات :

ویروسی هیپاتایتس د پنځو مختلف ډوله ویروسونو پواسطه منځ ته راځي چې د یو اوبل څخه ئې توپیر د سیرولوژیک آزموینو پواسطه ترسره کیدای شي چې په لاندې ډول دي .

۱- Hepatitis A Virus (HAV)

۲- Hepatitis B Virus (HBV)

۳- Hepatitis C Virus (HCV)

۴- Hepatitis Delta Virus (HDV)

۵- Hepatitis E Virus (HEV)

چې د ویروسونو پورتنی ډولونه د اپیدمیالوجی ، فزیکي جوړښت ، پتوبیولوژي او انزارو له مخې مختلف دي پداسې حال کې چې ټول وایروسونه په لومړي توگه ځگر تر برید لاندې نیسي. د Hepatitis د ناروغی له کبله د ځیگر په انساجو کې په مزمنه توگه زیان رامنځ ته کیږي چې سیروزس او Ca. Hepato Cellular (HCC) په هغه کسانو کې چې د ځیگر پرمخ تللی انتان ولري لیدل کیږي د انتان مقاوم کیدل د ویروس په ډول ، د کوربه په فکتورونو لکه عمر ، Coinfection ، Comorbidity او معافیت پوري اړه لري د نړی په مختلفو سیمو کې هغه کسان چې (HCC) لري زیاتره تړاؤ ئې د HBV+HCV سره وي.

د ناروغي لامل او اپید میولوژی :

Hepatitis A

د هیپاتایتس A وایروس یو Hepadna-RNA وایروس دی چې ۲۷nm قطر لري چې په اپیدیمیکه توګه او یا ځانګړې توګه د ناروغي لامل ګرځي لیږدېدنه ئې زیاتره Fecal oral وي. د HAV پېښې په Hygienic صفائي او Senitation آبیاري پورې تړاولري HAV په هغه هیوادو کې چې لږ او یا کم پرمخ تګ ئې کړی وي زیات لیدل کیږي اود عمر له نظره زیاتره پېښې ئې په ماشومانو کې لیدل کیږي په پرمخ تللی هیوادو کې ئې پېښې په ډیره کمه اندازه موجودې دي د HAV لپاره خطري فکتورونه عبارت دي له. لواطت ، د ممنوعه ILlicit درملو استعمال او هغه مسافر چې د اندیمیک ساحو څخه راغلې وي . HAV په ځیګر کې تکثیر کوي . صفرا ته اطران کیږي او بالاخره غایطه موادو ته رسیږي . د زیرې د شروع څخه دوه اونۍ مخکې د HAV اخته کیدنه لوړې کچې ته رسیږي د ځګر انزایمونه لوړوي او په ادرار کې د ویروس غلظت زیات او د زیرې د پیدا کیدونه وروسته د ویروس غلظت په ادرار کې کمیږي ماشومان نظر کاږلانو ته تر زیاتې مودې پورې HAV انتان خپرولای شي ماشومان تر لسو او نیو پورې HAV انتان ته پناه ورکوي ترڅو کلینیکي اعراض او علایم پیدا شي . نوی زیرېدلی ماشومان چې نازکو میل انتاناتو کې HAV اخیستې وي تر شپږو میاشتو پورې انتان له ځان سره ساتي . په USA کې د HAV لیږدېدنه له یوه کس څخه بل کس ته د Fecal oral له لارې په لمړنۍ بڼه وي په Close contact کې لیږد زیات واقع کیږي HAV د Varemia په صفحه کې دوینی له لارې هم لیږدېږي . همدارول په معمول توګه سپورادیک پېښې ئې د ککړو اوبو او خوړو پواسطه هم صورت نیولای شي .

Hepatitis B

چې پخوا ورته سیروم هیپا تایتس هم ویل کیده د وایروس قطر (۴۲) نانو متره دی او

Hepadena وایروس دی درې ډوله اتنی جن اتنی باډی سیستم لري

۱- HBS Ag : ددې اتیجن څرگندیدل په لومړنې اتان دلالت کوي چې دبوشمیک

بدلونوڅخه دمخه څرگندیږي او تر کلینیک پورې دوامدارپاته کیږي که چیرې دحاد اتان

څخه وروسته په دوامدار ډول پاتی شي نومزمن اتان رابنډی

۲- Anti-HBS : کله چې اتنی باډی د (HBS) په ضد رابنکاره شي نو د HBV په

بڼه والی دلالت کوي نورنو HBS له منځه ځي.

۳- Anti HBC د HBS Ag څخه لږه موده وروسته IgM Anti HBC څرگندیږي چې

داپه حاد هیپاتایتس دلالت کوي IgG Anti HBC داهم په حاد حالت کې څرگندیږي اما

بیا د زیات وخت لپاره پاتی کیږي.

۴- HBe Ag مثبت والی ئې په تکرر دلالت کوي

۵- HBV DNA ډیر حساس دی موجودیت ئې په سیروم کې د HBe Ag له شتون سره

موازي وي چې د وایروس زیاتیدل او ککړتیا بنی دیره کمه اندازه HBV-DNA یوازي د

PCR په واسطه معلومیږي. ۴: ۲۲۳

Hepatitis B : دوینی او جنسې لارې څخه انتقالیږي په HBV باندې اخته مورڅخه ئې

لیږد نوې زیږیدلی ماشوم ته دزیږون په وخت کې زیات معمول دی په کاهلانو کې ئې لیږد

دزرقی او جنسې لارې څخه معمول دی. ۴: ۲۲۳

د HBV مزمن اتانات په نوی زیږیدلو او ماشومانو کې لیدل کیږي البته حاد اتانات

ئې په کاهلانو کې زیات دي . رحمی لیږدیده ئې دیره لږه ده همدارنگه په لیږدیده کې

درگ له لارې د ناوړه درملو کارول ، خال وهل (Tattooing) ، Acupuncture دمنتن پل سره ډیره خړېل رول لري، HBV له وینې، لارو ، مهبلي مایع ، منی ، دسینی له شیدو او Colostrums او کله کله له تشو متيازو ، صفرا ډکو متيازو، خولو او اوبنکو خخه پلاس راوړلی شو وینه خښونکې خزندې لکه سپرې او میاشې په ځانگړې ډول په تراپیکل ځایونو کې غوره ویکتور کیدای شي باید یادونه وشي چې دویروس زیاتیدنه پدې ویکتور کې نده لیدل شوي. دناروغي پېښې په هم جنس بازانو کې زیاتې دي دهیمو ډیالیزس کارکوونکي ، نرسان ، دویني دبانک کارکوونکي ، دغابونو ډاکتران او پتالوجستان د ناروغي له زیات خطر سره مخامخ دي.

Hepatitis C

دا وایروس RNA له ډول خخه دی چې Flavi Virus ته ورته والی لري کم تر کمه (۲) غټ جینوټایپونه او سل Sub types لري او HCV شپږ جینوټایپونه لري په USA کې معمول جینوټایپ I دی (۷۰%) او ورپسې په Genotype II, III (۳۰%) دي HCV جینوټایپ د مرض په پرمخ تگ کې رول نلري خو I Type ئې دویروس ضد دواگانو په مقابل کې مقاوم دي . HCV په لومړنۍ توگه دپوستکې له لارې خخه کله چې د منتنې وینې سره مخا شي لیردیرې زیاتره لیردني دزرقیاتو پواسطه وي اوپه کم مقدار سره د HCV لیرد په Perinatal اویا هم د جنسې لارې خخه صورت نیسې په پرمخ تللی هیوادو کې د HCV د لیردیدو لپاره خطري فکتور Iatrogenic اخته کیدل دي یا نې هغه خلک چې په غیر قانونی توگه د وریدی لاری دوا استعمالوي . دنړۍ په سطحه په (۲%) خلکو کې د HCV اتنی باډی مثبت ده دیوی شمیرنی له مخې په USA کې ۱۳۰M خلک HCV مثبت دي چې د AB شیوع پکې (۱،۲%) ده

: Hepatitis D

دې ډول Hepatitis D ته دلتا هیپا تایتس هم وائي چې یو نیمگړی RNA وایروس دی ۳۷-۳۵ nm قطر لري خاتته ناروغي نشی رامنځته کولای بلکه د HBV سره یو ځای وي. داپیدمیالوژی له نظره HDV د HBV سره موازي سیر لري سرچینه اود لیږد لاره ئې سره یو شان ده په USA کی د HDV د لیږد لارې د زرقیاتو ، جنسي اووینی څخه عبارت دي د HDV د HBV په نسبت ډیر کم دزیږون په وخت کی لیږدیږی.

Hepatitis E : ددې ډول هیپا تایتس لامل کوچنی RNA وایروس دی چې د Calici Virus سره ورته والی لري او قطر ئې ۲۴-۳۲ نانومتره دی. داپیدمیالوژی له نظره نوموړی هیپاتایتس ته water burn هیپاتایتس هم وائي د Fecal oral له لارې لیږدیږی ککړی اوبه ئې د لیږدیووه ذریعه ده. HEV په کاهلانو کې د حاد هیپاتایتس یو واحد لامل دی په USA کی HEV په ډیره کمه فیصدی شتون لري چې هغه هم د مسافرو څخه ورته لیږدیږی کوم چې د اندیمیک ساحو څخه راځي او د HEV لپاره زمینه برابروي په پرمخ تللی هیوادو کې د ککړو اوبو څخه چې HCV ولري خپریدنه یا شیوع ئې پیل کیږي HEV په کورنی تماس کې په کمه اندازه لیږدیږی اونوی زیږیدلی ماشومان او کوچنیان هم کم اخته کوي.

پتوجنیزس:

په عادي حالت کې د هیپاتایتس یو ډول وایروس هم د هیپاتوسیت په وړاندې په نیغه cytopatic ندی او د هیپاتایتس کلینکې لوحه او پایلې د میزبان د امینو لوژیک ځواب له کبله منځته راځي د HBV امینو پتوجنیزس د نورو ډولو په نسبت ښه مطالعه شويدي

د هیپاتایتس B په بی عرضه ناقلینو کې د ځیگر نورمالی دندې او هستولوژي دا رانېږي چې ویروس په مستقیمه توګه سائیتوپتیک نه دی پخوا داسې فکر کیده چې د HBS اتني جن د کبدي حجراتو په سطحه کې ویروسي تارګیت اتني جن دی مګر اوسني څېړنو داسې ښودلې ده چې نوکلیو کپسید پروتینونه د HBe، HBC اتني جن د میزبان د اتني جن سره یو ځای ددې لامل ګرځي چې په HBV ککړ هیپاتوسیت د سائیتولایتیک T حجراتو په واسطه ویجاړېږي سره له دې چې د HBV له کبله د کبدي حجراتو میکانیزم رښتیني نه دی ایمون کمپلکس د انساجو Damage د HB په محبروي دوره کې چې کله کله د سیروم سیکنيس په څیر پیدا کېږي لامل ئې د انساجو په اوعیو کې د دوراني امیون کمپلکس رسوب دی چې د کامپلیمنټ سیستم فعالوي او د کلینیک له نظره د یورتيکاریا، رش، انجیو اډیما، تبي او ارتراتیس لامل ګرځي. ۲: ۴۲، ۴۷

پتولوژي:

د ویروسي هیپاتایتس د مختلفو ډولو مورفولوژیک بدلونونه سره ورته دي او لاندې تغیرات لیدل کېږي د مونو کلیر حجراتو Pan lobular ارتشاحات، د ځګر د حجراتو نکروزس، د Kupfer حجراتو هایپرپلازیا او د کولستازس مختلفې درجې او همدا ډول د کبدي حجراتو ري جنریشن چې د څو هستو حجراتو او Rosett د جوړیدو په واسطه تثبیت کېږي. په مزمن HBV کې لوي هیپاتوسیت لیدل کېږي چې HBS Ag په کې موجودوي د HCV په هستولوژیک تغیراتو کې التهاب نسبتاً کم د Sinusoidal lining حجراتو د فعالیت زیاتوالی د شحم موجودیت او کله کله د صفراوي قنات بدلون موجودوي. په HDV کې کله کله Micro vesicular سټیاتوزس موجود وي. HEV معمول تغیر څرګند کولستازس دی د هیپاتایتس په ځینې ناروغانو کې ډیر شدید هستولوژیک آفت چې د

Bridging هیپاتیک نکروزس او یا تحت الحاد نکروزس په نامه یادېږي لیدل کېږي که څه هم د بریجنګ پیښې په داخل بستر ناروغانو کې چې په شدید هیپاتایتس اخته وي زیات په سیروزس، مزمن هیپاتایتس او په اخره کې د ناروغ په مړینه حتمیږي. په غیر اختلاطي شکل کې د بریجنګ پیښې ۱-۵% دي د کتلوي کبدي نکروزس په معاینه کې کبد کوچنی، نرم او غونج شوی وي. ۴۹، ۴۸:۲

کلینکي لوحه :

: Hepatitis – A

HAV په انسانانو کې غیر عرضي او عرضي انتاني لوحه د تفریح دورې (۱۵-۵۰) ورځو پورې د تیروولو نه وروسته منځ ته راوړي ناروغي د HAV انتان پواسطه منځ ته راځي شروع ئې په ناڅاپي توګه وي په ناروغانو کې تبه، خستګی، بې اشتهايي، زړه بدوالي، د ګیدې ناآرامی، توراد رار او زیرې موجود وي هغه ماشومان چې عمرونه ئې د (۲) کالو څخه کم وي ۷۰ سلنه اعراض او علایم نه لري او که ناروغي پکې پیښه هم شي زیرې نه پیدا کېږي. په غټو ماشومانو او کاهلانو کې ناروغي عموماً عرضي وي او زیرې ئې تقریباً د (۷۰%) نه زیاتو خلکو کې لیدل کېږي اعراض او علایم ددوه میاشتو نه کم وخت پورې پاته کېږي (۱۰-۱۵%) هغه ناروغان چې اعراض لري ناروغي ئې تر (۲) میاشتو پورې اوږدېږي د HAV مقاوم او دوامداره انتان تر اوسه پورې ندی لیدل شوی او کیدای شي چې هیڅکله پیښ هم نه شي په USA کې د مجموعي پیښو څخه چې راپور ورکړل شوی دی د مړینې فیصدي تقریباً ۳، ۰-۲، ۰% ده لکن په کاهلانو کې چې عمر ئې د (۵۰) کلنۍ څخه پورته وي د مړینې فیصدي تر ۸، ۱% پورې رسیږي هغه

کسان چه د ځگر مزمنې ناروغي ولري اوپه HAV اخته وي نو دا د ځگر د حاد عدم کفائي خطر زیاتوي.

: Hepatitis –B

HBV په عرضی او غیر عرضی دواړو کلینکی لحوو کې انتان رامنځ ته کوي د ناروغي د تفریح دوره داخه کیدو له مودې څخه د زیرې ترڅرگندیدو پورې (۹۰) ورځې ده (۲۰-۱۵۰) او همدارنگه داخه کیدو له مودې څخه تر د ALT تر اېنارمل کیدو پورې (۲۰) ورځې (۴۰-۹۰) ورځې ده داخه کیدو له مودې څخه د HBS Ag تر پیدا کیدو پورې (۳۰) ورځې (۲-۲۰) ورځې ده د ناروغي حادثکل شروع عموماً ناڅاپی وی.

نوی زیریدلی، ځوان کوچنیان او معافیت خپلی کاهلان د HBV نوی انتان سره په وصفی توگه بی عرضه وي. خوددې ناروغانو کلینکی لوحه کې بی اشتهاې، خستگې، زړه بدوالی کانگې دگیدې دردونه او زیرې موجود کیدای شي. خارج کبدی اعراض او علایم عبارت دي له د پوستکې رشونه، د بندونو دردونه او التهاب څخه. په حاد HBV انتان کې د مړینې کچه (۵، ۰-۱۰٪) ده زیاتره هغه کاهلان (۹۵٪ >) چی نورمال معافیت ولري انتان ئې محدود وي یا ئې انتان له منځه ځي او یا په وړاندې ئې معافیت فعالیتې چی د دوهم ځل انتان څخه مخنیوی کوي ددې برخلاف لمړنی انتان په مزمن انتان بدلیږي البته (۳۰٪) په هغه ماشومانو کې چی عمرونه ئې د (۲ کالو) څخه کم وي او (۸۰-۹۰٪) په نوې زیریدلی ماشومانو کی لیدل کیږی چی د دوی په ځگر کې د ویروس تکثر او مقاومه Virimia لیدل کیږي البته د حاد HBV پایله په هغو کسانو کې خرابیدای شي چی په مزمنه توگه انتانات ورسره یو ځای وي د ځگر د سیروزس لپاره غټ خطری فکتور دی. د ځگر غیر معاوضی ناروغی او HCC هم پکې واقع کیدای شي

د کوربه لپاره د ناروغي تشدید کوونکی فکتورونه عبارت دي له زوړ سن، د HBV د DNA لوړه کچه، په الکولو اعتیاد او د HBV سره د HCV او HDV انتانات یا HIV. هغه کسان چی مزمنې ناروغی ولري HBV په دوامداره توگه لیږدوي په HBV کی دځگر څخه د باندې لوحې عبارت دي له ایمون کمپلکس mediated ناروغی لکه ممبرانو س پرولیفراټیو گلوبولونفراتیس.

Hepatitis C کلینکی لوحه:

د HCV دتفریح دوره په منځنی توگه (۵۰)، ورځې ده (۱۴-۱۸۰) ورځې ۷۰-۸۰% د HCV حاد انتانات غیر عرضی دي په زیاتو ناروغانو کې د هیپاتایتس بیوشمیک بیلگې لکه د ALT د کچې لوړوالې مشاهده شوی دی ځینی ناروغان دحاد وایروسی هیپا تیس د کلینیکي لوحې په څیر څرگندونې لري چې ستوماني، زړه بدوالي د گیدې بنی پورتنی درد، زیږی او توررنګی ادرار څخه شاکی وی داډول پیښې د حاد HAV او حاد HBV سره ئې توپیر ستونځمن دی ترڅو هغه بالخاصه آزموینې اجراء شي. د HCV مزمنې پیښې ۷۰-۸۰% لیدل شوي دي چی دغه کسان دځگر د ناروغيو په غټ خطر کی قرار لري (Steatosis، پرمخ تللی فبروزس سیروزس او HCC). هغه فکتورونه چی دغه ناروغی تشدیدوي عبارت دي له دالکولو استعمال، نارینه جنس، د (۴۰) کلنی څخه پورته عمر او د HIV انتان. د مقاوم HCV انتان سره د ځیگر څخه د باندې کلینیکي څرگندونې عبارت دي له Cryoglobulinemia گلوبولونفراتیس Lichen planus DM، parphyria Cutanea tarda او بیتا حجاتود لمفوما امکانات دي.

Hepatitis D

HDV یونیمگړی RNA وایروس دی. HDV د HBV په موجودیت کې د ناروغی لامل ګرځي د تفریح دوره او کلینکی لوحه ئې د HBV پشان ده په دوه طریقو د ناروغی لامل کیږي ۱- د HBV سره دکوانفکشن په توګه ۲- په HBV باندې د Super infection په توګه ناروغ اخته کیږي او Co انفکشن د HDV سره د Fulminant دځګر د عدم کفائې لامل کیږي او د Super infection سره یو پرمختللی هیپاتایتس منځ ته راوړي.

HEV

د HEV پواسطه چې کومه ناروغی منځ ته راځي د HAV څخه ئې توپیر کول د سیرولوژیک ازموینو څخه په غیر ستونزمن دي د HEV د تفریح دوره ۲۸-۴۰ ورځې ده کلینکې لوحه ئې Hepatitis A ته ورته والی لري، ستوماني، داشتهاخراېوالی، زړه بدوالی کانګې، د ګیډې درد او تبه د ناروغ غوره اعراض دي دځګر د غټوالی څخه وروسته زیږی څرګندیږي ۵، ۰-۳۰٪ پیښو کې Fulminant دځګر عدم کفایه پیښیږي خودامیدواري په دریم ترای مستری کې تر ۲۵٪ پوری داکچه رسیدای شي. HEV د مزمن هیپاتایتس سیروزس او کانسر لامل نه ګرځي خوکه د HEV سره دځګر بله ناروغي موجوده وي کیدای شي چې د ځګر غیر معاوضوی ناروغی رامنځ ته کړي.

اختلاطات:

پرمختللی فیروزس، HCC، د ځیګر عدم کفایه، ګلومیرولو نفرایتس، Cryoglobulinemia، هیپاتیک انسفالوپاتي، پورټل هایپرټنشن، porphyria، ویروسي کو اتان او مزمنتوب.

تشخیص:

د HAV تشخیص:

د کلینکی لوحې او اپیدیمیلوژۍ له نظره HAV د نورو هیپاتایتس سره ئې توپیر نشي کیدای دوه سیرولوژیک آزموینې د HAV اتی باډی د پیدا کولو لپاره موجودې دی

۱- (IgM Anti HAV) Immunoglobulin M Anti body

۲- (IgG and IgM Anti HAV) Total Anti HAV

هغه سیرولوژیک معاینات چې IgM Anti HAV پکې مثبت وي په حاد اتان دلالت کوي په زیاتو خلکو کې د سیروم IgM Anti HAV البته ۵-۱۰ ورځې مخکې د اعراضو د شروع کیدو څخه مثبت وي اود اتان د وقوع څخه (۲) میاشتې وروسته ئې سويه کمیرې IgG Anti HAV د اتان په شروع کې پیدا اود زیاتې مودې لپاره پاتې کیږي اود ناروغي څخه مخنیوی کوي.

د HBV تشخیص:

په سیرولوژیک آزموینو کې د HBV لپاره اته نښې نښانې شتون لري چې ددې جملې څخه ئې خلور د تشخیص لپاره ضروري دي د HBS Ag موجودیت په وینه کې د اتان په پرمخ تګ دلالت کوي اودغه خلک په لوړه کچه نوروته د اتان لیردونکی دي په HBV نویواخته کسانو کې په اولو (۳-۵) اونيو کې یواځینې معاینه چې د HBV لپاره مثبت کیږي د HBS Ag څخه عبارت دی او دغه مختلفو وختونو پورې مثبت پاته کیږي د HB کور انتیجن په مقابل کې اتی باډی په ټولو HBV اتاناتو کې مثبت وي د اعراضو او علایمو د شروع کیدو سره اويا په حاد اتان کې چې د ځگر تستونه غیر نورمال

وي د HBC په وړاندې داتتی باډی کچه ډیره ژر پورته ځي او دټول ژوندانه لپاره دوامداره پاته کیږي هغه خلک چې په حاد ډول اوپه نږدې وختوکې په HBV اخته شوی وي د IgM کلاس انتی باډیگانو سره ئې ناروغی تشخیص کیږي او نوموړې انتی باډی تر (۲) میاشتو پوری په وینه کی باقی پاته کیږي

هغه کسان چی د HBV انتان څخه روغ رمت شي د (۲-۳) میاشتو په موده کې ئې HBS Ag دوینې څخه لرې کیږي او Anti HBS پیداکیدل د جوړیدو او یا درملنې په مرحله کې پدې دلالت کوي چې د HBV په وړاندې معافیت جوړشوی دي زیاتره خلک چې د HBV نه روغ رمت شي د Anti Hbs او Anti Hbc مثبت وي . هغه کسان چې د HBV لپاره ئې واکسین اخیستې وي یوازې د Anti HBS لپاره مثبت وي هغه کسان چې د HBV څخه پوره نه وي روغ شوي او مزمن انتان لري HBS Ag او Anti HBC ئې په پرله پسې توگه د ټول عمر لپاره پاته کیږي نوري نښاني د HBV لپاره عبارت دي له (HBe Ag څخه اودهغه ناروغانو په سیروم کې پیداکیږي چی په حاد او یا مزمن انتان باندې اخته وي.

د HCV تشخیص :

د HCV آزموینې د لاندې موخو لپاره ترسره کیږي

۱ - د ناروغی کلینکی تشخیص د اعراضو او علایمو سره یا د لابراتوار غیر نورمال آزموینې چې دځگر ناروغی راپه گوته کوي

۲ - د درملنې په موده کی د مزمن HCV انتان سره د ناروغانو اهتمامات

۳ - دغیر عرضی ناروغانو Screening ترڅو HCV انتان پکې وموندل شي
سیرولوژیک او ویروس مارکرونه چې د کلینک له نظره گټوردي عبارت دي له IGg AB

چی (Anti HCV) دي چې دادپخوانې او اوسنی اتان لپاره نشاني ده HCV RNA نیغ په نیغه د ویروس د ډیر نبت بنودونکی دی او د HCV جینو تایپ معلومول د درملنی د رژیم لپاره ضرور دي . په کلینکی پرکتس کې معمولاً د نږدې کیدو لاره داده چې په لمړی کی د Anti HCV لپاره آزموینه ترسره شي که چیری HCV RNA مثبت شو نو د HCV فعال اتان تثبیت کیږي او که چیری HCV RNA منفي شو نورې آزموینی د AB د معلومولو لپاره ضروری دي ترڅو د Anti HCV پایله باوری کړي هغه ناروغان چې Anti HCV+ شي د مزمن او حاد اتان توپیر نشی کولای خودا خبره ضروري ده چې HCV RNA او ALT فعالیت دوخت په تیریدو سره وکتل شي اوددې په څنگ کې د ځگر بایوپسی د مزمن هیپا تایتس او سیروزس د تشخیص لپاره استعمالیږي ترڅو تشخیص یقینی شي .

د HDV تشخیص :

د HDV د صحیح تشخیص لپاره په هغه خلکو کې چې په حاد هیپا تایتس اخته دي سیرو لوژیک تستونه استعمالیږي لکه د HBV لپاره HBS Ag او یا IgM Anti HBC او HDV (IgM anti HDV) او حاد HBV-HDV کواتان په هغو کسانو کې تشخیص کیږي چې مثبت IgM Anti HBC (چې داد HBV اتان حاد حالت بنی) او یو مثبت نښانی د HDV لپاره ده د کلینک له نظره حاد HDV سوپرانفکشن عموماً د پرمختللی حاد هیپا تایتس په شکل څرگندیږي صحیح تشخیص هغه وخت څرگندیږي کله چې آزموینه د IgM Anti HBC لپاره منفي شي او د HDV مارکر یا نشاني پکې وموندل شي البته په هغه کسانو کې چې په HBV مزمن اتان اخته وي (HBS Ag او مجموعی Anti HBC مثبت وي لکن IgM Anti HBC منفي وي) .

د HEV تشخیص :

په سیروم کی د IGM Anti HEV شتون ، یا د ویروسی RNA شتون په سیروم او غایطه موادو کې د Real Time PCR پواسطه د IgG د شته والی راپور ورکړل شوی دی ، دحاد انتان په مرحله کې IGM Anti HEV لیدل کیږي چې ۴-۶ میاشتې وروسته له منځه ځي چې داحاد انتان په % ۹۰ پېښو کې د لمړي او آتمی اونۍ ترمنځ شتون لري په معمول ډول IGM په نقاهت مرحله کی څرگندیږي

درملنه:

د HAV درملنه:

HAV د مقاوم انتان لامل نه ګرځي اوپه نادره توګه دځګر د عدم کفائې لامل کیږي درملنه ئې محافظوی ده . هغه ناروغان چې په حاد HAV انتان کی ئې دماغی حالت بدل شوي وي او یا پرمخ تللی ډیهایدریشن زړه بدوالی او کانګې ولري ناروغ باید په روغتون کې بستر شي په هغه حالاتو کې چه په لابراتواری آزموینو کی دپروتین کچه کمه وي نو د هیپا تولوجست سره مشوره اړینه ده که دځګر انسفالوپاتې پیداشي نو دځګر Transplantation استطباب لري اوکه د ناروغ اعراض کم وي په O.P.D کې تر درملنې لاندې نیول کیږي.

د HBV درملنه:

د HBV په درملنه کې اولنې موخه د ویروس د تکثر مخنیوی دی هر کله چې ناروغ د درملنې سره ځواب ووائي نو د ځګر انزایم نورمال حالت ته راځي HBV DNA کمیږي اوپه وینه کې د Hbe Ag په مقابل کې Hbe انتی باډی پیداکیږي دویروس ضد درملنې

د شروع کیدو څخه مخکې د هیپا تو لو جست سره مشوره کول ضروري دي . په Pegylated inter feron درملنه کې دوا په دویروس ضد او Immuno modulatory خاصیتونه شته او په معمول توګه د ویروس د تکرر د مخنیوی لپاره استعمالیږي . البته د استعمال طریقه یې په هفته کې یو زرق د دوولس میاشتو لپاره دي د HBV د ویروس ضد درملو بله ډله نوکلوسایداونوکلئوتائید ته ورته درمل دي چې عبارت دي له Lamivudine اديفوویر ، تینوفوویر ، Entecavir او Telbivudine څخه

ددې ګروپ دواګانو زیاتره فوکس د HBV د DNA د جوړیدو خرابوالی اویا نیغ په نیغه د DNA پولی میراز نهیه کول دي چې ددې درملنې سره ۵۰٪ - ۷۰٪ خلک ځواب وائي د ګډې درملنې د ځواب په وړاندې غبرګون نسبت ځانګړې درملنې ته ډیر قوی او دوامداره دی ګټه د ویروس ضد درملنو سینرجی ده او ددوی په وړاندې د ټینګار کموالی دی خو پدی ډول درملنه کې ددواګانو قیمت اوچت دی او جانبی عوارض ئې هم زیات دي او دوائې او د دوا مقابل عمل یا Interaction پکې موجودوي

د HBV په وړاندې د ګډه درملنه عبارت ده له: (Lamivudine + Adefovir) , (Lamivudine + Pegylaten) انترفیران

(Lamivudine and Telbivudine) نوره تر مشاهدې لاندې امید بښوونکې درملنه مشتمل ده په یو شمیر دواګانو لکه Emtricitabine, Clevudine, Tenofovir او (Truvada) Emtricitabine او Thymosin څخه. د تازه پرمختګونو سره چې د HBV په درملنه اود ځګر د کانسرو په کشفولو کې تر سره شوي دي اوهم HBV د منتن کس په پیژندنه کې د مهمو مداخلو مخنیوی دځګر د ناروغیو د موربیدتی او وفیاتو کچه راټیټه کړیده هغه کسان چې په فعاله توګه د HBV پواسطه منتن شوي دي باید د مزمن اتان

لپاره وکتل شي . چې پدې کی هغه خلک شامل دي چې پداسې یو جغرافیایی سیمه کې ژوند کوي چې د Hbs Ag شیوع پکې (۲%) یا لدې څخه زیاته وي اوهم هغه کسان چې دځگر انزایمونو کچه ئې پورته وي او یا هم HIV ولري او یا هغه خلک چې Immuno Suppressive تر درملنې لاندې وي .

د HCV درملنه :

د HCV ناروغانو درملنه او ارزیابی باید د هیپا تولوجست په موجودیت کی ترسره شي حاد HCV غیر عرضی وي اود حاد انتان تشخیص غیر معمول دی خوکه انتان وختی تشخیص شي نودانترفیران سره ئې درملنه د (۲-۳) میاشتو پورې ۸۵-۹۰% پیښو کی دانتان مخنیوی کولای شي زیاتره ناروغان چې HCV مثبت وي د مزمن انتان درلودونکی وي او دوی باید د HAV او HBV په وړاندې واکسین شي . درملنه هغو ناروغانو ته شروع کیږي چی په هغوی کی دالتهاب او فبروزس امکانات موجودوي د همیشه لپاره دځگر بایوپسی ضرورنده د جینو تایپ له نظره درملنه فرق لري . د Pegylated انترفیران دپوستکی لاندې زرق په هفته کی یوځل جمع د خولی له لاری Ribavirine دورخی دوه ځلې دیوکال لپاره په genotype I ناروغانو کې په ۵۰% ناروغانو ځواب ورکوي . اوهمدا رژیم تر (۲) میاشتو پورې په هغه خلکو کې genotype II انتان لري په (۷۵%-۸۵%) ناروغانو کی ځواب مثبت وي . ۲:۱۲۲

د نوموړي تداوي جانبی عوارض عبارت دي له ، نوتروپینیا ، ترومبوسایتوپینیا ، هیمولایتیک د تایرایدووظیفوي تشوش او depression څخه . درملنه په هغه کسانو کې چې د ځیگر پرمختللی غیر معاضوی ناروغی ، دزړه ناروغی ولري د HCV سره د HIV انتان یوځای والی د HCV لمړنی انتان په چټکه توگه دځگر ناروغي آخرنی Stage ته

بیولای شی اوهم ئې لامل گرځي په HCV کی د ویروسی ضد دواگانو یوځای والی د HIV مثبت ناروغانو لپاره په هغه وخت کی توصیه کیږي چې ناروغی په لمړنی او یا Mild حالت کی وي په HCV کې دیو HIV مثبت ناروغ درملنه د ناروغی د Stage اود HIV قبول شوی یا اوسنی رژیم پوری اړه لري ریبواویرین د Anti retroviral ضد دواگانو سره ښه متقابلله اغیزه لري اود HIV په درملنه کی ښه رول لوبولای شي. هغه ناروغان چې د Pegylated interferon او ریبواویرین سره ئې درملنه شوی وي او ۲۰-۵۰% پیښو کی ځواب نه وائی چی دوهم ځل درملنه پدی رژیم سره غیر اغیزمنه ده نو دواگانې ترخپرنی لاندی دي لکه Telaprevir چی Protease نهی کوونکی دوا ده. ځینی تجاربو ښودلې ده چې Telaprevir یوځای والی د peg interferon او ریبواویرین سره په هغه ناروغانو کې چې فاز Trail II جینوتایپ اخته دي ویروسی ځواب یې مثبت دی خو د جانبی عوارضو د درلودلو امله د دوا د قطع کیدو اندازه زیاته ده.

د HDV درملنه :

د اتترفیران په واسطه د HDV درملنې ته تر دولس میاشتو پورې دوام ورکولای شو. لامی ویدین Lamuvidine ، نوکلیوساید انالوگ درمل د مونوتراپی په شکل استعمالیږي او یا د HBV اتتان لپاره په ګډه پکاروړل کیږي لکن داد HDV اتتان نه مخنیوی نشی کولای دلته د HBV په درملنه کې زیاتی دواگانې استعمالیږي چې د HDV په وړاندې هم اغیزمنې دي .

د HEV درملنه :

د حاد HEV انتان لپاره کومه درملنه نشته . بنسټیزه درملنه تقویوی تداوی لکه د مایعاتو ورکول او آرام دي د دواگانو او الکولو څخه باید ځان وساتل شي چې دواگانې او الکول د ځگر آفات زیاتوي

مخنیوي:**د HAV مخنیوی:**

د HAV د مخنیوی لپاره لاندې ټکې په نظر کې نیول کیږي .

۱- د روغتیا ساتنې مراعاتول لکه د لاسونو وینځل او د پاکو اوبو څښاک

۲- د اخته کیدو څخه مخکې او وروسته معافیت د HAV واکسین سره

۳- د اخته کیدو څخه مخکې او وروسته معافیت د ایمونوگلوبین سره

په متحده ایالاتو کې د HAV واکسین مخکې له اخته کیدو څخه ټولو یو کلن عمر ماشومانو او کاهلانو ته تجویز کیږی

د HBV څخه مخنیوي :

د HB دواکسین سره معافیت د HBV د انتان د مخنیوی لپاره زیاته اغیزمنه لاره ده په

متحده ایالاتو کې په تیرو پنځلسو کالو کې د حاد HB شیوع %۷۰ ته رابښکته کړیده

چې %۴۴ په ماشومانو او کاهلانو کې دواکسین له امله کمی شوی دي د HBV لپاره

باید یو Screening سیستم په معالجوي دفترونو ، Community health مرکزو،

گرځنده کلینکو ، وظیفوی صحی پروگرامو کې شتون ولري ، ټولو کاهلانو ته باید د

HBV د لیږد اوهم نې دواکسین په هکله معلومات ورکړل شي د HBV د خطری

فٲٲٲورونو په هٲٲله د ٲاريٲخيٲي اٲيستل د ناروغي په ٲه ٲشٲيٲس ٲي عمده رول لري اود

HBV واکسين بايد دهر ٲس لپاره چمتو وي.

ٲ-ٲ جدول: په وينه ٲي د HBV لپاره د ٲشٲيٲسيه آزموينو ٲشريح ٲ١: ٨ٲ٨

ٲشريح	الف: HBS Ag	ب: Anti HBS	ج: IGM Anti HBC	د: مجموعي Anti HBC
حسا س دي خو هيٲٲٲله متن ندي	-	-	-	-
لومړني حاد اٲٲان دي	+e	-	-	-
حاد اٲٲان	+	-	+	+
حاد بنه ٲيډونٲي اٲٲان دي	-	-	+	+
ٲٲٲوانی اٲٲان دي بنه شوي دي معافيتي سيستم فعال دي	+	-	+	-
مزمن اٲٲان	-	-	+	+
ٲاذب مثبت ٲٲٲوانی اٲٲان په ٲيٲه ٲٲه دمور ٲٲه نوې زيږيدلي ماشوم ته په پاسيف توگه اٲٲٲاليري	-	-	+	-
داٲسان محفوظ دي ٲه د Ab غلظت ي ١٠ mlu/mg برابر او يا زيات دي	+	-	-	-

د کاهلانو لپاره د HBV دواکسینشن پوره درې ډوزه په (۲)، میاشتو کې تطبیق کیږي د (۴۰) کالو څخه په کم عمره کسانو کې ئې واکسین (۹۵%) ، ځواب وایی خو په زړو خلکو کې دا کچه کمه وي شاید دواکسین څخه وروسته امتحانول دهغو خلکو لپاره چه خپل مدافعو سیستم معلوم کړي عبارت دي له لکه د صحی څارنې کارکوونکی هغه کسان چی دواکسین په وړاندې ئې ځواب مثبت نه وي باید دوهم ځل درې ډوزه واکسین د (۲) میاشتو لپاره واخلي . چي پدې توگه دوی (۷۰%) په خپل معافیت باندې ډاډه کیدای شي له اخته کیدو وروسته وقائې لپاره HB ایمونو گلوبولین اود HBV واکسین ضروري دي Hb ایمونو گلوبولین د HBV دوقائې لپاره او واکسین ئې د دوامداره معافیت لپاره ضروري دی که کس د Needle stick سره مخامخ شوی وي تر (۷) ورځو پورې HB ایمونو گلوبولین اخیستی شي او که جنسی مقاربت سره مخامخ شوی دي نو تر (۱۴) ورځو پورې HB ایمونو گلوبولین اخیستی شي

د HCV مخنیوی :

د HCV لپاره هم واکسین اوهم د اخته کیدو وروسته پروفالکزیس نشته دنوی انتان د مخنیوی لپاره د صافی وینی انتقالول او توزیع دانتان په اغیزمنه توگه کنترول، په روغتیایی کارکوونکو کې د زرقیاتو په محفوظه توگه د تطبیق بنوونه او پرکتس، د درملو داستعمال کوونکو لپاره د زرقیاتو د درملنی پروگرامونه ، تعلیمی اوتربییو پروگرامونه چی د لوړو خطراتو او جنسی اړیکو د مخنیوی لامل وگرځی . د HCV د ناروغانو پیدا کول او هغوی ته مشوری ورکول او طبی درملنه ئې ترسره کول د ناروغی دوفیاتو د کچی په راکمولو اوهم داخلاطاتو په مخنیوی کې اغیزمنی لاری چاری دی په USA کی د HCV انتان لپاره د خلکو Screening ترسره کول په ځانگړی توگه هغه

کسان چې د کوم خطر سره مخامخ دي یاداچی په غیر قانوني توګه زرقی درمل پکاروي او یا هغه خلک چه د (۱۹۹۲) کال څخه مخکې ئې د وینې ترانسفیوژن اجراء کړي وي او یا ئې د (۱۹۸۵) کال څخه مخکې ئې Clotting فکتورونه اخیستی وي او یا هغه کسان چې د ALT اېنارمل کچه لري او یا په HIV اخته دي . په همدی توګه د HCV سکرینګ د هغو ماشومانو لپاره چې HCV د منتنو میندو څخه زیږیدلی دي ، یا روغتیایي کارکوونکی چی وروسته د ستنی دوخزی پواسطه زخمی شوی وی او یا په دوامداره توګه جنس بازان چې په ځانګړی توګه د HCV پواسطه منتن دي ورته توصیه کیږي .

د HDV مخنیوی :

د HDV+ HBV کواتتان په مخنیوی کی یواځنی مهمه عملیه په HBV حساسو ځانګړو کسانو کې د واکسین دمعافیت ترلاسه کول دي . په جنسی لحاظ فعال ځوان کاهل او هغه کسان چې تازه زرقیات ورته اجراشوي دي د لوړ خطر سره مخامخ دي اوباید واکسین شي . ۱۱۹:۲

د HEV مخنیوی :

څرنګه چې دناروغی مهم ویکتور اوبه دي نو دپاکواوبو برابرول د چاپیریال روغتیاساتنې او عامه حفظ الصحی ته باید پاملرنه وشي ناروغي واکسین او ایمونو ګلوبولین نه لري .

امیبیازس

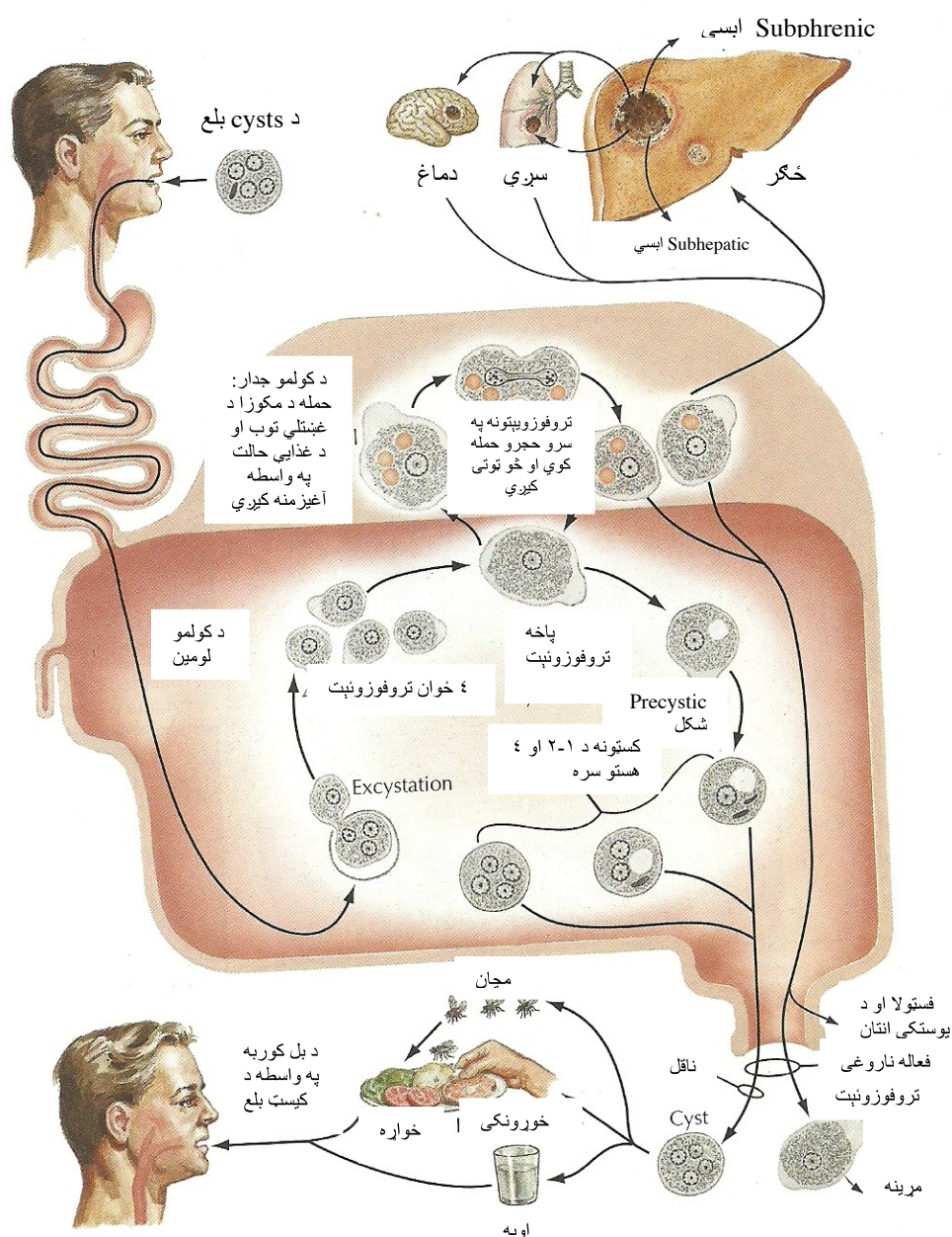
تعریف: د کولمو یوه پروتوزوایي ناروغی ده چې د انتا امیبا هستولاتیکا په واسطه منع ته راځي په ۹۰٪ پېښو کې ناروغی په غیر د اعراضو او علایمو وی چې زیاتره عامل یې Entamoebadispar له ډول څخه دی او پاتې ۱۰٪ یې د پراخو کلنیکي اعراضو لرونکی وی چې د اسهال پیچیش څخه نیولې تر کبدی ابسې گانو پورې او نورې اعضاوې هم ماوفه کوی . ۴: ۵۳

لیږدیدنه او د ژوند دوران :

د ناروغی لیږد خولې دلارې د ککړو خوړو او ناپاکه اوبو په واسطه صورت نیسي . کله چې د کس په واسطه منتن لرونکې کیست بلع کیږي مچان او نور حزندي د پرازیت په میخانیکي لیږد کې رول لري . انتان په ډیره کمه اندازه د تناسلی ، تناسلی فمی طریقو او مقعدی لارې څخه (Homo Sexual) هم انتقال کیدای شی البته په ډیرو نادرو پېښو کې د هغو سامانو په واسطه چې د غټو کولمو په معایناتو کې ورڅخه گټه اخیستل کیږي لیږدیدای شی .

بلع شوې کستونه د معدې څخه تیرېږي او د وړو کولمو په ښکتنې برخه کې کستونه له منځه ځي څلور واړه تروفوزویت (- Meta-Cystic) ورڅخه منع ته راځي چې د نمو او ودې څخه وروسته خپلې اخرنی اندازې ته رسیږي تروفوزویتونه متحرک وی چې د خپلو کاذبو پښو په واسطه د کولمو په امتداد کې مخ په وړاندې یو طرفه حرکت کوی ترڅو چې په یو ځای کې د کولو نایزیشن لپاره برابر ونکی شرایط تیار کړي کولای شي چې د وړو کولمو په هره ناحیه کې کالونی جوړه کړي اما زیاتره یې د Ce cal په ناحیه کې کالونی

جوړه وې د امیب ډیرښت او تکثر د دوه ګوني انقسام له لارې صورت نیسی نظریه مختلفو فکتورو سره چې په پرازیت او کوربه پورې اړه لری ددې امکان شته چې د غټو کولمو انساج د تجزیې او Lyse له طریقه تر برید لاندې ونیسی او هم کولای شی چې کبد او نورو غړوته متا ستاز ورکړی حمله کوونکی تروفوزویت شاید بلع شوی سره کریوات ولري کله چې پرازیت د مقعد په امتداد کې قرار نیسی سایتوپلازمیک انکلیوزن او غډایي واکیلونه لری کوي او د Precyst په خیر بدلیږی چې ګرد بیضوی شکل لری چې لرونکی د Cystic دیوال د ګلایکوجن واکیلونو کتله کروماتید تارونه او یوې هستې وي . Precyst د دوه هستوې ویش په واسطه پوځوالی ته رسیږی او څلور هستوی کست منځ ته راوړې پوخ Cys عموماً د ۱۰-۱۴ مایکرون پوری اندازه لري چې د سخت دیوال په واسطه پوښل شوی وی د تروفوزویت دهستې څلور ګوني نوې د عین خواصو لرونکې وی چې په دننه کې یې کروماتید اجسام او د ګلایکوجن ذخیرې هم موجودې دي کستونه صرف د لویو کولمو په لومن کې جوړیږی او د غایطه موادو سره بیرته ایستل کیږی کستونه مقاوم دي چې د زیاتې مودې لپاره په بهرنی چاپیریال کې ژوندې پاتې کیږی ترڅو بلع شي او بل کس ته سرایت وکړی. ۱۱: ۴۵۳، ۴۵۴



۲-۳ انځور: د امیبیازس کلینیکي لوحه او د ژوندانه سایکل (۱۱: ۵۴۳)

اپیدمیالوجي:

د امیبیازیس د شیوع پېښې په نړۍ واله کچه لیدل کېږي په پرمخ تللي هیوادو کې ناروغ عامه ده په وروسته پاتې هیوادو کې د هغه اوبو څخه چې ککړې وی او څښاک لپاره ترې گټه اخیستل کېږي او هم له هغو ککړو اوبو او فضله موادو څخه چې د سبزیجاتو په نمو او تازه ساتلو کې ورڅخه گټه اخیستل کېږي ددې ناروغیو د پېښو کچه

یې لوړه ده په پرله پسې توګه لیرېدېدنه یې په هغه ډله خلکو کې چې په روغتونو ،
موسساتو او د ماشومانو دساتنې په مرکزو کې کار کوي لیدل کیږي. Homosexual
کسان او هم جنس بازان مخصوصاً نارینه د غیر مرضي E.dispar په واسطه اخته کیږي
چې غیر عرضی دی. حیوانات لکه بیزو ، سپی او خنځیر د انسان په پرتله د
E.histolytica په لیرېدېدنه کې ډیر کم رول لري ۱۱: ۴۵۲

د امیبیازس اشکال :

د مورفولوژي له نظره امیبیازس په درې شکله لیدل کیږي.

د امیبیازس فعال شکل ، Cyst شکل او بین البینی شکل (Pre Cyst) .

دامیبیازس فعال شکل یا Trophozoite form :

د پرازیت فعال او متحرک شکل دی چې ۲۰-۲۵ میکرون جسامت لري دا شکل دسایتو
پلازم د جدار دحرکیت په واسطه فعالیت کوي چې دې ته Ameobic movment هم
وایي په عرضی حالاتو کې د غایطه موادو په مایع برخه کې د موندلو وړو په دی شکل
کې سائتوپلازم دوه برخې لري .

یوه شفافه برخه چې Ectoplasm او بله یې کثیفه برخه چې د اندوپلازم په نامه یادېږي په
اندوپلازم کې هسته ځای لري چې د کروماتین ګرانولوسره محدود شوی دي او
دهستې په مرکزي برخه کې یوه بله ګرانول چې لږ غونډی غټه ده ځای لري چې
Karyosome نومېږي کله چې پرازیت په انقسامي مرحله کې وي دوه یا څلور هستې
لیدل کیږي .

په اندوپلازم کې واکيول هم لیدل کېږي چې د هغه په منځ کې د غذايي موادو پارچې ، لوکوسایټونه ، پروټین او ځنې وختونه باکټریا موجودوي کله چې د واکيول په منځ کې سره حجرات ولیدل شي داپه یو حاد Ameobic desentry دلالت کوي.

Cyst شکل : د پرازیت یو مقاوم شکل دې چې مدور یا بیضوی وی یو ځوان Cyst یوه هسته لري همدارنگه دسایتوپلازم په منځ کې گلايکوجن کتله چې د انرژي ذخیره ده لیدل کېږي عموماً یو بل جوړښت چې د کروماتوئېد bodies یا Chromidial bars نومېږي هم د Cyst په منځ کې لیدل کېږي کله چې Cyst تکامل کوي یوه هسته په دوه برخو انقسام کوي او بیا هره یوه یې دوه نورې هستې منځ ته راوړي چې عموماً څلور هستې کېږي چې په دغه حالت کې گلايکوجن Mass او کروماتید له منځه ځي او متحرک تروفوزویت په وړو کولمو کې له کستونو څخه ازاديږي . په هغه مستحضراتو کې چې د ایوډین په وسیله تلوین کېږي د امیب Cyst زیررنگ اخلي او هسته یې په ښه توګه لیدل کېږي او دگلايکوجن کتله نښه غوره کوي .

کیستونه په وچې هوا او لوړه درجه تودوخه کې ۴۰c څخه پورته او یا ۵c څخه ښکته کې حساس وي د خوتیدلو سره زر له منځه ځي د کلورین په مقابل کې مقاوم دی کوم چې د اوبو د پاکولو لپاره په کار وړل کېږي له منځه نه ځي متحرک تروفوزویتونه چې په غایطه موادو کې تیرېږي د یو څه لنډ وخت لپاره په بهرنۍ چاپیریال کې ژوندی پاتې کېږي او په Cyst نه بد لیږي په دې ترتیب سره دناروغی په لیږد کې رول نه لري .

پتوجنیزس او پتالوژي :

په عمومي ډول Entamcoba bistolytica دوه ډوله افت تولیدوي.

(۱) د کولموافات

(۲) د کولمو څخه بهر افات

د پرازیت معایې افت ډیر مهم دی چې د کولون په محاطي عشا کې ځای نیسي نسجی تخریب او تقرح منځ ته راوړي. د کولون په چوکاټ کې زیاتره د سیکوم او سگموئېد کولون نواحی په افت اخته کیږي اما ځنې وختونه پرمخ تللې اتاناتو کې د کولون ټوله برخه او حتی کوچنی کولمی هم ماوفه کوی.

د هستو لوژیک جوړښت له نظره غټې کولمې د پنځو طبقو څخه جوړې شوې دي چې د داخل څخه بهر خوا ته عبارت دي له :

(a) محاطې طبقه (Mucosa Layer) چې لرونکې د Villi او غدوی Crypts وی او په هغه کې Leiberkuhn غدوات ځای لری. (b) Muscularis mucosa طبقه (c) Sub mucosa (d) عضلي طبقه (e) سیروزایا پریټوانی طبقه

د امیب دواړه شکلونه Cyst او تروفوزویت د کولمو په لومن کې ژوند کوي خو یواځې تروفوزویت شکل یې په انساجو برید کوی تروفوزویت ۲۰-۶۰ میو مایکرون قطر لری تروفوزویت د کولون مخاط او اپتیلیل حجراتو سره N-Acety glactoseamin په واسطه نښلی او د کولمو په محاطي جدار کې داخلېږي. نو Leiberkahn غدواتو ته ځان رسوی او هلته په تکثیر پیل کوی او په Muscularis mucosa او sub mucosa طبقاتو کې انتشار کوي او ددې حجراتو د تخریب له کبله قیف شکله قرحات منځ ته راوړي دا قرحات ورو ورو د بل سره یو ځای کیږي او یوه غټه قرحه منځ ته راوړی.

په کمو پیښو کې د کولمو اتان یوه کتله جوړوی چې د Ameoboma په نامه یادېږي چې ددې کتلې پوښل شوي محاط نازک او زخمي وي او نور پوښونه یې پنډ ، پرسیدلی او وینه ورکونکی وی.

یو شمیر وایرولانسی فکتورونه د امیب په برید کې رول لری چې یو یې خارج حجروی Cystien protienase دی چې کولاجن ، الاستین ، IgA ، IgG او Anaphylatoxin C₃a C₅a خرابوې یو شمیر نور انزایمونه د ګلایکو پروتین نبتل د کولمو ایتلیل حجراتو تر منځ پریکوی همدا ډول امیب کولای شی چې دنوتروفیل ، مونو سایت ، لمفو سایت د کولمو او ځگر د حجراتو لری تخریب کړی چې دا دامیب سائیتولاتیک اغیزې بنایې د مستقیم تماس په واسطه او یا فاسفولایپز A او Pore forming peptidase تر ازادیدو پورې اړه ولری .

کلنیکي سندرومونه :

د امیبیازس په ناروغانو کې کلنیکي اعراض او علایم په دوه برخو ویشل شوی دی .

(۱) د کولمو امیبیازس (۲) د کولمو څخه بهر امیبیازس

(۱) د کولمو امیبیازس :

(a) دا میبیاژس غیر عرضی شکل : چې ددې شکل معمول اتان د امیب Cyst شکل دی چې دغه کسان د ناروغی ناقلین دی په اندمیک نواحیو کې زیات ناروغان E.dispar په حقی شکل سره په خپل ځان کې لری . ۴ : ۵۶

(b) حقیف او منځنی کولایتس : چې دې ته غیر ډایزتریکی کولایتس هم وایې دواړه جنسه په مساوی ډول اخته کوی په دې حالت کې ناروغ د ورځې څو ځلې نیمه جامدې ډکې متیازې کوی چې وینه نه لری کیدای شی چې د ګیډې درد ، باد ، ستوماتیا او دوزن ضیاع موجوده وی معمولاً تبه نه لری دښه کیدو په موده کې ممکن ناروغ قبضیت ولری .

(c) د کولون شدید التهاب : چې Dysentric colitis هم ورته وایې . د غایطه موادو دفعات زیات او اوبلن وی رګ رګ وینه ورسره یو ځای وی ناروغ ترلس الی شل ځلې

تعوط کوي چې وینه او نکروتیک انساج ورسره یو ځای وي . ناروغ ممکن لوړه درجه تبه ، کولیکي Tenesmus ، استفراق ، دټولې گیدې حساسیت د غټو کلمو دسیر په امتداد چې زیاتره دخوصلي کولون او سیکوم لپاسه متبارز وي لري. په کولون کې موضعی تقرحی ضیاع موجوده وي تقرح ممکن دی چې په ریکتم ناحیه کې موجود وي .

: Ameoboma (d

امیبوما د کولون یوه گرانو لوماتوز موضعي افت ده چې د یوې کتلې په شکل څرگندیږي کلنیکي لوحه یې درد ، بندښت او وینه ورکول دي په رادیو گرافي کې د کولون کارسینوما ، توبرکلوز یا لمفو گرانو لوما وینروم په شان خیال ورکوي. امیبوما زیاتره په سیکوم او Ascending کولون کې پیدا کیږي. ۴: ۵۸

۲- د کولمو څخه بهر Ameobiasis :

(a) د ځگر اېسي د کولمو دامیبیازس ۳-۹% پیښو کې منځ ته راځي یو زیات شمیر هغه ناروغان چې د ځگر اېسي لري د کولمو دامیبیازس اعراض نه لري په اغلب گمان دیوې خفي دورې دتیریدو څخه وروسته د کولمو داسهال او یا نورو تشوشتو په تعقیب منځ ته راځي د ځگرد اېسي په ۲۰% ناروغانو کې E.histolytica د غایطه موادو په معایناتو کې موندل کیږي ښې لوب نظر چې ته زیات په افت اخته کیږي په وینه کې E.histolytica پرازیت خپریدل په ځگر کې دوړو اېسي گانو د منځ ته راتلو سبب کیږي چې کوچنی اېسي گانې سره یو ځای کیږي او یوه لویه اېسي منځ ته راوړي چې مختلفې کلنیکي لوحې موجودې وي لیکن په خاصه توگه لوړه درجه تبه د سینې په ښې طرف ښکته برخه کې یا ښي طرف Hypochondar د ځگر له پاسه Tenderness منځنی درجه لوکوسایتوزس موجود وي لرزه او خولې ممکن موجودې وي نور علایم په ښې طرف اوږه

کې درد او وچ توخي موجود وي په ډيرو پيښو کې پورته خوا ته انتشار کوي حجاب حاجز اخته او پورته خوا ته يې تيله کوي چې د بڼې سږي په سفلي لوب باندې فشار راوړي ابسي کيداې شي چې سږو او پريتوان ته خيري شي .

د ځگر ابسي بايد د باکټريايي ابسي گانو ، حاد کولي سيستايټس ، کولانجايټس ، منتن هيداتيد کست ، حاد Hepatitis ، ملاريا ، د حجاب حاجز لاندې ابسي گانو او د ځگر کارسينوما څخه يې توپيري تشخيص وشي .

د امیبیازس اختلاطات: د کولمو سوري کيدل، د هضمي جهاز نرف، تنگوالی، فيستول جوړول، يوه غروه په بله کې ننوتل (intussuseption)، د امیبیازس تالی بکټريايي اتان لکه د ځيگر امیبي ابسي (غير معمول)، پريتونايتس، پريکارد ايتس، امپيميا، دماغي ابسي. د سږو او فلورا امیبیازس د ځگر د ابسي د پرمختگ سره د حجاب حاجز له لاري سږو او پلوراته د انتشار په نتيجه کې منع ته راځي .

امیبیک پريکارد ايتس د ځگر د ابسي يو غير معمول اختلاط دی چې د ځگر د چپ لوب ابسي د خپريدو څخه حجاب حاجز او له هغه ځايه پريکارد يوم ته انتشار کوي. د دماغ امیبي ابسي نادره ده اما يوه وژونکې پيښه ده چې د ځگر او سږو د اخته کيدو په دوام منع ته راځي معمول اعراض يې سر دردی ، تبه او اختلاجات دی .

تشخيص او لابراتواري آزمويڼې :

د کولمو د امیبیازس يقيني تشخيص په غايطه موادو کې د E.histolytic دموندلو په واسطه تر سره کيږي د E.histolytica پرازيت بايد له E. dispar او نور غير مرضي ورته پروتوزوا څخه توپير شي . E.histolytica کستونه د يو څه وخت لپاره په غايطه موادو کې ژوندې پاتې کيږي مگر تروفوزويتونه نا پايداره دی مگر د تعوط څخه ديرش دقيقې

وروسته په غایطه موادو کې له منځه ځي. که څه هم کستونه په متناوب توګه په غایطه موادو کې تیرېږي پس باید د غایطه موادو درې نمونې د شپږو ورځو په موده کې یوه ورځ تر منځ واخیستل شي او معاینه شي په یوه نمونه او یادري نمونو کې د معایناتو منفی کیدل د انتان موجودیت په پوره توګه نه شي رد کولای.

نورې اختصاصي طریقې د E.histolytica او E. dispar د توپیر لپاره اجرا کیدلای شي چې د هغې شتوالی څرګند کړي.

دامیب انتیجن تست (ElisA Test) چې په تازه غایطه موادو کې اجرا کیږي دوه پړاوه لري په لومړۍ کې د ازموینې مثبت والي اود E.histolytica او E.dispar رابښي او په دوهمه مرحله کې د E.histolytica دقیق شتوالی ټاکي.

انتې بیوتیکونه ، انتې اسید ، د پرازیت ضد درمل او تیل ډوله مسهل مستحضرات Kaolinea محصولات باریوم په غایطه موادو کې پرازیت له منځه وړي او یا دپیژندګلوي په هکله ئې مداخله کوي.

د حاد باکټریایي ډیزانتري په خلاف سپین کرویات معمولاً په غایطه موادو کې لیدل کیږي په امبیک ډایزنټري کې ډیره کمه اندازه لوکو سایت په غایطه موادو کې لیدل کیږي که دامیبیازس تشخیص د شکمنو ناروغانو په وړاندې د معایناتو له مخې د غایطه موادو او (Elisa) صورت ونه نیسي په وصفې توګه کولونو سکوپي او Proctoscopy دقرخوي افاتو ځایونه ښي چې کولای شو د هغې څخه بایوپسي واخلو.

مختلفې طریقې او مختلفې ازموینې د Ameobiasis د تشخیص لپاره وجود لري چې مثبت نتیجه یې د امیبیازس په عواملو او منفې نتیجه یې د ځګر امبیک ابسي او امبیک کولائیس ردوي. همدارنګه د برید کوونکي امیبیک انتان څخه کالونه وروسته

غیر مستقیم Hemagglutination د امیب ضد اتی باډي کیدای شی چې لوړه پاتی کیدای شی. ۴۵۲:۱۱

که په یو ناروغ کې د R.U.Q درد ، تبه او د ځگر حساسیت موجود وی باید د ځگر امبیک اېسې ته فکر وکړو. L.F.T (Liver Function test) اغلباً نورمال وی له الکالین فوسفټاز څخه په غیر چې سویه یې لوړه وی.

په M R I او C T Scan او سونوگرافي کې د ځیگر وظیفوي ازموینې د Filing defect موندل یا داتې باډي د ازموینو مثبت والې او سونوگرافي د قیق تشخیص وضع کوي . په حاده لوحه کې په اتو ورځو کې سیرالوژیک ازموینې منفی وی او که دغه معاینات متکررا ۵-۷ ورځو وروسته صورت ونیسی مثبت وی. ۴۵۲:۱۱

درملنه:

Nitromedazol ، Metronidazol او tinidazol او دهغې اړوند مستحضرات Ameobicial درمل دی چې د کولمو او کبد په امیبیازس اغیزې لری .

Iodoquinol ، paromomycin او Diloxonide furoate هغه ګروپ دواګانې دی چې د کولمو په لومن کې ډیر کم جذبېږی او نیع په نیعه د کولمو په لومن کې د کستونو دله منځه وړلو لپاره پکار وړل کېږی.

د امبیک ډیزاترې ، منځني درجه غیر ډیزاتریک امیبیازس او د مصاب شوې ځگر او نورو اعضاو لپاره د نسجي Amoebicidal څخه ګټه اخیستل کېږي د ناروغی د عود دمخنیوې لپاره د Luminal drug درمل د یو کورس په واسطه تعقیبېږي په (۲-۷) جدول کې د درملنې نمونه ښودل شوې ده Metro nidazol د تابلیت په شکل ۲۵۰ ملی

گرامه او هم ئې داخل وړیدې مستحضرات وجود لري Tinidazol د تابلیتونو په شکل ۵۰۰ ملی گرامه شته دی. ۴۵۲:۱۱

هر کله چې پورته درمل د شدید او منځنی درجه Ameobiasis د درملنې لپاره په کار وړل کیږي باید په دوام یې یو کورس Luminal دوا د کولمو څخه د کستونو د پاکولو په منظور ورکړل شي.

د هغو ناروغانو لپاره چې موضعی اېسې گانې لري او یا د کولمو سوري کیدل، پريتونايتيس او یا شدید Colitis لري چې د طبی درملنې سره نتیجه نه ورکوي جراحی عملیه توصیه کیږي د U. Coliltis او Amoebic colitis ترمنځ تفریقي تشخیص مخکې له دې څخه چې کورتيکو سټروئید تطبیق شي ډیر ضرور دی ځکه چې کورتيکو سټروئید امیبیک کولایتس ته وخامت ورکوي او نوره هم انتاني ستونزه زیاتېږي.

غیر ډیزاتریک حقیف امیبیازس هم د امیبیازس د منځنی شکل په کچه تداوي کیږي یعنې میترونیدازول او دهغې په دوام ضعیفه د معایې جذب ضعیفه درمل توصیه کیږي لمړې له Luminal درمل څخه ګټه اخیستل کیږي او که چیرې اغیزمن واقع نه شي بیا نورې او قوي ترکیب دواگانې په کار وړل کیږي.

هغه کسان چې په خپلو ډکو متیازو کې کستونه خارجوی قوي لېږدیدونکی دي که د زیاتې مودې لپاره په ډکومتیازو کې کست موجود وي په پایله کې د کولمو فعال امیبیازس او یا دځگر اېسې منځ ته راوړي. د وصفی اعراضو او علایمو موجودیت او یا دځگر په سونو گرافي او Scaning کې د Filling defect شته والې او دسیرولوژیک تستونو مثبت والی په صورت کې درملنه توصیه کیږي. حاد امیبیک ډیزاتری ته ورته دوا nitromidazol چې په تعقیب یې Luminal دوا ورکول کیږي توصیه کیږي که

کلنیکې بڼه والی د درې ورځو په موده کې منع ته رانشي Aspiration صورت نیسي. ۱۱:

۴۵۲

په ځانګړې حالاتو کې چې درمل نتیجه ورنه کړی په عمومي توګه د پوستکي لاندې Aspiration اجرا کېږي د جراحي خلاص دریناژ په خاصو حالاتو کې صورت نیسي د ځګر پرله پسې Scan ازموینې بڼې چې د ځګر اېسې په تدریجي توګه د ۴-۲ میاشتو په موده کې د درملنې څخه وروسته بڼه کېږي او کله هم اوږده موده په برکې نیسي د امیبیازس د درملنې څخه وروسته د څارنې او دوهم ځل معاینې لپاره باید د ډکو متیازو او Elisa test څلور اونۍ وروسته تر سره شي.

۲-۷ جدول: د امیبیازس دوايي درملنه ۱۱: ۴۵۲

دوا	د کاهل دوز	د ماشوم دوز
غیر عرضي دکستو وټنه		
Paromomy cinc	۵۰۰ mg د خولي دلاري درې ځله	۳۰۰ mg\k.w په درې دوزه دخولي دلاري دیوې اونۍ لپاره
Iodoquinol	۶۵۰ mg د خولي له لاري درې ځله د ورځې د شل ورځو لپاره	۴۰-۳۰ mg\k.w اعظمي دوه ګرامه په درې دوزو د شل ورځو لپاره
Diluxanid Furoutc	د خولي دلاري درې ځله دورځې د لس ورځو لپاره	۲۰ mg\k.w د خولي دلاري په درې دوزو د لسو ورځو لپاره

د کولمو د حقیف او منځني شکل ناروغی		
میترونیدازول یا Tinidazol چې په تعقیب یې Luminal دوا د غیر عرضي کستولپاره دپورته په شان ورکول کیږي		
دوا	د کاهل دوز	د ماشوم دوز
Metronidazol	۵۰۰ mg د خولي دلاري درې ځله دورځې د لسو ورځو لپاره	۳۵ mg\k.w په درې کسري دوزو دخولي دلاري دلسو ورځولپاره
Tinidazol	دوه ګرامه یو ځلي دورځې د درې ورځو لپاره	۵۰ mg\k.w په ورځ کې اعظمي دوه ګرامه په یو دوز دخولي دلاري د درې ورځو لپاره

امیبیک ډیزانتر ې د ځگر امیبیک اېسي او نور معایې انتانات		
میترونیدازول یا Tinidazol چې په تعقیب یې Luminal دوا د غیر عرضي کستولپاره ډپورته په شان ورکول کیږي		
دوا	د کاهل دوز	د ماشوم دوز
Metronidazol	۷۵۰mg د خولي دلاري درې ځله دورځي د لسو ورځو لپاره	۴۵mg\k.w په درې کسري دوزو د خولي دلاري دلسو ورځولپاره ورکول کیږي
Tinidazol	دوه گرامه یو ځلي د خولي دلاري د پنځو ورځو لپاره	۵۰mg\k.w>۳y په ورځ کې اعظمي دوه گرامه په یو دوز د خولي دلاري د پنځو ورځو لپاره

مخنیوي :

د امیبیازس د ناروغیو وقایه د کولمو نورو پتوجن انتاناتو ته ورته ده د ناروغۍ په وقایه کې صحې تعلیم د انتقال لارې د اتان دمخنیوی طریقي شاملې دی هغه کسان چې په امیبیازس اخته دي او یا هم په امیبیازس اخته کسان چې په موسساتو، د ماشومانو دساتنې په مراکزو او د خوړو په ویشلو کې دنده لري باید وپیژندل شي او درملنه ئې وشي ددې لپاره چې خواړه د مچانو په واسطه ککړ نه شي باید جالی استعمال شي او د خزندو د منځه وړلو لپاره له درملو څخه کار واخیستل شي د غذا د خوړلو څخه مخکې باید لاسونه پاک پریمنځل شي او هغه کسان چې خواړه ویشي باید Seps او Antisepsi شرایط په پام کې ونیسي په اندمیک نواحيو کې له اومو سبزیجاتو او هغه خوړو څخه چې وخت پرې تیر شوی وی یخې وی او یا د ککړو اوبو په واسطه مینځل شوی وی ګټه وانه خیستل شي د خټناک اوبه د غایطه موادو سره ککړې شوې نه وی د ککړتیا څخه ئې

مخنیوی وشى او هم د فلتر او کلورین د استعمال څخه په کې کار واخیستل شى د اوبو د جوشولو سره د امیب کستونه له منځه ځی د ایودین پاک کوونکى تابلیتونه او فلتر کیدل نظر د کلورین تابلیتونو ته اغیزمن دی هغه لیږدونکى چې په غایطه موادو کې Cyst لری باید درملنه ئې ترسره شى ترڅو نورو ته ئې د لیږد مخه ونیول شي. ۴۵۷:۱۱

لنډیز:

د هضمي جهاز اتناني ناروغی لکه شگیلوزس، انتریک تبه، د خوړو باکتریائي تسمم، کولرا، ویروسي هیپاتاتیس، امیبیازس د تعریف، لاملو، اپیدمیالوژي، پتوجنیزس، پتالوژي، کلینیکي لوحه، اختلاطات، تشخیص، درملنه او وقایه چې په مفصله توگه تشریح شوې ده د ناروغیو په هکله پورتنی مواد په نړي واله کچه د معتبرو سرچینو تازه او نوو text book څخه راټول شوي دي چې لوستونکي ورڅخه کولای شي چې د ناروغانو په درملنه کې په ستاندرډ توگه کار واخلي او ناروغان د لوي خدای (ج) په فضل وژغوري.

پوښتنې:

۱) HUS د شگیلا د کوم ډول په واسطه منع ته راځي

الف: شگیلا ډیزرتري تایپ ب: Sh. Flexeneri ج: Sh. Boydii د: Sh. Sonnei

۲) د شگیلوزس تفریقي تشخیص د لاندې کومو ناروغیو سره کیږي په نښه ئې کړی

الف: کرونی ناروغي ب: امیبازس ج: مل اېسورېشن سندروم د: ټول غلط دي

۳) د شگیلا د کلچر لپاره کوم زرعيه وسطونه په کار وړل کیږي

الف: Macconkey ب: hekoen ج: اګراګر د: ټول غلط دي

۴) د شگیلا په وړاندې اغیزمن دواګانې کومې دي

الف: سیپروفلوکساسین ب: اوفلوکساسین ج: کلورامفینیکول د: ټول غلط دي

۵) انټریک تبه د کومو ناروغیو سره تفریق کیږي

الف: ملاریا ب: نمونیا ج: شگیلوزس د: ټول غلط دي

۶) په تیفوئېد کې د وینې کلچر څه وخت مثبت وي

الف: ۷-۱۰ ورځو ب: دوه اونۍ وروسته ج: درې اونۍ وروسته د: ټول غلط دي

۷) په تیفوئېد کې په تام ډول حساسه دواګانې کومې دي

الف: کلورامفینیکول ب: سیفټرایګزون ج: اوفلوکساسین او سیپروکسین د: ټول

غلط دي

۸) د خوړو د تسمم معمول لاملونه په نښه کړی

الف: S.aureus ب: B. cereus ج: سټرپټوکوک د: ټول غلط دي

۹) B.cereus استفراقي شکل تسمم لامل په نښه کړی

الف: سټیفلوکوک او انیټروټوکسین ب: E.coli ج: سلمونیا د: ټول غلط دي

۱۰) د کولرا آومه اپیدیمي د کوم یو بایو تایپ په واسطه منع ته راغله به نښه

ئې کړی

الف: التور ب: کلاسیک ډول ج: Inuba د: Gawa

۱۱) د کولرا اختلاطات کوم دي په نښه ئې کړی

الف: د پښتورگو عدم کفایه ب: د سپرو اذیما ج: د زړه عدم کفایه د: ټول غلط دي

(۱۲) په HVC کې کوم ډول جینو ټایپ خراب انزار لري

الف: I ب: II ج: III د: ټول غلط دي
(۱۳) د HBV سره زیات مخامخ کسان کوم دي

الف: مړي خښوونکي ب: لوطیان ج: جراخان او د غابڼو ډاکتران د: ټول غلط دي
ذ: لمړني دري صحیح دي
(۱۴) د HDV د کومې لارې څخه انتقالیږي

الف: د خولې له لارې ب: د پوستکي له لارې ج: ترانسفیوژن د: ټول غلط دي
(۱۵) د مقاوم HCV خارج کېدې کلینکي څرگندونې په نښه کړی

الف: گلومیرولونفراتیس ب: Lechen planus ج: کارډایتس د: ټول غلط دي
(۱۶) د ځگر امیبیک ابسې د کومو ناروغیو سره تفریق کیږي

الف: حاد کولي سیستاتیس ب: کولانجایتس ج: حاد هیپاتاتیس د: ټول غلط دي
ذ: لمړني دري صحیح دي
(۱۷) امیبوما زیاتره په لاندې نواحیو کې وي

الف: سیکوم اوصاعده کولون ب: جیجینوم ج: اثنا عشر د: ټول غلط دي
(۱۸) د دماغ امیبیک ابسې معمول اعراض په نښه کړی

الف: سردردی ب: تبه ج: اختلاجات د: ټول صحیح دي ذ: ټول غلط دي

دریم خپرکی د تنفسي سیستم اتتاني ناروغی

مفردات

انفلوترا:

- لامل، معافیت، اپیدمیالوژي
- پتوجنیزس، پتالوژي، اختلاطات
- لابراتواري موندنې، تشخیص، تفریقي تشخیص
- درملنه او مخنیوي

دیفتري:

- تعریف، لامل، معافیت، اپیدمیالوژي
- پتوجنیزس، پتالوژي، کلینکي لوحه، لابراتواري موندنې
- اختلاطات، تشخیص، تفریقي تشخیص، درملنه

اتتاني مونو نوکلیوزس:

- تعریف، اپیدمیالوژي، لابراتواري معاینات
- اختلاطات، تشخیص، تفریقي تشخیص، درملنه

مننگو کاکل ناروغي:

- تعریف، لامل، اپیدمیالوجي، پتوجنیزس
- ډلبندي، کلینکي لوحه، مننگو کوکسیمیا، منجایتس
- تشخیص، درملنه

په دریم خپرکې کې د تنفسي سیستم اتتاني ناروغي ځاي په ځاي شوي دي لکه انفلونزا،
 ديفتري، اتتاني مونونوکلېوزس او مننګوکاکل ناروغي دي که څه هم د تنفسي سیستم
 اتتاني ناروغي زیاتې دي خو پورتنی ناروغی ځمونږ په چاپیریال او ټولنه کې زیاتي لیدل
 کیږي لکه د انفلونزا ناروغی چې زیاته ساري ناروغي ده په اپیدیمیک شکل او کله کله
 پانډیمیک بڼه هم ځانته نیسي. په همدې توګه ديفتري چې د وځیمو تنفسي بندیدو او
 مړینې لامل کیږي او مننګوکاکل ناروغی هم چې د مننجایټس لامل کیږي که معالج
 ډاکټران د نوموړو ناروغيو په پوره تشخیص او درملنه کې لاس رسی ونه لري نو ناروغان
 د مړینې تر کچه رسیږي.

د تنفسې لارې اتناني ناروغی

انفلونزا

انفلونزا یوه ویروسي ناروغی ده چې د ناخاپې تبې، لرزې، عضلي درد او تنفسی اعراضو لکه ټوخی، د ستونی درد او Rhinitis لامل ګرځي.

د ناروغۍ لامل:

د ناروغی لامل ویروس دی درې ډوله یې پیژندل شوی دی چې عبارت دی له:

۱- Type A ۲- Type B ۳- Type C

چې له دې جملې څخه یو اځې A او B ډولونه یې په انسانانو کې ناروغی رامنځ ته کوي او د C ډول یې کله کله په ماشومانو کې په سپورادیک ډول خپریدنه رامنځ ته کوي.

د انفلونزا وایروس یو RNA ویراوس دې کوم چې د Orthomyxo viridae په کورنۍ پورې اړه لري. د انفلونزا د A ډول یو څو Strains پیژندل شوی دی لکه $H\backslash N\backslash$ ، $H\backslash N\backslash$ ، $H\backslash N\backslash$.

د انفلونزا دواړه ډولونه یعنې A ، B یې ډیر ژر خپل اتني جنیتک خواصو ته تغیر ورکوي چې دا تغیر د انفلونزا سپورادیک پیښې په اپیدمیک او Pandemic پیښو بدلوي. د جوړښت له نظره A ، B ، C ویروسونه د اتني جن په بنیاد نو کلیو پروتین (NP) او پروتین (M)matrix سره په نښه شوی دی برسیره پر دې د انفلونزا A ویروس د (H) Hem agglutinin او نیو کلیو پروتین (NP) په فرعي ګروپونو ډلبندي شوي دي.

د B او C ټایپ ویروسونو جوړښت سره ورته دې لکن فرعي اتني جینونه یې لکه د A په شان وصفی نه دي. د H اتني جن په مقابل کې اتني باډې ګانې د انفلونزا وایروس په

وړاندې په معافیت کې عمده رول لری په داسې حال کې چې د N اتنې جن په مقابل کې د انفلونزا د وایروس خپریدنه مخدوده وی دا هم امکان لری چې انسان د Non human influenza دځینې Strains په واسطه منتن شي لکه د خوگ او مرغانو نسل. ۳۳:۱۱،

۳۴

اپیدمیالوجي :

نوموړې ناروغی هرکال په نړۍ واله کچه د اپیدیمي پېښې رامنځ ته کوي د نوموړې ناروغی دمخنیوی لپاره اغیزمن واکسینونه شته او تر څنګ یې د ویروس ضد دواګانې د مخنیوی او کنترول په موخه استعمالیږي. د انفلونزا اتانات هرکال په نړۍ واله کچه د ۳-۵ میلیونه د پام وړ پېښې او ناروغي رامنځ ته کوي او همدا ډول ۲,۵۰۰۰۰ نه تر ۵۰۰۰۰۰ پورې مړینه ورکوي او ۲,۲۶۰۰۰ پېښې یې په روغتون کې بستر کیږي نوموړې ناروغی پاندمیک پېښې هم لري او د انفلونزا پاندمی داسې تعریفوو چې ناروغی په نړیواله کچه خپره شي او د یو کس څخه بل کس ته په چټکۍ ولیږدېږي او دغه کسان د انفلونزا د نوی A-sub type په وړاندې ډیر کم او یا هیڅ معافیت ونه لری.

د ۱۹۱۹ - ۱۹۴۵ کالو په موده کې چې د انفلونزا پاندمیک پېښې رامنځ ته شوې وه چې له کبله یې د ۲۱ میلیونه انسانانو مړینه رامنځ ته کړې وه. هدارنگه د ۲۰۰۹-۲۰۱۰ کلونو په موده کې د H۱N۱/۰۹ ډول په واسطه یوه پاندمی رامنځ ته شوه چې له کبله یې ۱۴۵۰۰ کسانو ته مړینه واړوله. په سروسیمو کې خصوصاً د ژمی په موسم کې د ناروغی پېښې زیاتې وي خو په حاره سیمو کې نوموړي وایروس د کال په اوږدو کې موجود وي چې یو یا دوه ځله یې پېښې زیاتېږي خصوصاً چې موسم باراني وي د نوموړې وایروس پاندمیک پېښې ځنې وخت په موسم پورې اړه نه لري لکه د ۲۰۰۹

کال په شروع کې یوه پانډیمې ولیدل شوه چې په تعقیب یې د همدغه کال د اکتوبر په

میاشت کې یوه بله پانډیمې هم ولیدله شوه . ۱۱:۳۳، ۳۴

پتو جنیزس او معافیت :

په حاد شکل د انفلونزا وایروس لېږدیدنه د اخته کس د منتن افرازاتو په واسطه صورت

نیسي چې په لومړنۍ پړاو کې د وایروس په واسطه تنفسی اپتیلیل منتن کیږي که څه هم د

وایرسونو لېږد کیدای شي د لاسو د ککړوالي او حتی د اخته کس د کانگو څخه ولېږدېږي

خو زیاتره لېږد یې د aerosol په واسطه چې د تېوڅی او عطسې په واسطه منځ ته راځي

چې انتان زیاتره د aerosol د کوچنیو ذراتو په واسطه زیات لېږدېږي ویروسی انتان په

لومړي کې استوانوي احدا ب لرونکی حجات تر برید لاندې نیسي اما د تنفسي لارې نور

حجات لکه د انساجو حجات ، مخاطي غدوات او مکروفارونه هم اخته کولای شي په

منتن شوی حجاتو کې ویروسونه د ۴-۶ ساعتونو په موده کې ډیر نښت کوي چې په

تعقیب یې د څنګ حجات هم منتن کیږي چې په دې توګه انتان له څو محدودو

محراقونو څخه د څو ساعتو په موده کې زیاتو تنفسي حجاتو ته خپریږي د ناروغی د

تفریح دوره د ۱۸-۷۲ ساعته اټکل شوې ده د هستو پتالوژي له نظره په احدا ب لرونکی

منتن حجاتو کې استحالیو تغیرات لکه ګرانو لیشن ، واکيولایزیشن ، پرسوب او

pyknotic هستې شته وی . ځنې حجات په نکروزس اخته کیږي او تفلسی کیږي په ځنې

ځایو کې استوانوي شکل حجات په سطح او Meta plastic حجاتو بدلیږي .

کلنیکي لوحه :

نوموړې وایروس زیاتره د منتن څاڅکو په واسطه د یوکس څخه بل کس ته لېږدېږي او هم

دغه ډول د منتن Fomite په واسطه هم لېږدېږي کله چې یو کس په ناروغی اخته شي نو د

اعراضو د شروع نه ۲۴ ساعته مخکې د وایروس دخپريدو چانس شروع کيږي او د ۵-۱۰ ورځو پورې دوام کوي او داخپريدنه د تبې د درجې سره نيعې اړيکي لري چې دا موده په ماشومانو او معافيت خپلو کسانو کې اوږدېږي د ناروغی د تفريح دوره د ۱-۴ ورځې ده چې منځنۍ دوره يې دوه ورځې ده . ناڅاپي تبه ، لرزه ، عضلي درد ، ځان درد ، سردرد او د تنفسي سيستم د پورتنې برخې د اتان اعراض لکه ، ټوخی ، ستوني درد او دپوزې څخه د اوبو راتلل ورسره يو ځای وي . که ماشوم په ناروغی اخته وي نو شايد يواځې تبه ولري او يا به پورتنې تنفسي لارې اعراض ولري مگر د نوې زيږيدلي ماشوم د اخته کيدو په صورت کې به د انفلونزا ناروغی مختلفه کلنيکي بڼه ولري لکه د غير وصفی تنفسي اعراضو او يا حتی د Sepsis په شان لوحه به وي هغه کسان چې واکسين شوي وي او يا د انفلونزا په وړاندې معافيت ولري نو ناروغی به حفيف سير ولري . ۱۱:۳۴

اختلاطات :

که څه هم يوه پخپله رغيدونکي يا (Self limiting) ناروغی ده خو بيا هم اختلاطات يې نادر دي او عبارت دي له :

۱. باکټريائي اتان چې معمول اختلاط دی.

۲. Otitis medin

۳. Croup

۴. Bronchiolitis

۵. نمونيا

نور اختلاطات يې عبارت دي له Myo Carditis انسفاليتس ، Fibrile Seizures او

Myositis څخه دی.

د Myositis په صورت کې ناروغ د قدم وهلو څخه ډډه کوی او د ساق برخې د درد څخه حکایه کوی چې دا حالت زیاتره په خپله جوړپړې خو په نادر شکل د Rhabdo myolysis په طرف ځې چې د پښتورگو عدم کفایه ورکوی. کله کله ناروغ د Post influenza.C.N.S بقایاو څخه شاکی وي چې د وایروس په وړاندې د غبرگون له کبله منع ته راځي او عبارت دی له انسفالوپاتی، د انفلونزا څخه وروسته انسفالیتیس، Gullian barre.synd او Transvers myelitis څخه.

معمول ثانوی بکتریاوې کوم چې د انفلونزا د ناروغې په وړاندې د Super impose اختلاط په توګه رامنځ ته کېږي عبارت دی له ستفلو کوکو او وایروس، سترپتوکوک نمونیا او هیموفیلوس انفلونزا څخه دي چې ددې جملې څخه ستفلو کاکس او وایروس یې د شدیدې پرمخ تللې نمونیا لامل ګرځي او تر څنګ یې د Toxic Shock او Tracheitis سندروم لامل هم ګرځي او د اهم امکان لری چې Reyes Syndrome (حاد هیپاتیک انسفالوپاتي) او مړینه منع ته راشي. ۳۵:۱۱

لابراتوري موندنې:

د ناروغې د اپیدیمي په پېښو کې تشخیص د کلنیک له مخې ایښودل کېږي خو په نورو حالاتو کې ستونزمن دی ځکه چې د پورتنۍ تنفسی لارې انتان کلنیکي لوحه انفلونزاته ورته ده.

ښه او اغیزمن تشخیصیه پلټنې د نازو فرانکس څخه دافرازاتو اخیستل او کلچر کول دي یو شمیر چټک ازموینې چې ژر تشخیصیه لامل په ګوته کوی شته دي چې عبارت دي له Ag د موندنې آزموینه او PCR څخه. په تعقیب ددغه ازموینو مثبت والي هغه وخت زیات دي چې په ټولنه کې دناروغۍ شیوع زیاته وي خو که شیوع د ۱۰% څخه کمه وي نو

د نوموړو تستونو ارزښت کم دي او بله نیمګړتیا یې داده چې که دانفلونزا وایروس کې کوم An tigenic تغیر راځي نو د بدلون معلومات نه شی وړاندې کولای لکه د پاندمیک په پېښه کې .

* په چټکه توګه د کلچر اجرا کول مشتمل دي په Shell Vial تخنیک کوم چې یو شمیر کوچنی حجرې د حال وهنې په شان تلوین شوي وي د انفلونزا انتیجن د ښودلو لپاره په لنډه موده کې په کار وړل کېږي .

تفریقي تشخیص :

د انفلونزا حانګرې پېښه به د کلنیکي لوحې له مخې ستونزمنه وي چې تشخیص شی خو باید دلاندې ناروغیو سره تفریقي تشخیص شی :

۱- د حاد تنفسي ناروغیو (چې د مختلفو تنفسي وایروسو او یا د مایکوپلازما نمونیا له کبله منځ ته راځي) .

۲- Strep to coccal pharyngitis

۳- د باکتریايي نمونیا مقدمه مرحله

درملنه :

د انفلونزا دناروغې درملنه زیاتره محافظوی ده یعنې ناروغانو ته باید مایعات ورکړل شي د تبې او درد دله منځه وړلو لپاره د تبې ضد دوا لکه اسیت امینوفین او Ibuprofen ورکول کېږي . خو ماشومانو ته اسپرین ورکول مضاد استطباب دی ځکه د Reyes سندروم لامل ګرځي .

د انفلونزا دناروغی لپاره کله کله ضرورت پیدا کېږي چې د وایروس ضد درمل شروع شي لکه I- Adamantanes او II- neurominidase inhibitor .

که دا دواگانې د ناروغی د شروع په ۲۴ ساعتو کې استعمال شی د اعراضو د کمیدو لامل گرځی او morbidity هم کموی. هغه ناروغان چې معافیتي تشوش ونه لری او دناروغی د حقیف ډول څخه شاکی وی نو د وایروس ضد درمل ورته نه توصیه کیږی. مگر هغو کسانو ته چې معافیتي تشوش ولری او یا دا اختلاطاتو خطرته کاندید وی نو باید نوموړې درمل شروع شی.

Adamantanes : په دې کلاس کې دوه ډوله درمل شامل دي .

۱ - Amantadine - ۲ - Rimantadine .

دغه دواگانې یواځې د انفلونزا په A ډول باندې اغیزه کوی ځکه چې د M۲ پروتین سره نښلی کوم چې د نوموړې وایروس په سطحه موجود وی دا دواگانې دناروغی په لومړی ۴۸ ساعتو کې استعمال شی لاندې گټې لری:

۱ - د تبې موده کموي ۲ - نور سیستمیک اعراض کموي ۳ = د وایروس دخپريدو موده ۲-۱ ورځو ته رانښکته کیږی د نوموړو درملو ضد اغیزې عبارت دی له د اشتها کموالی ، زړه بدوالی ، بې خوبی ، تهیجی حالت او په CNS کې یې اړخیزې اغیزې د لمسون او Seizure څخه عبارت دی.

۲ - Neuro amini dase نهې کوونکې :

دا گروپ دواگانې په انفلونزا A او B ډولو اغیزې لری ځکه چې د NA احمې بلاک کوي او نه پریږدی چې وایروس د کوربه د حجروي عشا سره ونښلی. په دغه کلاس کې دوه درمل شامل دي .

(a) Oseltamivir چې د خولې دلارې استعمالیږي .

(b) Zanamivir چې په انشاقی شکل تطبیق کیږي .

ددغه دواگانو استعمال د ناروغې دشیوع په ۲۴-۴۸ ساعتو په موده کې لاندې ګټې لری
یو داچې د تبې موده کموی او هم سیستمیک اعراض کموی مګر دوايروس د خپريدو په
موده کې کومه اغیزه نه لری.

Oseltamivir جانبې عواض عبارت دی له زړه بد والی او ګرځون او همدا ډول ځان
ژوبلونکی د Self damage احساس او هزیانانو راپور هم ورکړل شوی دی .

Zanamavir د استعمال له کبله په ناروغانو کې د قصباتو د سپزم پېښې هم لیدل
شوي دي نو ځکه دا درمل باید هغو کسانو ته چې په قصبی استما او دسږو په عدم کفایه
اخته شوي وي په احتیاط او کنترول ورکړل شي. ۳۲:۱۱

مخنيوي : Immuno prophylaxis :

د انفلونزا د A او B دولونو لپاره دوه ډوله واکسين موجود دي .

۱- TIV (Trivalent influenza vaccine) چې يو غير فعال واکسين دی د عضلې
دلارې تطبيق کېږی.

۲- LAIV (Live attenuated influenza virus) چې دپوزې دلارې استعمالیږی.
پورتنی واکسينونه هغه ماشومانو ته چې عمر يې ۸ کاله او يا ددې څخه کم وی دوه دوزو
ته ضرورت لري چې هر څلور اونۍ وروسته تطبيق کېږی.

پورتنې واکسينوسره نور هغه واکسينونه چې ژوندي او يا غير فعال وي بايد په يو خت
تطبيق شي پورتنی واکسينونه د چرګانو په هګۍ کې تياریږی او هغه کسان چې د
چرګانو د هګۍ د پروتين سره حساسيت لری بايد نوموړی واکسينونه ورته تطبيق نه شي.

TIV واکسين هغه ماشومانو ته چې عمر يې له شپږو مياشتو او يا ددې څخه زيات وی
تطبيق کېږی.

L A I V واکسین باید هغو کسانو ته چې عمر یې د ۲-۴۹ کلوتر منع وی تطبیق شی. او لاندې کسانو ته باید تطبیق نه شی.

۱- استما ۲- معافیتی تشوش ۳- امیندواری ۴- هغه کسان چې سلیسلات اخلی. نوموړې واکسین هغه کسانو ته په احتیاط تطبیق شی څوک چې په Gullian barre سندروم اخته وی. د نوموړې واکسین اغیزمنتوب ۹۰% دی که چیرې په ټولنه کې د انفلونزا پوره واکسین موجود وی نو ټول هغه کسان چې عمر یې شپږ میاشتې او یا زیات وې هر کال باید ورته تطبیق شی.

کیمو پروفلاکس Chemo prophylaxis : ۱۱:۳۷

که چیرې د هر کال واکسین کول امکان ونه لری او یا داچې مضاد استطباب موجود وی نو په دې صورت کې د وایروس ضد دواگانو څخه د دوهم خط په توګه د کنترول او مخنیوی لپاره ګټه اخلو چې د استعمال له امله یې د ۲۰-۴۰% پیښې راکمې کړی دی خو دغه طریقه نظر واکسین ته یو څه زیان مننه ده ځکه چې د یوې خوا د درمل جانبی عوارض زیات او له بله طرفه د استعمال په صورت کې د وایروس مقاومت زیاتېږی. په لاندې حالاتو کې له Chemoprophylaxis څخه کار اخلو.

۱- هغه کسان چې واکسین شوی نه وی او دناروغی داخلاطاتو د لوړ خطر سره مخامخ دی

۲- هغه کسان چې واکسین شوی نه وی او دناروغی دلوړ خطر د کسانو سره نږدې اړیکې ولری.

۳- هغه ماشومان چې واکسین شوی دی خو د لوړ خطر سره مخامخ دی.

۴- کله چې د انفلونزا د ناروغې شیوع رامنځ ته شوي وي نو د موقتي کنترول لپاره له درمل څخه گټه اخلو .

د انفلونزا لپاره د معافیت د عملی کولو او تطبیق مخصوص ټیم :

(a) د ماشومانو لپاره سپارښتنې :

هغه ماشومان چې عمر یې د ۲-۱۸ میاشتو پورې وی هر کال باید واکسین شي . یعنې ماشومان او کاهلان چې د انفلونزا د اختلاطاتو د لوړ خطر سره مخامخ وی باید ضرور واکسین شي حتی که واکسین د مقدار له نظره کم وی او لاندې خلکو ته باید هم تطبیق شي .

۱- هغه ماشومان چې عمر یې د ۲ میاشتو څخه تر ۴ کالو پورې وی .

۲- هغه کسان چې مزمنې ناروغی ولری لکه تنفسي سیستم (استما) قلبي وعایې (دلور فشار نه په غیر) پښتورگې ، ځگر ، عصبی ، عصبی عضلی د وینې میتابولیک ناروغی (D.M) .

۳- هغه کسان چې په معافیتي سیستم کې تشوش ولری او یا یې معافیتي سیستم ښکته راغلی وي که د دوا د استعمال له کبله وی او یا د HIV ناروغي ولري .

۴- هغه کسان چې د اوږدې مودې لپاره اسپرین اخلی او له کبله یې د Reyes Syndrome تر خطر لاندې وی .

۵- امیدواري د انفلونزا د موسم په وخت کې .

د کاهلانو سپارښتنې :

کاهلان باید هر کال د انفلونزا واکسین وکړی .

په لاندې ډله خلکو کې د انفلونزا واکسین په غیر له مضاد استطباب څخه توصیه کیږي چې ځکه چې دغه ډله خلک به د انفلونزا د اختلاطاتو په لوړ خطر کې او یا هغه ډله خلک چې د لوړ خطر کسانو سره نږدې اړیکې لري. دا کسان په لاندې ډول په ګوته کوو:

۱- عمر (۵۰ کلن او یا دهغې څخه پورته)

۲- امیدواری د انفلونزا په موسم کې .

۳- هغه کسان چې مزمنې ناروغی لري لکه تنفسي (استما) ، د زړه او رګونو (په غیر له

لوړ فشار) ، پښتورګو ، ځګر ، عصبي عضلي ، د وینې او میتابولیک ناروغې ولري .

۴- معافیتي نشتوالی - که د درمل استعمال له کبله وی او یا د HIV ناروغی له

امله .

۵- د نرسنګ هوم استوګن

۶- د روغتيايي څارنو پرسونل .

۷- د ماشومانو د پالنې کسان چې په وړکتون کې کار کوي .

دیفتریا

Diphtheria

تعریف :

دیفتریا یوه حاده انتاني ناروغي ده چي د *Coryn bacterium* دیفتریا د *Toxigenic* Strain پواسطه منځ ته راځي او دري غټ کلینیکي ډولونه ئې پیژندل شوی دي چې دپوزې د قدامي برخې ، فرنجیل اولرنجیل ډولونو څخه دي همدارول پوستکي ، *Vu* *Lvae* منضمه اود بدن نورې برخې هم اخته کولای شي باسیل ئې موضعی تکثر کوي (معمولاً په ستوني کې) او یو قوي اگزوتوکسین تولیدوي .

لاامل :

د ناروغي لامل د ایروبیک *Coryn bacterium diphtheria* څخه عبارت دي چي یو گرام مثبت ، غیر متحرک اورگانیزم دي ، چي شکل ئې غیر منظم اود rods په شان دي نوموړې باکتریا په خپله دومره خطرناکه نده لکن یو ډیر قوي اگزوتوکسین پیدا کوي چي زیات خطرناک دي یواځینی محزن ئې انسان دی او نوموړي اورگانیزم څلور *Biotypes* لري لکه *Gravis*، *Intermedius* ، *Mitis* او *Belfanti* څخه چې داتول ډولونه ئې د ناروغۍ د منځ ته راتلو لامل کیدای شي په عمومي توگه د *Gravis* تایپ ئې نظر نورو ډولونو ته زیات خطرناک دی ټول ډولونه ئې *Non Toxigenic Strain* ندی مگر کیدای شي چې په *Toxogenic* ډول بدل شي . ۱۰: ۱۱۸۸

معافیت :

کله چې د دیفترې توکسین د فارم الډیهایډ سره معا مله شي توکسیک اغیزې ئې له منځه ځي اما د معافیت د پیدا کیدو خواص ئې ساتل کیږي (د دیفترې توکسوئېډ). چې د Toxid د تطبیق سره معافیت یا اتی توکسین پیدا کیږي چې د دیفترې Toxin خنثي کوي او په پایله کې د دیفترې د ناروغي څخه مخنیوي کیږي هغه کسان چې د هغوي په وړاندې واکسین تطبیقېږي اود اتی توکسین اندازه د هغوي په وړاندې له 0.01 unit/ml وي . د دیفترې د ناروغی حملې او مړینه په هغوي کې ډیره کمه وي اتی توکسین نه یواځې د کورینه باکتریوم دیفترې د کالوني د جوړیدو څخه مخنیوي کوي بلکې د ناقل حالت هم له منځه وړي . ۳: ۸۹، ۹۰

اپید میالوجي :

د اتان سرچینه انسان دی چې د نږدی تماس پواسطه کسانو ته لیږدیږي د تنفسی دیفترې د تفریح دوره ۲-۵ ورځې ده خو په منځنی ډول یو ترلس ورځې وي د پوستکی دیفترې یو تالي اتان دی چې اعراض او علایم ئې په منځنی کچه د پوستکی د آفت څخه اوه ورځې وروسته چې لامل ئې په غیر د دیفترې څخه وي څرگندیږي . ناروغي د کال په هر وخت کې لیدل کیږي لکن په معتدله سیمو کې په لمړنی توگه تنفسی لاره اخته کوي او زیاتې پیښې ئې په سږو سیمو کې لیدل کیږي په USA کې د واکسین د کشف څخه مخکې د مړینې غټ علت C.diphtheria وه د واکسین د کشف څخه مخکې د دیفتریا پیښې (% ۷۰) په هغه ماشومانو کې لیدل شوي دي چې عمر ئې د (۱۵) کالو څخه کم وه او همدارول د ناروغي په هغه ماشومانو کې چې عمر ئې د (۲) میاشتو څخه کم وه په کمه کچه لیدل کیږي ځکه چې پدغه ماشومانو کې مورنی اتی باډي ددې لامل کیږي

چي یو قوي معافیت رامنځ ته کړي په همدې دلیل د (۲) میاشتو څخه کم عمر ماشومانو کې دا ناروغی لږه لیدل کیږي . او دامورنی انتي باډي د پلاستیا له لارې د مور څخه ماشوم ته لیږدېږي . په کاهلانو کې ددې ناروغی پیښې کمې دي ځکه چې پدغه عمر کې معافیتي سیستم ډیر قوي دی ځینې حالاتو کې کولای شو چې د بوسترډوز پواسطه نورهم ترزیاتې مودې پورې قوي کړو .

په (۱۹۸۰) کال په USA کې د تنفسی دیفتری (۵۷) پیښې راپور ورکړل شوي وه چې ددې (۵۷) پیښو له جملې څخه (۲۰ %) ئې ځوان خلک وه ، په پخواني شوروي کې د دیفتری یوه لوي اپیديمي منځ ته راغلې وه چې د (۱۵۷۰۰۰) پیښو راپور ورکړل شوي وه چې لدې جملې څخه (۵۰۰۰۰) نفرو خپل ژوند له لاسه ورکړ چې بیا وروسته دغه لویه اپیديمي دواکسین دتطبیق په مرسته تر کنترول لاندې راغله . په نړي واله کچه اوس د دیفتری پیښې دواکسین په تطبیق سره کمې شوي دي خوبیا هم په وروسته پاتې هیوادونو کې دواکسین د پوره مقدار نه استعمال او یا نشتوالي داډول پیښې رامنځ ته کوي . ۵:۱۱

پتولوژي او پتوجنیزس :

کوریني بکتریوم دیفتری خصوصاً د تنفسی لارې مخاطی غشا اخته کوي اوپه همدې توگه د پوستکي په خلاص آفاتو کې چې د خزندو د چیچلو او یا تروما له کبله منځ ته راغلي دي برید کوي ددې ناروغی توکسین د ماوفه برخې داډیما ، Hyperemia او وروسته داپتیلل حجاتو د نکروزس لامل گرځي او یوه حاده التهابي پروسه منځ ته راوړي چې د کواگولیشن اوفبریني پیراگزودات له امله قیحي کاذبه غشاء منځ ته راوړي التهابي عکس العملونه موجودوي رگونه احتقاني وی چې التهاب تر لاندې انساجو

پورې رسيږي دغه کاذبه غشاء د زیات شمیر کوریني بکتریم دیفتریا اورگانیزمولرونکي وي اما دابکترې په نادره توګه له ویني او داخلي اعضاؤ څخه تجرید شوی ده توکسین موضعي او سیستميک اغیزې لري او وژونکې ډوزې ۱، ۰، مایکرو په کیلو ګرام دي توکسین په موضعي شکل د کاذبي غشاء په جوړیدو کې رول لري اود سستميک لارې څخه کولاي شي چي د میوکارد ایتس ، نیورایتس او په مختلفو غړو لکه ځګر ، بدوډي او ادرینال غدواتو کې د موضعي نکروزس لامل وګرځي د زړه په عضله کې پتولوژیک بدلونونه لکه د عضلي الیافو التهاب او بین الحلالي انساجو اذیما منځ ته راځي چې څو اونۍ وروسته دغه بدلونونه په هیالیني استحالي او ګرانولر شکل او ځینې وخت په شحمي شکل منځ په وړاندې ځي چې وروسته مایولایزس او په همغه ساحه کې د زړه عضله له منځه ځي او په ځاي ئې فبروتیک انساج ځاي په ځاي کیږي چې پدې توګه د زړه همیشنی نقصان منځ ته راوړي ، همدارول په ناروغانو کې پولې نیورایتس منځ ته راځي چې پتولوژیک بڼه ئې داوتونوم او محیطي اعصابو د میالین دپوش توتې کیدل دي اما کله چې ناروغ ژوندی پاته شي معمولاً نیورایتس له منځه ځي . د کوریني بکتریم دیفتریا توکسین د حجري څخه بهر یو پولي پتاید دي چې د پروتیلایتيک عمل پواسطه توکسین د A او B په دوو برخو ویشل کیږي . د B برخه ئې د پلاسمائي غشاء داخلي سره یوځاي کیږي او یو ځاي شوي توکسین له همدغه اخذې څخه داندوسایتوز د عملیې پواسطه حجري ته لیږدیږي د A برخه داندوزوم د غشاء مقابل لوري ته قرار نیسی او په سیتوپلازم کي آزادېږي په هغه ځاي کې دیوې پیچلې پروسې پواسطه فکتور ۲- Elongation (EF-۲) له امله د پروتین جوړیدل نهی کوي د A برخې دیو مالیکول شته والی په سیتوپلازم کې د حجري ژوند له منځه وړي چي په تالی ډول

نور میتابولیک تشوشات د همدغه پروتین د جوړیدو د نهی له امله وي . ۳: ۹۰، ۹۱

کلینیکي لوحه :

ددې ناروغی اولنی تشخیص د کلینیکي بڼې پواسطه صورت نیسي دغه ناروغی په لاندې

ډول سره منع ته راځي

۱- Benign - یا سلیم شکل سره یا Self – Limited ډول سره

۲- د پوستکې د اتان په شکل چې غیر وصفی منظره ورکوي

۳- د تنفسی اتان په بڼه سره

د تنفسی سیستم د اتان په شکل لکه دپوزې ناروغی یا په شدید ډول سره لکه د بلعوم

اویا حنجرې د شدید اتان په شکل منظره ورکوي . د تفریح دوره ئې ۱- ۱۰ ورځو پورې

وي لکن په وصفی توگه د (۷) ورځو څخه کمه وي تنفسی ناروغی په تدریجی توگه د غیر

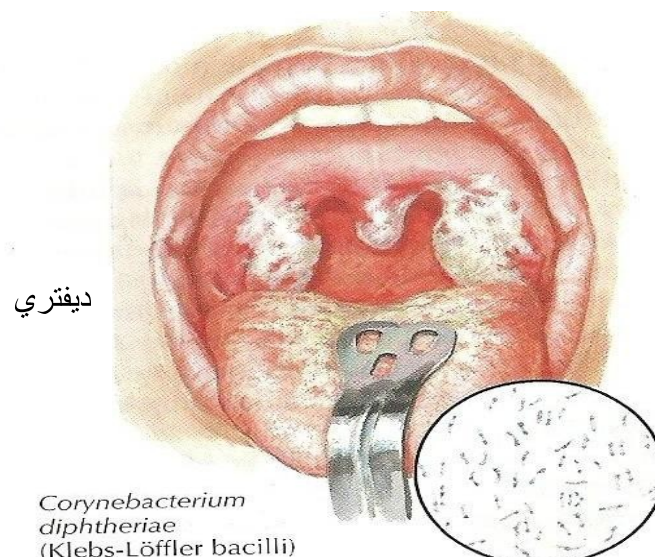
وصفی اعراضو پواسطه شروع کیږي لکه ستوماني، دستوني درد، بي اشتها ئې او کمه

درجه تبه . معمولاً د اعراضو د شروع څخه ۲-۳ ورځې وروسته کلاسیکه کاذبه غشاء

تشکل کوي چه دغه ذکر شوي غشاء ځاكي رنگه شکل سره ئې ټانسېل ، خلفي بلعوم او

Uvula برخه پوښلي وي او همدا ډول د ژبي خلفي برخه ئې هم پوښلې وي چې د غشاء د

لري کیدو سره خونریزې ورکوي. ۱۱: ۲



۱-۳. شکل: د دیفتری کاذه غشا ۱۱:۲

کله چې ناروغې پرمخ تگ وکړي ناروغ ته د بلغې ستونځې او همدا ډول د آواز خپوالی پیدا کېږي د تنفسې دیفتریا په ډیره پرمخ تللي بڼه کې د غشاء په پراخه پیمانه تشکل او اذیما د تنفسې لارې د بندښت سبب کېږي. ناروغ باید د تنفسې لارې د بندښت لپاره په مانیتورنگ شکل له نږدې څخه تر کنترول لاندې ونیول شي، د پراخه رقبې لمف اډینو پاتې اورخوه انساجو د پړسوب یوځای والي ناروغ ته کلاسیکه (bull neck) په شکل منظره ورکوي چې په لاندې انځور کې لیدل کېږي:



۲-۳. شکل: کلاسیک د غویې غاړې ښکاریدنه ۱۱:۲

ددیفتری د توکسین جذبیدل دوران ته د شدید و سستمیک احتلاطاتو لامل گرځي لکه میوکاردا ایټس او نیوروپاتی .

تشخیص :

د ناروغي تشخیص د کلینکي لوحې لبراتواري پلټنو له مخې ترسره کیږي لبراتواري آزموینو کې ددیفتری د توکسین تجرید کول د منتن شوې ساحې څخه صورت نیسي ددیفتری په تشخیص کې کلچر هم زیات اهمیت لري چې د Nasal موکوزا او فرنجیل موکوزا د برخې څخه د کلچر لپاره سواب اخیستل کیږي په همدې توگه د غیر عرضي ناقل د تشخیص له پاره لاندې آزمویني ترسره کیږي. ۲:۱۱

Cytotoxicity assay –a

Elek test –b

Enzyme Linked Immuno assay –c

اونوي کشف شوي آزموینه چې زیاته حساسه ده له PCR څخه عبارت ده

(Polymerase chain reaction)

تفریقي تشخیص :

د لاندې ناروغيو سره تفریقي تشخیص ترسره کیږي

۱- فرنجایتس : بکتریل فرنجایتس سره چه د سترپتوکاکل او اکتینو باکتریوم پواسطه

منځ ته راځي او همدارنگه د ویروسی فرنجایتس سره باید تفریقي تشخیص شي چې

د اډول ویروسي فرنجایتس د اډینو ویروس پواسطه منځ ته راځي

۲- انتاني مونو نوکلیوزس سره چې د Epstein –Barr وایروس سره منځ ته راځي

۳ - Necrotizing ulcerative gingivitis سره

پرمخ تللي Oropharyngeal candidiasis سره

درملنه :

د تنفسی دیفتریا درملنه باید په چټکه توګه دانتی بیوتیک او انتی توکسین سره پیل شي په هغه صورت کې چې دیفتری مشکوکه وي باید درملنه د دیفتری انتی توکسین پواسطه شروع شي انتی توکسین یوازې د دیفتری دوراني توکسین خنثی کوي او په هغه توکسین باندې چې داخل حجروي وي اغیزې نه لري نو په همدې توګه دانتی توکسین وختي استعمال ډیر ګټور دی ځکه چې د ناروغی د وخیموالي څخه مخنیوی کوی. انتی توکسین د آس د سیروم څخه جوړ شوي دي نو په ځینې حالاتو کې ددې امکان هم شته چې د فرط حساسیت او یا Serum Sickness لامل شي نو د استعمال څخه مخکې ئې باید ناروغ ته د حساسیت تست اجراشي هغه کسان چې حساسیت لري باید د CDC یا دیفتریا د کنترول د مرکز د قرارداد په بنسټ یوه خنثي پروسه یعنی Desensitization طی او ورڅخه ګټه واخیستل شي او هم د انافلکسس د مخنیوي لپاره لارم اهتمامات ونيول شي . انتی بیوتیک هم د تالي انتان په مخنیوي کې ګټ رول لري خودانتی توکسین ځای نشی نیولای دانتی بیوتیک د درملنې کورس (۱۴) ورځې دی چې باید پوره شي چې پدې کې پنسلین او یا اریترومايسين شامل دي لمړي باید داخل وريدي درملنه شروع شي خو دوخت په تیریدو سره باید د خولي له لارې دوا شروع شي په هغه صورت کې چې ناروغ وکولای شي درمل د خولي له لارې تحمل کړي .

تقويوي څارنه او اهتمامات په تنفسی اود زړه په مانیتورینگ باندې مشتمل ده چې باید ترسره شي په تنفسی دیفتریا کې د تنفسی لارې بندښت اود زړه په خطر اتو کې بي نظمي ګاني او (Myocarditis) باید په جدي توګه په نظر کې ونيول شي او هم لارمه اهتمامات

ورته ونيول شي. ۱۱:۲، ۷

دهغو کسانو سره باید زیات احتیاط وشي کوم چي د تنفسی دیفتریا ترشک لاندې وي يعني دهغوي د تنفسی افرازاتو څخه ځان وساتل شي. ترهغه وخته پوري چې دانتی بیوتیک دورکړې کورس پوره شي او دوه کلچره چې په دوه بیلابیل وختونو کې اخیستل شوي وي په (۲۴) ساعتو کې منفی شي اوهم باید دپوستکي زخم تر کنترول لاندې ونیول شي او پوره احتیاط وشي ترڅو ددې لارې څخه ئې لیږد صورت ونه نیسي درملنه باید دانتی بیوتیک سره پیل اوهم په روتین ډول دپوستکي زخم تر کنترول لاندې ونیول شي دیفتری باید په محافظوي ډول تداوي او ناروغان واکسین شي ترڅو معافیت ئې قوي

شي. ۷:۱۱

انزار:

ددیفتریا انزار د بلعوم ناروغي د شدید ډول سره او هم د تنفسی سیستم د ناروغي په وخامت لکه د هوائې لارې بندښت اوهم د ناروغی په دوام اومیوکاردایتس پورې اړه لري، یعنی که د ناروغي دوام زیات شو انزارخراب دی اوکه د تنفسی اود زړه اختلالات رامنځ ته شول نود ناروغي په وخامت دلالت کوي په تنفسی دیفتریا کې مړینه ۵-۱۰% ده مگر دپوستکي دیفتری دومره خطرناکه نده او نادراً د مړینې لامل گرځي. ۷،۱۱

انتاني مونونوكلېوزس

Infectious mononucleosis

تعريف: يوه حاده انتاني ناروغي ده چې د EPStein – barr وایروس human

(۴ - herpes -virus) ، پواسطه منع ته راځي دایو DNA وایروس دی چې د Herpes viridae په کورنۍ پورې اړه لري دا ناروغي په مختلفو نومونو یاده شوې چې عبارت ده له monoglanodular تبه ، Pfeiffer's ناروغي ، Filatoris ناروغي او کله کله دې ته د kissing ناروغي چې د خپولو پواسطه د خولې له لارې لیږدېږي هم نومول شوې . ناروغي متصف ده په تبه ، د ستونې درد ، د لمفاوی غوتو غټوالی او اتيپیکل لمفو سائتوزس په همدې توګه دا وایروس د یو شمیر انتاني تومورونو سره یو ځای وي لکه نازوفرنجیل کارسینوما ، Burkitt's لمفوما ، هوچکن لمفوما او په هغه ناروغانو کې چې معافیت یې خپل شوې وي B cell لمفوما .

ا پید میالوجی :

دا ناروغي په نړۍ واله کچه شیوع لري د نړۍ په هره برخه کې پیدا کیدای شي ناروغي په هغه خلکو کې چې عمر یې ۱۰-۳۵ کلونو ترمنځ وي (په Sporadic او یا Epidemic شکل باندې) زیاته لیدل کیږي یعنی دا ناروغي د ځوانو کا هلانو ناروغي ده او په هغه ټولنو کې چې خرابه روغتیا ساتنه او ټیټ اقتصادي حالت ولري کم عمره ماشومان زیات اخته کوي ډیری پیښې یې بی عرضه وي EBV د خولې د افرازاتو له لارې دیو کس نه بل کس ته نیغ په نیغه لکه د خپولو په وخت کې لیږدېږي هغه موده چې ناروغ کس وایروس نوروته لیږدوي لاتراوسه څرګنده نده خو دومره معلومه شویده چې د ناروغي په لمړیو

څلورو او یا شپږو اونیو کی د لیرېد چانس ډېر دی ځینی نوروڅیړنو بنودلې ده چې یو کس کولای شي تر څو میاشتو پورې د اعراضو د ښه کیدو سره دا ویروس نوروته ولیږدوي .

۱۹۲:۴

پتو جنیزس:

ویروس لومړې خپل تکثر د فرنکس په اپتلیل حجراتو کې شروع کوی چې اورو فرنجیل اپیتلیوم او لعابیه غدوات منتن کوی چې د فرنجایتس او د ستونی د درد لامل کیږي چې وروسته د B حجراتو په د ننه کې کوم چې د CD۲۱ په واسطه تر حملې لاندې نیول کیږي خپل تکثر ته ادامه ورکوی چې بیا ددې منتن شوی B حجراتو په وړاندې خپل سایتو توکسیک حجراتو CD۲ نه ګټه اخلي چې دا کار بیا د Atypical لمفو سایت د لویوالي لامل کیږي .

اعراض او علایم :

الف کا هل او ځوان کاهل : - پدې عمر کی ناروغي خپله یوه سه پایه لري چی عبارت ده له

- تبه - چی معمولاً ۱۰-۱۴ ورځې دوام کوي کله کله ۵-۷ ورځې وي
- د ستوني درد (حاد فرنجایتس) معمولاً په لمړنیو ۳-۵ ورځو کې ډیر شدید وي بیا ۷-۱۰ ورځو پورې ښه کیږي
- د عدواتو پړسوب Swollen (لمف ادينوپاتي) چې لمفاوی عقدات متحرک اود غاړې شاته لمفاوی غوټې زیاتې اخته کیږي (۸۰-۹۰ سلنه) د ناروغي په لومړنیو دوه اونیو کی د لمفاوي غوټو غټوالي او فرنجایتس ډېر زیات څرګندوي کیدای شي

چی لمفاوی عقدات په عمومی ډول لوی شي لوی شوي لمفاوي عقدات زیات حساس دردناک او دوه طرفه وي
 برسیره ددې نور غټه اعراض عبارت دي له
 کسالت ، سردردی ، د گیډی درد ، زړه بدوالی او کانګې
 چی نو موږی اعراض زیاتره د ۲-۳ اونیو په دننه کې له منځه ځي. خوستوماتیا او د ناروغی احساس بیا تر میاشتو پورې دوام کوي .
 علامې :

- ددې ناروغی لپاره تر ټولو بارزه نښه د فرنجایتس څخه عبارت ده کوم چې زیاتره د ټانسلونو د لوی والی (Pus او اگزودات سره) یو ځای وي
- په ۵۰ سلنه پیښو کې د خولې په چت کې Petechia د لیدلو وړ وي
- د ناروغی په دوهمه او یا دریمه اونۍ کې د توري غټوالی د مهمو نښو څخه شمیرل کیږي چی معمولاً د فزیکي معاینی سره تشخیص کیدای شي .
- د ځگر غټوالی هم ممکن ولیدل شي کوم چې د زیری سره یو ځای وي
- په لږ و خلکو کې ممکن د مټ او تنې په ځینی برخو کې رش ولیدل شي البته د ماکول او یا پاپول په شکل .
- زازه کا هل : که چیرې زازه کا هل اخته کړي نو د ناروغی خاصه وصفی منظره لکه د ستونی درد ، او یا هم لمف اډینوپاتی په کې موجوده نه وي او ددې په ځای ممکن دوامداره تبه ، ستوماني ، خستګی او دوجود درد به پکې موجود وي کله چې دوی د ځگر د غټوالی سره ژیری یو ځای ولري .

ماشومان : په نوزادي اود کهولت څخه مخکې دوره کې ناروغي د انفلونزا پشان اعراض رامنځ ته کوي اويا هم د هغه کس سره ورته اعراض به لري کوم چې په فرنجايتس اخته دي .

لبراتواري آزمويڼې :

په مقدم ډول گرانولرسايتوپينيا موجوده وي چې وروسته د لمفوسايتيک لوکو سايتوزس پواسطه تعقيب کيږي . زياتره لمفو سايت د نارمل څخه غټ وي چې سايتوپلازم ئې زيات واکيولونه لري اود حجروي غشاء گونځې پکې موجودې وي . نوتروپينيا اوترومبوسايتوپينيا د ناروغۍ په اولو مياشتو کې په لږه کچه موجودوي په ۹۵% پيښو کې د ځگر دندې غير نورمال په نظر راځي په سيروم کې د ترانس امينا زواود الکالين فاسفتاز کچه زياتره خفيفاً پورته وي اوپه ۴۰% پيښو کې د بيليروبين د غلظت کچه لوړه وي .

PCR د EBV-DNA لپاره گټوره آزمويڼه ده خو په هغه ناروغانو کې چې معافيت خپلی وي .

اختلاطات :

دانفکشن مونونوکلېوزس (IM) زياتره پيښې په خپله بڼه کيږي مړينه پکې نادره ده چې معمولاً د CNS د گډوډي ، د توري درېچر ، د پورتنۍ تنفسۍ لارې د بندښت اويا د باکتريايۍ تالی اتان له کبله منځ ته راځي . د EBV اتان په اولو دوو اونيو کې د CNS اختلاطات منځ ته راځي په ځينو ناروغانو خصوصاً ماشومانو کې د IM کلينيکي څرگندونې وي هيتروفيل اتی بادی گانې او غير وصفی لمفو سايتونه ممکن موجود نه

وي چې زیاتره معمول تشوشت ئې meningitis او انسفالایټس دي چی په ناروغ کې د سردردی ، مننجایټس ، د محیح عدم موازنه ، حاده Hemiplegia او Psychosis هم لیدل شوی دي د C.S.F په معاینه کې لمفوسایتونه لیدل کیږي زیاتره پېښې له ځانه عصبي بقایانه پریږدي او روغوالی خواته ځي . حاد اتان د قحفي ازواجو د فلج خصوصاً آوم زوج Gui LLain Barre سندروم ، حاد Transvers myelitis اود محیطی اعصابو د التهاب سره هم اړیکه لري . ۴ : ۱۹۲

تقریباً په دوه سلنه پېښو کې په لمړې دوو اونیو کې اوتوایمون هیمولاتیک کم خونی رامنځ ته کیږي چی Coomb آزمویڼه پکې مثبت وي یوتر دوه میاشتي دوام کوي لیکن ځینی ناروغان چې هیمولیز لري په هغوي کې کم خونی منځ ته راځي چی یو - الی دوه میاشتي دوام کوي او که ناروغی پرمخ تللی وي د ناروغانو سره زیږی او Hemoglobinuria موجوده وي د غیر وصفی انتی باډی گانو عکس العملونه چی د هغی سره روماتیک فیور ، انتی نوکلیر انتی باډی گانې ، د platelet ضد انتی باډی گانې او Cryoglobulin وي . IM د سرو حجراتو Aplasia ، شدید گرانولوسایتوپینیا ، ترومبوسایتوپینیا ، پان سایتوپینیا ، او Hemophagocytic سندروم سره یوځای وي . د % ۵ ۰ څخه په کمو پېښو کې د توري رېچر منځ ته راتلای شي .

د لمفوئېد انساجو ضخامه په ټانسلونو او Adenoid کې کولای شي چی په پورتنی تنفسی لاره کی د Epiglottis ، بلعوم ، یا Vulva د التهاب او اذیما لامل شي . نور نادر اختلاطات عبارت دي له Hepatitis ، میوکارډایټس ، پریکارډایټس ، نمونیا د پلورل ایفیوژن سره ، بین الحلالی نفرایټس ، د تناسلی اعضا و ټپونه اود او عیو التهاب .

تشخيص:

سیرالوژیک آزمویڼی: د هیتروفلېک تست پواسطه تشخيص اېښودل کېږي هیتروفلېل انتی باډی د IgM یوه انتی باډی ده چې د EBV پروتینو سره نه یوځای کېږي په یو ناروغ کې چې IM ته ورته اعراض او غیر وصفی لمفوسیتونه ولري اود هیتروفلېل تایتر (۴۰) چنده اویا له دې څخه زیات وي نوډ EBV په حاد اتان دلالت کوي د Hetrophil انتی باډی گانو لپاره آزمویڼی د IM په (۴۰) سلنه ناروغانو کې د ناروغی په لمړنۍ اونۍ کې او ۸۰-۹۰ سلنه په دریمه اونۍ کې مثبت وي چې پدې ډول په تکرار سره آزمویڼه ضروری ده خصوصاً په هغه صورت کې چې لمړنۍ تستونه په شروع کې اجراشوی وي آزمویڼې زیاتره تردری میاشتو پوری د ناروغی د شروع څخه وروسته مثبت پاته کېږي اما هیتروفلېل انتی باډی گانې کولای شي چې تر یو کال پورې مثبت پاته شي دغه انتی باډی گانې زیاتره د (۵) کلنۍ څخه په ښکته ماشومانو، زړو خلکو کې اویا هغه ناروغانو کې چې د IM وصفی اعراض نه لري د موندلو وړ نه دي د monopast آزمویڼه د (۷۵) سلنه څخه په زیاتو پیښو کې حساسه او ۹۰% ځانگړیتوب لري په کاذب ډول کیدای شي دا آزمویڼه د منظم نسج ناروغیو، لمفوما، وایرل هیپا تایتس او ملاریا کې مثبت شي. د I GM انتی باډی لوړوالی د وایروسی انتی جن پرضد حاد اتان راپه گوته کوي چی تر لمړیو دوه الی دری میاشتو پورې لوړ وي اما IgG انتی باډی دومره تشخیصیه ارزښت نه لري د RNA, DNA, EBV یا پروتیني ټاکل هم ارزښت لري چې د وایروس اړیکې د ډول ډول خبیثه آفاتو سره راپه گوته کوي. ۴: ۱۹۷

تفريقي تشخيص :

د IM او غیروصفی لمفو سائتوزس توپیری تشخیص باید د سائتومیگالو وایروس ، توکسوپلازموزس ، HIV اتان ، اترکس ، انساني Herpes وایروس ، هیپا تایتس وایروس ، دوائی حساسیت او روبیلا سره باید تر سره شي په سائتومیگالو وایروس کې هیتروفیلیک آزموینه منفی وي چې زیاتره زاړه خلک اخته کوي د ستونی درد ، د توري غتوالی او لمفاوی عوتو لویوالی نظر IM ته کم وي . د سترپتوکوک اتان له کبله د ستونی درد هم IM ته ورته والی لري چی لمف ادينوپاتي په سترپتوکوک اتان کې submandibular او Ant. Cervical وي د توري غتوالی موجودنه وي په کوچنیانو کې د روبیلا پېښې حاد اتناني لمفو سائتوزس ، لوکیمیا او لمفوما سره توپیر شي ۴ : ۱۹۷

درملنه :

دایوه په خپله رغیدونکی ناروغي ده نو یوازي د ناروغی عرضی درملنه صورت نیسی معمولاً د بستر ضرورت او یا هم خپلو ورځنی چارو ته بیرته تگ د حادي مرحلې نه وروسته د ناروغ د توانائی په کچه پورې اړه نیسي . د توري د خیري کیدو د مخنیوی لپاره ناروغ باید د ډیر زیات فزیکي فعالیت څخه وژغورل شي که د توري خیری کیدل منځ ته راشي نو باید ژر تر ژره Splenectomy اجراء شي اسیت امینوفین او NSAID درمل د تبې او ستونی درد لپاره ورکول کیږي همدا ډول د معتدل سالین پواسطه د ستونی غر غره د ورځی خلور ځلی اغیزمن تمامیږي . غیر اختلاطی IM کی کورتیکو ستيروئید استطباب نلري ځکه سوپرانفکشن ته زمینه برابروي د هوائی لارو د بندښت د مخنیوی په موخه په هغه ناروغانو کې چې پرمخ تللی د ټانسلونو هایپرتروفی ولري پریدنیزولون ۴۰-۶۰ ملی گرامه په ورځ کې چی د یوې الی دوه اونيو په موده کې ئې په

تدریجې توگه ډوز کمېږي ورکول کېږي. اما د توري په څیرې کیدو پریکارډایتس، میو کارډایتس او C.N.S کی د کور تیزون گټه دومره څرگنده نه ده.

که چیری د ستونی د سواب په کلچر کې بیتا هیمولایتیک سترپتوکوک ولیدل شي نو د لسو ورځو لپاره پنسلین او یا اریترومایسین ورکول کېږي خو دامپسلین او اموکسی سلین له ورکولو څخه باید ډډه وشي ځکه چې Rash رامنځ ته کوي

Acyclovir د کلینک له نظره په IM باندې کومه مهمه اغیزه نه لري دغه دوا - ۴۰۰ ۸۰۰ ملی گرامه د ورځې پنځه ځلې د Leukoplakia په درملنه کې او د EBV د ناروغی په ځینو مزمن او فعال پیښو کې به اغیزمنه وي دغه مستحضر د هغو ناروغانو لپاره چې لمفوپرولیراتیف سندرومونه لری گټور نه دي نوې درملنې چی په هغې کې انترفیران او د T حجراتو انفیوژن شامل دی تر مطالعی لاندې دي. د IM ناروغانو تجرید ضروری ندی د EBV گلایکوپروتین په وړاندې واکسینونه جوړشوی دي چی د هغو مطالعاتو پربنسټ چې په حیواناتو باندې اجراء شوی دي اغیزمن دي اما اوس ډېرې کمې کلینکې څیړنې ئې په هکله اجراء شوی دي د احتلاطاتو درملنه په عرضی توگه ترسره کېږي دانزار وله نظره مړینه غیر معمول ده په غیر احتلاطی پیښو کې تبه معمولاً په لسو ورځو کی له منځه ځي که مړینه هم رامنځ ته شي نو د توری د څیری کیدو، پرمخ تللی هیمولایتیک کم خونی او یا انسفالایتس له کبله به وي.

Avialable

WWW.GOOGLE.COM

Wikipedia, the free encyclopedia,(Infectious mononucleosis)

تعريف :

لامل : ددی ناروغیو لامل N-Meningitides یا Meningococcus دی . په کال ۱۸۸۷ کی پیژندل شوی دی چی لوییا شکله، گرام منفی، غیر هوازی ډیپلوکاکس دی بهرنی غشاء یی د شحمو، پروتینو او لایپوپولی سکرایډو څخه جوړه شوی ده. ۷: ۲۵۰

۱۳ سیروگروپونه لری چی عبارت دی له ۱۳۵-W, X, Y, Z- A.B.C.D.E.H.I.W خو پدی کی A,B,C,Y او ۱۳۵-W د مننگو کاکل ناروغیو سبب کیږی. د ۴۰% انسانانو د نازوفرنکس په محاطی غشا کی اوسیری. ۱۰: ۱۲۱۱، ۱۲۱۲

ایپید میالوژی :

ددی ناروغی اهمیت په افریقا کی د HIV، TB او ملاریا په شان دی نوموړی ناروغی د ډسمبر څخه تر جون پوری چی یو وچ او د شپې لخوا یخ موسم دی پېښیږی او کله چی ناروغ په URTI باندی اخته شی نو نوموړی ټول لاملونه ددې سبب شي چی ناروغ په مننګو کاګل ناروغی اخته شی په عین حال کی د N-Meningitidis لپږد په هغه کورونو کی چی د کورنی د غړو شمیر یی زیات وی او یا ډیر وګړی د دیننی او سوداګری مراسمو

لپاره په یوځای کې راټولېږي ډیر زیات دی . په یادمووی چې sub Saharan Africa ته
meningitis belt وایی یعنی د ناروغی پېښې دلته ډیرې زیاتې دي .

پتو جنیزس :

په اروپا کې د سترپتوکاکس نمونیا څخه وروسته مننگوکاکس د باکتریل مننجایټس
دوهم لوی لامل دی همدانګه په هند او امریکا کې سترپتوکاکس نمونیا ، هیموفیلوس
انفلونزا او مننگوکاکس د باکتریاې مننجایټس ډیر عام لاملونه دي په همدې توګه هغه
وګړي چې د سرکوزي سره زیات په تماس کې وي د Strep – Aureuse له کبله په
مننجایټس اخته کېږي چې په دوی کې د اوریدو د حس د لاسه ورکول د ناروغی عام
اختلاط دی .

یادونه: هغه څېړنه چې د پوهنمل ډاکټر حیات الله احمدزی له خوا په ۱۳۸۲ کال کې د
ننګرهار طب پوهنځي روغتون د داخلي په څانګه کې په شپيته تنو هغو ناروغانو باندې
چې په حاد تقیحی مننجایټس اخته وه باکتریاې لاملونه څېړل شوي دي چې پایله ئې په
لاندې ډول ده.

نموکوک ۵۳،۱۲٪ ، مننگوکوک ۱۲،۲٪ ، سټفلوکوک اوریوس ۹،۹۴٪ او
بیټاهمولایټیک سترپتوکوک ۲،۲۴٪ ، وه او د ۱۳،۸٪ ناروغانو ګرام تلوین منفي
پایلې درلودې. د پورته څېړنو څخه جوته کېږي چې مننگوکوک د باکتریاې مننجایټس
دوهم لوی لامل دی چې ځمونږ د پورته مبحث سره سمون خوري. ۱۳:۲

اتنان معافیتي ځواب تنبه کوی چی Pia-arachnoid غشا احتقان او ارتشاح د التهابی حجراتو له کبله منځته راځی د Pus یوه نری طبقه جوړیږی چی وروسته د نښلیدو لامل کیږی او د CSF د جریان د بندښت لامل گرځی او Hydrocephalous رامنځته کیږی یا د دماغ په قاعده کې د قحفی اعصابو ویجاړتیا رامنځته کوی د CSF فشار په چټکی سره پورته ځی د پروتین محتوی زیاتیري او حجروي عکس العمل رامنځته کیږی د leptomeningeal شریانو یوه التهابی تورېنه چې د سحایا تر آخره پوري رسیږي شاید د اغزودات لامل شي او په تالی توگه دماغی انفارکشن پیدا کوي.

N-Meningitidis باکتریا دیو نری بهرنی پوښ پواسطه احاطه شوی چی د endotoxin لرونکی ده. پداسی حال کې چی ډیری بکتریاوې endotoxin تولیدوی خو مننگو کاکل بکتریا ۱۰۰-۱۰۰۰ چنده زیات اندوتوکسین پیدا کوي کله چی باکتریا په مضاعف والی شروع وکړی او د ویني په جریان کی په حرکت راشی نو پدی وخت کی په زیاته اندازه توکسین په وینه کی خپریږی اندوتوکسین نیغ په نیغه زړه اغیزمن کوی چی نشی کولای د پمپ وظیفه اجرا کړی چې د ویني د اوعیوله پاسه فشار واردوي چی په پایله کی د ترف سبب کیږي او حیاتی غړي لکه سږی، او پښتورگی زیانمن کیږی هغه ناروغان چی په مننگو کاکل ناروغی اخته وی د لوړ دوز اتی بیو تیک پواسطه تداوی کیږی چی په لوړه کچه د باکتریاو د مړینی سبب کیږي خو په نتیجه کی لازیات endotoxin په وینه کی خپریږی نو پدی اساس د درملنې لپاره ډیری ورځي پکار دی چی ټول toxin حنثی شی .

پتو جنیزس / پتالوژی

مننگو کاکس په نازو فرانس کس کې کالوني جوړوي



په محاطي غشا کې ننوزي



د لوکوسايت په واسطه وينې ته انتقالیږي



په وينه کې خپر يږي



زړه، مرکزي عصبي سيستم، د پوستکي محاطي او د ادرينل مصلي غشا کې موضعی

کيږي

ډلبندی:

لکه څرنګه چې مو مخکې یادونه وکړه مننگو کاکس د مننجايټس او مننگو کوکسيميا

لاامل کيږي همدارنګه کيدای شي دواړه په يو وخت منع ته راشي مننگو کاکس کله کله

د نزوفرنجايټس سبب کيدای شي. نو په مجموع کې داسې ليکو چي:

۱- مننگو کوکسيميا

۲- مننجايټس

۳- نور ډولونه

کلینیکي لوحه :

۱- مننگو کوکسیمیا :

مننگو کوکسیمیا لکه د نورو گرام منفی اتاناتوپه څیر کولای شی چی DIC رامنځته کړي . کوم چی په رگونو کی د وینی نا مناسبه علقه کیدل دي . DIC کولای شی د انساجو اسکیمیا رامنځته کړي هغه داسی چی کله د وینی په جریان کی علقه جوړه شی او دیو نسج اروا بنده کړي همدارنگه کولای شی وینه بهیدنه رامنځته کړي کله چی د علقی فکتورونه زیات په مصرف ورسیری اوله کاره وغورځي . کوچنی وینه بهیدنه په پوستکی کی Petechial rash رامنځته کوي . Petechia د ستوری پشان شکل لري چی د توکسین د افراز په پایله کې د رگونو څخه وینه بهیدنه صورت نیسی چی نوموړی رش په فشار سره له منځه ځي .

ډیره مهمه تشخیصیه نښه رش دی . چې ۵-۱۵ ساعته د ناروغی د شروع څخه وروسته پیدا کیری جسامت یی د (۲) ملی متر څخه تر (۵) سانتی متر پوری رسیږی غیر متناظر وي . چی ډیری یې په وړانونو ، کناتیو او لږه اندازه په تنه او مخ کې وي د پوستکی د اندفاعاتو په منځ کې necrotic rash لیدل کیږی . چی د ستوری پشان شکل لري .

حاد مننگو کوکسیمیا :

په لومړی کی فرنجایتس ، تبه ، عضلی دردونه ، سردردی ، د هضمی جهاز د نښو سره Petechia او Purpura هم لیدل کیږي .

وروسته Slate gary satellite په شکل افت د هایپو تیشن ، د زړه او پښتورگو عدم کفایه ، DIC ، Acidosis او کوما سره یو ځای وي .

هغه اعراض او علایم چی په خرابو اترارو دلالت کوي په لاندې ډول دي :

۱. Petechia (+)

۲. hypotention (+)

۳. د مننجایتس نشتوالی

۴. $ESR < 10 \text{ mm/hr}$ ۵. $WBC < 10,000 / \text{mm}^3$

په پورته شماره کی (+) ۳ یا زیاتې نښې دی چی ۹۰ سلنه مړینه پکی لیدل کیږي .
نوری نښې چی په خرابو انزارو د لالت کوي عبارت دی له په چټکی سره د pectechia بدلیدل په کیموزس او پورپورا باندې ، تنفسی ناراحتی ، د عمر زیاتوالی او thrombocytopenia څخه.

مزمن مننگو کوکیسمیا :

په ماشومانو او بالغو کسانو کی لیدل کیږي ناروغ ټیټه درجه تبه لري او ټوکسیک نه معلوم کیږي د وینې کلچر مثبت وي د ناروغی دوام ۴-۸ اونۍ وي ، ناروغ تقیحی ارتراټیس، حاد تقیحی erythematous پولی ارتراټیس ، SBE (sub acute bacterial endocarditis) او URI (د پورتنی تنفسی لاري انتان لري .

۲. مننجایتس :

مننگو کاکل مننجایتس د بکتریل مننجایتس یو شکل دی چی د سحایاوو د التهاب او تخریش په نتیجه کی منځته راځی مننجایتس هغه وخت منع ته راځي چی N-Meningitides د ماغی شوکی مایع (CSF) ته داخل شی

د A,B,C,Y, N-Meningitides او W-۱۳۵ د مننجایتس سبب کیږي د Droplet په واسطه لیږدیږي د کلینیک له نظره کیدای شي چې یواځی Meningococcemia یعنی

septicemia بغير د مننجايټس څخه دواړه يوځای يا مننجايټس وی زیاتره ناروغان لوړه درجه تبه ، لرزه ، Photophobia ، سردردی ، د ملاګیډې او نهایاتو درد ، زړه بدوالی او فورانی کانګې لري . ځینې ناروغان خپرېتیا ، delirium او اختلاجات لري او په کوماتوز حالت کې وي چې په خرابو انزارو د لالت کوي په فزیکي معاینه کې د غاړې او ملاشخوالی لیدل کیږي Kerning's او Brudzinski علایم مثبت وي د غاړې شخی هم لیدل کیږي

Kerning's sign : کله چې د ناروغ ورون ۹۰ درجې قبض شی بیا بسط ورکړل شی او ناروغ په hamstring عضلاتو کې درد حس کړي نو وایو چې Kerning's علامه مثبت ده .

Brudzinski sign : کله چې د ناروغ غاړه قبض شي او ورسره په عین وخت کې د ناروغ زنگون هم قبض شي .

Petechial rash په سفلی نهایاتو کې موجودوي په ۱۰-۲۰٪ ناروغانو کې Waterhouse Friedrechson syndrome رامنځته کیږي چې متصف دی دی په

۱- د پوستکي او مخاطي غشاء لوی Petechial ترف

۲- تبه

۳- Septic shock

۳- نور ډولونه : د نورو ګرام منفي انتاناتو په څیر N-Meningitidis هم کولای شی د بدن نوري مختلفې برخې په ناروغي اخته کړي . د انفلونزا د پانډیمي په دوران او نظامي کمپونو کې کیدای شي مننګو کاکل نمونیا رامنځته شي دا multi lobar او په چټکه توګه پرمختلونکي نمونیا وي او ځینې وخت د سپټیک شاک سره يوځای وي . د پنسلین

او کلورامفینکول سره ښه ځواب وایې خو په شرط ددی چی ژر تداوی شي .
 پریکاردایتس هم کیدای شي چی یا به د سپتیک پریکاردایتس په شکل وي چی ډیر
 خراب انزار لري یا به د reactive pericarditis په شکل وي چی د مننجایتس او
 سپتسیمیا څخه وروسته رامنځته کیږي . Myocarditis د meningococcemia د
 اختلاط په پایله کی چی د شک سره یو ځای وي منع ته راتلای شی برسیره پردې
 فرنجاتیس، د منظمی التهاب، سپتیک ارتراتیس، اوستیومیالایتس
 ، endophthalmitis او urethritis کیدای شي چی رامنځته شی .

تشخیص :

په L.P کی CSF قیحی او خړ، فشاری لور ($> 180 \text{ mmHg}$)، د پروتین مقدار
 زیات ($> 45 \text{ mg/dl}$) او د گلوکوز مقدار یی کم ($< 45 \text{ mg/dl}$) وي . په مایع کی د
 حجراتو مقدار $1000/\text{mcl}$ څخه زیات (زیاتره PMN حجرات) وی چی د گرام منفی
 داخل الحجروي ډپلوکاکس لرونکی وي که په CSF کی د گرام تلوین پواسطه بکتیریا
 ونه لیدل شي نو د تشخیص نشي ردولای . په CSF کی د بکتیریاو د کپسول پولی
 سکراید او همدارنگه په ادرار کی د latex agglutination پواسطه لیدل کیږي او
 همدارنگه اورگانیزم د CSF ، اوروفرنکس، وینه او aspirated petechial د سمیر او
 کلچر پواسطه معلومیدای شي

DIC د مننگوکاکل ناروغی یو مهم اختلاط دی چی دا معمولاً په ټوکسیک ناروغانو
 کی چی د پوستکي اکیموزس افت ولري موجود وي.

تفریقي تشخیص: مننگو کاکل مننجایتس باید د نورو meningitides ناروغيو سره تفریقي تشخیص شي، په نوی زیریدلو او ځوانو ناروغانو کی زیاتره تبه، او د غاړی شخوالی نه وي، په دی کې کیدای شي چې خراب شعوری حالت بارزه نښه وي. Rickettsial، ایکو وایروس او نادرا نور بکتریایی ناروغي لکه ستفلو کاکل اتانات او Scarlet تبه هم Pectechial rash رامنځته کوي.

درملنه:

ددی ناروغانو خخه وینه د کلچر لپاره اخیستل کیږي او ډیر ژر ورته وریدی اتی بیوتیک د lumber puncture خخه مخکې تطبیق کیږي. دی ناروغانو ته معمولاً pncillin G ۲۵۰۰۰۰-۳۰۰۰۰۰ یونته په کیلو گرام وزن د بدن د ورځی په شپږ قسمي دوزونو ورکول کیږي. د تداوي دوام (۷) ورځی دی. ددی ځای ناسته درمل Cefotaxime (۲۰۰) ملی گرامه په کیلو گرام وزن د بدن په ورځ کې ورکول کیږي یا Ceftraixone ۱۰۰-۱۵۰ ملی گرامه په کیلو گرام وزن د بدن ورکول کیږي.

که ناروغ د بیتا لکتام اتی بیوتیک سره الرجی ولري نو کلورامفینیکول ۷۵-۱۰۰ ملی گرامه په کیلو گرام وزن د بدن ورکول کیږي. انزار: د مننگو کاکل ناروغی د وفياتو د کچي زیاتوالی په لاندې حالاتو کې د خرابو انزارو سره یو ځای وي لکه د ترومبوسایتوپینیا موجودیت، د ESR او C-Reactive پروتین کموالی په وینه کې د اتی ترومبین او د C, S د پروتینو د غلظت ټیټوالی.

۱۱۵:۳

مخنیوی:

دوه ډوله واکسینونه یو مننگو کاکل پولی سکراید واکسین MPSV^۴، هغه کسانو ته چی عمر یی د (۵۵) کالو خخه زیات وي او دوهم مننگو کاکل کانجوگیت واکسین MCV^۴ دی هغه کسانو ته چی عمر یی ۲-۵۵ کالو پوری دی، چی دواړه ډوله یی د

Meningococcal A,B,C,Y او W-۱۳۵ لپاره اغیزمن دی. ناقل ناروغانو ته د خولې له لاری ۲۰۰ ملی گرامه Refampin دوه ځلې د ورځې د دوو ورځو لپاره، ۵۰۰ ملی گرامه سپروفلوکزاسین د خولې د لاری یا یو ۲۵۰ ملی گرامه د Ceftraixone عضلي زرق اغیزمن دی. په ۲۲ د جنوري ۲۰۱۳ کی د لومړي ځل لپاره د مننگوکاکل سیرو گروپ B د مخنیوی لپاره واکسین تیار شول چې د اروپایي کمیسیون لخوا ومنل شول واکسین د NOVARTIS لخوا جوړ او د Bexsero پنوم عرضی ته وړاندې شول Bexsero د دوه میاشتې عمر څخه پورته ټولو کسانو ته تطبیقیدای شي.

د دریم څپرکی لنډیز:

انفلونزا یوه ویروسي ناروغي ده چې زیات ډولونه لري ددې ویروس ډولونه ډیر ژر خپل انتي جنیک خواصو ته تغیر ورکوي ناروغي په نړي واله کچه اپیديمي گاني رامنځ ته کوي خو واکسینونه ئې تر لنډې مودې پورې معافیت منځ ته راوړي اخته کس درملنه باید ژر ترسره شي ترڅو د اختلاطاتو مخنیوی وشي. په همدې توگه دیفتری ناروغي هم کله کله بیرنې پیښې رامنځ ته کوي چې د تنفسي بندښت لامل گرځي کله کله په بیرنیو پیښو کې تراحياسټومي ته ضرورت پیدا کیږي د دیفتری کنټرول او درملنه هم باید ژر تر ژره ترسره شي ترڅو د اختلاطاتو او د ناروغی د پرمخ تګ مخه ونیول شي. انتاني مونو نوکلیوزس چې زیاتره د ښکلولو د ناروغی په نامه هم یادېږي د مرضي لامل لیږد ډیر ژر صورت نیسي چې بیرنې تشخیص او درملنه ئې باید ترسره شي. په همدې توگه د مننجایټس ناروغي چې لاملونه ئې مخکې ذکر شول د بیرنې درملنې ایجاب کوي ځکه چې د نه درملنې په صورت کې انتان له سحایاو څخه دماغي نسج ته داخلېږي او انسفالایټس منځ ته راوړي چې وروسته ئې درملنه زیاته ستونزمنه او حتی ناشوني وي.

پوښتنې:

۱. د انفلونزا ناروغي اختلاطات کوم دي په نښه ئې کړی

الف: نمونيا ب: Otitis media ج: C.O.P.D د: ټول غلط دي

۲. د انفلونزا څخه وروسته د مرکزي عصبي سیستم بقايا کوم دي په نښه ئې کړی

الف: انسفالایس ب: Gullian barre syndrome ج: دماغي ابسي د: ټول غلط دي

دي

۳. انفلونزا د لاندې کومو ناروغيو سره تفریقي تشخیص کيږي په نښه ئې کړی

الف: حاد تنفسي ناروغی ب: سترپتوکوک فرنجایتس ج: حاد برانکایتس د: ټول

غلط دي

۴. د انفلونزا لپاره د ویروس ضد درمل کوم دي

الف: امانتادین ب: ري ماتتادین ج: رایبووارین د: ټول غلط دي

۵. د دیفتری کلینکي ډولونه کوم دي

الف: د پوزي قدامي برخې ب: فرنجیل ج: لرنجیل د: لمړني دري صحیح دي ذ:

ټول غلط دي

۶. د دیفتری تفریقي تشخیص د لاندې کومو ناروغيو سره کيږي په نښه ئې کړی

الف: فرنجایتس ب: اتناني مونو نوکلیوزس ج: کروپ د: ټول غلط دي

۷. د دیفتری د تشخیص لپاره لاندې ازموینه زیاته حساسه ده

الف: Elek ازموینه ب: PCR ج: کلچر د: ټول غلط دي

۸. د دیفتری د اورگانیزم کوم یو بیو ټایپ زیات خطرناک دی په نښه ئې کړی

الف: Gravis ب: mitis ج: Belfantis د: ټول غلط دي

۹. د اتتاني مونونوکلېوزس نادر اختلاطات کوم دي په نښه ئې کړی

الف: پریکارډایتس ب: نمونیا ج: کارډایتس د: ټول غلط دي

۱۰. د اتتاني مونونوکلېوزس تشخیص لپاره سیرولوژیک تست په نښه کړی

الف: ویدال تست ب: هیتروفیلیک تست ج: ASO ټایټر د: ټول غلط دي

۱۱. د اتتاني مونونوکلېوزس تفریقي تشخیص د کومو ناروغيو سره کیږي په نښه یې

کړی

الف: توکسوپلازموزس ب: انترکس ج: ټانسلایتس د: ټول غلط دي

۱۲. EBV څه ډول وایروس دی

الف: DNA ب: RNA ج: DNA RNA د: ټول غلط دي

۱۳. د مننجایتس لپاره فزیکي علامې کومې دي په نښه ئې کړی

الف: Kerning's علامه ب: Brudzensky ج: هومن علامه د: ټول غلط دي

۱۴. د مننگوکاکل ناروغي مهم احتلاط په نښه کړی

الف: DIC ب: ترومبوزس ج: د تنفسي عدم کفایه د: ټول غلط دي

۱۵. N- meningitides لامل کوم سیروگروپ پوری اړه لري په نښه ئې کړی

الف: W-۱۳۵ ب: ABC,Y ج: XYZ د: ټول غلط دي

۱۶. مننگوکاکس څه ډول میکروب دی

الف: باسیل دی ب: ډپلوکاکس دی ج: سترپتوکوک دی د: سټفلوکوک دی

خلورم خپرکې د وینې اتتاني ناروغی

مفردات

ملاریا:

- تعریف، لامل، پتوجنیزس ، شایزوگوني، سپوروگوني ، اپیدمیالوژي، کلینکي لوحه، شدید ملاریا، اختلاطات ، تشخیص، درملنه، مخنیوی

په دغه خپرکې کې د وینې اتتاني ناروغی له جملې څخه د ملاریا ناروغي تر بحث لاندې نیول کېږي څرنگه چې ملاریا ځمونږ د گران هیواد په گرمو سیمو خاصا په شرقي زون کې ئې پېښې په کثرت سره لیدل کېږي د دماغي ملاریا یا P.F چې وژونکې گواښونه د ځانه سره لري په اوسنی وختو کې د ملاریا د ډولونو په درملنه کې زیاتې ستونزې رامنځ ته شوي دي او ددې په څنگ کې د تشخیص ستونزې بل مهم لامل دی چې د ملاریا ناروغان د نورو تبه لرونکو ناروغيو په تشخیص ئې درملنه تر سره کېږي چې د تشخیص د غلطۍ په صورت کې د ملاریا ناروغان نور هم اختلاطي شکل غوره کوي. له بلې خوا د جنگې خرابو شرایطو له امله د زراعتي ځمکو شاپیدل او په جبه زارو تبدیلیدل د دوا پاشی د پروگرامونو په کار نه اچول ټول هغه لاملونه دي چې د ملاریا د پرازیت په تکرار او وده کې مهم رول لوبوي او په همدې توگه د ملاریا په وړاندې نیمگړی درملنه او مقاومت نورې هغه ستونزې دي چې د ملاریا د ناروغی کچه ئې پورته وړې ده په دې هکله مو اړینه وگڼله تر څو د ملاریا د ناروغی په هلکه نوي او تازه معلومات د معتبرو علمي سرچینو، کتابونو او text book څخه راټول کړم تر څو د طب د محصلینو، طبي پرسونل لپاره د ښې گټه اخیستنې په منظور مو د هغوی د علمي کچې په لوړولو کې پوره ونډه اخیستي وي.

ملاریا

تعریف:

ملاریا چې په تروپیک او سب تروپیک ساحو کې یوه Blood born پروتوزوایي پرازیتی ناروغي ده چې د ښځینه انافیل ماشې په واسطه له یو انسان څخه بل انسان ته لیږدېږي. هر کال پنځه سوه میلیون خلک په دې ناروغي اخته کېږي چې تقریباً یو میلیون یې تر مرګه رسیږي د مړینې دا کچه په Subsaharan افریقا کې زیاته ده (۸۵%). هر کله چې مسافر د ملاریا اندمیک ساحو ته سفر وکړي کیدای شي چې په دغه پرازیت منتن کس بیرته کور ته راستون شي چې د لوړې درجې تبې، سردردی، لږزې او نورو اعراضو لرونکي وي او یا کیدای شي چې بې عرضه وي.

د پلازموډیم څلور ډولونه په انسانانو کې د ناروغي لامل ګرځي چې په لاندې ډول دي:

۱- Plasmodium Vivax

۲- Plasmodium Oval

۳- Plasmodium Malaria

۴- Plasmodium Falciparum

په دغه وروستیو کې یو ورته ډول د پلازموډیم Knowlesi په نامه د یو سپورادیک پیښې په توګه په جنوب شرقي اسيا کې پیدا شوی دی.

د P.Falciparum او p.Vivax پیښې زیاتې دي خو فلسیفارم شکل یې زیات خطرناک دی چې خاصاً په افریقا کې د وقایوې پروګرامونو په سر کې قرار لري. فلسیفارم ملاریا

په خو ورځو کې د شروع څخه د لوړې Parasitemia په پایله کې د مړینې لامل کیږي . په هغه صورت کې چې ناروغې زر تشخیص او تداوی نه شي . ۳۷۳:۱۱

اپیدمیالوژي: د ملاریا لېږد په افریقا ، اسیا (جنوب ختیځه اسیا ، جنوب ، منځني ختیځ ، ختیځه اروپا او په مرکزي او جنوبي امریکا کې صورت نیسي . زیاتې شدیدې پیښې یې په Sub-Saharan افریقا یا مدیترانه کې منع ته راځي چې په ماشومانو کې د مړینې لامل کیدای شي .

انسانان د انافیل بنځینه ماشې د چیچلو په واسطه چې د شپې له خوا تغذیه کوي او نوموړې ماشې د ۱۵۰۰ مترو څخه په لږ واټن کې لوړو ځایو ته ځي کله چې ماشی په ملاریا اخته کسانو وینه زیښی د ملاریا د پرازیت په واسطه منتن کیږي چې په دغه حالت کې د ملاریا بنځینه او نارینه گامیتونه په ځانگړو سرو حجراتو کې موجود وي او ماشی وجود ته داخلېږي . وروسته لدې چې پرازیت خپل یولړ انکشافی پړاو نه طی کړي او په سپوروزوټونو (د ملاریا همغه شکل پرازیت چی انسان اخته کوي بدلېږي او د ماشی د لږو عدواتو او د خولې لږو ته راځي چی وروسته د یو بل کس له چیچلو څخه د انسان شعریه رگونو ته داخلېږي او نوموړی کس په ملاریا اخته کوي . داچې په یوه ټولنه کې ناروغي په څه کچه سیر لري پدې پورې اړه نیسي چی څومره کسان په یوه ټولنه یا سیمه کې په ملاریا اخته دي او د انافیل ماشو د ټولنو پیښې ، د ماشی چیچلو لپاره د کوربه موجودیت ته ، د چاپیریال حالات لکه بارانی سیمی ، د سیمې گرمی او تودوخه ، رطوبت چې د ماشو د اوسیدو لپاره برابر ونکی دي . په انسان کې د ملاریا د پیښو زیات شمیر د ماشو په واسطه لېږدېږي اما ملاریا د پلاستیا او وینې د ترانسفیوژن له لارې هم

لیږدیداى شي مگر داډول لیږد یا پیښې په هغه ځایو کې چې ناروغی په اندمیک شکل شتون لري لیدل کیږي .

پتو جنیزس:

کله چې ښځینه انا فیل ماشې چیچلو پروخت دانسان بدن ته له خپلی لعابیه غدې څخه سپوروزوئېت داخل کړي وروسته دغه سپوروزوئېت دویښی له لارې څگر ته وړل کیږي اود څگر پرانښیم ته تر ننوتلو وروسته په غیر زوجی تکثر شروع کوي . چې پدې ډول په Intrahepatic او یا Pre erythrocytic شیزوگوني او یا سپوروگوني ویش کی دیو سپوروزوئېت څخه لس زره تر دیرش زره میروزوئېت جوړیږي اود څگر د حجراتو د څیری کیدو په نتیجه کې متحرک میروزوئېتونه دوران ته اچول کیږي چې دویښی سره حجرات اخته کوي اود (۴۸) الی (۷۲) ساعتو په موده کې (۲) الی شل چنده زیاتیدنه کوي P.vivax او P.ovale په ډولونو کی ممکنه ده چې یو شمیر میروزوئېتونه د څگر په منځ کی انقسام ونه کړي اودیوخت لپاره بیده پاتي شي (چې دې شکل ته هیپنوزوئېت وائي) چی دابیرته د عود سبب گرځي اما د P.F او P.M په ډولو کې هیپنوزوئېت نه جوړیږي کله چې میروزوئېتونه سره حجرات تر حملې لاندې نیسی نو میروزوئېتونه د هغو سطحی اخذو په مرسته چې د سرې حجرې په سرځای لري ننوځي اوپه تروفوزوئېت بدلېږي . په P.V کې دغه ځانگړې اخذې Duffy blood Group اتی جن د Fya او Fyb دي . خو دلویدیځې افریقا زیات شمیروگړې اود امریکا تور پوستې د Duffy Negative Fya Fyb لرونکې دي چې د P.V سره مقاوم دي ځکه چې پرازیت ته د ننوتلو ځای نشته . په لمړی پړاو کی د سرې حجرې په منځ کی پرازیت د وړې گوتې پشان Ring ډوله چې د ملاریا په څلور ډولو کی سره یو شان وي جوړوي د تروفوزوئېت د غټیدو په صورت کې

خاص تغیرات رامنځ ته کیږي چې پرازیت یو غیر منظم Ameoboid شکل غوره کوي اود ۴۸ الی ۷۲ ساعتو په موده کی د سرې حجرې ټول هیموگلوبین په مصرف رسیږي اود سرې حجرې ډېر ځای نیسی چی پدې وخت کې د غې مرحلې ته شایزونت ویل کیږي او هستوی انقسام صورت نیسی سره حجره چوي او ورڅخه یو شمیر مواد Glycosyl phosphorylated Loinositol آزادیږي چې د مکروفاز د فعالیتو سبب کیږي او وروسته له مکروفازونو څخه سایتوکین آزادیږي چې داسایتو کینونه د تبی ، درد ، لرزې سبب کیږي .

یو شمیر پرازیتونه د سرې حجرې په داخل کې زوجی شکل نارینه او بنځینه گامیتونه جوړوي کله چې کس د ماشي پواسطه وچپل شي نو دا گامیتونه اخلي اود ماشی په کلمو کې دواړه بنځینه او نارینه گامیتونه یوځای کیږي زایگوت جوړوي چی وروسته داپه Ookinete او Oocyst بدلیږي چې دغه تر زروپوری میروزوئېتونه لري چی په اخره کې چوي او میروزوئېتونه د ماشی لعابیه عدواتو ته د وینی او لمف له لارې رسیږي. د نه درملنې په صورت کې P.V او P.O د پنځه کالو لپاره او P.F یونیم کال او P.M کولای شي چې تر (۵۰) کالو پورې دانسان په وجود کی ژوند کوي

لاندې جدول کی د پلازموډیم د ډولونو ځانگړتیاوی بنودل شوي دي

۴-۱ جدول: د پلازموډیم د ډولونو ځانګړتیاوي ۴: ۱۰۴، ۱۰۵

P.M	P.O	P.V	P.F	ځانګړتیاوي
۱۰	۹	۸	۵.۵	دځگر دننه دوام (ورځې)
۱۵۰۰۰	۱۵۰۰۰	۱۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰	د میروزوټوشمیر چې دځگر د منتنې حجرې خڅه آزادېږي
۷۲	۵۰	۴۸	۴۸	دوینۍ په سرو حجرو کې دوام (ساعت)
نښتۍ یا Rectoangular شکل	منتنه سره حجره غټه او بیضوی وي	غیر منظم Ring تروفوزوئټ غټه سره حجره او Schuffnerdots	زیاتره Ring شکل د کیلی په ډول ګامیتونه	شکل
تور نصواري	تیاره نصواري	ژېړ نصواري	تور	د صباغ رنګ
نلري	لري	لري	نلري	بیرته راګرځیدنې وړتیا

په ملاریا کې څه وخت چې سره حجرات تر برید لاندې راشي یو لږ بدلونونه رامنځ ته کیږي چې د پتوجنستۍ له نظره باید د پامه ونه غورځول شي کله چې سره حجره د پرازیت پواسطه اخته کیږي پرازیت د سرې حجرې منځنۍ پروتین خاصه هیموګلوبین مصرفوي اود هیمو گلوبین د تجزیې په نتیجه کې زهری Hem په هیموزین بدلېږي چې د ملاریايې پګمنټ پنوم یادېږي چې په اندوتلیوم او شاوخوا انساجو باندې جمع کیږي چې د شدید التهابي غبرګون ، Complement او platelet د فعالیتو لامل ګرځي . له بله پلوه پرازیت

د سری حجرې د غشاء ترانسپورت خرابوي د حجرې په سر سطحې Cryptic اتی جن بنکاره کیږي چی داد پرازیت پواسطه منځ ته راغلی پروتین په حجروي غشاء کی ننوزي چې لدې کبله حجرې شکل غیر منظم ، د اتی جنیک مشخصاتو او سوء شکل درلودونکی وي .

P.F له امله په حجروي عشا کې وتلې ټکي د غیر زوجي تکثر د لومړي ۲۴ ساعتونو څخه وروسته منځ ته راځي چې د لوړ مالیکولي وزن او خاص اتی جنیک پروتین لرونکې وي (P.F Erythrocyt protein -I) چې د نښلیدو خواص لري د وریدو او کپلیرو د اندو تلیموم د اخذو سره نښلې چې دې ته Cytoadherencce وايي .

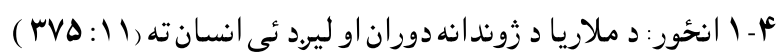
چې په دماغي رگونو کې د نښلیدو لپاره Inter cellular adhesion- I او د پلاستنا په رگو کې د نښلیدو لپاره chondrotin sulphate B او په نورو غړو کې د نښلیدو لپاره CD۳۲ د ارزښت وړ دی . په دې توگه منتنې سرې حجرې له یوې خوا د وړو رگونو په داخلي سطحه کې نښتنه کوي او د بلې خوا د روغو حجراتو سره یو ځای Rosettes (گلدسته) جوړوي او هم د نورو پرازیتي حجراتو سره اگلو تینیشن کوي چې په دې توگه Cytoadherence , Rossette او اگلو تینیشن د P.F د ملاریا مرکزی او مهم اساسي بنسټونه دي . په حیاتي غړو کې د کوچني دورانونو د بندښت ، خرابوالی او د استقلال د تشوش لامل گرځي دا بنده شوې سره حجره د توري د فلتريشن څخه لرې پاتې کیږي نو له دې امله په P.F کې په محیطي دوران کې یواځې د پرازیت ځوان شکل پاتې کیږي همدا ډول په شدید P.F ملاریا کې د غیر منتن سرو حجراتو د Deformability وړتیا کمیږي او په قسمي توگه له بندو شوو رگو څخه د تیریدو پر مهال د ویجاړیدو سبب کیږي . د ملاریا په نورو دری سلیمو شکلو کې بنیدل صورت نیسي او د پرازیت د ژوند تولې

مرحلي په محيطي وينه کې د ليدلو وړدي همدارنگه دا ډولونه د وينې د زړو حجراتو او يا دريتيکو لوسايت داخه کيدو ميلان هم لرې او په نادره توگه له ۲% څخه د زياتې Parasetemia لامل کيږي په داسې حال کې چې P.F د وينې حجرات په هر عمر کې په خاصه توگه ځوان حجرات تر حملې لاندې نيسي او لوړه Parasitemia منع ته راوړي.

د ژوندانه سا يکل او کلنيکي لوه :

د يوې منتني ماشې د چيچلو څخه کم تر کمه اوه ورځې وروسته کس په تبه اخته کيږي په داسې حال کې چې په ټيپيک ډول يې د تفريح موده د ۱۴-۳۰ وې او داوخت هله لاپسي ډيريږي چې شخص د کيمو پروفيلکسيز لپاره د ملاریا ضد درمل اخستې وي . اما د ملاریا پرازيت په پوره توگه له منځه تللی نه وي د کلنيک له نظره د ناروغی شروع غير وصفی وي. غير منظم ټيټه درجه تبه ، سردردی، عضلي دردونه ، د سره لرې احساس ، ذکام ته ورته يوه ناروغی د ناروغ په وړاندې موجوده وي. څرنگه چې ناروغی پرمخ ځي لوړه درجه تبه او سره لرې شروع کيږي چې دا حالت په سره حجره کې د پرازيت د زياتوالي امله منع ته راځي .

کله چې انافيل ماشې انسان وچيچي لومړې سپوروزويېتونه ځگر ته ننو ځي او دځگر حجري اخته کوي (Hepatocytes) چې په هغه ځای کې هگې اچوي او وروسته ډيرنبت کوي وروسته له دې چې پرازيت ډيرنبت کوي د ځگر هره اخته شوې حجره خيري کيږي او له هغې څخه په سل گونو زرگونو ميروزيتونه د وينې جريان ته داخليږي. په لاندې انځور کې پوره بنودل شوي دي.



د پلازمودیم ویواکس او د پلازمودیم Ovale په زیاتو پیښو کې له دغو پرازیتو څخه په ځگر کې په ویده شکل د څو میاشتو حتی تر څلورو کالو پورې پاته کیږي ترڅو فعال شي او که تکثر وکړي او دناروغی یوبله کلنیکي لوجه منځ ته راوړي . د ځگر د حجراتو څخه ازاد شوي میروزویتونه د دورانې وینې سره حجرات اخته کوي چې په تروفوزوئېټ بدلیږي او د محیطي وینې په تلوین شوي یا رنگ شوي سمیر کې د حلقې په شکل لیدل کیږي . د سرې حجرې دننه تروفوزوئېټ په شایزونت بدلیږي او په اخره کې میروزوئېټ منځ ته راوړي چې داخه شوي سرې حجرې د څیرې کیدو په پایله کې ازادیږي چې د میروزوئېټ د ازادیدو نه وروسته دوهم نسل په چټکۍ سره د دوران نوري سرې حجرې اخته کوي او اتان مخکې ځي او د سرو حجرو نوی سایکل اخته کوي .

په هر سایکل کې چې سره حجرات چوي لرزه او تبه ورسره شروع کیږي چې دغه اعراض ممکن د سایتو کین او نورو فکتورو له کبله چې د مکروفایټو او التهابي حجراتو په واسطه منځ ته راځي چې دغه التهابي حجرات د زهری موادو په واسطه کله چې د سرې حجرې په دننه کې د نمو په حال کې وي ازادیږي او تنبه کیږي چې د تبې او لرزې څخه برسیره په ناروغ کې سردرد ، عضلي دردونه ، زړه بدوالی او کانګې هم موجودې وي د ناروغی د پیل په ورځو کې تبه غیر منظمه وي مخصوصاً په P.F کې .

د ملاریا د اتان په پیل کې په هغو کسانو کې چې معاف شوي نه وي مختلف ډولونه یې د تبې مختلفې څپې له یوې صفحې سره چې تبه نه لري یو ځای وي منځ ته راوړي د تبې موده د ملاریا د پرازیت په مختلفو ډولو کې مختلفه وي .

۴-۱ جدول: د ملاریا د هغه ډولونو اوصاف چې انسانان متنن کوي. ۱۱: ۳۷۴

P.KNOWlesi	P.M	P.O	P.V	P.F	بڼه یا لویه
بیزوگانې	انسانان	انسانان	انسانان	انسانان	دانتان مخزن
جنوبی آسیا	جنوبی امریکا آسیا افریقا	Sub Saharan افریقا	اسیا جنوبی آسیا جنوبی امریکا افریقا	Sub Saharan اسیا، افریقا، جنوبی امریکا	جغرافیاوی څرگنده ساحه
۱۲-۹ ورځې	۳۰-۷ ورځې	۱۴-۸ ورځې	۱۴-۸ ورځې	۱۴-۷ ورځې	د تفریح دوره
شتون نلري	شتون نلري	شتون لري	شتون لري	شتون نلري	د ځگرد دورې پرازیت Hyponozoites
دورانې سری حجری	زاړه سره حجرات	ریتیکولوسایت	ریتیکولوسایت	RBC دورانې سری حجری	دوینې سری حجری غوره والی
< ۰,۵%	< ۰,۵%	< ۰,۵%	< ۰,۵%	> ۱۰%	وصفی پرازیتیمیا
NA	NA	NA	Binax Now	Binax Now	RDT ژر تشخیصیه تستی

په P.Vivax, p.ovale, P.F کې تبه د ۴۸ ساعتو په وقفې سره یا هر دری ورځې وروسته منځ ته راځي په پلازمودیم ملاریا کې هر ۷۲ ساعته یا هر څلور ورځې وروسته تبه منځ ته راځي برسیره پردې کیدای شي چې پلازمودیم ملاریا په غیر عرضی شکل مزمنه پاتې شي او یوه حقیفه Parasitemia منځ ته راوړي. پلازمودیم Knowlesi ۲۴ ساعته پریود لری او په دغه ناروغانو کې ممکن د تبې ورځنې حملې منځ ته راشي. آزاد شوی میروزوئېتونه ممکن د دوران هره سره حجره تربیدلاندې ونیسی او په لوړه درجه (۵% >) parasitemia منځ ته راوړي هغه سری حجری چې پرازیت لري د غیر پرازیتي سرو حجرو

سره نښلی چې دا حجرات نښه شوي حجرات دي لکه څرنګه چې د P.F اتناني پرمختګ کوي خو دغه په نښه شوی سره حجرات کوچنی دورانونه تخریبوی اود خیاتي غړو په کپلیروکې پرازیت لرونکی سره حجرات ټوټه کیږي اود خیاتي غړو لکه دماغ د کوچنی دوراننو د تخریب لامل ګرځي چې د مضاعف end organ د عدم کفائي لامل کیږي . داریترو سائیتیک سایکل په جریان کې ځینې سرې حجرې چې میروزوئېټ لري ممکن د ملاریا ښځینه او نارینه ګامیتونه منځ ته راوړي ګامیتوسیت په نیغه توګه نشی کولای چې انسانان اخته کړي مګر دا چې د ښځینه انافیل ماشې پواسطه بلع شي د ماشی په کلمو کې القاح کوي چې انسان ته لیږدېږي د ملاریا ګامیتونه د محیطی وینی په سمیر کی حتی د پوره درملنې څخه وروسته د ناروغانو لپاره مرضی ندي که څه هم د ملاریا ټول ناروغان باید د ماشوله چیچلو څخه وساتل شي البته د درملنې څخه وروسته حتی د ناروغ دوهم ځلې اخته کیدو څخه مخنیوی وشي اوهم لدې څخه چې ماشی ګامیتوسایتونه له شخص څخه وانخلي .

شدیده ملاریا :

شدیده ملاریا زیاتره د P.F پواسطه منځ ته راځي .

فلسیپارم ملاریا د نورو ټولو ډولو څخه د خطر څخه ډکه ناروغی ده چې خبیثه ملاریا هم ورته ویل کیږي د فلسیپارم ملاریا شروع تدریجی ده چې په ناروغ کی بی خالی ، سردردی ، زړه بدوالی ، کانګې ، ټوخی او خفیفه توګه اسهال موجود کیدای شي د تبی شکل مشخص نه وي لکه چې په ناروغ کې د یخنی ، ګرموالی ، او خولی کیدل موجود نه وي په P.F شکل کې په منتن سرو حجراتو کې د کمی په شکل سطحی برجستګی پیدا کیږي چې دغه سره حجرات داو عیو اندوتلیل سره په آسانه نښلی چې لدی امله درګو

بندښت د اعضاؤ د Anoxia لامل گرځي او په عمومي توګه پښتورګی ، ځګر ، دماغ اود معدې معائی لارو د ماؤفه کیدو سبب کیږي . توری په اخره کی لوئېږي او په چټکه توګه کم خونی رامنځ ته کوي .

د فلسیپارم ملاریا کلینکې ډولونه :

۱- د ماغی ملاریا : چی پدی ډول ملاریا کې د وجود د تودوخی درجه لوړه ځي ، شدیدې سردردې ، د شعور چټکه ضیاع ، اختلاجات ، کوما او په اخره کی په مړینه حتمیږي

۲- Algid ملاریا : پدغه ډول ملاریا کی شدیدې کانګې ، نس ناستی او محیطی دورانی کولپس موجود وي .

۳- Septicemic ملاریا : دغه ډول ملاریا کی دوامداره لوړه درجه تبه اود محرقی د تبی اعراض او علایم موجود دي . کبدی کلیوی سندروم اود توری پخپله خیری کیدل هم ممکن منځ ته راشي

۴- Black water fever : د داخل وعائی هیمولایزس له امله منځ ته راځي چې دادرار رنگ تور قهوه یي تیره رنگه گرځي او علت ئې همدا هیمولایزس دی دا ډول ادرار یواځې په P.F ملاریا کی لیدل کیږي کیدای شي چی تبه په ډیره ناڅاپی توګه پیل شي او ورسره د کتنې وړ هیمولایزس ، هیموګلوبینوریا کانګې ، دورانی کولپس اود پښتورګو حاده عدم کفایه رامنځ ته شي .

د فلسیپارم ملاریا اختلاطات :

۱- C.N.S مرکزی عصبی سیستم (کوما ، اختلاج)

۲- پښتورګی - هیموګلوبینوریا (Black water fever)

- اولیګوریا

- د پښتورگو حاده عدم کفایه

۳- وینه - شديده هيمولایتيک کم خوني

- خپور داخل وعائي تحثر DIC

۴- تنفسی - حاد تنفسی ډسټرس سندروم (ARDS)

۵- متابولیک - هايپوگلايسيميا

- متابولیک اسيدوزس

۶- معدی معائي - اسهال

حگر - زیری

د توری خیری کیدل

۷- نورا ختلاطات

شاک ، هايپوتنشن

د حرارت د درجې لوړوالی

تشخیصیه پلټنې :

دوینې نمونه په نازک او پیر شکل :

ډیره ښه ستانډرډ ازموینه د ملاریا د تشخیص لپاره دوینې په نمونه کې د پرازیت لټون

دی چې د ناروغ څخه وینه اخیستل کیږي او سلايد په نازک او پیر شکل سره تیاریږي په

سره حجره کی د پرازیت شتون اویا په دوران کی پرازیت لرونکی سری حجری

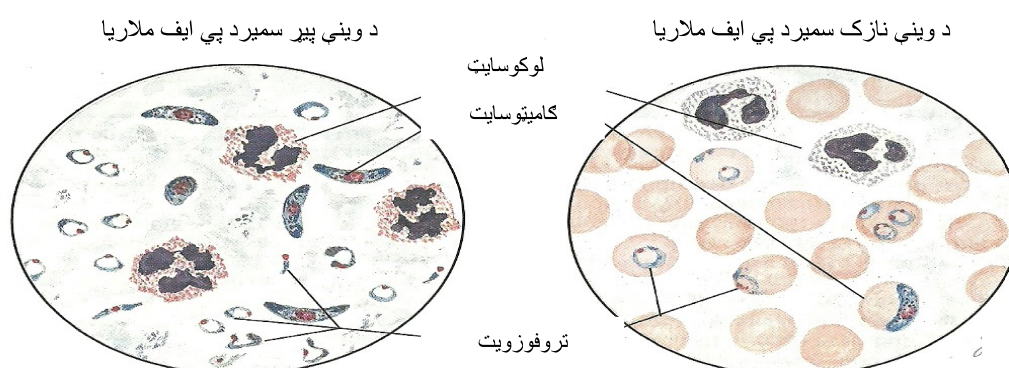
Parasitemia ښی اود دغه سرې حجرې فیصدی یا اندازه د ملاریا شدت او درجه ښی.

دوینی نمونه چی د Giemsa په تلوین سره د مایکروسکوپ لاندې معاینه کیږي د شکل

له نظره پاڅه تروفوزوایتونه ، شیزوتونه ، گامیتوسایتونه ، تروفوزوئېتونه د حلقی Ring

په شکل لیدل کیږي چې د ملاریا د مختلفو ډولونو تفریق پکې کیږي. معاینه باید د یو تجربه لرونکي کس لخوا ترسره شي او د وینې درې نمونې هر (۲) الی (۸) ساعته وروسته اخیستل کیږي.

P.F گامیتونه د کیلي شکل لري چې یا د سري حجرې په دننه او یا بهر کې وي په ملاریا اخته کس په وینه کې لمړنی تروفوزوئېتونه (Ring) شکل P.knowlesi چې نوی کشف شوی دي ممکن P.F ته ورته وي پداسې حال کې چې پاڅه تروفوزوئېتونه P.knowlesi گامیتونه او شیزوټونه ممکن د P.malaria سره مغالطه شي د وینې په نمونه کې د ملاریا د پرازیت د ډولونو غیروصفی څرگندونې چې لوړه درجه Parasitemia چې د پلازموډیم ملاریا څخه هم پورته وي چې دا یو شکمن حالت د P.knowlesi لپاره کیدای شي د نوري مایکروسکوپ پواسطه قطعی تشخیص نشی اجرا کیدای نو د ناروغ د وینې نمونه باید اړونده لابراتوار ته ولیږل شي ترڅو د مالیکولي آزمینو پواسطه لکه PCR د ملاریا د پرازیت ډولونه وپېژندل شي.



۴-۲ انځور: د فلسیفارم ملاریا تشخیص د نازک او پیر سمیر په واسطه (۱۱:۳۷۷)

چټک تشخیصیه آزموینی Rapid diagnostic test :

څرنگه چې د مایکروسکوپیک معایناتو اجرا وخت نیسی او قیمتته هم وي او برسیره پردې یو ماهر او تجربه کار مایکروسکوپست ته هم ضرورت شته چې دا معاینات په یو مجهز لابراتوار کې ترسره شي خو پورته شرایط په اندیمیک او غیر اندیمیک ساحو او هغه کلینکو کې چې د صحی مراکزو څخه لرې وي ممکن موجود نه وي پدې منظور د چټک تشخیصیه آزموینو انکشاف ته یوه خاصه پاملرنه موجوده ده . چې پدغه آزموینو کې په ملاریا اخته کسان څه په اندیمیک ساحه اوڅه چې اندیمیک برخو ته ئې سفرونه کړي وي او یا هلته ځای په ځای شوی وي .

فعلاً د چټک تشخیصیه آزموینو زیات تستونه شته دي چې د ملاریا کم شمیر پرازیتونه (۲۰۰) پرازیتونه فی مایکرولیتر (نسیی که څه هم د پرازیتونو په زیات شمیر کی (۲۰۰۰-۵۰۰۰ فی مایکرولیتر مثبت کاذبه نتیجه ورکوي خود دغه تستونو څخه په آسانی گټه اخیستی شو . او کولای شي چې P.F او P.vivax څرگند کړي او یا هم دواړه مشخص کولای شي د تست د مثبتوالي په صورت کې هغو ناروغانو ته چې په ملاریا داخه کیدو تاریخچه اعراض او علایم لري درملنه شروع شي چې د P.F پېښو کی ژوند ژغورلای شی . د RDTs ستاندرډ ارزونه د CDC د ناروغی د وقای کترول او WHO په واسطه توصیه شوې ده. د RDT د تستونو د جملې څخه یو یې چې د Binax now malaria تست په نامه یاد شوی دې . دا تست کولای شی چې د P.vivax او P.F انتې جینونه په هغه وینه کې چې له ورید څخه یا د گوتې دڅو کې او یا د گوتې د Stick په واسطه اخیستل شوی وی را په گوته کړی او دغه آزموینو ښودلې ده چې مختص والی یې په P.F کې %۹۴,۲ او حساسیت یې %۹۹,۷ دی او د P.V لپاره مختص والی %۹۹,۸

او حساسیت یې %۹۳,۵ دی . دغه تست یو د ملاریا ضد انتې باډې د Strip په اخره کې لری چې د H R P II (Histamin rich protein) انتې جن چې د P.F لپاره وصفی دی او همدا ډول د هغه انتې جن لپاره چې د ملاریا د څلورو ډولو لپاره معمول دی. په دغه Strip کې د نمونی مطابق نشانی یا Packag موجوده ده کله چې د ناروغ وینه د Strip ډیزاین شوو نښو لپاسه اچول کیږي انتې جن د انتې باډی سره یو ځای کیږي او یو انتی جن انتې باډی کمپلکس جوړوی وروسته له هغې چې نښانی شوی مایع یا یوه آزمایشی مایع لاس ته راشی دغه معلق یا Complex د Strip تست په امتداد کې گډیږي او یا د انتې باډې دوهمه برخه چې په Strip کې ځای په ځای شوې ده یو ځای کیږي او دوه کرښې یا خطونه منځ ته راوړي په اخر کې یو دریم خط هم د Strip له distal برخې څخه لرې موجود وی ترڅو د دې مثبت والي په حالت کې که ټول مواد سره یو ځای شوې وي ښه کارورکوي وښیي . ۱۱:۳۷۷

ددې دواړو او یا یو خط له جملې څخه د دریم کنټرولي خط سره چې له گلابي نه په ارغواني بدل شي تست مثبت دی او دتست مثبت والي کولای شي چې P.F د پلازمودیم له نورو ډولو څخه تفریق کړي. د منفي کیدو په صورت کې باید مایکروسکوپیک معاینات تر سره شي او د وینې سمیر په نازک او پیر ډول واخیستل شي او ازموینه یې تر سره شي .

درملنه :

د ملاریا ناروغان په دوه گروپه دلبندي شوي دي :

هغه چې شديده اختلاطی ملاریا لري .

هغه چې غیر اختلاطی ملاریا لري .

هغه ناروغان چې غیر اختلاطی ملاریا لری د خولې دلارې درملنه یې صورت نیسی بستر ته ضرورت نه لری. د P.vivax او P.ovale درملنې له شروع څخه وروسته ددې لپاره چې جذرې درملنه یې وشي ناروغانو ته د Primaquine فاسفیت یو کورس دوا توصیه کیږی ترڅو هغه Hypnozoites چې په ځگر کې په محفې شکل پاتې دی له منځه یوسي او د ناروغی دبیرته راگرځیدو څخه مخنیوی وشي. شدید ملاریا زیاتره د P.F په واسطه منځ ته راځی هغه چې د ۵% څخه پورته پرازیتیم د وینې په معاینه کې موندل شوي وي د کلینیک له نظره یو یا څو لاندې حالتونه په کې منځ ته راځي :

لکه د ناروغ دشعور خرابوالی یا کوما ، شديده نورموسایتيک کم خونی ، دپښتورگو عدم کفایه ، د سپرو اذیم ، ARDS ، دورانی شاک ، درگونو خپور تحشر (DIC) ، په خپل سر خون ریزی ، اسیدوزس ، هیمو گلوبینوریا ، زیږی ، اختلاج چې په عمومي شکل وی او په تکرارې ډول منځ ته راځي.

اوس په U.S.A کې د شديدي ملاریا لپاره لاندې درملنه ترسره کیږي :

آلته د لومړي خط درملنه عبارت ده له quinidine gluconate داخل وړیدی جمع یو د لاندني درملو سره لکه doxycycline ، تتراسکلین ، کلندامایسین . که څه هم Quinidine گلو کونیت فعالاً په زیاتو روغتونو کې د درملنې څخه ویستل شوي دي چې اخیستل یې گران دی .

د شديدي ملاریا لپاره یوه بله اغیزمنه درملنه داخل وړیدی Artesunate ده چې په U.S.A کې د څیړنو په ترڅ کې توصیه شوې ده او په بیرنیو پیښو کې په مناسبه توگه د ناروغانو په واک کې ورکول کیږي .

په یو شمیر پېښو کې لکه امیدواري ، Splenectomy د HIV اتان او معافیت خپلی حالات چې شديده ملاریا ورسره یو ځای وی باید د تکره او تجربه کار فنی کسانو سره مشوره وشي. ۱۱: ۳۷۷، ۳۷۸

د ناروغی مخنیوی :

د ملاریا مخنیوی په دوه گروپونو ویشل کیږي . یو د ملاریا محیطي مخنیوی او وقایه دوهم د خلکو په منځ کې د ملاریا کنترول او مخنیوی .

۱- محیطي وقایه په دې ډول ده چې باید جبهه زاره ځایونه او چټلې ولاړې اوبه او ډنډونه له منځه یوړل شي او هغه اوبه چې نوې ډنډ شوي وي مخنیوی یې وشي او په دغه اوبو کې د گمبوز یا ماهیان و اچول شي ترڅو د ماشو لارو و خوری او هم کیمیاوی مواد په جهیلونو او ولاړو اوبو کې او هغه اوبو کې چې ورو جریان لري پري علاوه شي ترڅو د ماشو لارو له منځه یوسي او هم هغه کسان چې د دغه ډول اوبو سره اړیکې لري د حشره وژونکو (DDT) Spray په واسطه کولای شي چې خپل ځان وساتي . او هم باید دروازو او کړکیو ته جالی و نیول شي .

انسانې وقایه په دې ډول ده چې ناروغ باید خپل ځان د ماشو د چیچلو څخه وساتي . په وقایوي توگه د ملاریا ضد دوا اخیستل (Chemo prophylaxis) او د هغه کسانو لپاره چې د ملاریا سره منتن شوي دی د اغیز منې درملنې تجویز کول لازمی دی د ماشو څخه په دې توگه مخنیوی کیږي چې د لمر پریوتو او تیاري راڅرگندیدو سره تر سبا پورې ناروغ بهر ته ونه وځي او د خوب په وخت کې د پشه خانې څخه گټه واخلي . او که چیرې بهر ته دتلو اړتیا پېښه شي په داسې حالاتو کې خشره وژونکې دوا لکه N.N- (DEET) Metatolumaid diethyl د بدن په لوڅو برخو ومېنل شي او یا داسې کالی واغوندي

چې د خشره وژونکې دوا لکه permethrin په واسطه یې دوا پاشي صورت نیولي وي تر څو په دې توګه د ماشو سره د مخامخ کیدو مخنیوي وشي درج شوې راپورونو ښودلې ده چې تر هغه پشه خانو لاندې ویده کیدل چې د خشره وژونکې دوا ورباندې پاشل شوې وي د ملاریا په پیښو کې د کتنې وړ کمي رامنځ ته شوی دی مخصوصاً په هغو سیمو کې چې په لوړه درجه اندمیک دي لکه افریقا.

کوم ډول دوا چې د Prophylaxis لپاره ورکول کیږي دا په دې پورې اړه پیدا کوی چې هغه سیمې د مقاوم ملاریا یعنې د P.F د کلوروکین سره مقاوم او یا د کلوروکین سره حساس ملاریا ده (لکه P.malaria ، P.vivax ، P.oval ، p.knowlesi)

په داسې حالاتو کې چې پورتنی دواړه ډول ملاریا شته دی نو د درملنې لپاره هغه رژیم په نظر کې نیول کیږي کوم چې د کلوروکین سره مقاوم ضد ملاریا لپاره په کار وړل کیږي حتی که د کلوروکین سره حساس ملاریا هم ولری.

کیمو پروفلیکسز هغه وخت ډیر اغیزمن دي چې په منظمه توګه درمل توصیه او تطبیق شي.

په اندمیک سیمو کې د سفر څخه مخکې، د سفر په جریان او یا له سفر څخه وروسته په یو خاص واټن کې ورڅخه ګټه اخیستل کیږي.

چې د دوا ډوز، موده او یا د درملنې جریان څو مره دی دا په دې پورې اړه نیسي چې د سفر موده څو مره ده او یا کوم ډول درمل انتخاب شوی دی د مسافرینو په منځ کې لویه غلطې د دوا د یاده ویستل دي چې د دوا د اخیستلو د مودې څخه یې په یاد نه وي چې وروسته په کتنې سره دورځې او داوونۍ دوزونه ټاکل کیږي که څه هم د کیمو پروفلیکسز

ځنې رژیمونه په اعیزمنه توګه هم د شپږو کالو لپاره اخیستل کیږي. لکه کلوروکین په اونی کې یو ځل.

اوس د کلوروکین سره مقاوم P.F لپاره وقایه د یوې دورې لپاره ۱-۲ کاله وی. د هغو کسانو لپاره چې د زیاتې مودې لپاره په یوه کلوروکین مقاوم P.F سیمه کې پاتې کیږي او یا دا چې په دغو سیمو کې سفر کوی چې ۲۴ ساعته وروسته ناروغ ته یو تب جن حالت پیدا کیږي.

په داسې حال کې چې صحې مرکز ته یی لاس رسي نه وي پیدا کړی نو Standby emergency (SBET) اجرا کیږي د SBET په درملنه کې ناروغان باید وپوهول شي چې د ماشو څخه په څه ترتیب ځان وژغوري او هم د ملاریا په اعراضو او علایمو پوه شي. او د خولې له لارې د ملاریا ضد دوا یو کورس شروع کړي.

د هغو کسانو لپاره چې د ملاریا څخه متضرر وی او هغه ماشومان چې په Sub Saharan افریقا یا مدیترانه کې ژوند کوي د کیمو پرو فلکسز د وقایې دوام ته ضرورت نشته دا ډول خلک د ناروغي محیطي کنترول او وقایه تر سره کړي او شخصي حفاظت لاسوه مراعات کړي ترڅو د ماشو د چیچلو څخه مخنیوي وشي.

۳-۴ جدول: د کلوروکین په مقابل کې مقاوم او غیر اختلاطي ملاریا درملنه ۱۱: ۳۷۹

درمل - درمل ګډون	دلویانو د درملنې رژیم	د کوچنیانو د درملنې رژیم	عمده مضاد استطباب او احتیاط
اتوواکین پروګوانیل (ملارون)	د کاهل تابلیت ۲۵۰ ملی گرام اتوواکین او ۱۰۰ mg پروګوانیل د کاهل ډوز څلور تابلیته یو	د کوچنیانو تابلیت ۲۲.۵mg اتوواکین او ۲۵mg پروګوانیل د کاهل ¼ برخه یو ډوز د ورځې د	د اتوواکین او پروګوانیل سره حساسیت د پښتورگو عدم کفایه هر کله چې دریفامپسین

میتوکلورپروپاماید سره یوځای استعمال شي نوږه پلازما کی ئې غلظت کمیږي	دری ورځو لپاره. د کوچنیانو تابلیت د ورځي ۵-۸k: ۲tab ۹-۱۰k: ۳tab د کاهل ۱۱-۲۰K: ۱tab ۲۱-۳۰K: ۲tab" ۳۱-۴۰k: ۳tab" > ۴۰k: ۴tab "	ډوز د ورځې د خولې له لارې د دری ورځو لپاره . نوټ دوا باید د شحمی غذا سره واخیستل شی	
ارتیمیتراو لومی فانتیرین سره حساسیت	تابلیت: ۲۰mg ارتیمیترا ۱۲۰mg+ لومی فانتیرین دری ورځو کورس دی چې مجموعې شپږ ډوزه کیږي چې ۲۰-۴۸-۳۲-۲۴-۸-۰ ساعته وروسته اخیستل کیږي د کوچنیانو ډوز نظر په وزن سره ۱۵-۵ کیلو یو تابلیت په هر ډوز کی، ۲۵-۱۵ کیلو دوه تابلیت ۳۵-۲۵ کیلو دری تابلیت	تابلیت: ۲۰mg ارتیمیترا + ۱۲۰mg لومی فانتیرین دری ورځو کورس دی چې ټول شپږ ډوزه کیږي چی د ۲۰-۴۸-۳۲-۲۴-۸-۰ ساعته وروسته اخیستل کیږي د لویانو ډوز >۳۵k خلور تابلیت په هر ډوز	ارتیمیتراو لومی فانتیرین (کوآرتیم)
د کونین سره حساسیت، د زړه بی نظمی، د G ۶ P D کسانو کې احتیاط، انتقالی تشوشت د تتراسکین سره حساسیت - دڅگر عدم کفایه د تتراسکین سره حساسیت اود	کونین سلفیت ۸,۳mg /k د خولې له لارې د ورځې دری ځلې د دری ورځو لپاره آته کلن ماشومان اود هغی څخه پورته ۲,۲mg / k د خولې له لارې د ورځې دوه ځلې د آوه ورځو لپاره	کونین سلفیت ۵۴۲ ملی گرامه (۲۵۰mg sal base) ۸mgk.w دری ورځلې په ورځ کی د دری ورځو لپاره او د آوو ورځو لپاره په جنوبی آسیا کې دوکسی سایکلین: تابلیت	کونین سلفیت + دوکسی سایکلین یا تتراسکلین یا کلیندامایسین

سل ملي گرامه کاهل > ۵۰k يو تابلت د ورځې دوه ځلې دآوه ورځو لپاره تترا سکيلين : ۲۵۰ mg تابلت کاهل : څلور تابلته د ورځې دآوه ورځو لپاره	آته کلن اود هغې څخه پورته ۲۵mg /k د ورځې څلورځلې په کسري ډوزونو د (۷) ورځو لپاره	- څگر عدم کفايه
---	---	-----------------

د کلور وکين په وړاندې د مقاوم غير اختلاطي ملاريا يا درملنه			
درمل - درمل گډون	د لويانو د درملنې رژيم	د کوچنيانو د درملنې رژيم	عمده مضاد استطب او احتياط
	کلندا مایسین: لويان: ۳۰۰ mg ۲۰ mg w ۲۰ k base /k په درې کسري ډوزونو د ورځې دآوه ورځو لپاره	ماشومان د ۲۰ k څخه کم ۲۰ mg / k په درې کسري ډوزونو د اووه ورځو لپاره	کلندا مایسین سره حساسيت د څگر او پښتورگو پرمخ تللی ناروغي Colitis
مفلو کين	يوتابلت ۲۲۸ mg بيس د ۲۵۰ ملي گرامه مالگه لويان ۲۸۴ mg بيس ۲۵۰ mg مالگه د خولې له لارې لمړی ډوز وروسته ۵۰۰ ملي گرامه هر ۱۲-۲ ساعته وروسته چی مجموعی ډوز ۱۲۵۰ mg (پنځه تابلته)	يوتابلت ۲۲۸ mg بيس ۲۵۰ mg مالگه ډوز نظر په وزن ۱۳,۷ mg / k د خولې له لارې لمړی ډوز وروسته تعقيب ډوز ۹,۱ mg / k هر ۲- ۱۲ ساعته وروسته ورکول کيږي چی مجموعی ډوز ۲۵ mg راځي /K	مفلو کين سره حساسيت عصبی روحي نا آرامي (۴) هفتی مخکی د منفلو کين سره درملنه د منفلو کين د درملنې څخه د (۱۲) ساعتو په موده کی کنين ورنه کرل شي

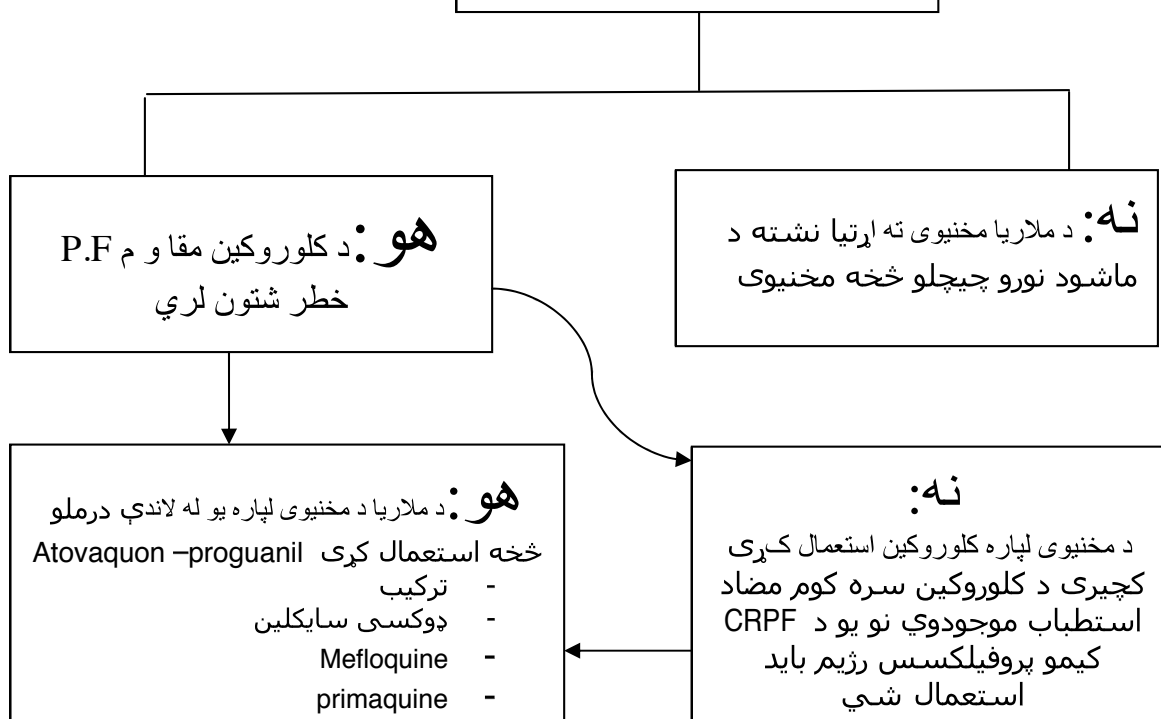
۴-۴ جدول : ۱۰ : ۳۷۸

د غیر اختلاطی ملاریا د ټولو ډولو درملنه چې د کلوروکین سره حساسه وي ملاریا چې په مسافرینو کی منځ ته راځي اوپرته غیر انډیمیک ساحی ته راستون شی			
درمل - درمل یو ځای والی	دلویانو د درملنې رژیم	د کوچنیانو د درملنې رژیم	مضاد استطباب
کلوروکین فاسفیت (ارالین او جنریک)	اول ډوز ۲۰۰ ملی گرامه د خولې له لارې چې د ۳۰۰ mg base سره د خولې له لارې ۲-۲۴-۴۸ ساعته وروسته تعقیبېرې مجموعی ډوزيې ۱۵۰۰ mg base salt (۲۵۰۰ mg)	اول ډوز د خولې له لارې ۱۰ mg /k چې ۵ mg /k پواسطه وروسته ۲-۲۴-۴۸ ساعته د خولې له لارې تعقیبېرې مجموعی ډوز base ۲۵mg / k	د کلوروکین سره حساسیت د میرگی تاریخچه Psoriasis
هایدروکسی کلوروکین Plaquinil او generic	اول ډوز د خولې له لارې ۲۲۰ mg base چې ۳۱۰ mg پواسطه ۲-۲۴-۴۸ ساعتونو سره تعقیبېرې مجموعی ډوز ۱۵۵۰ mg base - ۲۰۰۰ mg salt	اول ډوز د خولې له لارې ۱۰ mg /k چې لارې ۲-۲۴-۴۸ ساعتونو سره تعقیبېرې چې ۵mg /k مجموعی ډوز ۲۵mg/k	د کلوروکین سره حساسیت د میرگی تاریخچه Psoriasis
پریماکین فاسفیت چې د P.O,P.V اتان د بیرته گرځیدو د کموالی لپاره استعمالیږي	۳۰ mg base د خولې له لارې د ورځې یو ځل د ۱۴ ورځو لپاره	۰.۵mg/kg Base د خولې له لارې د ورځې یو ځل د ۱۴ ورځو لپاره	د پریماکین د شروع څخه مخکې باید د G۲PD معاینه ترسره شي ځکه چې هغه خلک چې G۲PD فقدان لري نو د پریماکین په ورکړي سره هیمولایتیک کم خونی پیدا کیږي

۴-۵ جدول ۱۱: ۳۸۰

هغه غیر اختلاطی ملاریا یا درملنه چی د کلوروکین په وړاندې حساسه نه وي			
درمل-درمل ګډون	د لویانو د درملنی رژیم	د کوچنیانو د درملنی رژیم	عمده مضاد استتباب
Dihydro arte misinin Dipeperazine Eurartesim	د ورځې یو ډوز د دری پرله پسې ورځو لپاره لویان ۵۰k > دری گولی د دری ورځو لپاره. هدف ډوز یې Dihydro artemisinin Peperazine او ۴mg/k ۱۸mg/k	په ورکړه کی باید کلینکی تعقیب او اغیزې په نظر کی ونیول شي	د نوموړو درملو سره حساسیت دی

د ملاریا خطر



لنډيز:

د ملاریا ناروغی په هکله د وړاندې شوو معلوماتو خلاصه په لاندې ډول ده.

د ملاریا ناروغي تعريف، پيژندگلوي، او هم د پرازيت د ډولونه په هکله پوره يادونه شوې ده د پرازيت د ژوندانه سايکل چې شيزوگوني او سپروگوني په بر کې نيسي يا نې دا چې د پرازيت سايکل په ماسي او انسان دواړو کې چې د اهميت له نظره ډک دی په پوره وضاحت سره په انځور کې بنودل شوی دی چې لوستونکی ترې زر او په اسانه مطلب اخيستي شي. د ناروغی اپیدمیالوژي، شيوع، مړينه او هم ملاریائي انډیمیک ساحې په نښه شوي دي. د ملاریا د ناروغی په کلینکي لوحه کې چې د نورو تبه لرونکو ناروغيو سره ئې په تفریق کې پوره څرگندونې شوي دي. شديده ملاریا او د هغې اختلالات چې ژوند ته گواښ کوونکی دي په مفصله توگه بيان شوي دي. د ناروغي په تشخيص کې برسیره د وینې د ساده معاینې څخه نورې چټکې ازموینې د ملاریا د تشخيص لپاره ذکر شوي دي. د ناروغی مقاوم او غیر مقاوم، اختلاطي، غیر اختلاطي او د P.F وژونکی ملاریا درملنې ته په جدولو کې ځای ورکړل شوی دی چې په جدولو کې د دوا ډول، ډوز، جانبی عوارض بنودل شوي دي او هم ئې د درملنې موده ذکر شوې ده. په پای کې د ناروغی د مخنیوي لپاره مهم وړاندیزونه تجویز شوي دي چې د عملی بڼې په صورت کې تر زیاته حده ناروغان د لوي خدای (ج) په فضل ددغه وژونکی ناروغی څخه ژغورل کیدای شي.

پوښتنې:

۱. زمونږ وطن کې د ملاریا کوم ډول پېښې ډیرې دي

الف: PV ملاریا ب: PP ملاریا ج: P Ovale د: P. Malaria

۲. Cerebral malaria (دماغي ملاریا) د کومې ملاریا اختلاطي حالت دی

الف: PV ب: PV او PM ج: یواځې PP ملاریا د: ټول غلط دي

۳. secondary Exo erythrocytic phase په کوم ملاریا کې شتون لری

الف: P.F ملاریا ب: P.F او P.M ملاریا ج: PV ملاریا د: ټول صحیح دي

۴. د کلوروکین په مقابل کې د کوم ملاریا د مقاوم کیدو چانس ډیر دی

الف: PF ملاریا ب: PV ملاریا ج: PV او PM د: ټول صحیح دي

۵. د P.F ملاریا د وینې اختلاطات کوم دی په نښه ئې کړی

الف: هیمولایټیک کم خوني ب: اپلاستیک کم خوني ج: ۱۲ vit B کم خوني

د: DIC

پنځم څپرکې هغه اتتانی ناروغی چې له حیواناتو څخه لیږد یږي

مفردات

بروسیلوزس:

- تعریف، لامل، اپیدمیالوژي
- پتوجنیزس او معافیت، کلینکي لوحه
- مخنیوی

انترکس:

- تعریف، لامل، اپیدمیالوژي
- پتوجنیزس، کلینکي لوحه، ډلبندی
- لږاتواري موندنې، تشخیص، درملنه
- وقایه، انزار

د لیوني سپي ناروغي:

- تعریف، لامل، اپیدمیالوژي
- پتوجنیزس، کلینکي لوحه، ډلبندی
- تشخیص، درملنه، مخنیوی
- انزار

تیتانوس:

- تعریف، لامل، اپیدمیالوژي
- پتوجنیزس، کلینکي لوحه، ډلبندی
- تشخیص، درملنه، مخنیوی
- انزار

په دغه خپرکی کې هغه اتناني ناروغی چې له حیواناتو څخه انسانانو ته لیږدېږي په مفصله توګه تر بحث لاندې نیول کېږي چې ددې ناروغیو په لړ کې بروسیلوزس، انترکس، د لیوني سپي ناروغي او تیتانوس شاملی دي. نوموړي ناروغی د ککړو حیواناتو څخه انسانانو ته لیږدېږي یانې دا چې لومړی حیوانات اخته کېږي او وروسته انسانان مصابوي. څرنګې چې ځمونږ د هیواد زیاتره وګړي د کرهڼې او مالدارۍ سره سروکار لري نو نوموړې ناروغي څه په شغلي او غیر شغلي توګه لیږدېږي. لکه د بروسیلوزس په ناروغی کې چې لومړی اوزې، پسونه او غواګانې اخته کېږي او وروسته په نیغه توګه او غیر مستقیم توګه د دوي د محصولاتو لکه اومه شیدو او یا پنیرو د خوړولو څخه چې پاستورایز شوي نه وي انسانان اخته کوي په همدې توګه د انترکس ناروغي چې سپور یې د کلونو لپاره په بهرنۍ چاپیریال کې پاته کېږي انسانان اخته کوي چې په وظیفوي او یا هم غیر وظیفوي توګه لیږدېدای شي په همدې توګه د تیتانوس سپور چې د حیواناتو په غایطه موادو کې موندل کېږي د زیات وخت لپاره په خاوره کې پاته کیدای شي چې وروسته د زخم او ګریدنې له لارې د انسان وجود ته داخلېږي او کس اخته کوي.

په عمومي توګه ځمونږ په جنګ ځپلی هیواد کې د وترنري د پروګرامونو نشتوالی، حیواناتو ته د واکسین نه اجراء کیدنه، د ناروغه څارویو لپاره د مجهز روغتونو او کلینکو نشتوالی او یا هم د تشخیصیه لابراتوارو او فنۍ پرسونل کمی ټول هغه فکتورونه دي چې ناروغي له منتن څاروي څخه انسانانو ته لیږدېږي. په دې هکله د پورتنې فکتورو د له منځه وړلو لپاره باید لارمه اهتمامات ونیول شي. تر څو د ناروغی کچه مو لا اقل رابنکته کړې وي او هم مو په درملنه کې دواړه خواوې په بریالي توګه د لوي خدای (ج) په فضل له ناروغي څخه ژغورلې وي.

بروسیلوزس

تعریف :

بروسیلوزس یوه سستمیک باکتریایي Zoonosis ناروغي ده چې له منتن حیوان څخه انسان ته نیغ په نیغه اویا غیر مستقیم توگه لیږدېږي .

بروسیلوزس په مختلفو نومویدایږي چې دجغرافیایي او سیمې له نظره د Malta تبه ، مدیترانی تبه، Gihralta تبه او وغیره نومویده شوي ده . په همدې توگه دتبې د خواصو له مخې په Undulant Fever چې Remit tent تبه ده اود کلینک له نظره تبه ئې محرقې او ملاریا ته ورته ده چې د Typho malarial fever په نوم هم یاده شوې ده نور نومونه ئې لکه Crimen fever ،Rock fever او Neuro brucellosis هم دي .

لامل :

د ناروغي لامل د بروسیلاد گروپ یو گرام منفی ، غیر متحرک چی کپسول نلری او سپور هم نه جوړوي ، داخل الحجروي کوکوبسیل دی چې لاندې ډولونه ئې انسانان منتن کوي او عبارت دي له

۱ - Brucella melitensis چې د قوی ویرولاتس لرونکي دی اوپه عمومي توگه میږي ،

اوزې او اوبنانه اخته کوي

۲ - Brucella abortus - د کم ویرولاتس لرونکي دي عموماً کورني او صحرائي غواگانې

او مینې اخته کوي

۳ - Brucella Canis سپی اخته کوي

۴ - Brucella Suis په منځني کچه ویرولاتس لري اوزیاتره خوگان اخته کوي. ۷: ۴۷۲

۵- Brucella Ovis چې میږې اخته کوي

۶- Brucella Neotomae چې موږکان اخته کوي

ناروغی د پورتنیو منتن حیواناتو څخه انسانانو ته لیږدېږي

دا اورگانیزم د لمر دورانگو ، ایونایزراډیشن او منځنی درجی تودوخې سره حساس دی په جوش او پا ستورایز شوی له منځه ځي لکن یخ اود وچیدو سره مقاوم دي بروسیللا په هغه پنیرکی چې داوړی او یا پسونو له شیدو څخه جوړ شوی دی تر دوه میاشتو او په هغه وچه خاوره کی چې د حیوان د تشو متیازو یا مهبلی افرازاتو سره ککړ شوی دي تر (۶) میاشتو ژوند کولای شی همدارنگه په آسانی سره د disinfective موادو سره له منځه ځي .

اپیدمیالوجی :

د نړیوال روغتیا یی سازمان دا حصائی له مخې د نړی په سلو هیوادونو کې په هر کال کې د ۵۰۰۰۰۰ پېښو راپور ورکړل شوی دی دا ناروغی عموماً د منتن حیوان څخه انسان ته انتقالیږي له یو انسان څخه بل انسان ته ئې انتقال ثابت شوی نه دی د خپریدو لارې ئې عبارت دي له :

الف : نیغ په نیغه تماس : چې په عمومی توگه د منتن انساجو ، وینه، ادرار، افرازات، سقط شوی جنین او خصوصاً د سرې او یا کود سره د مستقیم تماس پواسطه انسان منتن کوي اتان د تخریش شوی، پوستکی، محاطی او یا منضمې د لارې داخليږي پدې شکل خپریدنه کې وظیفه او فعالیت رول لری چې دا ناروغی په قصابانو اوشپانو کی لیدل کیږي

ب: - د غذا پواسطه منتن کیدل: پدې شکل کی اتنان په غیر مستقیم توگه د منتن حیوان خڅه د اومو شیدو او پنیرخوړلو پواسطه لیردیرپی هغه تازه او اومه سبزی جات چی د منتن حیوان سره یا کود پکې شیندل شوی دی او یا منتن حیوان سره تماس ولري. او همدارنگه د منتن حیوان د اطراح شوی موادو پواسطه منتن کیدل هم د اتنان منبع جوړوي.

ج: - د هوا پواسطه منتن کیدل: څرنګه چې غوځل په قوی توګه منتنه وي نو کوم خلک چی پدغه محیط کی ژوند کوي د منتن گرد پواسطه اخته کیږي همدارنگه د قصابی په ځایونو، حیوانی لابراتوارو کی ئې هم دانشاق کولو امکان شته دی.

پتو جنیزس او معافیت:

کله چی د بروسیلالاتان عضویت ته ننوځي د سیروم پواسطه Opsonize کیږي او وروسته د فعال مکروفازونو او P.M.N حجاتو پواسطه بلع کیږي برخلاف د بروسیلا میکروب د Myeloperoxid، Halid system suppresor او Hydrogen peroxide میکانیزمو په درلودلو سره کولای شي چی د مکروفازونو د بدواغیزو په وړاندې دننه ټینګار وکړي. دغه متقابل عمل د پتو جن او فگوسایت په منځ کې د بروسیلوزس د شدت او پایلې په هکله یو مهم رول لوبوي. بروسیلا د فگوسایتونو په داخل کی ژوند کوي اودهغې د داخل نه ټیښتی او تکرر کوي چې وروسته د لمفاوی لاری خڅه دوینی دوران ته ننوځي او په آخره کې په کبد، توري، هډوکو، پښتورگو، لمفاوی غوټو، د زړه د سامونو، عصبی سیستم او خصیو کې ځای په ځای کیږي بروسیلا په دغه اعضاؤ کی د مکروفازونو پواسطه بلع کیږي اود Phagosome او Lysosome د نښلیدو خڅه مخنیوی کوي او خپل ژوند ته دوام ورکوي او د نسجی اتنان د پرمختیا، التهابی عکس

العملونو او غير تجبنی گرانولوماتوس وتيروسبب گرځي چي ځني پيږي گرانولوماتوز او ابسي گانې منځ ته راوړي .

داسي په نظر رسيږي چي سايتوڪينونه لکه I - Interleukin - II - ۱۲ - Interleukin او TNF د بروسيللا اتان په وړاندې د کوربه په دفاع کې به د اهميت نه ډک وي ۳: ۱۳۲

کلينيکي لوحه :

بروسيلوزس تقريباً هميشه د تبې لامل گرځي چي د شپې لخوا دزياتو خولو سره يوځاي وي کيدای شي خوله بدبوی ولري ددرملنی د نشتوالی په صورت کې د بروسيلوز تبه دخو هفتو لپاره ادامه پيدا کوي او وروسته له يوې دورې څخه تبه موجوده نه وي وروسته بيا دسره راڅرگنديږي په نيمای ناروغانو کې د تبې سره سکليتي عضلي علايم او نښې موجودې وي . بروسيللا *Millitensis* زياتره په حاد شکل څرگنديږي او حمله کوونکی دي بروسيللا *Suis* دځايې ابسي گانو دپيدا کيدو سره يوځای وي او بروسيللا *Abortus* ممکن په پيل کې زياتره آرام وي اودمزمز کيدو امکانات ئې زيات دي د ناروغۍ دتفريح دوره له يوې هفتې څخه ترڅو مياشتې پورې متغيره وي ځانې څرگندونې په زياتره ناروغانو کې وجودلري چي مهم ئې عضلاتی اسکليتي دردونه اوپه اسکليتي سيستم کې فزيکی څرگندونې دي (تقريباً په ۴۰% پيښو کې) اوستيوميلاليتس زياتره قطنی او ښکتنی توراسيک فقرات د غاړې اوپورتنې توراسيک مهرو په پرتله زياتې اخته کوي په ځانگړې ډول *Septic arthritis* زنگون *Sacroiliac Hip* ، داوږې او *Sternoclavicular* بندونه اخته کوي چي کيدای شي مونو ارتيکو لر ارترايتس اويا پولی ارترايتس وي اوستيو ميالايټس کيدای شي چي د *Septic arthritis* په تعقيب منځ ته راشي په بروسيلوزس کې په ۱/۴ برخه ناروغانو کې توخي موجودوي ۱/۴ برخه

ناروغانو کی د توری او ځگر لریوالی او ۱۰-۲۰% ناروغانو کې لمف اډینوپاتی موجوده وي Epidymo orchitis په ۱۰% نارینه ناروغانو کې راڅرګندېږي په امیدواره بنځو کې چه په بروسیلوزس اخته وي د جنین د سقط پېښې زیاتېږي اما ډیرې کمې پېښې په کورنی حیواناتو کې وي . د بروسیلوزس لپاره د Teratogenicity پېښې ندې څرګندي شوې. پروستاتایتس او سیمینل وزیکل التهاب، سلفا نجایتس او پیا لو نفرایتس، بین الحلالی گلومیرولو نفرایتس ، گلومیرولو نفرایتس، I GA نفروپاتی کیدای شي چې رامنځ ته شي . عصبی څرګندونې پدې ناروغانو کې معمول دي لکه Depression اوخوبخن حالت . په یو کم شمیر ناروغانو کې لمفوسایتيک مننګوانسفالایتس چی عصبی نری رنځ سره ورته والی لري رامنځ ته کیدای شي بروسیلاکیدای شي چی دوینی د تشوشتو لامل شي لکه Anemia ، لوکوپینیا ، ترومبوسایتوپینیا اودتحر تشوشت. په ۷۵% پېښو کې کیدای شي چی ګرانولوما د هډوکو په مغز کې پیداشي همدارنګه په ۱-۲% پېښو کې اندو کارایتس چی زیاتره دابهر دسام اخته کوي (طبعی اویا مصنوعی) په همدی توګه د قحفی ازواجو اخته کیدل ، دمایکوتیک انوریزم خیری کیدل، دماغی ابسی ګانې، او Epidural ابسی ګانې او ګرانولوما پکې منځ ته راتلای شي همدارول د بدن په هره برخه کې ابسی ګانې تا سس کولای شي ثدې او تایراید غده هم معمولاً اخته کیږي غیر وصفی مکولو پاپولر خاپونه په پوستکی باندې په غیر معمول ډول رامنځ ته کیږي .

اختلاطات :- په مختلفو سیستمو کې ئې اختلاطات په لاندې ډول دي

الف : عضلی اسکلیتی : اوستیو میالایتس ، ارترایتس

ب : تنفسی سیستم : برانکایتس ، نمونیا ، امپیما ، پلورائی انسباب ، د سپرو ابسی

د: بولی تناسلی سیستم: سقط، Prostatitis, Epididymo-orchitis، سلفانجایتس، پیالونفرایتس

ه: د زړه او رگو سیستم: اندوکاردایتس، پریکاردایتس، DVT (د ژور وریډو ترومبوزس)

ط: عصبي سیستم: لیترجی، Depression لمفوسایتيک مننګوانسفالایتس د قحفي ازواجو آفات

ی: وینه - وینه لږی، لوکوپینیا، ترومبوسایتوپینیا، د تحشر تشوشات دځګر او توری لویوالی (۲۰-۳۰ سلنه) لمف اډینوپاتی (۱۰ سلنه) تشخیص:

د ناروغی په تشخیص کې تاریخچه، کلینکی څرګندونې او لابراتواری ازموینې رول لري کلینکی څرګندونې له نورو تبه لرونکو ناروغیو سره په ګرانه توپیر کېږي نوپه همدې موخه دلته د تاریخچې او لابراتواری ازموینو څخه یادونه کېږي په تاریخچه کې د نږدې تماس، سفر، وظیفې او خوراک په هکله لکه د خام پنیر او شیدو خوړلو په باره کې پوره معلومات واخیستل شي. په لابراتواری ازموینو کې لاندې ټسټونه ترسره کېږي

الف: روتین بیو شیمیک معاینات: کیدای شي چه نارمل اوسې اما کیدای شي چی د ځګر انزایمونو او بیلیروبین لوړوي دلوکو سایت اندازه نارمل یا لږڅه ښکته وي اونسبی لمفوسایتوزس موجودوي. کمه اندازه وینه لږي، ترومبوسایتوزس او DIC کیدای شي چی رامنځ ته شي د CSF او بندونو په مایع کی لمفوسایتوزس موجودوي

ب: کلچر دوینې، هلوکو مغز اود بندونو د اوبو کلچر ترسره کېږي

د: بیوپسی : دځگر او لمفاوی غوټو څخه بیوپسی اخیستل کیږي چی بیوپسی non Caseating گرانولوما ښیي .

و : سیرالوژیک ازموینی : - په سیرالوژیک ازموینو کې IGM, IGA او IGG کتل کیږي په حاد اتان کی IGM اتی باډی گانې څرگندیږي او وروسته IGG او IGA څرگندیږي ټولی اتی باډی گانې داگلوتنیشن لپاره فعالې وي کله چې ناروغي پرمخ ولاړه شي IGM کچه ښکته کیږي سیرالوژیک کتنی باید د تاریخچې او کلینکې څرگندونو سره پرتله شي په اندیمیک سیمو کې اویا هغه خلک چې وظیفوی تماس لري اگلوتنین ټایټر ۱:۳۲۰ تر ۱:۶۴۰ پوری تشخیصیه دی اوپه اندیمیک برخو کې ۱:۱۲۰ دی په زیاتو مرکزونو کې اوس هم ستاندرډ اگلوتنیشن ټسټ SAT تشخیصیه ارزښت لري

رادیو لوژیک پلټنې :

په رادیو لوژیک پلټنو کی چی د اسکلیتی تشوشتاتو پلټنه پکې صورت نیسې ساده رادیو گرافیک معاینات ، دهډوکو Scintigraphy او MRI شامل دي د ملاد تیر په ساده جنبی رادیو گرافی کې ممکن Sclerosis اود علوي Endpalate مخکنی برخی تخریبات همداډول pedro promis علامه (Osteophytosis) هم کتل کیدای شي

درملنه: - د درملنې موخې

الف : د اعراضو غلې کیدل

ب: د عود څخه مخنیوی

د : د مایکرواورگانیزم له منځه وړل

که چیری د ناروغی موضعی څرگندونې موجودې وي نو جراحی ته ضرورت لیدل کیږي
چی استطببات ئې په لاندې ډول دي

الف : دابسو جوړیدل

ب : اندوکار دایتس

ج : ارترایتس

په موضعی څرگندونو کی لکه (د زړه دسام بدلول) دابسی خالی کول ، د بندونو بدلول ،
شامل دي چې برسیره ددې ناروغ باید په دوامداره ډول د میکروب ضد درمل واخلي .
ددرملنې په استعمال کې له مونو تراپی څخه ډډه وشي ځکه دعود کچه ئې ۵۰% ده په
غټانو کې ددرملنې لپاره سترپتو مایسین ۷۵۰mg-۱gm د ورځی د ۱۴-۲۱ ورځو
لپاره انتخابی درمل دی چی ددې سره یوځای ډوکسی سایکلین سل ملی گرامه دورځی
دوه ځلې د شپږهفتو لپاره ورکول کیږي ددې رژیم څخه وروسته د ناروغی بیرته
راگرځیدنې ۵-۱۰% ده چه ددې بدیل رژیم چې د W.H.O لخوا وړاندې شوی دي

ریفامپسین د ورځی ۲۰۰-۹۰۰ ملی گرامه او ورسره ډوکسی سایکلین د ورځی سل
ملی گرام دوه ځلې د شپږ او نیو لپاره یوځای ورکول کیږي . بیا راگرځیدنې په دغه رژیم
کې ۱۰-۲۰% ده امیدواره بنځې او ماشومان چی تتراسکلین نشی اخیستی نو باید په
عوض ئې کوترای مکسازول ورکړل شي چې دوه یا درې ستهانډرې تابلیتونه هر دولس
ساعته وروسته ورکول کیږي همدا ډول د سترپتومایسین په عوض gentamycine یا
۵mg Netimycine-۲ په هر کیلو وزن د بدن د دووهفتو لپاره ورکول کیدای شي .
دامینوگلایکوساید او ډوکسی سایکلین یوځای ورکونه نسبت ډوکسی سایکلین او

Rifampin ته زیات اغیزمن دی ځکه چې ریفامپین د ډوکسی سایکلین سویه په پلازما کی ښکته کوي

د بروسیلوزس د پرمختللی اختلاطاتو په صورت کې باید عاجله طبی اویا جراحی تداوی ترسره شي اختلاطی ناروغان باید بستر شي اودهغوي لپاره دری درمله لکه د خولی له لارې ډوکسی سایکلین امینو گلايکوزید او وریدی ریفامپین (د څلور هفتو لپاره توصیه کیږي او وروسته د ریفامپین او ډوکسی سایکلین لاهم د ۸-۱۲ هفتو لپاره توصیه کیږي د پښتورگو په عدم کفایه کې کولای شو چی د ډوکسی سایکلین څخه گټه واخلو او که امینو گلايکوساید استعمالیږي نو باید ناروغ تر دقیق مانیتورنگ لاندې وي د فلوروکونیولون دیوځای والی څخه ډوکسی سایکلین یا ریفامپین اویا سترپتومیایسین سره د بروسیلوزس په درملنه کی پوره معلومات نشته .

دریم جنریشن سیفالوسپورین لکه Ceftriaxone د عضویت څخه بهر چاپیریال کې د بروسیلایه وړاندې اغیزمن دی که په یواځی توگه استعمال شي زیاتره نتیجه نه ورکوي اودعود سبب کیږي د دغه دوا څخه د نورو دواگانو سره یوځای د بروسیلایه مننجایتس په درملنه کی گټه اخیستل کیدای شي په امیدواری کی له Rifampin او کوترای مکسازول څخه په گډه د ۸-۱۲ هفتو لپاره گټه اخیستل کیږي چی د کوترای مکسازول ډوز ۲ الی دری تابلیته هر ۱۲ ساعته وروسته دي. د بروسیلایه اندوکاردایتس درملنه ددری ډوله درملو تتراسکلین ، ریفامپین او امینوگلايکوسید سره ترسره کیږي او تر (۲) میاشتو پورې دوام ورکول کیږي د درملنې د شروع نه ۴-۱۴ ورځې وروسته د ناروغ د تبې حالت او اعراض له منځه ځي دځگر او توری ضخامه د ۲-۳ هفتو په موده کې خپل نورمال شکل ځانته نیسي

مخنیوی :

د ناروغی په مخنیوی کی دانتان له منځه وړل مهم دي حیوانات ایمونایزشي اودشیدو د محصولاتو پاستورایزیشن خورامهم دی . د مسلح او دلبنیاتو د فابریکې کارکوونکې واکسین شي چه واکسین کول د پینبو کچه راکموی واکسین د زرقی لاری ورکول کیږي چی دوه زرقه دي دوهم زرق له لمړی زرق څخه دوه اونۍ وروسته صورت نیسې هر زرق ئې یو ملې گرام غیر منحل فینول Extracted bacteria وي تبه په ۲% هغو کسانو کې چې واکسین کیږي راڅرگندیږي او شدید درد دواکسین د زرق په ناحیه کې په ۱۶ سلنه ناروغانو کې منځ ته راځي معافیت ئې د لنډې مودې لپاره دي او واکسینیشن هر دوه کاله وروسته تکرار کیږي چی له دغه واکسین څخه په USA کی گټه نه اخیستل کیږي

انترکس (Anthrax)

تعریف : انترکس یوه حیوانی انتانی ناروغی ده چې د Anthracis باسیل پواسطه منځ ته راځي دا ناروغی دانسانانو او حیواناتو لپاره خطرناکه ده انترکس عموماً پوستکی ، هضمی او تنفسی سیستم اخته کوي انسانان هغه وخت په انترکس اخته کیږي چې دانترکس سپور د منتن حیواناتو او یا ککړو حیوانی محصولاتو سره د تماس ، د منتن خزندو د چیچلو، تیرولو او یا انشاق له لاری و اخیستل شي ناروغي په مختلف ډوله نومونو لکه تور زخم ، خبیث پرسوب ، خبیث پستول ، Siberian قرحه، Sorter's Wool ناروغيو هم یاده شوې ده په ټوله نړی کی ئې راپور ورکړل شوی دی ، داسیا ، افريقا او مرکزی امریکا په زیاتو سیمو کې Epizootic او جنوب شرقی اروپا کی Sporadic راپور ئې ورکړل شوی دی انترکس ، اندیمیک سیمو لکه ایران ، عراق ، ترکیه ، پاکستان ، جنوبی افريقا Subsaharn افريقا ، او یا مدیترانه یی افريقا کی د زیاتو حیواناتو د منځه تللو لامل گرځیدلی دی ، انترکس عموماً د شمالی امریکا او شمالی اروپا په هیوادونو کې تقریباً غیر معمول ده.

لامل او اپیدمیالوژی :

د ناروغی لامل anthracis باسیل دی چی یوه غټه بکتریا ، گرام مثبت ، میله ډوله اود سپور جوړونکی ، د کپسول دننه او غیر متحرکه ده په زیاتو زرعیو وسطو کې په ۳۷ درجی سانتی گرید کې نمو کوي دغه بسیلونه د مستطیل شکل لري او یو دبل سره یوځای د ځنځیر په شکل ښکاريږي . د بسیل سپور په وچه ځمکه کې تر کلونو پورې ژوندی پاته کیږي خو د جوش ورکولو سره په لس دقیقو کی له منځه ځي داپیدمیالوژی

له نظره داتترکس پېښې يا شیع د حیواناتو د ناروغی په شیوع پورې اړه لري په انسانانو او حیواناتو کې ددې ناروغې د شیوع زیاتوالی په ناوخته تشخیص کیدو پوری اړه نیسی د زیمبا وی په هیوادونو کې د (۱۹۷۸ م نه تر ۱۹۸۷) کالو پورې لس زره کسان پدې ناروغی اخته شول ځکه چی په دغه موده کی ددې هیواد سیاسی حالت خراب اود جنگ او شخړو له کبله د ناروغی کنترول ته توجه نه کیدله . په هغه سیمو کې چه د ناروغی پېښې په Epizootic شکل شتون ولري په کال کی څو زره پېښې رامنځ ته کیږي . په USA کی داتترکس پېښې نادرې دي له (۱۹۵۱-۲۰۰۰ میلادی کال پورې) (۴۱۰) انسانی پېښې تشخیص شوی دي چی زیاتی پېښې ئې د پوستکی اتترکس وه . په (۲۰۰۱) م کال کې د اتترکس یو شمیر پېښې (یوولس پېښې دپوستکی او یوولس پېښې انشاقی یا تنفسی اتترکس) د بیوترو ریزم د حملاتو له امله په USA کی منځ ته راغلې .

۵۲۰:۱۱

خطری فکتورونه :

داتترکس اتانات په ثانوی توگه د حیواناتو د ککړ تیا څخه منځ ته راځي . برسیره له دې د اتترکس پېښې د بیوترو ریزم فعالیتو له امله په هغو کسانو کې چی داتترکس داخه کیدو لپاره کومه برابر ونکی زمینه نه لري منځ ته راځي ، په ټوله نړی کې اتترکس د منتن حیواناتو او محصولاتو سره د تماس له امله منځ ته راځي د پوستکې او هضمی جهاز اتترکس معمولاً په قصابانو ، د حیواناتو په حاللولو اوله اومه غوښی یا نیمه اومه پخه شوی غوښې د خوړلو څخه پیدا کیږی . اتترکس یوه وظیفوی ناروغي ده چی په وترنرانو ، دهقانانو هغه چې د منتن حیواناتو اویا هغې د لاشونو سره چې د وظیفی په جریان کې په تماس دي او همدادول د لابراتوار کارکوونکی د هغه نمونو سره چې د سپورلرونکي وي

په تړاو کې وي په ناروغي اخته کيدای شي صنعتی انترکس چې د تنفسی انترکس لامل گرځي د حيواناتو د پوستکي او وړيو د پروسز په پايله کې چې د انترکس سپور په هوا کې تیت شوی وي د هوای ذراتو له لارې تنفسی سیستم ته داخلېږي په ۱۹۵۰ او ۱۹۶۰ کالو کې (۸۰ سلنه) د انترکس پيښې په USA کې د اوزودوښتانو له پروسز څخه منځ ته راغلې وې چې وروسته د روغتيا ساتنې معافیت او عفونی ضد موادو پکارولو سره د انترکس په پيښو کې پوره کموالی راغلي دي په (۲۰۰۶ - ۲۰۰۸) کالو په موده کې د تنفسی او پوستکي د انترکس پيښې په هغو کسانو کې چې د غواؤ او پسونو د متن اومه پوستکي څخه ئې د دایرا طبل په جوړولو کې گټه اخیستله ولیدل شوې چې د پوستکي د انترکس دوه پيښې په هغه کس کې چې طبله او دایرائې وهله د کورنې په غړو کې ئې منځ ته راغلې وه چې دواړه ډوله ئې د دایراد وهلو په وخت کې چې د وزې د پوستکي څخه جوړه شوی وه اود سپور لرونکې وه منځ ته راغلې وې. د انترکس څخه په بیوتروریزم کې داسلحي په ډول کار اخیستل کېږي چې زیاتره گواښ کوونکي دي ځکه چې د خپريدو وړتیا او په چاپیریال کې ئې لیرې دیر چټک او آسان دی چې په لوړه کچه مړینه منځ ته راوړي. ۱۱: ۵۲۰

پتو جنیزس :

د انترکس باسیل کپسول دپولې ډي گلو تامیک اسید لرونکی دی چې باکتریا د فگوسایتوزس د عملیې څخه ساتی د باسیل کولای شي د وینې جریان ته داخل او په عضویت کې په چټکه توگه وده کوي. د انترکس توکسین د درې مختلف ډوله پروتینو څخه جوړ شوی دی چې عبارت دی له

۱ - Ag . Protective (PA)

۲ - Edema Factor (EF)

۳ - Lethal Factor (LF)

PA د تربريد لاندې حجراتو د پلازموی غشا سره یوځای کیږي چې وروسته د حجروي Protease پواسطه په دوه ټوټو ویشل کیږي چې غټه برخه یې د حجری په سطح کی پاته کیږي او یوه نښلوونکی برخه د Domain لپاره L.F او E.F په جوړښت کې موجود دی جوړوي چې دغه نښلوونکی برخه د یوې اخذی په توګه عمل کوي چې د Target حجراتو ته د E.F او L.F د ننوتلو لامل ګرځي . د E.F تخریبي فعالیت د انساني او حیواني حجراتو په سایتو پلازم کې چې د Calmoduline پروتین او ATP لرونکی وي واضح شوی دي په حقیقت کې E.F Calmodulin dependent Adenylate cyclase دی چې د ATP د ویجاړتیا لامل ګرځي او د حجري په داخل کې د CAMP (Cyclic Adenosine mono phosphate) د کچې د لوړوالي لامل کیږي چې په داخل د حجره کې متابولیک تشوشات منځ ته راوړي د نفوذیه وړتیا د خرابوالي له امله په زیاته اندازه مایعات حجري ته ننوزي او nonpitting اذیما منځ ته راوړي . E.F دانترکس په اندفاعاتو کې د اذیما د جوړیدو لامل کیږي او هم د PMN حجراتو فعالیت نهی کوي . L.F یو Endopeptidase دی چې د Mitogen Activated protein kinase د kinases په څو ټوټو ویشی او دندې یې چې د سګنالودلیږد څخه عبارت دی غیر فعال ګرځوي او MAPKK په داخل د حجره کې راګیر او هغه ویجاړوي او حجروي غشاته د ننوتو اجازه نه ورکوي . L.F د زیات سایتوکینو لکه TNF- α او Interlukin ۱-B د پیدا کیدو لامل کیږي چې د اعملیه د مکروفاژونو د منحل کیدو لامل کیږي برسیره پردې په چټکه توګه نوموړی التهابی پروسه پرمخ ځي چې حتی د ناڅاپي مړینې لامل

کیرې د پوستکي اتترکس هغه وخت منځ ته راځي کله چې په پوستکي کې تپ اويا شوکاري موجوده وي او هم د خزندو د چيچلو پواسطه داتترکس سپور پوستکي ته ننوزي چې د خوشاعتو په موده کې سپور وده کوي اود باسيل په فعال شکل بدل او توکسين پيدا کوي چې له امله ئې د پوستکي آفت چې لرونکي د نکروز ، احتقان خونريزي او جلآتيني اذيما وي مشخص کيرې چې سپين حجات هم ورسره وي. تنفسي اتترکس د سپورونو د ترسب له امله په اسناحو کې منځ ته راځي اويا داسناحو قناتو نه اخته کوي د اسناحو د مکروفاژونو پواسطه سپورونه بلع کيرې اوځيني ئې د منصف عقداتو ته انتقاليرې چې دغه سپورونه په منصفی عقداتو کې نشونما کوي اود عقداتو د ترفی نکروزس اود منصف د عقداتو د ترفی التهاب او باکتريميا لامل کيرې اوځيني وخت ثانوي نمونيا منځ ته راوړي.

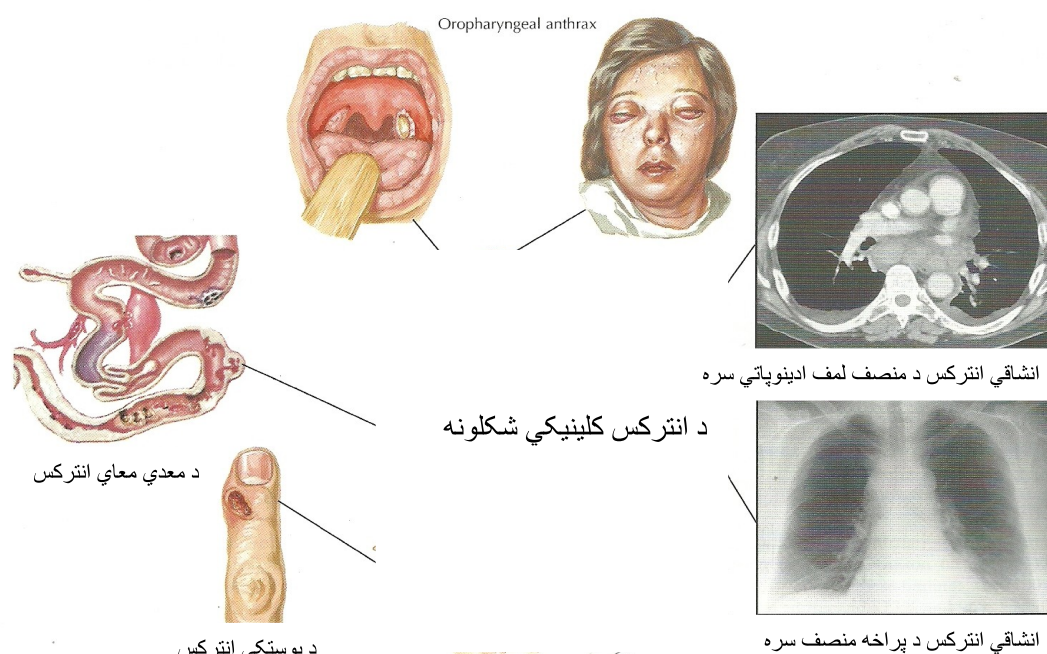
د کولمو اتترکس په اتترکس اخته ککړ حيوان داومه غوښی د خوړلو څخه منځ ته راځي لومړنی اتان ممکن له معدې څخه د تيريدو نه وروسته په کولمو کې منځ ته راځي ددې ډول اتترکس فمی بلعومی شکل ئې هم مشاهده شوی دی چې د کولمو او ستونی آفت د لمفاوي عقداتو د ترفی آفت سره يوځای وي چې وروسته باکتريميا منځ ته راځي او بالاخره په مړينه حتميرې. ۱۴۴:۳، ۱۴۵، ۱۴۶

کلينيکي لوحه :

انسانی اتترکس په دری کلينيکي شکلو ليدل کيرې چې عبارت ده له پوستکي ، تنفسي او هضمی اتترکس څخه. د پوستکي اتترکس د anthracis باسيل د سپور له امله د پوستکي لپاسه منځ ته راځي تقريباً د پوستکي داتترکس (۹۰) سلنه پيښې په بربنډ و برخو لکه مخ ، غاړه ، څنگل ، مټ او لاسوکی وی ، لمړنی آفت دپاپول په شکل چې

کوچنی اوبی درده وي اما زیاتره خارښت لري له اتنان نه ۵-۷ ورځی وروسته منځ ته راځي (د ۱-۱۲) ورځو ترمنځ پاپول غټیږی ترڅو یو وزیکل اویا Bulla منځ ته راوړي او وروسته یوه نکروتیک قرحه تا سس کوي چی د هغې لپاسه تور رنگه ندبه یا Scar موجودوي پړسوب یا اذیما د قرچی گرد چاپیره یا زخم ممکن منځ ته راشي اویا هم په گاونډ انساجو کې راتلای شي چې معمولاً د همغه ناحیې لمف ادینو پاتي او Lymphangitis ورسره وي سستمیک اعراض لکه سردردی ، تبه او ناآرامی موجوده

وي . ۱۱: ۵۲۱



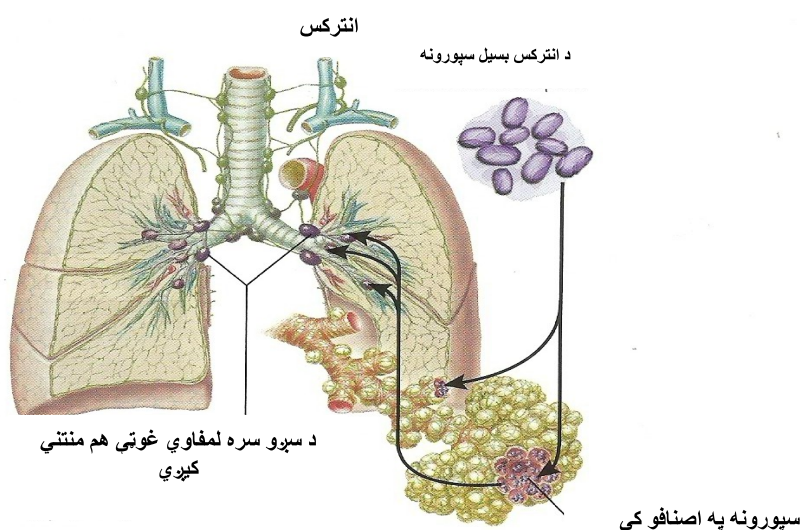
۵-۱ گڼه انځور: د انترکس کلینیکي ډولونه (۱۱: ۵۶۱)

تنفسی انترکس:

د سپورونو د انشاق اویا تنفس څخه منځ ته راځي داسناحو مکروفاژونه سپورونه بلع کوي چې لمفاوی غوټو ، او منصف ته ئې لیږدوي او په هغه ځای کې سپورونه تکثیر، وده او ډیرښت پیل کوي توکسین آزادوي چې د سینې د لمفاوي غوټو د نکروزاویا هیمورجیک mediasatinitis لامل گرځي necrotizing نمونیا هم ممکن منځ ته راشي . د انترکس د

تفریح دوره ۱-۷ ورځې ده مگر په ۱۹۷۹ کال کی ئې هم (۴۲) ورځې راپور ورکړل شوی دی تنفسې انترکس په غیر انسانی نمونو باندې هم تجربه شوی دی چې ۵۸-۹۸ ورځې وروسته ئې د هوائې قطراتو دانشاق څخه چې داترکس لرونکی وه منځ ته راوړی وه .

د تنفسې انترکس سیر دوه پړاوه لري چی په لمړی پړاو کې ئې کلنیکي څرگندونې وصفی نه دي په ناروغ کی په ټیټه درجه تبه ، ناآرامی ، ضعیفی ، عضلی دردونه ټوخی چی بلغم ورسره نه وي موجودوی چې نوموړی څرگندونې ممکن د نورو ناروغیو لکه انفلونزا سره معالطه شي. د ناروغي دوهم پړاو دوه الی دری ورځې وروسته په ناروغ کی په ناڅاپی ساه لنډی او Hypoxemia پیل کیږي . ناروغان په خولو کی ډوب او سیانوتیک وي .



۵-۲ ګڼه انځور: انشاقې انترکس (۱۱: ۵۶۳)

د هضمی جهاز انترکس :

هغه خواړه چې پوره پاڅه شوی نه وي اود B.Anthraxis سره ککړ وي او انسان یی وخورى د هضمی جهاز په انترکس اخته کیږي . د کلینیک له نظره د هضمی جهاز دوه ډوله انترکس شتون لري

۱- Oropharyngeal - ۲ Intestinal

۱- Oropharyngeal ډول ئې د oropharyngeal اپتلیل انتان په تعقیب منځ ته راځي په اپتلیوم کی اذیما وی اندفاعات یا آفات منځ ته راځي او وروسته له هغی د نکروتیک قرحې په لور پرمخ تگ کوي او یوه کاذبه غشاجوړوي . ژوره اذیما غاړې او oropharynx ناحیې ته مخ په وړاندې ځي او وروسته له هغې فرنجایتس ، رقبی لمف اډینایتس او تبه منځ ته راځي.

دوهم ډول ئې د کولمو شکل دی وروسته له هغې چې انتان د معدې څخه تیریږي او کولمو ته رسیږي پدغه حالت کی کولمی منتنې او اذیماوی کیږي چی ممکن اندفاع نکروتیک او یا قرحوی شي . او میزانتريک لمفاوی عقدات ممکن منتن او غټ شي ددې ډول انترکس د تفریح دوره ۱-۲ ورځې ده د ناروغ په وړاندې زړه بدوالی، کانگې، تبه ، بی اشتهاې اود گیډې دردونه راڅرگندیږي او کیدای شی چی اعراض ئې د Hematemesis او وینه لرونکی نس ناستی په طرف پرمخ تگ وکړي او ممکن په ناروغ کې د گیډې پرسوب او التهاب د هیمورجیک Ascitis اود گیډی د پراخوالی له امله ولیدل شي. ۵۲۲:۱۱

باکتریمیا او مننجایتس :

له لومړنی انتان څخه وروسته ناروغ ممکن د باکتریمیا اوتوکسیمیا خواته لاړشي او ممکن نورو اعضاؤ ته پرمخ تگ وکړي چی د شک او مړینی د منځ ته راتلو لامل گرځي دانترکس مننجایتس ممکن یو دپوستکی ، تنفسی او هضمی ډولو د انترکس لمړنی انتان څخه وروسته منځ ته راشي او په غیر د پورته اشکالو څخه ئې شتون په یواځې توگه نادر دی. ۵۲۲:۱۱

د انترکس تشخیص :

د انترکس تشخیص په کلچر کې د Anthracis باسیل د لټون له مخې ترسره کېږي چې کلچر یوه سټانډرډ لابراتواری معاینه ده چې په هغی کی DNA د Anthracis باسیل انتی جن اویا هغه Ab چې د باسیل په وړاندې جوړېږي موندل کېږي

سیرولوژیک آزموینې د ELLISA (Enzyme –Linked Immunosorbent-assay) پواسطه ترسره کېږي چې په هغی کی IgG انتی باډی گانی چې د PA اوهم د کپسول په وړاندې موندل کېږي. د سیرولوژیک آزموینو لپاره باید د ناروغی د حادی مرحلې اوهم د نقاحت له مرحلې څخه سیروم اویا دوینې نمونه واخیستل شي اود کلچر لپاره نمونې باید د انتی بیوتیک د شروع کیدو څخه مخکې واخیستل شي ځکه چې د میکروب ضد دوا له اخیستلو څخه وروسته میکروب له منځه ځي. ۵۲۳:۱۱

د پوستکی انترکس : د پوستکی په شکمن انترکس کې باید لاندې آزموینې ترسره شي
a. Vesicular آفت لپاره دوه سوابه له وزیکولر مایع څخه چې وزیکل ئې خلاص شوی نه وي یوه نمونه د کلچر او گرام تلوین لپاره او بله نمونه د PCR لپاره .

b , دندبی او Scar خنډه پورته کېږي اود هغی لپاسه ارچک یا پتر کی لرې کېږي اود سواب پواسطه دوه نمونې اخیستل کېږي یوه د کلچر او گرام تلوین او بله د PCR لپاره .

C , په قرحه یا Ulcer کې د آفت د بیخ نه د دوه سواب پواسطه نمونه اخیستل کېږي اوساتل کېږي چې یوه ئې د کلچر او گرام تلوین او بله د PCR لپاره. برسیره لدې یوه پیره بیوپسی په پوره ضخامت سره پاپول یا وزیکول چې د گاونډ پوستکی هم ورسره یوځای

وي اخیستل کیږي او په (۱۰%) فورمالین محلول کې ساتل کیږي چی هستو پتو لوژیک معاینات ورباندې اجرا کیږي .

د هغو ناروغانو لپاره چې تراوسه ئې د میکروب ضد دوا نده شروع کړې او یا له (۲۴) ساعتو څخه په کمه موده کی ئې د میکروب ضد درملنه اخیستی وي یوه دوهمه بیوپسی د کلچر گرام تلوین او PCR لپاره اخیستل کیږي

تنفسی انترکس :

د هغو ناروغانو لپاره چې تنفسی انترکس لري باید منل شوی آزمویښی هغه وخت چې د هوایی انترکس سره د مخامخ کیدو شواهد او یا د تنفسی انترکس کلینکی څرگندونې موجودې وي ترسره شي ځکه چې څه وخت د تنفسی انترکس کلینیکي لوحه منع ته راشي نور نو د درملنې چانس ئې کم دی تنفسی انترکس له نورو معمول ناروغيو لکه Community acquired نمونیا ، انفلونزا ، او یا انفلونزا ته ورته ناروغي سره تفریقي

تشخیص شی

د تنفسی انترکس لپاره ښه لارښود عبارت دی له

د سږو په رادیو گرافی کې د منصف پراخه کیدل او پلورائی مایع شتون دی چې په تالی توگه د mediastinitis له امله منع ته راضي . او نوری ابنارملتی گانې چې په سینه کی لیدل کیږي عبارت دي له د سږو انفلتریشن او یا کانسولیدیشن او پلورل ایفیوژن څخه .

د تنفسی انترکس شکمنو ناروغانو لپاره تشخیصیه آزمویښی عبارت دي له

- د وینی کلچر د میکروب ضد درملنی له شروع څخه وړاندې

- که پلورائی مایع موجوده وي کلچر ، گرام تلوین او PCR معاینه اجرا کیږي

- د نخاع شوکی مایع معاینه په هغه صورت کی چې ناروغ د سحایا علایم وښیي د کلچر لپاره گرام تلوین او PCR .

- د سیرولوژیک آزموینو لپاره د سیروم سمپل د ناروغی په حاده او نقاحت په مرحله کې
- د پلورا او قصباتو بایوپسی د Histochemistry آزموینو لپاره په هغه صورت کې چې نورې آزمویني منفی وي.

د هضمی جهاز انترکس :

د هضمی جهاز د انترکس لپاره تشخیصیه آزمویني محدودې دي . هغه کلچر چې د غایطه موادو څخه تیاریږي معمولاً Anthracis باسیل ښکاره کولای شي . اما گرام تلوین او یا کلچر چې له Oropharyngeal ناحیې او یا د Ascitis له مایع څخه ممکن مثبت وي .

دوینې کلچر به مثبت وي که د میکروب ضد درملنې د شروع څخه مخکې واخیستل شي
د هضمی جهاز د انترکس شکمنو ناروغانو لپاره تشخیصیه آزمویني په لاندې ډول دي
- دوینې کلچر د میکروب ضد درملنې د شروع څخه مخکې اجراء شي

- د Ascitis مایع د گرام تلوین ، کلچر او PCR لپاره

- غایطه مواد د کلچر ، گرام تلوین او PCR لپاره

- د سیرولوژیک آزموینو لپاره د سیروم سمپل په حاد او نقاحت مرحله کې
درملنه :

کله چې د کلینک او لابراتوار له نظره د ناروغی شک پیداشوڅرنګه چی نوموړی ناروغی چټک سیر لري باید د صحت عامې ډیپارتمنتو ته پدې هکله خبر ورکړل شي
Ciprofloxacin ، doxycycline او پنسلین G د دوا او غذای ادارې لخوا د تنفسې

انترکس په گډون دانترکس د درملنې لپاره منظور شوی دي دانترکس درملنه په غیر داخلاط څخه په لاندې ډول ده.

په ځوانانو کې سپروفلوکساسین (۵۰۰) ملی گرام د خولې له لارې دوه ځلې په کوچنیانو کې 15mg/k.w هر دوولس ساعته وروسته او یا ډوکسی سایکلین (۵-۷) ورځو لپاره په لاندې توگه ورکول کېږي

په ځوانانو کې 100mg د خولې له لارې د ورځې دوه ځلې کوچنیان د اته کلنۍ څخه پورته او یا وزن ئې د 45kg څخه زیات 100mg هر دوولس ساعته وروسته

کوچنیان له (۸) کلنۍ څخه پورته او یا وزن ئې د (۴۵) کیلو گرام سره برابر او یا بنکته $2,2\text{mg/k.w}$ هر ۱۲ ساعته وروسته. کوچنیان له (۸) کلنۍ او یا د هغې څخه بنکته $2,2\text{mg/k.w}$ هر (۱۲) ساعته وروسته.

د پورتنی دواگانو سره چې حساسیت ئې معلوم وي په تقویوی توگه پنسلین (۷) (۵۰۰) ملی گرامه هر (۲) ساعته وروسته د خولې د لارې ورکول کېږي او یا اموکسی سلین (۵۰۰) ملی گرام د خولې د لارې درې ځلې د ورځې ورکول کېږي.

د پوستکي دانترکس په ډیرو شدید و پینو کې کله چې نور اعضاوې هم ماوفه شوې وي پراخه اذیما ، د غاړې ، او سر آفات یا د پوستکي انترکس په ماشومانو کې چې عمر ئې له دوه کلو کم وي. داخل وړیدې سپروفلوکساسین (400mg) دوه ځلې د ورځې ، یا ډوکسی سایکلین داخل وړیدی (100mg) دوه ځلې د ورځې.

سپروفلوکساسین نظر ډوکسی سایکلین ته په شدید و پینو کې د بکتریوسیدال اغیزو امله برتری لري (فلوروکونولین) د کوچنیانو لپاره داخل وړیدی ډوزونه د خولې ډوزو ته

ورته دي. دپوره اغیزی لپاره پنسلین G د (۴-۲) میلیونو یوټه په اندازه د ورځې څلورځلې ۷-۱۰ ورځو پوري ورکول کیږی.

د پوستکی داتركس په پيښو کې چې ورسره د تنفسی اويا هوائی اتركس خطرونه یوځای وي بیا هم اتی مایکروبییل درملنه د (۲۰) ورځو لپاره د PEP یو پوره کورس ورکول کیږی هغه ناروغان چې تنفسی اتركس لري معمولاً ناوخته ئې درملنه او مواظبت کیږی بنا پردې علت لمړی خط اتی مایکروبییل درملنه باید په چټکی سره د تنفسی اتركس په شکمنو پيښو کې شروع شي یوه گونې درملنه زیاتره د ناکامی سره مخامخ وي نو بنا پردې علت د څو دواگانو گډون ضروری دي د (۲۰۰۱) کال بیوترودیزم د تنفسی اتركس درملنې داوښوده چې داخل وریډې درملنه د دوه دواگانو اويا زیاتواتی مایکروبییل دواگانو سره د ژوند په ژغورلو کې پوره مرسته کوي د لاندنی څو دواگانو درملنه عبارت ده له Ciprofloxacin (۴۰۰ mg دوه ځلې په ورځ کې) د یو یا دوه نورو دواگانو سره لکه:

Ampicillin , pencillin , vancomycin , Rifampicin , doxycycline
کلورامفینیکول , Imipenem , clindamycin , meropenem .

کله چې ناروغ Stable حالت ته راوگرځیده یا له زرقی دوا څخه ۱۴-۲۱ ورځې وروسته د خولې دوا ته ادامه ورکول کیږی . او د درملنې شپيته ورځې باید پوره شي د تنفسی اتركس په ټولو پيښو کې د سینی تیوب ، Thoracentesis د پلورل ایفیوژن ددریناژ لپاره پکاروړل کیږی .

کورتیکو سټروئېډ په هغه ناروغانو کې چې تنفسې اتترکس لري د توکسين موربيدتي له امله هغه ناروغانو ته چې پراخه اذیما، تنفسې عدم کفایه او یا د پوستکي د اتترکس هغه پيښې چې پرمخ تللي اذیما، چې غاړه او سر ئې نیولی وي ورکول کیدای شي ایمونو گلوبولین اود اتترکس واکسين د هغو کسانو د درملنې لپاره چې داتترکس د گواښ سره مخامخ دي په کارول کېږي چې په (۲۰۰۶) کال کې د کلینکي تداوي سره یوځای د تنفسې اتترکس په درملنه کې ورڅخه گټه اخیستل شوې چې پایله ئې بريالی وه. ډاکتران او تکنشان باید د اتترکس ایمونوگلوبولین واخلي. د B.anthraxis سره د مخامخ کیدو په صورت کې د هوایي قطیراتو له لارې که څه هم په طبیعي شکل او یا د بیوتوریزم له امله راغلي وي. د PEP یو پوره کورس د میکروب ضد (۶۰) ورځنۍ رژیم د درې ډوز اتترکس واکسين AVA (Anthrax Vaccine Adsorbed) سره توصیه کېږي. د خولې له لارې میکروب ضد درې دواگانې چې د FDA پواسطه منظور شوی وي د CDC پواسطه تجویز کېږي د کاهلانو او ماشومانو لپاره د میکروب ضد د لمړي خط دوا په لاندې ډول ده

د لمړي خط دوا:

په ځوانانو کې سپروفلوکساسین (۵۰۰) ملی گرام د خولې له لارې دوه ځلې په ورځ کې. په ماشومانو کې ۱۰-۱۵ ملی گرامه فی کیلو وزن د بدن هر دوولس ساعته وروسته چې له ۱ gm څخه په ورځ کې زیات نشي. CDC (Center of disease control) سپروفلوکساسین د لمړي کرښي دوا د PEP په منظور امیدوارو ښځو او میندو ته چې د نرسنگ خدماتو ته ضرورت لري توصیه کړي دي

ډوکسی سایکلین :

په ځوانانو کې 100 mg د خولې له لارې د ورځې دوه ځلې.
 په ماشومانو کې د آته کلنۍ څخه پورته او یا وزن د 45 kg څخه پورته سل ملی گرامه هر
 دوولس ساعته وروسته. په ماشومانو کې د آته کلنۍ څخه بنکته او یا وزن د 45 kg څخه
 بنکته $2,2 \text{ mg/k.w/12h}$

د دوهم خط دوا :

په ځوانانو کې Levofloxacin (500 ملی گرامه د خولې له لارې په ورځ کې یو ځل) په
 ماشومانو کې د شپږ میاشتو په عمر او یا له هغې څخه پورته 12 mg/k.w هر 12 ساعته
 وروسته Levofloxacin په هغه صورت کې د دوهم خط په توګه په PEP کې
 استعمالیږي چې د ګټه اخیستنې لپاره یې تحمل موجود وي.
 د کلمو انترکس لږ څه زراو په چټکۍ سره څرګندېږي د هضمي جهاز د انترکس پېښې
 کمی دي بنا پردې علت درملنه یې تنفسې انترکس ته ورته ده خو د درملنې موده یې باید
 نظر کلینکي ځواب او درملنې ته وټاکل شي نه دا چې د تنفسې انترکس په څیر یې
 دوامداره درملنه وشي. $525, 524:11$

مخنیوی :

د ناروغی د مخنیوی لپاره باید لمړی دا ناروغی په حیواناتو کې کنترول شي . په هغه
 سیمو کې چې ناروغی د Enzootic په شکل وي باید کلنۍ معافیت ترسره شي . د
 حیوانی انترکس پېښې باید عامی روغتیا اود کرنې چارواکو ته راپور ورکړل شي په
 مصاب شوي سیمو کې باید ککړو حیواناتو او څارویو معافیت او مکروبي ضد درملنه

ترسره شي د انترکس له امله مړه شوی څاروي بايد خښ او وسوځول شي او که دا کافي نه وي نو بايد مړه شوی څاروي په ژوره توگه له کلوراید سره خښ شي که څه هم د انترکس پېښې د خښ کیدو څخه وروسته بیا هم منځ ته راغلي وي .

دانسانانو لپاره (AVA , Bioport , Biothrax , Lansing , Michigan) یواځیني واکسین دي چې (Licensed) په USA کې په قانوني توگه منل شوی دي او اجازه لري . دا واکسین هغه کسانو ته چې د وظیفې له نظره په خطر کې وی لکه هغه چې د څاروي پوستکي ، وینبتان او وړی پروسس کوي یا دا چې د مصاب څاروي سره مخامخ وي او یا د لابراتوارو کارکوونکي چه د B.anthraxis سره د کلچر کولو په جریان کې مخامخ کیږي اوس مهال د معافیت کمیټې په موقت شکل هغو کسانو ته واکسین توصیه کوي چی په انشاقی توگه انترکس باسیل ته مخامخ وي دا واکسین باید په پنځه عضلې زرقیاتو کې د ۴-۵ اونی ۲-۱۲-۱۸ میاشتو کې ورکول کیږي اوداغیزمن معافیت د ساتلو لپاره باید په کال کې یو بوستر زرق ورکړل شي . ۵۲۵:۱۱ ، ۵۲۶

کنترول :

د سپور د مقاومت له امله هغه مواد چې د انترکس باسیل سره ککړ شوی وي ستونزمن کار دي وچ حرارت ، بخار ورکول ، فورم الډیهاید سره منځل ، د Ethylene oxide گاز سره مخامخ کول ، هایپو کلوراید محلول سره منځل او گاما تشعشع هغه پروسې دي چه په انترکس ککړو موادو د پاکولو لپاره استعمالیږي انترکس په ټوله نړۍ کې موجود دی خواوس ئې پېښې کمی شوی دي . په ۲۰۰۱ کال کی په USA کې د بیوتروریزم پېښې ددی لامل شوی چی انترکس د یوغت خطر په توگه پاتې شي

انزار:

د پوستكي په اٲٲركس كي چي تداوي شوي نه وي مړينه شل فيصده او د درملنې په صورت كي ۱% ده .

په هضمي اٲٲركس كي په غير له درملنې څخه مړينه ۲۵-۴۰% ده او د درملنې په صورت

كي ۵-۲۹% ده په تنفسي اٲٲركس كي په غير له درملنې څخه مړينه معمولاً زياته ده د

ميكروب ضد درملنه هغه وخت بريالي ده چي درملنه زر شروع شي كه څه هم د بېړنې

عاجلي درملنې سره بيا هم د يوولس كسانو څخه (۵) تنه (۴۵%) په USA كي د

بيوټروريزم قرباني شول . ۱۱:۵۲۵

د لیونی سپی ناروغی Rabies

تعریف : د مرکزي عصبي سیستم یوه حاده وایروسې ناروغی ده چې ټول تي لرونکي حیوانات اخته کوی انسانان هغه وخت پر نوموړې ناروغی اخته کیږی کله چې د یو منتن خاړوي په واسطه چې په لږو کې وایروس لری وداړل شی او یا داچې منتن لاري د یو خلاص زخم سره په تماس راشی هم کس اخته کوی. ۱۸۴: ۴

لامل :

هغه وایروس چې د Rabies لامل گرځي د Rhabdovirid په کورنۍ او Lysavirus په جینس پورې اړه لری. Lysavirus یو نیوروتروپیک وایروس دي چې د R N A د یو واحد ځنځیر لرونکی دي شکل یې مرمي ډوله او Nucleo Capsid فنر ډوله چې د پنځو پروتینو په واسطه پیژندل کیږی تراوسه پورې د Lyssa virus یوولس ډوله پیژندل شوي دي چې د Rabies لامل گرځي مگر یواځې یو ډول یې د Rabies وایروس په نوم یادېږی هر ډول یې په Subgroups او سب گروپونه په ځانگړو فایلو جنټیک ویشل شوي دي چې په تي لرونکو کې دوران کوي. او هم ورته مساعده زمینه برابره وي. د ناروغی لپړد او خپریدنه هغه وخت صورت نیسي کله چې وایروس ته په هغه میزبان کې زمینه برابره وي لکه سپي چې انسان اخته کوی په دې توگه ناروغی د هغه میزبان څخه چې تازه منتن شوي وي په نادره توگه بل میزبان ته لیږدیږی. انسانان د ناروغی د ضعیفو لیږدونکو څخه دي چې په همدې دلایلو اخري میزبان (چې په مړینه ختمیږي) شمیرل کیږي.

۴۱۳:۱۱

اپیدمیالوجي :

Rabies جغرافيايي خپريدنه :

اسيا او افريقا :

Rabies يوه داسې ناروغی ده چې د سپی د دارلو په واسطه منع ته راځي د اټکل شوو وفياتو له جملې څخه (۵۵۰۰۰-۳۵۰۰۰) زیاتره د ۹۵% څخه یې په پرمخ تللي هیوادو اسيا او افريقا کې منع ته راځي.

په کلیوالو سیمو کې د اخته کیدو خطر زیات دي ځکه چې خوشکي او سربداله سپیان هلته زیات دی طبی څارنو ته کمه پاملرنه او د Rabies سیرولوژیک جوړښتونه هغه فکتورونه دي چې په انسانانو کې د خپریدو سبب کیږي Rabies او دهغې اړونده وایروسونه په وحشي حیواناتو کې لکه سورلنډی ، گیدره ، او یو ډول اسیایي سپیو کې موندل کیږي هغه مسافرين چې د Rabies اندمیک سیمو ته سفر کوی او د زیات وخت لپاره په کلیوالی او لرې پرتو سیمو کې پاتې کیږي باید چې دغه سیمو ته د سفر څخه مخکې واکسین واخلي .

لاتین امریکا او کارابین :

په دې وروستیو کالو کې د لاتینې امریکا او دکارابین په هیوادو کې د انساني Rabies پیښې د سپیو دواکسین کولو له امله راکمې شوي دي د ۱۹۴۳-۲۰۰۲ کالو په موده کې د انساني Rabies ۲۵% پیښې په سپیو پورې اړه درلوده او د ۲۰۰۴ کال په اوږدو کې یې دا فیصدی ۲۲% وه همدا ډول د انساني Rabies یوه زیاته برخه وینه زبینسونکې شاپیرک پورې اړه لري دغه حیواناتو د کتنې وړ یوه شیوع په برازیل ، پیرو ، کولمبیا کې

منځ ته راوړې وه . وینه زبینسونکې شاپرک د امازون په گرمو سیمو کې د انسانانو ، غوایانو او پسونو درمو د اخته کیدو لپاره یو گواښ دي کورنۍ پیشوگانې د انتان یوه مهمه منبع ده او د انساني Rabies درې فیصده ورکړل شوی راپور په دغه حیواناتو پورې اړه لري .

اروپا ، کاناډا او د امریکا متحده ایالات :

په اروپا او د شمالي امریکا په معتدلو سیمو کې د انساني Rabies پېښې نادرې دي د ۱۹۸۰ نه تر ۲۰۰۸ کالو په موده کې په منځنۍ توگه دوه کسانو په U.S.A کې د Rabies له امله خپل ژوند د لاسه ورکړي دي او په همدغه موده کې په کاناډا کې د Rabies د ناروغی ۵ پېښې راپور ورکړل شوي دي او په اروپا کې اوس د Rabies د مړینې ۹ پېښې راپور ورکړل شوي دي چې زیاتره یې په شرقی اروپا کې دي .

د Rabies واکسین په پراخه انکشاف او د Rabies ایمونو گلوبین یا R I G په واسطه د سپیانو مناسب معافیت او د خوشکو سپیو دراتولولو اغیزمن پروگرامونه ددې لامل شوي دي چې انساني Rabies په ډیرو پرمخ تللو هیوادو کې یې کموالی موندلی دی په شمالي امریکا او اروپا کې د Rabies لوي عاملین وحشي حیوانات دي .

په U.S.A او کاناډا کې د انساني Rabies زیاتې پېښې د خزندو خوړونکو شاپیرکو پورې اړه لری په داسې حال کې چې په شرقی اروپا کې د Rabies لیرېد د سرو گیدرو په واسطه صورت نیسې چې په دغه لیرېد او یا د ناروغی په خپریدو کې نظر گیدرې ته سپی په منتن کولو کې عمده رول لری . په شمالي امریکا او اروپا کې کسبی Rabies په اندمیک ساحو کې د سپیو سره د تماس په پایله کې منځ ته راځي د ۱۹۸۰-۲۰۰۸ کالو په موده کې ۲۸ % پېښې د بهرنیو هیوادو څخه کاناډا او U.S.A ته انتقال شوي دي په کاناډا او

U.S.A کې د Rabies زیاتې پېښې چې په شاپیرک پورې اړه لري د Cryptic bat Exposure (د شاپیرک سره د پټ تماس په واسطه منځ ته راغلې دی) یعنې چې کومه خراشیده گۍ او یا څرگند د اړل ورسره نه وه خود Rabies درلودونکي وه. او دغه حالت د شرقی شاپیرکو او هغه شاپیرک چې طلايې وینستان لری منځ ته راځی د شاپیرکو په ناڅرگنده د اړلو او چک وهلو کې د معافیتي کارونو سلاکاره کمیټې دا ډول وړاندیز وکړ چې په دا ډول شکمنو پېښو کې چې ایا انسان د شاپیرک سره تماس نیولي دي او چک هم معلوم نه وي د Rabies وایروس لپاره باید ارزیاېې صورت ونیسي.

استرلیا :

استرلیايې شاپیرک چې د Lysa virus لرونکې وه په ۱۹۹۲ کال کې ناڅاپې پېښې منځ ته راوړې مخکې له دې څخه دغه هیواد د Rabies څخه پاک وه چې وروسته یې د نوموړې هیواد د عامې روغتیا د فعالیتونو پاملرنه راوگرځوله. ۴۱۲، ۴۱۱:۱۱

پتو جنیزس :

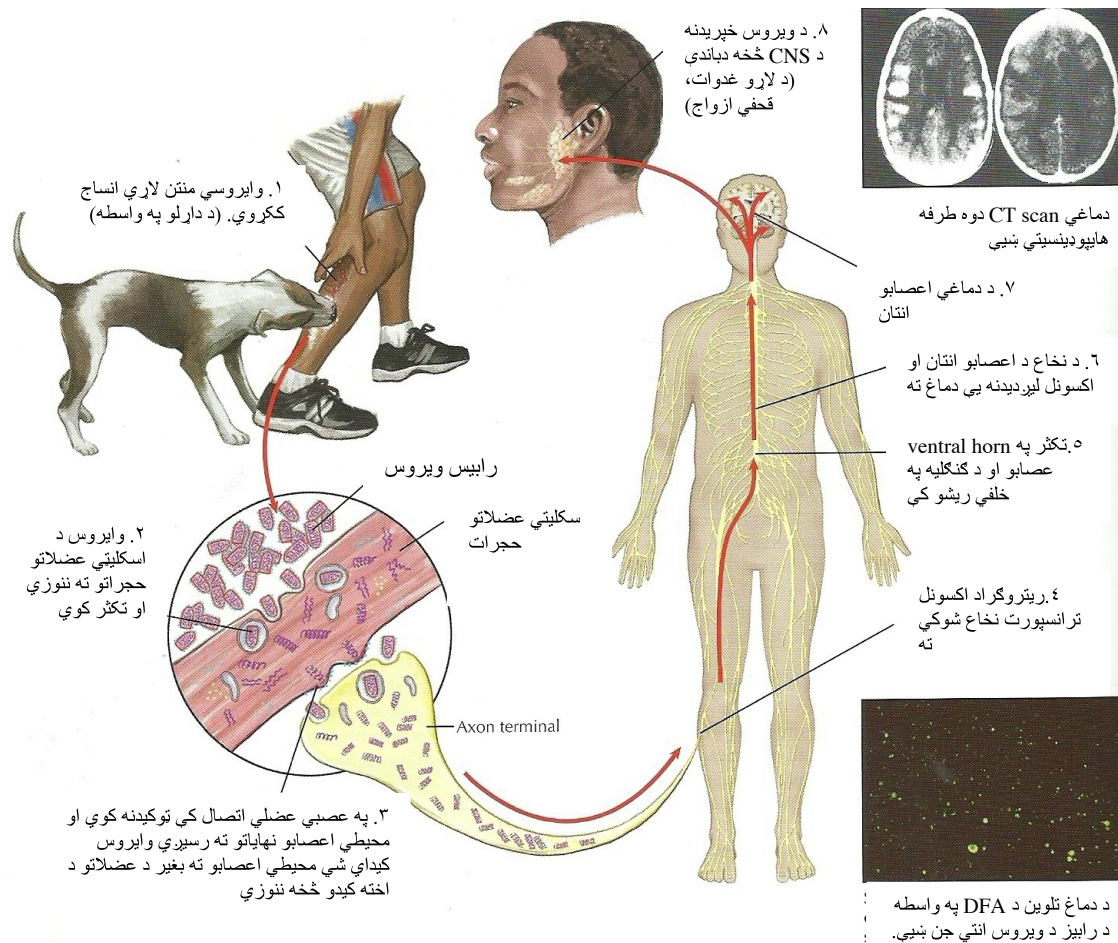
د Rabies د ناروغی لېږدیدنه معمولاً د هغه حیوان په واسطه چې د Rabies وایروس په واسطه منتن شوي وي د پوستکې لاندې برخو د اړلو په واسطه چې وایروس د نوموړې حیوان دخولې په لارو کې موجود وي صورت نیسي. د حیوان سره تماس په دا ډول چې د وجود د گړیدو او یا د خټلو سبب شي د ناروغی د لېږدیدو لامل گرځی مگر د اړلو څخه یې د لېږد اندازه کمه ده.

په یو شمیر غیر وصفې پېښو کې ناروغی ممکن د هغه هوا د انشاق څخه چې د زیات مقدار وایروس لرونکي وي صورت نیسي. د عصبي سیستم اخته کیدل په نیغه توگه محیطي اعصابو ته د تلقیح له لارې او یا په غیر مستقیم توگه د نورو انساجو لکه

عضلاتو ، عضلي عصبي اتصال او د اعصابو د منتن کیدو له لارې صورت نیسي . د مخیځې اعصابو د منتن کیدو څخه وروسته د Rabies وایروس په ریتروگراد شکل C.N.S ته لیږدېږي کله چې وایروس د نخاع شوکي قدامي قرن او یا د Ganglia ظهري ریشې اخته کړي خپرېږي او د نخاع شوکي حاکي رنگه ماده هم اخته کوي . دماغ ته یې پرمختګ د Exoplasmic صعودی یا نزولي رشتو دلارې صورت نیسي لمړی BrainStem او وروسته پاتې برخو کې خپرېږي .

لمړنې عصبي علایم د عصبي حجراتو وظیفوي عدم کفایه ده له دماغ څخه د بدن محیطي برخو ته د وایروس مهاجرت لکه د لغایه غدواتو ته چې وایروس بهر ته باسی یوه زمینه جوړوي ترڅو نوي کوربه تر حملې لاندې ونیسي د دماغ د Brain Stem د منتن کیدو څخه وروسته اوم او نهم قحفي ازواج دخپل اړونده عقدو له لارې وایروس لغایه غدواتو ته لیږدوي . وروستنی او یا راتلونکی اتان د عدوې اپیتلیم څخه د لارو په افرازاو کې د وایروس د غورځیدو څخه منع ته راځي وایروسي پارچې کولاي شي چې دسترګې جوړښتونه لکه قرنيه ، شبکیه او هغه اعضا او انساج چې د سمپاتیک او یا پاراسمپاتیک په واسطه تعصیبېږي لکه زړه ، پښتورګو او ځگر کې ځای نیسي .

په هغو کسانو کې چې د مختلفو غړو پیوند یې اجرا کړي وي او له هغه ډونرانو څخه چې غیر تشخیص شوي Rabies لري په اغیزمنه توګه د اعضاو اخته کیدل په کې لیدل کیږي . د Rabies لیږد په هغو پینو کې چې د قرینې پیوند په کې صورت نیولی وي هم لیدل شوي دي څرنګه چې وایروسونه زیاتره د هغو وینبتانو په نهایاتو کې چې حسي اعصاب نه لري د غاړې شاه ته راټولېږي چې د دغو برخو څخه د بیوپسي او یا نمونې اخیستل د ستاندر تشخیصیه نمونې په توګه کار اخیستل کیږي . ۴۱۳:۱۱



۳-۵ انځور: د راییس پتوفزیولوژي (۱۱: ۴۱۴)

کلینیکي لوحه :

Rabies په ناروغانو کې د حیوان د تماس څخه وروسته د ۳-۱۲ اونيو په موده کې د اعراضو شروع منځ ته راځي په داسې حال کې چې د ناروغی د تفریح موده د دغه مودې څخه زیاته په توپیر کې وي. دڅو چیچلو ټپونه، شدید ټپونه د دارلو ځایونه په سر، مخ او غاړه کې موجود وی د تفریح دوره یې لنډه وي. باید په بیرې سره (PEP) د ضرورت په وخت په نظر کې ونیول شی. یوکلنه دتفریح دوره په هغه پیښو کې چې انسان منتن شوي وي لیدل کیږي چی په دغه حالت کې PEP په منظمه توګه په غیر له دې چې دحیوان سره دتماس د راتلو یوه موده تیره شوې وی اجرا شي.

Rabies دوه ډوله کلینیکي څرگندونې لری یو یې انسفالیتیک ډول (قهرجن او عضبناک ډول) او بل یې فلجي ډول (چوپ یا گونگی ډول) .

انسفالیتیک ډول یې معمول دی په داسې حال کې چې زیاتره ناروغان د وینه څښونکي شاپیرک په واسطه متنن کیږي او فلجي ډول یې منځ ته راوړي .

له دې امله چې د دواړو شکلو لمړني اعراض او علایم غیر وصفی دي نه پیژندل کیږی لکه تبه ، لرزه ، سر دردي ، نارامي ، په ډاډل شوې طرف کې بې حسي وجود ولري او د ډاډل شوي زخم په چاپیر کې درد هم د معمولو اعراضو له جملې څخه دي .

د انسفالیتیک Rabies سره رواني بدلونونه ، Agitation (لمسونه) د حسي تنبها توپه وړاندې فرط حساسیت ، په متناوب ډول بې هوشي ، myoclonus او عضلي رعشه موجوده وي دپورتنیو څرگندونو څخه برسیره اوتونامیک نیوروپاتي لکه دلاړو زیاتوالي ، پراخه حدقې او د اوبنکو زیاتیدنه موجوده وی .

په سختې سره بلع او داوبو څخه ویره او ډار موجود وی چې دا د بنسټیزو اعراضو له جملې څخه دي چې ددغه ناروغانو په وړاندې منځ ته راځي . کله چې ناروغ اوبه وويني له اوبو څخه ویرېږی او تنفسي حنجروي Spasm په کې منځ ته راځی . د تیزې هوا د جریان څخه هم د ناروغ پروړاندې ویره موجوده وي ممکن Seizures منځ ته راشي مگر وصفی نه وي د ۱۰-۱۴ ورځو په موده کې فلج واقع کیږي چې وروسته په کوما او مړینه ختمیږي او یا هم د څو اعضاو په عدم کفایه ختمیږي .

د فلجي Rabies په ناروغانو کې عضلي ضعیفي په چټکې سره منځ ته راځی چې په چټکه توګه د فلج شکل Flacid او یا دشل توب خواته مخکې ځی .

روانی بدلونونه په لمړۍ کې څرګند نه وی د Hydrophobia له سببه د Spasm امکانات کم دی او ناروغ د حنجرویی عضلاتو د ضعیفې له کبله خبرې نه شی کولای او دا حالت ددې لامل ګرځي چې ناروغ خپله دسپې د ډارلو تاریخچه نه شي ویلای . او په کلنیکي تشخیص کې یوه ستونزه منځ ته راوړي . په دغه ډول Rabies کې محیطي نیوروپاتي چې ممکن علت یې عضلي ضعیفې وې لیدل کیږي .

هغه ناروغان چې د Rabies فلجی ډول لری احتمالاً نظر انسفالیتیک Rabies ته ئې

عمر اوږد وي . ۱۱: ۴۱۳، ۴۱۴

لبراتواري پلټنې :

د هر هغه چا سره که د حیواناتو د ډارلو او یا په ناڅرګنده توګه د انسفالیتیس او Myelitis تاریخچه ولري باید د Rabies د ناروغۍ شک پرې وشي . باید په نظر کې ولري چې د تماس او د حیوان د ډارلو د تاریخچې نشتوالی په Rabies کې معمول دي . له یو مملکت څخه نوي سفرونه او مهاجرتونه چې په اندمیک توګه Rabies په کې شیع لري د تشخیص امکانات په کې زیاتیدلی شي . د څو ورځو په موده کې د عصبي علایمو پرمخ تللې خرابي د ناروغۍ لپاره ښه ښودونکی دي کله چې د Rabies د لټون لپاره تشخیصیه ازموینې اجرا کیږي باید نور ممکنه لاملونه مخکې له دې څخه چې د ناروغۍ لېږد پرمخ ولاړ شي هم رد شي . ددې لپاره چې معلومه شی ایا کس د حیواناتو او یا منتن اجزاو سره په تماس راغلي دی او یا خیر ددې لپاره چې لازمه کړنې او ساتنه صورت ونیسي باید چې هر څومره ژر کیږي لبراتواري ازموینې تر سره کړو . د Rabies د تشخیص لپاره په ژونديو کسانو کې (مخکې له مړینې) د ناروغ سیروم ، C.S.F مایع ، د خولې لارې او د غاړې پوستکي بیوپسي د نمونې په توګه ورڅخه ګټه اخیستل کیږي

د دماغې بیوپسې څخه هم کیدای شي چې د نمونې په توګه کار واخلو چې د خطراتو سره هم یو مهم تشخیصیه ارزش لري .

د سیروم او C.S.F مایع د (I F A) indirect Flurescent antibody اجرا کول چې ددې په واسطه د Rabies وایروس انتي باډې ګانې موندل کیږي . د وایروس انتي جنونه د direct Flurescent Antibody تست د اجرا کیدو له مخې د غاړې د پوستکي څخه د اخیستل شوي بایوپسې په نمونو کې پیدا کیدای شي .

د Revers-transcription-Polymerase chain Reaction RT-PCR تست د وایروس د R N A ځنځیرو د پیدا کولو لپاره د خولې د لارو او د غاړې د پوستکي د بیوپسې په نمونو کې په کار وړل کیږي . په هغه صورت کې چې لابراتواري معاینات منفي وي او هم اپیدمیالوجیک او کلنیکي څرګندونې مثبت نه وي په متکرر شکل د ازموینو اجرا کول ضروري دي . په هغو ناروغانو کې چې وفات شوی دي د تشخیص لپاره دماغي انساج د ستانډرډ نمونو له جملې څخه دي . Direct Flurescent test د وایروس د انتي جن د پیدا کولو لپاره په Brain stem محیح او Hippo campus کې اجرا کیږي . ۴۱۵:۱۱

درملنه :

کومه ستانډارډ یا معیاري درملنه وجود نه لري یواځې د تسکین لپاره انلجریک ، Sedation او تهویه ترسره کیږي . له ازمايل شوو درملنو څخه د ناروغیو د درملنې لپاره چې د انسانانو په وړاندې ورڅخه ګټه اخیستل شوې ده چې په دغه درملنه کې یو کس په Wisconsin ایالت کې له درملنې څخه په بريالي توګه ښه والی لاس ته راوړي دي او روغ شوي دي . د دغه ناروغ په درملنه کې د وایروس ضد دواګانو څخه ګټه اخیستل شوې ده لکه Ribavirin ، Benzodespin او باربیتوراتونه . او همدا ډول له Ketamin او

Amantadin څخه (خارج الحجروی تسمم د مخنیوي په خاطر) گټه اخیستل کیده . د نوموړې ناروغ لپاره د Rabies واکسین اوهم ایمونو گلو بین د ناروغ څخه په مخکې او وروسته صفحه کې توصیه شوی نه دي او دایو ډیر ښه سند دی چې د مثال په توگه ئې ذکر کولای شو چې ناروغ په غیر له دې چې د Rabies مخکنی واکسین ورته تطبیق شوی وی او یا ورته PEP اجرا شوی وی د Rabies د ناروغی څخه یې ښه والی موندلی دی او ژوندی پاتې شوی دي .

وقایه :

Rabies د انسانانو او حیواناتو په وړاندې له واکسین څخه په گټه اخیستلو سره دوقایې وړ دي په شمالي امریکا کې دوه ډوله واکسینونه چې منل شوي دي شته یو یې (H D C) Human diploid cell vaccine (V) او بل یې (P C E C V) Puri Fied cheek cmbryo cell vaccine دې چې له دغو مستحضراتو څخه هم د ناروغی څخه مخکې مخامخ کیدو او هم وروسته مخامخ کیدو څخه دوقایې لپاره گټه اخیستل کیږي . ۷: ۴۵۲

د مخامخ کیدو څخه مخکې وقایه (Pre expo sure) :

په هغه ځایو کې چې د Rabies منتن حیوان او یا حیوانې Rabies وجود ولری هغه گروپونه چې دوظیفې له نظره د حیواناتو سره سر وکار ولري لکه وترنران او یا هغه کسان چې د وحشی حیواناتو سره سر وکار ولری یا ورسره په تماس کې وی باید په وقایوی توگه واکسین شي لکه څرنګه چې د لابراتوار کار کوونکی چې په نیغه د ناروغی د عامل سره سر او کار لری واکسین شي او یا هغه مسافرین چې د سفر په نیت د اوږدې مودې لپاره هغو سیمو ته چې Enzootic په کې شته وي لکه تبعید شوي خلک او یا دهغوي اولادونه

باید له مخامخ کیدو څخه مخکې د هغوی په وړاندې Pre exposure Immunnization صورت ونیسي .

له مخامخ کیدو څخه مخکې باید H D C V د یو یو سپی په دوز واکسین یا P C E V داخل عضلې په Deltoid کې او یا دوران په بهرني برخه کې د ماشومانو لپاره په ترتیب سره په ۰-۷-۱۲ ، ۲۸ ورځو کې تطبیق کیږي .

وروسته بوسټر دوز په هغو کسانو کې چې په دوامداره یا متکرر ډول د Rabies سره مخامخ کیږي او یا هغه کسان چې په ناڅرگنده توګه د Rabies سره مخامخ کیږي لکه د Rabies اړونده د لابراتوار کارکوونکي او د شاپیرکو مواظبت کوونکي تطبیق کیږي .

په دغه وظیفوي ګروپو کې باید داتني باډي ټایټر د RFFIT یا Rapid flurescent focus inhition test په واسطه هر ۲ میاشتې او یا هر دوه کاله وروسته نظر په هغه خطر سره چې په کې قرار لری ارزیابي شي .

یو سپی بوسټر دوز هغه وخت توصیه کیږي چې په ازمویل شوی سیروم کې د وایروس پوره خنثی کیدل د ۱:۵ غلظت سره واکسین صورت نه وی نیولی .

هغه کسان چې یو ځلې یا غیر متکرر توګه د Rabies سره مخامخ شوی وی او یا د حیوان سره د تماس په هکله پوره خبر وی نو د هغوی لپاره بوسټر دوز ضروری نه دی .

د ۲۰۰۷-۲۰۰۹ کالو په موده کې د H D C V او P C E C V واکسینو تیارول د کم تولید له امله محدود شوی دی چې په نتیجه کې د Pre exposure رابیس واکسین کم او د ډیرو خلکو لپاره محدود شوی دی دغه محدودیتونه د بهرنی مسافرینو لپاره لکه په متحده ایالاتو او کاناډا کې وه مګر د Rabies د لابراتوار کارکوونکي او د حیواناتو د کنترول افسران چې په لوړ خطر کې قرار لری ورڅخه مستثنا دی او محدودیتونه نه لري

په داسې حال کې چې P E P واکسین د هغو خلکو لپاره چې ممکن د Rabies په تماس راغلی وی پلاس کې وه . ۱۱:۴۱۶

د مخامخ کیدو وروسته مخنیوي (Post Exposur Prophylaxis) :

هغه کس چې د حیوان سره په تماس راغلی دی د پوره کنترول او اهتماماتو لپاره باید دمنتن کیدو خطر یې په دقیقه توګه وارزول شي په هغه صورت کې چې امکانات موجود وي باید د Rabies لیرې دهغه حیوان د معاینې په واسطه چې نوموړې کس ورسره په تماس راغلی دی رد شي که حیوان سپی ، پیشو او یا موش خرما وی پس باید هغه نیورولوژیک نښې چې د لسو ورځو په موده کې منع ته راځي ارزونه یې وشي .

هغه ناروغان چې د غوښې خوړونکې وحشی ژوی لکه Racoon او ګیدرې سره په تماس راغلي وي او یا دهغو په واسطه ډارل شوي وي او حتی په هغه صورت کې چې تشخیص منفي هم وي ددغه ناروغ سره چې Rabies یې شکمن دی باید کنترول او اهتمامات یې داسې صورت ونیسي لکه چې ناروغ Rabies لري هغه مسافرين چې د Rabies سره مخامخ کېږي باید په چټکۍ سره د ناحیوي صحی مراکزو سره اړیکې ونیسي ترڅو د P E P په هکله لارمې مشورې تر لاسه کړي د Rabies ایمون ګلوبین یا R I G په هغه وروسته پاتې لري پرتو هیوادو کې چې مسافرين یې هلته ځي په دې هکله دمسافرينو سره دا ډول ستراتیژي چې ایا ددغه ډول حیواناتو سره به مخامخ کېږي څه ډول مجادله وکړي د ډارلو زخمونه او شوکاري باید د لومړني کومکو په واسطه لکه د زخم پاکول او مینځل په چټکه توګه تر سره شي او په همدې ترتیب د وایروس ضد مواد لکه ایودین او پایو دین څخه کارواخیستل شي . د زخم پاکول او مینځل د Rabies د وقایې مهمه برخه تشکیلوي چې نسجي ککړوالی کموي . په یو غیر واکسین شوي کس کې چې سخت ټپ

ولرې د پاکوالی او لپاره ددې چې نورو انسانانو ته له خپریدو څخه یې مخنیوی وشي دا ډول زخمونه ونه گنډل شي او یا په ځنډ واچول شي. ۴۱۲:۱۱

PEP و قایه دهغو کسانو لپاره چې مخکې معاف شوی وی :

د هغو کسانو لپاره چې مخکې ورته واکسین تطبیق شوي دي او یا هغه ناروغان چې د PEP یو پوره کورس او یا HD CV او PCECV دوه بوستر ډوزه لرې چې هر یو یې د عضلې دلارې په مټ کې په ۰-۳ ورځو کې تطبیق کیږي .

PEP د وقایه غیر معاف ناروغانو ته :

په هغه ناروغانو کې چې مخکې واکسین شوی نه دی د PEP لپاره یو ډوز HRIG یا انساني ایمونو گلو بین د ۲۰ i.u/K.W په اندازه د صفر دورې څخه شروع او یو سي سي خلور زرقه پرله پسې په ۰-۳-۷-۱۴ ورځو کې ورکول کیږي RIG باید د زخم گرد چاپیره ورکړل شي او پاتې اندازه یې د زخم څخه په یوه لرې فاصله کې د عضلې د لارې ورکول کیږي د واکسین د زرق لپاره د Deltoid عضله مناسب ځای دی په کوچنیانو کې د ورانه وحشي برخه مناسب ځای دی او هیڅ کله هم باید واکسین د Gluteal په ناحیه کې ئې زرق تر سره نه شي .

RIG واکسین باید دواړه یو ځای په عین Deltoid کې زرق شي د RIG د تطبیق موده د واکسین نه ۷ ورځې وروسته ده که په دغه موده کې یې تطبیق صورت ونه نیسي وروسته له دغه مودې څخه RIG فعال معافیت نه شی پیدا کولای .

د RFFIT سیرولوژیک ازموینې د واکسین داخري دوز څخه ۷-۱۴ ورځې وروسته اجرا کیږي تر څو پوه شو چې د Ab پوره تایید شونی دی یا نه؟

هغه ناروغان چې immuno compromise دی باید برسیره د RIG څخه د زخم پاکوالي او د Rabies د واکسین پنځه دوزه په ۰-۳-۷-۱۴ ورځو کې واخلې هغه کسان چې HIV لري او د ملاریا ضد دوا اخلي او یا هم د Immuno Supressive نورې دواگانې اخلي سیرولوژیک ازموینې د ۲۸ دوز یعنې اخرنۍ دوز څخه باید د ۷-۱۴ ورځې وروسته اجرا شي ترڅو معلومه شي چې د Ab ځواب کافي دي یا څنگه؟. ۱۱: ۴۱۶، ۴۱۷

ددغه ناروغانو په وړاندې د RIG او د واکسین د تطبیق ځایونه روغو خلکو ته ورته دي .

Advers Reaction:

هغه ناروغان چې د PEP وقایه اخلي باید هغوي وپوهول شي چې ممکن ځایي عکس العملونه یا ضد عکس العملونه لکه درد ، سوروالي ، پړسوب ، یا خاربنت د واکسین د زرق په ځای کې او سیستمیک سپک عکس العملونه لکه سر دردی ، زړه بدوالی ، د گیډې درد ، عضلي دردونه او گنگسیت څخه ناروغ شاکی اوسي .

۲% هغه کسان چې د واکسین بوستر دوز یې H D C V سره اخیستی وی ایمون کمپلکس ته ورته عکس العمل لکه Pruritus ، urticaria او خستګی لري د PCECV سره ډیو کم شمیر ضد عکس العملو راپور ورکړل شوي دي لکه د Rabies سره مخامخ کیدل یقیني وي باید PEP ته دموضعي او حقیف عکس العملو د منځ ته راتلو سره توقف ورنه کړل شي. ۱۱: ۴۱۷، ۴۱۸

احتیاط او مضاد استطباب :

امیدواری او پرمخ تللی سن د PEP لپاره مضاد استطباب نه ګڼل کیږي په ځینې ټاکلو واکسینو کې د ځنې موادو په وړاندې د الرژي شتوالی لکه دهګی پروتینونه په PCECV کې لازم لیدل کیږي ترڅو واکسین یې په بل ډول سره تبدیل شي. په هغو خلکو

کې چې Immuno Compromise یا معافیتې عدم کفایه لرې . د Rabies په مقابل کې واکسین کول د ناکامۍ سره مخامخ کیږي . د معافیتې ځواب د پیدا کیدو لپاره په دې ډول ناروغانو کې Pre Exposure وقایه شاته غورځول کیږي او له هغو فعالیتونو څخه چې د Pre- EP د تطبیق لپاره اړتیا منځ ته راوړي مخنیوي وشي لکه Pre – EP او یا PEP د هغه چا لپاره چې ضعیفه معافیتې حالت ولري توصیه شي باید سیرولوژیک ازموینې تر سره شي تر څو معلومه شي چې آیا ناروغ د اتني باډې پوره ټایټر د Rabies ویروس د خنثی کیدو لپاره اخیستی دی او یا خیر . په داسې حالاتو کې چې د Ab پوره ځواب څرګند نه شي . باید دخپل ډاکټر سره مشوره وکړي . ۴۱۸:۱۱

تیتانوس Tetanus

تعریف : یوه حاده ساري ناروغي ده چې د کلو ستریديوم تیتاني داگزوتوکسین پواسطه چې Tetanospasmin نومېږي منځ ته راځي چې د عصبي گډوډۍ او عضلا تو د شخوالي لامل گرځي . تیتانوسپزمین یو پروتینی قوی توکسین دی ، د کلینک له نظره تیتانوس په دری ډوله (موضعی ، عمومی او Neonatal) لیدل کېږي . ۴ : ۱۲۱

لامل :

د ناروغي لامل کلو ستریديوم تیتاني دی چې یو گرام مثبت ان ایروبیک سپورجورونکی باکتریا ده چې سپورونه ئې د Drum Stick پشان دي سپورونه د Steam بخار تر فشار لاندې تر ۱۲۰ درجی حرارت کې په شل دقیقو کې له منځه ځي او هم د تشعشع پواسطه له منځه تللی شي ددې اورگانیزم داوسیدو ځای خاورې او دورې دي داباسیل د غوښه خوړونکی حیواناتو لکه وزې ، میږې ، او غوایانو په کولمو کې پیدا کېږي سپورونه د هوا اوباد په واسطه له یو ځای څخه بل ځای ته لیږدیدی شي امکان لري چې عملیات خانو ته هم ورسېږي سپور تر کلونو پورې په طبیعت کې ژوندی پاته کیدای شي . ۱۰ : ۱۱۹۷

اپید میالوجی :

د تیتانوس د ناروغی کلنی وقوعات د تیرولسیزو راپدیخوا (۱ ، ۰-۲ ، ۰) په یو میلیون کې دی د معافیت کولو څخه مخکې ئې اندازه ۹ ، ۳ /million وه د ناروغی د وقوعاتو کموالی په لاندی فکتورونو پورې اړه درلوده

الف : معافیت ب : دتپ یا جراحی ښه اهتمامات ، ج : د ماشومانو د زیږیدنې پر مهال پوره پرکتس او معقم ولادتونه .

د ناروغي پيښې د عمر له نظره په هر عمر کې واقع کيږي ۳۴% پيښې ئې د ۲۰۰۱- ۲۰۰۷ کلونو پورې په هغه کسانو کې وه چې عمر ئې د ۲۵ کلنۍ څخه پورته ده ۴% په هغو کسانو کې ئې پيښې تثبيت شوي دي چې عمر ئې د ۱۵ کلنۍ څخه پورته وه ۷۵% مړينه په هغه ناروغانو کې رامنځ ته شوې وه چې عمر ئې د ۲۰ کلنۍ څخه پورته وه مگر دتیتانوس د Toxoid واکسين په زياتيدو سره د تیتانوس د ناروغي په پيښو او مړينه کې څرگند کموالی راغلی دی . مگر په هغه سيمو کې چې د واکسينشن ستونزې شته غټ ناورين دی چې د نوزادانو د مړينې زياتره لامل جوړوي د تیتانوس ناروغي په سپورادیک ډول ليدل کيږي پيښې ئې په گرم موسم کې په ځانگړې ډول د دوبي په مياشتو کې په کليوالو سيمو او نارينه کې زياتې دي تیتانوس کيدای شي د سوځيدنې، يخ وهنه ، د منځنۍ غوږ التهاب ، جراحی ، سقطونو ، ددوا معتادينو ، اېسې او د پوستکي زخم سره يوځای وي کله کله کيدای شي چې زخم موجود نه وي او د تیتانوس د ننوتو لاره نه معلومېږي.

يادونه:

هغه څيړنه چې د پوهنوال دوکتور محمد طيب نشاط له خوا د تیتانوس په سل تنه بستر ناروغانو باندې تر سره شوې ده لاندې پايلې ئې درلودې.

۱. نارينه نظر بنځو ته زيات اخته شوي وه يعنې ۷۰ نارينه، ۳۰ بنځينه

۲. ۹۰% پيښو کې د انتان د دخول لاره څرگنده او په ۱۰% کې معلومه نه وه بدن ته د ميکروب د ننوتو لپاره په لومړۍ درجه زخم او ټپونه وه.

۳. د کلينیک له نظره لس پيښې خفيفې، ۴۸ پيښې متوسطه اندازه عمومي شکل او ۴۲% شديد او عمومي شکل درلوده.

۴. د مړینې کچه ۴۲% وه چې ټول ئې په شدید شکل پورې تړاو درلوده.

۵. د مړینې علت دوامدار عضلی سپزم، احتلاج، Apnea، د حنجرې سپزم او تنفسي

توقف وه

۶. په روغتون کې د درملنې لپاره ټول امکانات موجود نه وه.

پتو جنیزس :

خرنگه چې د تیتانوس ناروغي زیاتره دیوې ژورې یا نفوذ لرونکې جرحې یا ټپ سره یوځای وي یعنې دیوې داسې جرحې سره چې په هغې کې د مکروب لپاره یو ان ایروبیک چاپیریال مساعدوي (په ټپ کې نکرۆزی انساج، اجنبی اجسام د اکسیدیشن کموالی او یا فعال میکروب موجود وی) نوپدې صورت کې د مکروب د (ټوکیدنې) نشونما اود توکسین دافرازاتو لپاره پوره زمینه برابره وی. چې د ناروغی د کلینکی اعراضو د را منځ ته کیدو لپاره توکسین مسؤل گڼل کیږي توکسین د محیطی حرکتی اعصابو له آخرنې برخې سره نښلی اکسون ته داخلېږي د BrainStem اود شوکی نخاع د عصبي حجراتو جسم ته لېږدېږي چې دلته توکسین له Synapse څخه تیرېږي اوځان Pre synaptic terminal ته رسوي چې بیا د نیورو ترانسمیتر گلايسین او گاما امینو بوتاریک اسید نهی کوونکی مخه نیسي کله چې د نهی کوونکی مخه و نیول شي نهی کیدل کمیږي اودالفاحرکی اعصابو Resting Fire اندازه زیاتېږي چې د ادشخوالی لامل گرځي چې د تیتانوس لپاره وصفی ده همدا ډول د نهی کیدو کموالی د شوکی نخاع په خړه ماده کې د Preganglionic سمپاتیک اعصابو باندې اغیزه کوي چې وروسته د سمپاتیک اعصابو فعالیت زیاتېږي چې ددې سره د دورانی کتیکول امین کچه هم لوړېږي تیتانو سپزمین کولای شي چې په عصبي عضلی اتصال کې د نیورو ترانسمیتر مخه ونیسي چه په

پایله کی سستی اويا فلج رامنځ ته کيږي د تیتانوس په موضعی شکل کې یواځې هغه عضلات اغیزمن کيږي چې د ماوفه عصب پواسطه تعصیب شوی دي . ۴ : ۱۲۴

کلینکی بڼه :

د کلینکی لوحې له مخې د تیتانوس ناروغي په لاندې څلوروشکلولیدل کيږي

(۱) عمومي شکل ۲) موضعی شکل ۳) Cephalic ۴) نوی زیریدلی تیتانوس

د ناروغي شدت د مکروب د توکسین په اندازې پورې اړه لري هغه چې د مکروب پواسطه تولیديږي اويا هم د مخکې نه د مکروب پواسطه تولید شوی وي د ناروغي وصفی د تفریح دوره یوه اونۍ وي مگر کله کله کیدای شي چې لنډه شي ۱-۳ ورځې اويا کیدای شي چې تر دې اوږده شي (ترخومیاشتو پورې)

(۱) عمومي شکل: دناروغي تر ټولو معمول او شدید شکل عمومي یا Generalized شکل دی چې مشخص دی په

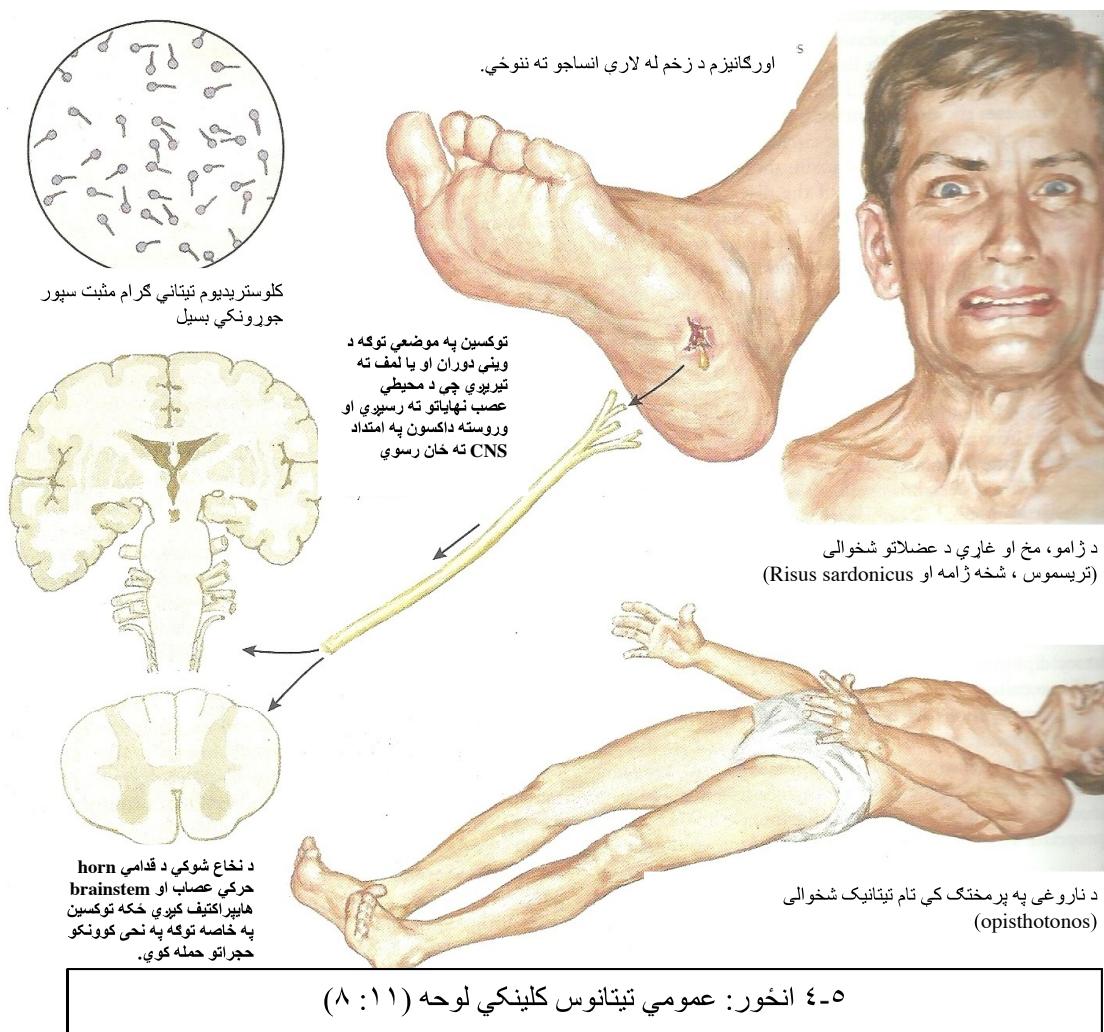
الف ، داسکلیتی عضلاتو خپور Tonic تقلصات او همدارول متقطع تقلصات

ب ، دردناکه عضلی سپزم

ج ، ناروغي د موضعی عضلی سپزم په شروع کیدو سره لاندې حالات رامنځ ته کوي

Trismus (Lock Jaw) چې په ځانگړې ډول لومړی د master عضلاتو تون زیاتيږي چې په لاندې شکل کې بنودل شوی دي د مړی دتیریدو ستونزه موجوده وي دغاړې شخوالی ، داوږو اودعضلا تو درد د Lack Jaw سره یوځای اويا لږ وروسته رامنځ ته کيږي ، بالاخره د نورو عضلاتو اخته کیدل وروسته څرگندیږي لکه د گیدې د عضلاتو شخوالې دلاسونو اوپښو عضلات په نسبي ډول سره نه شخیږي ، دمخ د عضلا تو دوامداره تقلص د Risus Sardonius لامل کيږي چې د opisthotonus حالت اود ملا د

عضلاتو تقلص چې ملاته د لیندۍ شکل ورکوي په شکل کې ښودل کېږي په ځینې ناروغانو کې دردناکه شدید عضلې سپزم د سیانوزس لامل ګرځي همدا ډول د Thoracic عضلاتو او Glottal حنجروې عضلاتو سپزم د Apnea سبب کېږي ناروغ کیدای شي تبه ولري او یا ونلري ناروغ په شعوري حالت کې وي د توکسین پواسطه اوتونوم اعصاب متضرر کېږي چې داوتونوم د ویجاړیدو لامل کېږي چې نښې ئې عبارت دي له د فشار لوړوالی ، د زړه د حرکاتو زیاتوالی ، بی نظمي ګانې ، ډیره خوله ، لوړ حرارت ، Hyperpyrexia ، محیطی وازو کنسټرکشن ، د تشومتیازو او دپلازما دکتیکول امین داندازي زیاتوالی او کله کله کیدای شي چې ناروغ ته زړه دریدنه پیداشي چه علت ئې معلوم نه دی د تیتانوس په ناروغي کې نوراختلاطات لکه اسپاریشن نمونیا ، دهپوکو ماتیدل ، عضلاتو خیرې کیدل ، د ژورو وریدونو ترومبوزس ، دسروامبولیزم ، د بستر زخمونه اود عضلاتو اوبه کیدل Rhabdomyolysis هم رامنځ ته کیدای شي.



- ۲) موضعی تیتانوس: د تیتانوس موضعی شکل غیر معمول دی چی ښه ئې تپ ته نږدې عضلاتو ته محدوده وي انزاري ډیر ښه دي
- ۳) د ماغی تیتانوس: د موضعی تیتانوس یو نادر شکل دی چی د سر د تپونو او یا د غوږ د اتاناتو څخه وروسته منع ته راځي Trismus اوهم د قحفي ازواجو دیو او یا له هغی څخه زیات (زیاتره آوم زوج) تشوش د لیدلو وړوي د تفریح دوره ئې لنډه وي اودمړینې کچه ئې لوړه ده.

۴) د نوی زیرپیدنې تیتانوس : داډول تیتانوس زیاتره د نا مناسب واکسینشن اود غیر معقم ولادتونو سره یوځای دي داهم د تیتانوس د عمومی شکل په څیروی که درملنه نې ونه شي وژونکی وي او زیاتره وروسته د غیر معقم حبل ثروي د درملنې څخه منځ ته راځي دا ناروغي معمولاً د ژوندانه په لمړنیو دوه اونیو کې څرگندیږي ددې تیتانوس وصفی کلینکی بڼه ناکافی تغذیه ، شخوالی ، او تشنجات دي .

د شدت له نظره تیتانوس په لاندې شکلولیدل کیږي

الف : خفیف شکل - عضلی شخی ډیره کمه ده چی تشنج ورسره موجودوی یا نه وي
ب : منځنی شکل - چې د ناروغ سره تریسموس ، دبلع عسرت ، شخی او تشنجات موجودوي

ج : شدید شکل :- تکراري شدید اختلاجات او شخی موجوده وي . ۱۰: ۱۱۹۸
تشخیص :

د تیتانوس د ناروغی تشخیص د کلینکی لوحی له مخې ترسره کیږي په شکمنو پیښو کې باید د زخم یا تپ څخه مواد د کلچر لپاره واخیستل شي کلچر ممکن منفی اویا مثبت وي . د C.S.F معاینه معمولاً نورماله وي دوینې دسپینو حجراتو اودعضلاتو دانزایموسویه ممکن پورته ولاړه شي تیتانوس باید د هایپوکلسمیک تیتانی ، Rabies ، داسناخوله اېسی گانو ، د سترکینین تسمم ، سب اراکنوئېد وینه توئېدنه ، Dystonic دواۍ حساسیت ، مننجایتس ، انسفالایتس ، داخل بطني حادآفات ، دماغی ملاریا او میرگی سره تفریقی تشخیص شي د مرکزی عضلا تو د تون زیاتوالی سره د عمومی تشنجاتو یوځای والی چې د پښو او لاسوشخی ورسره نه وي داپه اعلب گمان سره تیتانوس راپه گوته کوی . ۴: ۱۶۶

درملنه:

د تیتانوس تداوي باید دلاندې موخو لپاره ترسره شي

۱) د دورانی توکسین خنثی کول

۲) د توکسین دافرازاتو څخه مخنیوی

۳) د عضلی سپزم درملنه

۴) داوتونوم دویجارتیا اهتمامات

۵) تقویوی څارنه

۱ : د دورانی توکسین د خنثی کولو لپاره (T I G) Human tetanus

Immunogloboline څخه گټه اخیستل کیږي چې ډوزئې ۳۰۰۰-۲۰۰۰ یوتیه د

عضلی له لارې په کسری ډوزونو ورکول کیږي اتی توکسین د هغه توکسینوله پاسه چی

د عصبی حجراتو سره نښتی دي اغیزه نه لري

۲ : د نوی توکسین دافراز د مخنیوی لپاره د زخم ښه اهتمامات ، debridment اودانتی

بیوتیک استعمال دی ناروغ باید په آرامه کوټه کې بستر شي د تنبهااتو څخه مخنیوی

وشي زخم پاک ومنخل شي. اتی بیوتیک د فعال بسیلود منځه وړلو لپاره ورکول کیږي

د پنسلین ورځنی مقدار ۱۰-۱۲ میلیونه یوتیه د وریدی لارې د لسو ورځو لپاره ورکول

کیږي اما میترونیدازول ۵۰۰ mg/۲h او یا ۱ gm/۱۲h د میکروبی ضد فعالیت په

منظور خورا مهم رول لري هغه ناروغان چې د پنسلین سره الرجی لري نوپه ځای ئې

اریترومایسین ورکول کیږي.

۳) د عضلی سپزم د درملنې لپاره چې د ژوند تهدیدونکی حالات منع ته راوړی له

سیداتیف درملو څخه گټه اخیستل کیږي او همداهول له ډیازپیم لورازپیم هم پکارول

وړل کيږي چی په لمړی قدم کی د عضلی شخی لپاره استعمالیږي باربیتوراتونه او کلورپرومازین د دوهم خط درمل دي دغه دواگانې یواځې اوځینی وختونه په ګډه سره د سپزم په کنترول کې ورکول کيږي میخانیکي تهویه او عصبی عضلی نهی کوونکی درمل هغه وخت کارول کيږي کله چی سپزم د نورو درملو سره ځواب ورنکړی او یا سپزم د تهوئې د خرابوالی لامل شي ډیازپیم زیات کارول کيږي چی حتی ۲۵۰ mg په ورځ کې ورکول کیدای شي .

۴) داوتونوم اعصابو د وظایفو په تشوش کې چی د سیماتیک اعصابو د فعالیت د زیاتوالی له کبله منځ ته راغلی وي کومه ځانګړې درملنه وجود نه لري خو بیا هم دالفاو بیتا بلاکر د مستحضراتو څخه لکه Labetolol کاراخیستل کيږي خو ددې سره سره ئې د مړینې راپورونه شته همدا ډول داتشوش کولاي شو د مګنیزیم سلفیت په ورکولو سره تر کنترول لاندې راولو او یا د مورفین او بیتا بلاکر سره چی پورته ترې یادونه وشوه .

۵) د تیتانوس ناروغ تنفسی څارنه د درملنې یوه مهمه برخه ده چی زیات ناروغان ورته ضرورت لري اتنویشن او یا تراخیوستومی له میخانیکي ویتلیشن سره یوځای یا یوازی په لاندې حالاتو کې پکاروړل کيږي

الف :- د هغه هایپووتلیشن لپاره چې د سیداتیف د زیات ډوز او یا د حنجري د سپزم له کبله منځ ته راغلي وي

ب :- په هغه ناروغانو کې چی داسپاریشن خطر د Trismus او یا عسرت بلع له کبله موجودوي کیدای شي چی دوختی Trachiotomy پواسطه داوړده وخت Intubation داختلاطاتو څخه مخنیوی وشي .

مخنیوی : د Tetanus توکسی ویدواکسینشن د تیتانوس ناروغی د مخنیوی او کنترول بنسټ جوړوي داتتی توکسین انتی باډی داندازې امکانات شته .

انزار: د تیتانوس انزار په نوو زیږیدلو، زړو خلکو او هغه ناروغانو کې چې د تفریح دوره ئې لنډه وي او هم په هغه ناروغانو کې چې حملې او تشنجات زیات او ژر ژر وي انزار ئې خراب دي.

لنډیز:

د تیر شوي مبحثو څخه دا جوتنه کیږي چې ځمونږ د گران هیواد د نفوسو زیاته فیصدی خلک په کرهڼه او مالدارۍ کې بوخت دي د پورتنی ناروغی له جملې څخه د بروسیلوزس ناروغي چې په وظیفوي او غیر وظیفوي دواړو حالاتو کې رامنځ ته کیږي عمده لامل ئې د ناروغه حیواناتو او څارویو سره تماس دی د بروسیلوزس د شپږو ډولو له جملې څخه Br. Melitensis چې د قوی ویرو لانس لرونکی دی زیاتره کورني حیوانات اخته کوي او په همدې توگه Abortus ډول یې چې د کم ویرو لانس لرونکي دی هم کورنی حیوانات اخته کولای شي چې په ناروغانو کې تبه، خوله، سکلیتی عضلاتی دردونه، د بندونو اخته کیدل موجود وي کیدای شي چې یو بند او یا څو بندونه اخته کړي او همدا ډول په مختلفو سیستمونو لکه عضلي سکلیتی، تنفسي، بولی، زړه او د رگو سیستم او عصبي سیستم کې اختلاطات ورکوي چې په دې هکله په مفصله توگه رڼا اچول شوې ده ناروغي په نیغه توگه او یا غیر مستقیم توگه د ککړو حیواناتو سره د تماس او یا د هغوي د محصولاتو د خوړلو څخه لکه اومه شیدې او پنیر چې صحي نه دي رامنځ ته کیږي.

همدا ډول د انترکس سپور چې په بهرنی چاپیریال کې تر کلونو پورې پاته کیږي په څلورو کلینکي اشکالو (د پوستکي، هضمي جهاز، انشاقی او اوروفرنجیل) لیدل کیږي چې د

هضمي جهاز او انشاقی اترکس ئې وژونکې پېښې منځ ته راوړي اترکس لمړی ځل حیوانات اخته کوي او وروسته انسانان مصابوي باید ذکر کړو چې اوس د اترکس له باسیل څخه د وسلې په توگه په بایو تروریزم کې گټه اخیستل کېږي لکه چې په ۲۰۰۱ کال کې په USA کې د اترکس پېښې په هغه پاکټو کې چې د پوستې په واسطه لیږل شوي وه رامنځ ته شوې.

د لیوني سپي ناروغي چې د وایروس په واسطه منځ ته راځي کله چې انسان د منتن حیوان په واسطه چې د خولې په لارو کې وایروس لري وداړل شي ناروغي رامنځ ته کوي. انسانان زیاتره د سپیانو د داړلو په واسطه اخته کېږي چې د داړلو وروسته وایروس د محیطي اعصابو د اکسو پلازم له لارې CNS ته رسیږي او وروسته له هغې دماغي نسج ته خپریږي چې وژونکی حالات منځ ته راوړي. د تیتانوس ناروغي چې Lok Jaw ناروغي هم ورته وائي د کلو ستریديوم تیتاني د قوي اغزو توکسين په واسطه چې باسیل ئې گرام مثبت، ان ایروبیک او سپور تولیدونکي دی منځ ته راځي سپور ئې د کلونو لپاره په خاوره او د حیواناتو په غایطه موادو کې موندل کېږي انسانانو ته د پرې شوي پوستکي زخم او گریډنی له لارې داخلېږي. چې توکسين ئې د محیطي حرکي اعصابو له لارې مرکزي عصبي سیستم ته رسیږي او وژونکی حالات منځ ته راوړي چې د اختلاطاتو په منځ ته راتگ سره لکه د حنجرې سپزم ، Asphyxia، اسپاریش نمونیا، د هپوکو ماتیدل، د عضلاتو څیږي کیدل، د سږو امبولیزم او نورو سره ناروغان د مړینې خواته بیايي. د ناروغی تر ټولو معمول او شدید شکل ئې عمومي شکل دی او د شدت له نظره ئې شدید شکل هغه دي چې په ناروغانو کې تکراري شدید اختلاجات او شخي رامنځ ته کوي او ناروغان د مړینې تر کچه رسوي د ناروغی په مخنیوي کې د Tetanus توکسیدواکسين مهم رول لري. په طبي درملنه کې د نرسنگ جدي مراقبت، د اختلاجاتو کنترول او هم د اختلاطاتو د رامنځ ته کیدو په صورت کې باید ناروغ ته د وختي تراخیا ستومي لپاره پوره اهتمام ونيول شي.

پوښتنې:

۱. د بروسيلوزس کوم ډول د قوي ويروانس لرونکی دی
الف: melitensis ب: Suis ج: Ovis د: ټول غلط دي
۲. د بروسيلوزس د تنفسي سيستم اختلاطات په نښه کړی
الف: نمونيا ب: امپيما ج: نوموتوراکس د: ټول غلط دي
۳. د بروسيلوزس په سيرولوژيک ازموينو کې په حاد اتان کې کومه انتي باډي لوړېږي
الف: IGM ب: IGA ج: IGG د: هيڅ يوه نه
۴. په بروسيلوزس د درملنې موخې کومې دي به نښه ئې کړی
الف: د اعراضو له منځه وړل ب: د عود څخه مخنيوي ج: د مايکرو اورگانيزم له منځه وړل د: ټول صحيح دي
۵. د پوستکي انترکس تفريقي تشخيص د لاندې کومو ناروغيو سره تر سره کېږي
الف: سفليس ب: تولريميا ج: د پوستکي ابسي د: ټول غلط دي
۶. تنفسي انترکس تفريقي تشخيص د لاندې کومو ناروغيو سره تر سره کېږي
الف: انفلونزا ب: هستوپلازموزس ج: Q. fever د: ټول صحيح دي د: ټول غلط دي
۷. د معدي معائې انترکس تفريقي تشخيص د کومو ناروغيو سره تر سره کېږي
الف: حاد اپنډيسايټس ب: dysentery ج: کولايټس د: ټول غلط دي
۸. د انترکس باسيل څه ډول شکل لري
الف: مستطيل ب: مربع ج: مکعب د: ټول غلط دي
۹. رابيس کې د سترگو کوم جوړښتونه اخته کېږي

الف: قرنيه ب: شبکيه ج: حدقه د: سکليرا

۱۰. د راييس قهرجن او عضبناک ډول کوم دی په نښه ئې کړی

الف: انسفاليتيک ب: فلجي ډول ج: دواړه د: ټول غلط دي

۱۱. د راييس وایروس جوړښت په نښه کړی

الف: RNA ب: DNA ج: دواړه د: ټول غلط دي

۱۲. د lysa virus خو ډوله پیژندل شوي دي په نښه ئې کړی

الف: یوولس ب: لس ج: اته د: ټول غلط دي

۱۳. تیتانوس د لاندې کومو ناروغيو سره تفریق کېږي

الف: راييس ب: دسترکين تسمم ج: هايپوکسيميا د: لمړني دري صحيح دي

د: ټول غلط دي

۱۴. د تیتانوس د درملنې موخې په نښه کړی

الف: د توکسين د افراز مخنيوي ب: دوراني توکسين خنثی کيدل ج: د زخم گندېدل

د: ټول غلط دي

۱۵. د تیتانوس کلینکي ډولونه کوم دي

الف: موضعي ب: عمومي ج: نوزادي د: لمړني دري صحيح دي د: ټول غلط دي

دي

۱۶. د تیتانوس اختلاطات په نښه کړی

الف: د سږو امبوليزم ب: د عضلاتو خيري کيدل ج: د هډوکو ماتيدل د: لمړني دري

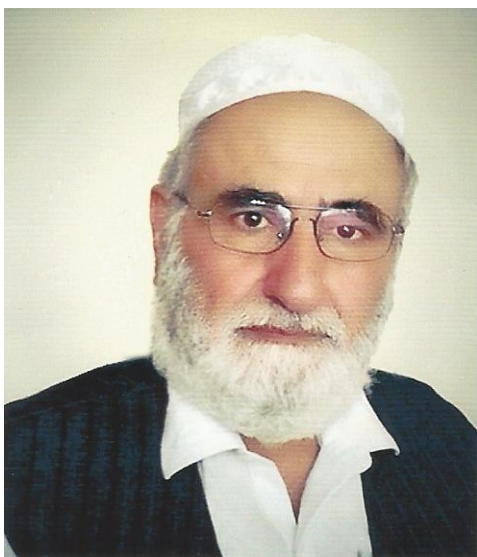
صحيح دي د: ټول غلط دي

ماخذونه REFERENCES

- ۱) اپريدی، حفيظ الله. (۱۳۷۴) لمريز، د عامي روغتيا په روغتون کې د دماغي ملاريا وقوعات او وفياتو فيصدي څيړنه د پوهنيار علمي رتبې څخه د پوهنمل عملي رتبې ته، د تنگهار طب پوهنځي داخلي څانگه مخ ۱، ۲
- ۲) احمدزی، حیات الله. (۱۳۸۲) لمريز، د تقیحی مننجایتس د لاملو څيړنه د تنگهار طب پوهنځي د داخله څانگه مخ ۱۳
- ۳) اخگر، مير عزيزالله و همکاران. ۱۳۹۱ خورشیدی، امراض اتتاني، کابل، انتشارات عازم چاپ سوم ص ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۶
- ۴) جبارخيل، عبدالناصر. (۱۳۸۸) لمريز، اتتاني ناروغی تالیف د تنگهارطب پوهنځي داخله څانگه مخ ۱، ۷، ۴۲، ۵۰، ۵۳، ۵۲، ۵۸، ۶۴، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۶۱، ۱۶۴، ۱۶۶، ۱۸۴، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۷، ۲۲۳، ۲۲۴
- ۵) رحيمي، صلاح الدين. (۱۳۸۵) لمريز، مزمن هيپاتاتيس ترجمه د پوهيالي علمي رتبې څخه د پوهنيار علمي رتبې ته د تنگهار پوهنتون د طب پوهنځي داخله څانگه مخ ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷
- ۶) ظفرزی، محمد ظاهر. (۱۳۸۹) لمريز، د ځيگر ناروغی تالیف د تنگهار د طب پوهنځي داخله څانگه مخ ۴۲، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۱۱۲، ۱۱۵، ۱۱۹، ۱۲۲
- ۷) منگل، محمد عظيم. (۱۳۸۹) لمريز، د ساری ناروغیو کنترول، د تنگهار طب پوهنځي د وقايوی طب څانگه، مخ ۴۵۲، ۴۵۷، ۴۵۸، ۴۷۲، ۲۵۰
- ۸) نشاط، محمد طيب. (۱۳۷۸) لمريز، د تیتانوس پيښی، داخله څانگه د تنگهار طب پوهنځي

- 9) Bisgard KM, Hardy IR, POPOVICT. (1998)
Respiratory diphtheria in the united states, 1980 through 1995
Am J public health 88:787-791
- 10) Dan L. Lango, Anthoney S. Fauci, Dennis L. Kaspar. (2012)
Harrison Principles of internal medicine, 18th edition, MC
Graw, Hilline new York Pp1088,1188,1089,1090, 1197,
1198,1281,1282,1283,1284,1285, 1289, 1290, 1291,1292,
1293, 1211, 1212
- 11) ELAINE C. JONG, MD, DENNIS L. Stevens, phd, MD
Frank H. Netter, MD. (2012). Netter's infections diseases
Elsevier SAUNDERS Philadelphia, Pp 5, 6, 7, 8, 9, 33, 34, 35,
36, 37, 158, 159, 60, 70, 203, 207, 373, 374, 375, 377, 378,
379, 380, 411, 412, 413, 415, 416, 417, 418, 452, 453, 454,
456, 457, 394- 398, 560, 561, 563, 564, 565, 566
- 12) Gold man Leei, MD ANDREW I. SCHAFER, MD. (2012)
Cecil text book of medicine 24th edition, ELSEVIER Saunder
Pp 1832, 1837, 1851
- 13) Jackson AC. (2007): Pathogenesis. In Jackson AC, Wunner
WH, eds: Rabies, ed2, London: Academic press
Pp 341-381. The author discusses current understanding of
rabies pathophysiology
- 14) Kumar parveen and Dr Michael Clark. (2012)
Kumar and Clark's Clinical medicine 8th edition
Elsevier Saunder Uk. Pp 80, 81, 82
- 15) Lee Ce, Adeehak, Freigang Gl. (2010)
Human plasmodium Knowlesi infection in Klang Valley,
peninsula Malaysia: a Case series, med J Malaysia 65:63-65,
Review of 7 cases of P. knowlesi infection diagnostically
confirmed by nested PCR With discussion of Risk factors,
Clinical presentation and treatment
- 16) Mandell, Douglas. (2005) Principles and practice of infectious
diseases sixth edition, Elsevier Churchill Living stone: USA.
Pp 1083, 1126, 3618

- 17) Marilyn Heng and Joseph Ar. (2007)
Green Wald Toronto notes Comprehensive medical reference
and review for MCCQ and USMLE 11 23rd edition Pp 2, 7, 38
- 18) MERCK .(1992)
Merk manual of diagnosis and therapy, 16th edition
merk and co. Inc , company USA
Pp 81, 85, 86, 99, 100, 171, 172
- 19) Nickir. Colledge, Brian R Walker, Stuart H. Ralston. (2010)
Davidson Principles and practice of medicine 22nd edition
Pp 1206, 1207, 1208,
- 20) Redonda G. miller, MD, Bismal H. Ashar , MD Stephen D.
Sisson, MD. (2005) The John Hopkins internal medicine Board
Review Mmos by Pp 100, 102, 119,120
- 21) STEPHEN J. MCPHEE, MAXINEA PAPADAKIS,
MICHAEL W Rabow. (2014) , current medical diagnosis and
treatment 53rd edition, Mac Graw Hill USA
Pp 868, 1429, 1430, 1433,1434, 1490, 1491, 1503



د مولف لنډه پيژندنه

نوم: حفيظ الله

د پلار نوم: مراد خان

تخلص: اپريدي

علمي رتبه: پوهنوال

اوسنۍ رتبه: مافوق رتبه

علمي کدر کې د شموليت نيټه: ۱۳۲۱/۵/۵

استاذ د کوزي پښتونخوا د تيراه د بنایست په سيمه کې زيږيدلي دي، خپلې لومړنۍ او منځنۍ زده کړې يې د خوشحال بابا په لېسه کې په اعلي درجه بشپړې کړې، او د لېسې دوره يې د ننګرهار په لېسه کې تکميل او ۱۳۵۱ کال کې په اعلي درجه د لېسې څخه فارغ او د کانکور تر ازموينې وروسته په ۱۳۵۳ کال کې د ننګرهار طب پوهنځي ته بريالی او په ۱۳۶۰ کال کې د طب پوهنځي څخه فارغ او په ۱۳۶۱/۵/۵ نيټه د ننګرهار د طب پوهنځي د داخلي په څانګه کې د استاد په توګه ومنل شو، چې خپلې دنده ته يې ادامه ورکړه، لوړې زده کړې يې په ترکيه او جاپان کې سرته رسولې دي، په ۲۰۰۴ ميلادي کال کې د ترکيه او اروپا د زړه د انجمن رسمي غړيتوب ترلاسه کړه، استاد د ۱۳۶۵ او ۱۳۶۶ کالو په موده کې د عامې روغتيا د فني مرستيال په توګه دنده ترسره کړه، محترم استاد د فزيکل ډياګنوزس درسي کتاب تاليف د دريم ټولګي محصيلينو لپاره بشپړ او وړاندې کړی دی چې د هيواد په کچه زيات محصيلين ورڅخه ګټه اخلي او په همدې توګه د داخلي پېړنۍ پيښې او د بحران څارنه تر عنوان لاندې مومد درسي کتاب د محصيلينو او داکترانو لپاره تاليف کړی او وړاندې شوي دي چې د طب پرسونل د ګټه اخستنې وړ ګرځيدلی دی، او هم يې اوس د اتناني ناروغۍ د کتاب تاليف د څلورم ټولګي محصيلينو لپاره بشپړ کړی دی، هيره دی نه وي چې محترم استاد اپريدي يو زيات شمير علمي مقالې او تحقيقاتي څيړنې سرته رسولې دي، چې په داخلي معتبرو علمي مجلو کې نشر شوي، او د استادانو او محصيلينو د ګټې وړ ګرځيدلی دی پاتې دی نه وي چې اوس تازه د رياست د مقام او لوړو زده کړو د وزارت له خوا د اتناني او توبرکلوز د بيارتمنت د آمر په توګه منظور او معرفي شوی دی.

ABSTRACT

I am very great full from Allah that enabled me to write the infectious diseases book for the fourth year medical students.

The book is concluded in five chapters and two hundred and seventeen pages as follow.

First chapter: General information about the infectious disease.

Second chapter: Digestive system infectious disease.

Third chapter: respiratory system infectious disease.

Fourth chapter: Blood related infectious disease.

Fifth chapter: Zoonosis especially anthroponosis.

Which is more prevalent in the country.

Contents of the book have been taken from the highly reliable internal and external text books which is very new and helpful for the fourth year students to solve their problems

Thanks

Publishing Medical Textbooks

Honorable lecturers and dear students!

The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. For this reason, we have published 156 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh and Kapisa medical colleges and Kabul Medical University. Currently we are working to publish 20 more medical textbooks for Nangarhar Medical Faculty. It should be mentioned that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost. All published medical textbooks can be downloaded from www.ecampus-afghanistan.org

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

“Funds will be made available to encourage the writing and publication of textbooks in Dari and Pashtu. Especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state – of – the – art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashtu is a major challenge for curriculum reform. Without this facility it would not be possible for university students and faculty to access modern developments as knowledge in all disciplines accumulates at a rapid and exponential pace, in particular this is a huge obstacle for establishing a research culture. The Ministry of Higher Education together with the universities will examine strategies to overcome this deficit.”

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

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students want to extend this project to the non-medical subjects e.g. Science, Engineering, Agriculture, Economics, Literature and Social Science. It should be remembered that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We will ensure quality composition, printing and distribution to the medical colleges free of charge. I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

It is worth mentioning that the authors and publishers tried to prepare the books according to the international standards but if there is any problem in the book, we kindly request the readers to send their comments to us or the authors in order to be corrected for future revised editions.

We are very thankful to **Kinderhilfe-Afghanistan** (German Aid for Afghan Children) and its director Dr. Eroes, who has provided fund for this book. We would also like to mention that he has provided funds for 60 other medical textbooks in the past three years which are being used by the students of Nangarhar and other medical colleges of the country. Dr. Eroes has made funds available for 20 additional books which are being printed now.

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

In our ministry, I would like to cordially thank Academic Deputy Minister, Prof. M Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, Dean of Nangarhar Medical Faculty Dr. Khalid Yar as well as Academic Deputy Dr. Hamayoon Chardiwal, for their continued cooperation and support for this project.

I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave us all these books to be published and distributed all over Afghanistan. Finally I would like to express my appreciation for the efforts of my colleagues Hekmatullah Aziz, Fahim Habibi and Subhanullah in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak

Advisor & CIM-Expert at the Ministry of Higher Education

Kabul/Afghanistan, January, 2015

Office: 0756014640

Email: textbooks@afghanic.org

Book Name	Infectious Diseases
Author	Prof Dr Hafeezullah Apridi
Publisher	Nangarhar Medical Faculty
Website	www.nu.edu.af
No of Copies	1000
Published	2015
Download	www.ecampus-afghanistan.org
Printed at	Afghanistan Times Printing Press

This Publication was financed by German Aid for Afghan Children, a private initiative of the Eroes family in Germany.

Administrative and Technical support by Afghanic.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your textbooks please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office 0756014640

Email textbooks@afghanic.org

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2015

ISBN 978 – 3 – 16 – 148410 – 0

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