



جمهوری اسلامی افغانستان
وزارت صحت عامه
ریاست عمومی امور فارمسی



رهنمود ملی تداوی معیاری برای مراکز خدمات صحتی اولیه

جوزا ۱۳۹۲ خورشیدی

این رهنمود توسط وزارت صحت عامه جمهوری اسلامی افغانستان به کمک تخنیکي و مالي اداره انکشاف بين المللي ايالات متحده طی توافقنامه 00-00532-11-00-306 A تهيه و چاپ گردیده است. نظريات ارايه شده در این رهنمود متعلق به نویسنده گان که اسمای ایشان در این سند لست شده، بوده و بیانگر نظريات ايالات متحده امريکا نمی باشد.

در مورد پروژه تقویت سیستم های فارمسی (SPS)

برنامه تقویت سیستم های فارمسی (SPS) تلاش دارد تا ظرفیت کاری برای مدیریت موثر تمام جوانب سیستم ها و خدمات فارمسی را در کشورهای روبه انکشاف ارتقا دهد. برنامه تقویت سیستم های فارمسی (SPS) بالای بهبود اداره سکتور فارمسی، تقویت مدیریت دوايي و ميکانيزم های مالی به شمول مسائل مقاومت در برابر ادويه ضد میکروبي، افزايش دسترسی به دواها و استفاده معقول ادويه تمرکز دارد.

فهرست

مطالب	ix
پیشگفتار	xi
مقدمه	xii
ابراز امتنان	xvi
استفاده از رهنمود تداوی معیاری	xviii
مخففات و اختصارات	xx
واژه نامه	

فصل ۱ امراض جوف دهن و دندان..... ۳۱

فصل ۲ امراض سیستم هضمی..... ۳۵	
۲.۱ اسهال و دی هایدریشن..... ۳۵	
۲.۱.۱ اسهال حاد، بدون خون، در اطفال الی ۵ سال..... ۳۵	
۲.۱.۲ اسهال حاد، بدون خون، در اطفال بالاتر از ۵ سال و بزرگسالان..... ۴۰	
۲.۱.۳ اسهال مزمن، بدون خون، در اطفال الی ۵ سال..... ۴۰	
۲.۱.۴ اسهال مزمن در اطفال بالاتر از ۵ سال و بزرگسالان..... ۴۱	
۲.۱.۵ دیزانتری..... ۴۱	
۲.۱.۵.۱ دیزانتری باسیلر..... ۴۲	
۲.۱.۵.۲ دیزانتری آمیبیک..... ۴۳	
۲.۱.۶ جیار دیازس..... ۴۴	
۲.۱.۷ کولرا..... ۴۴	
۲.۲ امراض قرحات پپتیک..... ۴۵	

فصل ۳ امراض سیستم تنفسی..... ۴۹

۳.۱ استما..... ۴۹	
۳.۱.۱ استما در اطفال..... ۴۹	
۳.۱.۲ استما در بزرگسالان..... ۵۱	
۳.۲ سرماخوردگی و ریزش..... ۵۳	
۳.۳ سینه و بغل در اطفال و بزرگسالان..... ۵۴	
۳.۳.۱ سینه و بغل در اطفال الی ۵ ساله..... ۵۴	
۳.۳.۲ سینه و بغل در اطفال بالاتر از ۵ سال و بزرگسالان..... ۵۷	
۳.۴ امراض مزمن انسدادی ریوی یا COPD..... ۵۸	

فصل ۴ امراض گوش، بینی و گلو..... ۶۱

۴.۱ التهاب اذن خارجی..... ۶۱	
۴.۲ التهاب حاد اذن متوسط..... ۶۲	
۴.۲.۱ التهاب حاد اذن متوسط در اطفال الی ۵ ساله..... ۶۳	
۴.۲.۲ التهاب حاد اذن متوسط در اطفال بالاتر از ۵ سال و بزرگسالان..... ۶۴	
۴.۳ التهاب مزمن اذن متوسط..... ۶۵	
۴.۴ سینوزیت حاد..... ۶۶	

۴.۵	گلودردی	۶۷
۴.۵.۱	فرنجیت وایرسی	۶۸
۴.۵.۲	تانسلیت باکتریایی	۶۸
۴.۶	رینیت	۶۹
فصل ۵ امراض چشم..... ۷۱		
۵.۱	التهاب منظمه (سرخی چشم)	۷۱
۵.۲	تراخم (کوکره)	۷۲
۵.۳	گلوکوما	۷۴
فصل ۶ امراض سیستم قلبی وعایی..... ۷۷		
۶.۱	فرط فشار خون سیستمیک	۷۷
۶.۱.۱	فرط فشار خون مزمن	۷۷
۶.۱.۲	واقعات عاجل فرط فشار	۸۲
۶.۲	عدم کفایه قلبی	۸۲
۶.۳	تب روماتیک	۸۴
۶.۴	خناق صدری	۸۶
۶.۵	احتشای حاد میوکارد	۸۸
فصل ۷ امراض سیستم عصبی مرکزی..... ۹۱		
۷.۱	مرگی (صرع)	۹۱
۷.۲	انسفالیت و مننژیت	۹۳
فصل ۸ تشوشات صحت روانی..... ۹۷		
فصل ۹ امراض ولادی و نسایی..... ۱۰۳		
۹.۱	حاملگی و مراقبت های زمان بارداری	۱۰۳
۹.۲	کم خونی در دوران حاملگی	۱۰۷
۹.۳	فرط فشار خون در زمان حاملگی	۱۰۸
۹.۴	خونریزی های دوران	۱۱۰
۹.۵	سقط (خونریزی های مهبلی در مراحل ابتدایی حاملگی)	۱۱۱
۹.۶	حمل خارج رحمی	۱۱۵
۹.۷	ولادت قبل از وقت	۱۱۶
۹.۸	ولادت و مراقبت های بعد از ولادت	۱۱۷
۹.۹	خونریزی های بعد از ولادت	۱۲۰
۹.۱۰	مراقبت های اطفال نوزاد	۱۲۳
۹.۱۱	انشقاق (ترکیدگی) نوک پستان در هنگام شیردهی	۱۲۸
۹.۱۲	التهاب ثدیه و آپسه ثدیه	۱۲۹
۹.۱۲.۱	التهاب ثدیه	۱۲۹
۹.۱۲.۲	آپسه ثدیه	۱۳۰
۹.۱۳	دسمیونوری (عادت ماهوار دردناک)	۱۳۱
۹.۱۴	خونریزی های غیر نورمال مهبلی	۱۳۲

۹.۱۵	خونریزی های بعد از انقطاع طمث	۱۳۴
۹.۱۶	امراض التهابی حوصلی	۱۳۵
۹.۱۷	عقامت	۱۳۷
فصل ۱۰ تغذیه و تشوشات خون		
۱۰.۱	کم خونی	۱۳۹
۱۰.۲	تلاسیمیا	۱۴۳
۱۰.۳	سؤ تغذی و تغذی ناکافی	۱۴۳
۱۰.۴	کمبود ویتامین A	۱۴۷
۱۰.۵	کمبود ویتامین D و ریکتس	۱۵۰
۱۰.۶	کمبود آیودین	۱۵۲
فصل ۱۱ تشوشات طرق بولی و کلیوی		
۱۱.۱	انتانات طرق بولی	۱۵۳
۱۱.۱.۱	پیاالونفریت حاد	۱۵۳
۱۱.۱.۲	التهاب مثانه و احلیل	۱۵۴
۱۱.۲	گلو میرولونفریت حاد	۱۵۵
فصل ۱۲ تشوشات سیستم اندوکرین		
۱۲.۱	دیابت شکری	۱۵۷
۱۲.۲	هایپر گلاسیسمیا و کیتواسیدوزس	۱۶۰
فصل ۱۳ امراض جلدی		
۱۳.۱	امپیتیگو (مردار دانه)	۱۶۳
۱۳.۲	امراض فنگسی جلد و اندفاعات Napkin	۱۶۴
۱۳.۳	فرانکل (دمل / دمل)	۱۶۶
۱۳.۴	sycosis	۱۶۷
۱۳.۵	پت	۱۶۸
۱۳.۶	pediculosis	۱۶۹
۱۳.۷	اسکایس (جرب)	۱۷۱
فصل ۱۴ تشوشات عضلی-اسکلتی		
۱۴.۱	التهاب مفصلی و درد های مفصلی	۱۷۳
۱۴.۲	اوستیومیالیت (استخوان شکن)	۱۷۶
فصل ۱۵ امراض انتانی -پرازیتی و کرهما		
۱۵.۱	Pertusis (سیاه سرفه)	۱۷۹
۱۵.۲	دیفتری	۱۸۰
۱۵.۳	تیتانوس	۱۸۱
۱۵.۴	پولیو یا فلج اطفال	۱۸۴
۱۵.۵	سرخکان	۱۸۵
۱۵.۶	سپیس	۱۸۷

۱۸۸	ملاریا	۱۵.۷
۱۹۰	تداوی خط اول	۱۵.۷.۱
۱۹۳	تداوی خط دوم	۱۵.۷.۲
۱۹۵	هیپاتیت	۱۵.۸
۱۹۷	محرقه	۱۵.۹
۱۹۹	توبرکلوز	۱۵.۱۰
۲۰۵	آب چیچک	۱۵.۱۱
۲۰۷	مرض سگ دیوانه	۱۵.۱۲
۲۰۸	لشمانیا	۱۵.۱۳
۲۰۹	اسکریس (round-worm)	۱۵.۱۴
۲۱۱	تینیا ساجیناتا (کرم کدودانه) و هایمینولیس - نانا (کرم پهن)	۱۵.۱۵
۲۱۲	انتراکس (یا سیاه زخم)	۱۵.۱۶
۲۱۳	بروسیلوزس	۱۵.۱۷
۲۱۴	کله چرک	۱۵.۱۸
۲۱۵	امراض ساری مقاربتی	۱۵.۱۹

فصل ۱۶ واقعات عاجل و ترضیضات (تراوما)..... ۲۱۹

۲۱۹	اذیمای حاد ریوی	۱۶.۱
۲۲۰	درد حاد بطن (شکم)	۱۶.۲
۲۲۴	پریتونیت حاد	۱۶.۲.۱
۲۲۵	اپندیسیت حاد	۱۶.۲.۲
۲۲۵	التهاب حاد کیسه صفرا (کولیسیتایتس حاد)	۱۶.۲.۳
۲۲۶	تثقب قرحه پیتیک	۱۶.۲.۴
۲۲۶	انسداد امعا	۱۶.۲.۵
۲۲۷	حمل خارج رحمی تثقب یافته	۱۶.۲.۶
۲۲۷	کولیک حالب	۱۶.۲.۷
۲۲۸	گزیدن بوسيله حيوانات و يا انسان	۱۶.۳
۲۳۲	گزیدن يا نیش زدن حشرات	۱۶.۴
۲۳۳	زنبور گزیدگی	۱۶.۴.۱
۲۳۳	گژدم گزیدگی	۱۶.۴.۲
۲۳۴	غندل گزیدگی	۱۶.۴.۳
۲۳۵	مار گزیدگی	۱۶.۵
۲۳۷	سوختگی ها	۱۶.۶
۲۴۱	جروحات چشم (ترضيضات-اجسام اجنبی و سوختگی چشم)	۱۶.۷
۲۴۴	کم شدن سويه شکر خون	۱۶.۸
۲۴۶	شاک	۱۶.۹
۲۵۴	خلع	۱۶.۱۰
۱۵۴	آبسه ها	۱۶.۱۱
۲۵۶	مسموميتها	۱۶.۱۲

فصل ۱۷ اعراض و علائم..... ۲۶۵

۲۶۵	اختلاج از باعث تب	۱۷.۱
-----	-------------------	------

۱۷.۲	سرفه	۲۶۷
۱۷.۳	تب	۲۶۹
۱۷.۴	سردردی / نیم سری (میگرن)	۲۷۲
۱۷.۴.۱	سردردی	۲۷۲
۱۷.۴.۲	میگرن (نیم سری)	۲۷۳
۱۷.۵	زردی (یرقان)	۲۷۴
۱۷.۶	درد صدری	۲۷۵
۱۷.۷	قبضیت	۲۷۷
۱۷.۸	دلبدی و استفراغ	۲۷۹
فصل ۱۸ تنظیم خانواده برای وقفه بین ولادت ها..... ۲۸۱		
۱۸.۱	آمادگی استفاده از روش های تنظیم خانواده	۲۸۱
۱۸.۲	گزینه های موجود تنظیم خانواده در افغانستان	۲۸۴
۱۸.۲.۱	کاندم (پوش)	۲۸۴
۱۸.۲.۲	قرص های مرکب فمی ضد حاملگی (مرکب استروژن و پروجسترون)	۲۸۵
۱۸.۲.۳	قرص های ضد حاملگی که تنها حاوی پروجسترون اند	۲۸۷
۱۸.۲.۴	پروجسترون زرقی	۲۸۸
۱۸.۲.۵	لوپ یا IUD	۲۸۹
۱۸.۲.۶	میتود جلوگیری از حمل در دوران امینوری ناشی از شیردهی	۲۹۰
۱۸.۲.۷	میتود های آگاهی دهی عقامت	۲۹۱
۱۸.۲.۸	میتود عزل یا احتیاط	۲۹۲
۱۸.۲.۹	کشنده های سپرم	۲۹۲
فصل ۱۹ معافیت..... ۲۹۵		
فصل ۲۰ انتان HIV و ایدز..... ۲۹۹		
ضمیمه الف. دواژ و رژیم های دواپی..... ۳۰۱		
ضمیمه ب. احیای مجدد نوزاد..... ۳۱۹		
ضمیمه ج. یادداشت وضع حمل و پارتوگراف..... ۳۲۰		
ضمیمه د. مآخذ..... ۳۲۳		
ضمیمه ه. تطبیق پروسیجر های تجدید نظر بر..... ۳۲۶		
اندکس..... 1		
اندکس ادویه..... 8		

پیشگفتار

وزارت صحت عامه جمهوری اسلامی افغانستان مسرت دارد که چاپ اولین "رهنمود تداوی معیاری برای مراقبت های صحت اولیه" را معرفی مینماید. رهنمود تداوی معیاری منعکس کننده تداوی های سفارش شده برای انعده امراض دارای اولویت است که در مجموعه خدمات صحتی اساسی (BPHS) به آن اشاره گردیده است.

مجموعه خدمات صحتی اساسی منحصیث یک اساس در عرضه خدمات صحتی در افغانستان مورد استفاده قرار گرفته و یک وسیله کلیدی است که در تأمین و مراقبت از اقدامات مهم و مؤثر صحتی عمل نموده و خدمات صحتی اساسی را برای همه افغانها قابل دسترس می سازد. افغانستان یک کشور با منابع محدود بوده و وزارت صحت عامه معتقد است که با در محراق توجه قرار دادن مجموعه خدمات صحتی اساسی میتوان که این منابع را در جهت کاهش میزان مرگ و میر در بین اقشار آسیب پذیر جامعه بخصوص زنان و اطفال کمتر از ۵ سال متمرکز ساخت.

تهیه و تدارک ادویه اساسی سنگ بناء مجموعه خدمات صحتی اساسی بوده در حالیکه رهنمود تداوی ستنندرد یک وسیلهء کلیدی در جهت رهنمای تمام کارکنان صحتی در مراقبت های صحتی اولیه و استعمال مؤثر ترین تداوی برای امراض شایع مندرج این رهنمود بوده که بنابراین باعث ارتقا استعمال معقول ادویه می گردد. تا حد ممکن "رهنمود تداوی معیاری برای مراقبت های صحتی اولیه" در بر گیرنده آن پروتوکول های تداوی است که قبلاً بوسیله پروگرامهای وزارت صحت عامه انکشاف داده شده و آنها را مورد استفاده قرار داده است.

چاپ اول رهنمود تداوی معیاری نتیجه تلاش ها و فداکاری بسیار افراد بوده است. وزارت صحت عامه بوسیله ریاست عمومی امور فارمسی یک سروی را در مورد استفاده ادویه در ۲۰۰۹ براه انداخت و بر اساس نتایج آن از متخصصین ساحات طب و فارمسی تقاضا نمود که "گروپ کاری رهنمود تداوی معیاری" را تشکیل دهند. بر اساس تجارب قبلی تدوین لست ادویه اساسی، گروپ کاری مشورتی وسیع البنیاد از دیپارتمنت های وزارت صحت عامه و متخصصین ملی و بین المللی تشکیل شد که با استفاده از فرصت میخواستیم از تمام نویسنده ها، مرور کننده های تخنیک، سهم گیرندگان و تصحیح کننده گان که در قسمت تدوین و ساختن رهنمود تداوی معیاری تلاش نموده اند، ابراز امتنان نماییم. همچنان مراتب قدر دانی خاص را به مناسبت حمایت مالی و تخنیکي پروژه SPS که از جانب اداره انکشاف بین المللی امریکا حمایت می گردد و حمایت تخنیکي سازمان صحتی جهان (WHO) ابراز می نماییم.

این رهنمود یک سند دینامیک بوده که بطور منظم تجدید نظر خواهد گردید تا منعکس کننده تداوی پیشرفته در مراقبت های صحتی اولیه باشد. بنابراین نظریات سازنده همه خواننده گان گرمای را در مورد مؤثریت و پذیرش چاپ اول این رهنمود خیر مقدم گفته که در تجدید نظر این رهنمود در پرتو انکشافات جدید مراقبت های صحتی ما را رهنمایی خواهد کرد.

به منظور ارتقا دسترسی مردم افغانستان به خدمات صحتی با قیمت مناسب برای همه، استفاده این رهنمود را برای تمام عرضه کنندگان مراقبت های صحتی اولیه در سکتور عامه و خصوصی تشویق و توصیه می نمایم.

داکتر ثریا ذیل
وزیر صحت عامه
کابل - افغانستان

مقدمه

رهنمود ملی تداوی معیاری جهت استفاده در سطح تسهیلات صحتی اولیه که مجموعه خدمات صحتی اساسی را عرضه مینمایند طرح و تدوین گردیده است. افزون بر آن، این رهنمود بوسیله داکتران طب عمومی در کلینیک شخصی شان نیز استفاده شده می تواند.

امراض شامل این مجموعه بسیار زیاد نبوده اما دربرگیرنده آن امراضی است که تداوی و اهتمات آن در سطح مجموعه خدمات صحتی اساسی توصیه شده است. همچنان تداوی های دوايي سفارش شده محدود به ادويه توصیه شده در مجموعه خدمات صحتی اساسی ۲۰۱۰ و لست ادويه اساسی ۲۰۰۷ میباشد.

انکشاف این رهنمود مجموعه از تلاش های مشارکتی گروپ کاری STG و افراد مسلکی طبی و پارامدیکل است که بطور داوطلبانه وقت و تخصص شان را درین راستا صرف نموده اند.

درین مجموعه به عملی ترین پرابلم های ممکن که کارکنان صحتی در مراکز مراقبت های اولیه به آن مواجه می شوند توجه گردیده است.

درین مجموعه از مآخذ رهنمود های موجود وزارت صحت عامه برای امراض خاص و از منابع سازمان صحتی جهان در حالات که منابع وزارت صحت عامه ناکافی بوده ویا هم سایر فعالیت های اختصاصی در حالات که ضرورت بوده، استفاده گردیده است.

علی الرغم همه تلاش ها، ممکن بعضی غلطی های ملاحظه گردد و یا بعضی میتود های تداوی مکمل نباشد و نویسندگان این مجموعه امیدوارند تا چنین اغلاط و نقایص را پور داده شوند که به این منظور در اخر این مجموعه یک فارم برای نظریات اصلاحی در مورد STG بشکل ضمیمه ه برای پیشنهادات شما موجود میباشد.

اگر چه ما امیدواریم که این رهنمود برای بسیار تجویز کننده گان ادويه مفید باشد. بآنهم مهم است که بخاطر داشته باشیم که در صورت بروز ابهام، مسوولیت تجویز کننده مسلکی دوا است تا از ماده موثر و مقدار دواي تجویز شده مطابق به ضرورت مریض مطمئن بوده و تایید نماید که دواي تجویز شده مطابق به مشخصات تولید کننده های دواي است. لطفاً هر نوع نظریات اصلاحی تان را در مورد بهبود و اصلاح چاپ های بعدی این مجموعه در آینده به ادرس ذیل ارسال نمایید:

وزارت صحت عامه - ریاست عمومی امور فارمسی
گروپ کاری STG کابل - افغانستان

کاپی الکترونیک فارم نظریات اصلاحی را میتوانید به آدرس ذیل ارسال نمایید:
ایمیل: rafi_rahmani2003@yahoo.com

موبایل: ۰۰۹۳ (۰) ۷۹۹ ۳۰۳۰۰۸

یا

ایمیل: zsididui@msh.org

موبایل: ۰۰۹۳ (۰) ۷۰۷ ۳۶۹۴۰۸

این مجموعه همچنان در وب سایت وزارت صحت عامه نیز موجود میباشد: <http://www.moph.gov.af/>
همچنان استفاده کنندگان تشویق می گردند تا کاپی این مجموعه را در مورد تجدید چاپ آن در وب سایت چک نمایند.



فارمسست عبدالحفیظ قریشی
رییس عمومی امور فارمسی
وزارت صحت عامه

ابراز امتنان

اولین رهنمود تداوی معیاری برای مراقبت های صحتی اساسی در افغانستان که در نتیجه تلاش های ملی و بین المللی بوسیله اعضای گروه کاری رهنمود تداوی معیاری هماهنگ گردید که این گروه از نمایندگان وزارت صحت عامه، پوهنتون طبی کابل، فاکولته فارمسی، اتحادیه سراسری دوکتوران افغانستان، پروژه تقویت سیستم های فارمسی (SPS) پروژه HSSP، اداره انکشاف بین المللی ایالات متحده (USAID) و WHO تشکیل گردیده است. تدوین و انکشاف چنین رهنمود تداوی معیاری در صورت عدم حمایت و همکاری مقامات صحتی افغان و متخصصین صحتی افغان ممکن نمی باشد.

اعضای گروه کاری رهنمود تداوی معیاری از وزارت محترم صحت عامه، پوهنتون طبی کابل، فاکولته فارمسی، اتحادیه سراسری دوکتوران افغانستان، همه نویسندگان، مرور کننده گان و سایر مشترکین که بطور فعال در تهیه رهنمود تداوی معیاری نقش ایفا نموده اند ابراز متنان مینمایند.

همچنان از همکاری های عملی و تخنیکی پروژه SPS/USAID بخاطر حمایت تخنیکی شان در جهت انکشاف این مجموعه مهم ابراز قدردانی خاص می نماید.

گروه کاری رهنمود تداوی معیاری:

- پروفیسور دوکتور محمد رفیع رحمانی، استاد دیپارتمنت فارمکولوژی، پوهنتون طبی کابل - رئیس کمیته
- عبدالظاهر صدیقی، مسئول پروگرام خدمات دوائی و هماهنگ کننده ساحوی پروژه SPS
- پوهندوی دوکتور عبدالصمد عمر، متخصص جراحی، شفاخانه تدریسی علی آباد
- دوکتور محمد امین اصغری پروفیسور امراض داخله و شف سرویس داخله شفاخانه وزیر اکبر خان
- دوکتور پاول - اکس، مشاور ارشد تخنیکی، پروژه SPS
- الحاج دوکتور محمد فیاض صافی پروفیسور داخله اطفال، نماینده انجمن سراسری دوکتوران افغانستان
- پوهنوال محمد حسن فروتن پروفیسور و استاد فاکولته فارمسی پوهنتون کابل
- پوهنوال حاجی محمد نعیمی پروفیسور استاد فاکولته فارمسی پوهنتون کابل
- دوکتور محمد توفیق مثال ریس عمومی طب و قوایی و مراقبت های صحتی وزارت صحت عامه
- دوکتور احمد شاه پردیس نماینده ملی و مسلکی WHO
- دوکتور صفی الله ندیب، نماینده ملی و مسلکی WHO
- دوکتور محمد عالم عاصم آمر مراقبت های عاجل طبی امبولانس وزارت صحت عامه
- دوکتور احمد شاه نورزاده مدیر آموزش و اجرایوی پروژه HSSP

نویسندگان

- دوکتور کتایون سادات ترینر متخصص نسایی ولادی، شفاخانه ملالی
- دوکتور هما کبیری ترینر متخصص نسایی ولادی، شفاخانه ملالی
- رنخورمل دوکتور سلطان نجیب دبیری اسوشیت پروفیسور درماتولوژی و ترینر متخصص امراض جلدی، شفاخانه عاجل ابن سینا
- پوهندوی دوکتور محمد نظیر شیرزوی MS، اسوشیت پروفیسور ارتوپیدی و سرطیب عمومی شفاخانه سردار محمد داود خان
- پوهندوی دوکتور محمد یعقوب نورزی MS، PGD، پروفیسور بورولوژی و متخصص جراحی عمومی، Attestation de Formation Spécialisée Approfondie-Paris (AFSA Paris) سر جراح شفاخانه ملی نظامی سردار محمد داود خان
- دوکتور احمد شاه وزیر شف سرویس سوختگی و جراحی پلاستیک شفاخانه استقلال
- دوکتور ملالی علمی ترینر متخصص ولادی - نسایی و شف دیپارتمنت نسایی شفاخانه رابعه بلخی
- دوکتور بشیر احمد سروری متخصص روانی و آمر دیپارتمنت صحت روانی و سؤ استفاده مواد مخدر وزارت صحت عامه
- دوکتور متولی یونس از دیپارتمنت صحت اطفال و نوجوانان وزارت صحت عامه (IMCI)

- رنخورمل دوکتور نجیب الله توحیدوال ترینر متخصص گوش - گلو و بینی ، شفاخانه عاجل ابن سینا
- دوکتور سهیلا ضیائی ، دیپارتمنت صحت باروری وزارت صحت عامه
- پوهنځیار دوکتور نوریه عطا استاد دیپارتمنت نسائی - ولادی پوهنتون طبی کابل
- دوکتور حسیب الله محمدی متخصص امراض داخله شفاخانه وزیر اکبرخان
- دوکتور حمیده حمید ، پروگرام ملی کنترول ملاریا و لشماتیا وزارت صحت عامه
- رنخوریار دوکتور خلیل همدرد ترینر متخصص سرویس داخله شفاخانه استقلال
- دوکتور عتیق الله حلیمی، متخصص اطفال، شفاخانه صحت طفل اندراگانندی
- دوکتور میرویس صالح DO, PGD، متخصص چشم و استاد شفاخانه کدري پوهنتون طبی کابل
- دوکتور رقیه ناصر، دیپارتمنت معافیت کتلوی وزارت صحت عامه
- دوکتور محمد نجیب روشن متخصص چشم شفاخانه نور
- دوکتور انیسه عزت متخصص جراحی وجه و فک شفاخانه ستوماتولوژی
- دوکتور اجمل یادگاری مسئول دیپارتمنت دوائی پروگرام ملی کنترول توبرکلوز، وزارت صحت عامه
- الحاج رنخوریار دوکتور اسدالله صافی ترینر متخصص جراحی اعصاب، شفاخانه عاجل ابن سینا
- پوهنمل دوکتور عبدالولی ولی اسوشیت پروفیسور دیپارتمنت اطفال ، شفاخانه تدریسی میوند
- دوکتور محمد ولی کریمی متخصص گوش گلو و بینی ، شفاخانه تدریسی میوند
- پوهندوی دوکتور عبدالحي ولی متخصص جلدی و استاد دیپارتمنت جلدی شفاخانه تدریسی میوند
- دوکتور ثمرالدین ، پروگرام ملی کنترول ایډز ، دیپارتمنت اچ- آی- وی، وزارت صحت عامه
- دوکتور شایسته کوشان ، دیپارتمنت تغذی، وزارت صحت عامه
- الحاج رنخوریار دوکتور روح الله ظهیر ، پروفیسور و متخصص امراض داخله ، شفاخانه استقلال
- دوکتور ذبیح الله عزیز پروفیسور و متخصص امراض انتانی ، شفاخانه سردار داود خان
- رنخورمل دوکتور سلطان محمد ناجی ترینر متخصص جراحی صدري ، شفاخانه صدري ابن سینا
- دوکتور بسم الله نجرابی پروفیسور جراحی ارتوپیدی و استاد پوهنتون طبی کابل
- دوکتور گل آقا ودیر ترینر متخصص داخله عمومی ، شفاخانه عاجل ابن سینا
- دوکتور محمد صادق نعیمی ترینر متخصص داخله، شفاخانه انتانی
- دوکتور حبیب الله رغبت، ترینر متخصص داخله، شفاخانه صدري ابن سینا
- دوکتور صدیق فیضی ترینر متخصص اطفال ، شفاخانه صحت طفل اندرا گاندی
- دوکتور میرویس نورانی صافی متخصص جراحی، شفاخانه وزیر اکبر خان
- دوکتور عبدالحق قیام DCH و ترینر متخصص داخله اطفال ، شفاخانه ملی اطفال آتاترک
- دوکتور محمد جاوید شهاب ترینر متخصص جراحی و یورولوژی شفاخانه جمهوریت
- دوکتور رفیع الله احمدزی متخصص اطفال ، شفاخانه صحت طفل اندرا گاندی

مرور کنندگان تخنیکي مونوگراف

- پروفیسور دوکتور محمدرفع رحمانی، استاد دیپارتمنت فارمکولوژی، پوهنتون طبی کابل
- پوهندوی دوکتور عبدالصمد عمر، متخصص جراحی، شفاخانه تدریسی علی آباد
- دوکتور محمد امین اصغری پروفیسور امراض داخله و شف سرویس داخله شفاخانه وزیر اکبر خان
- دوکتور پاول- اکس، مشاور ارشد تخنیکي پروژه SPS
- دوکتور ویلیام هولمز، مشاور پروژه SPS

مرور کنندگان تخنیکي مسوده (Quick reviewers)

- دوکتور محمد نوروز حقممل MSC, MBA، مسئول دیپارتمنت تقویه صحتی ولسوالی ها، وزارت صحت عامه
- دوکتور حمیدالله حبیبی مشاور ریاست ارتباط ولایات، وزارت صحت عامه
- دوکتور محمد یاسین رحیمیار معاون تخنیکي ، موسسه مواظبت خانواده های افغان
- دوکتور احمد جاوید عمر مشاور ارشد PCH / GCMU

- دوکتور لورانس - اکس، مشاور ارشد تخنیکي پروژه SPS
- یعقوب عدن عابدي از WHO
- پروفیسور دوکتور احمد فرید دانش استاد دیپارتمنت فارمکولوژی، پوهنتون طبی کابل

همکاران

- محمد ظفر عمری رئیس عمومي پروژه SPS
- فارمستت عايشه نورزایی از ریاست عمومي امور فارمسي (GDPA)
- پوهیالی جاوید احمد اونیب اسوشیت پروفیسور فاکولته فارمسي پوهنتون کابل
- مارک موريس، از پروژه SPS
- فارمستت لطف الله احساس، از پروژه SPS
- نیرانجان کندوری، مشاور پروژه SPS
- دوکتور نادر عرب، از وزارت صحت عامه
- فارمستت ذکيه عدیل، از ریاست عمومي امور فارمسي (GDPA)
- فارمستت فهیمه حبیب، از ریاست عمومي امور فارمسي (GDPA)
- رنخوریار دوکتور بهرام سادات ترینر متخصص شفاخانه ستوماتولوژی
- فارمستت عزیزه حبیب از WHO
- تری گرین، مشاور پروژه SPS
- دوکتور ابن امین خالد از وزارت صحت عامه
- فارمستت ناهید ایوبی، از پروژه SPS
- دوکتور نور صافی از وزارت صحت عامه
- دوکتور حبیب الله حبیب از پروگرام ملی کنترول توپرکلوز، وزارت صحت عامه
- دوکتور فریدالله عمری آمر دیپارتمنت ارزیابی پروگرام ملی کنترول ملاریا، وزارت صحت عامه
- دوکتور فیض محمد دلاور، آمر تحقیق پروگرام ملی کنترول توپرکلوز، وزارت صحت عامه
- دوکتور ناصر اوریا، از پروژه SPS
- فارمستت خان آقا کریم غازی، از ریاست عمومي امور فارمسي (GDPA)
- دوکتور ویلیام هولمز، مشاور پروژه SPS
- دوکتور عبدالخالل امینی مشاور عرضه خدمات دوائی پروژه SPS
- فارمستت شکیلا امرخیل، از ریاست عمومي امور فارمسي (GDPA)
- فارمستت خلیل خاکزاد، از ریاست عمومي امور فارمسي (GDPA)
- فارمستت محمد نذیر حیدرزاد، از ریاست عمومي امور فارمسي (GDPA)

کمیته تصحیح نسخه دری

- عبدالظاهر صدیقی، مسئول پروگرام خدمات دوائی و هماهنگ کننده ساحوی پروژه SPS
- دوکتور عبدالخالل امینی، مشاور تخنیکي عرضه خدمات دوائی پروژه SPS
- دوکتور فیض محمد دلاور، مشاور تخنیکي خدمات دوائی پروژه SPS
- محمد آصف یاری مشاور تخنیکي هماهنگی ساحوی پروژه SPS
- دوکتور سید قاسم ستور، از پروژه SPS
- فارمستت هیلې آزادزوی، از پروژه SPS
- دوکتور احمد سیر نایل، از پروژه SPS

ویرایشگر نسخه دری پروفیسور دوکتور محمدرفع رحمانی، استاد دیپارتمنت فارمکولوژی، پوهنتون طبی کابل

استفاده از رهنمود تداوی معیاری

رهنمود ملی تداوی معیاری برای مراقبت های صحنی اولیه منحیت یک مأخذ رهنمود تداوی برای عرضه مجموعه خدمات صحنی اساسی (BPHS) در مراکز عرضه مراقبت های صحنی اولیه در افغانستان استفاده میگردد. مهم است که شما با محتوا و طرح کتاب رهنمود تداوی معیاری آشنا شوید تا بتوانید آنرا بطور مؤثر استفاده نمایید.

بیماری های که در این رهنمود تداوی معیاری شامل هستند از امراض مندرج BPHS و سایر امراض شایع در افغانستان انتخاب گردیده که معمولاً در تسهیلات عرضه مراقبت های صحنی اولیه از مراکز صحنی فرعی الی شفاخانه های ولسوالی ملاحظه می گردد. تمام ادویه توصیه شده در این رهنمود شامل لست ادویه اساسی برای تسهیلات صحنی اولیه میباشد. این مجموعه در ۲۰ فصل با توجه به سیستم های عضویت ارایه شده است؛ برای هر مرض یک چوکات (فارمت) مشترک تهیه شده است که حاوی یک تشریح مختصر، تشخیص با اعراض و علائم مرض، اهتمامات و تدابیر معالجوی که شامل اهداف، معالجه غیر دوائی، معالجه دوائی، وقایه و هدایات به مریض میباشد. هدایات و دستورالعمل ها به مریض، به خصوص در امراض مزمن، به هدف کمک به عرضه کنندگان مراقبت های صحنی به منظور بهبودی پذیرش و بصورت عمومی سلامتی مریضان است.

در صورت لزوم، یک رهنمایی مناسب برای رجعت دادن مریضان به مراکز صحنی سطوح بالاتر هنگامی که وسایل و تجهیزات، ادویه موجود و کارکنان صحنی در مرکز اولی اجازه تداوی را نداشته باشند، ارایه گردیده است. یک فرق بین اصطلاح رجعت دهی (refer) که نشان دهنده راجع ساختن روتین و معمول است و رجعت دهی فوری یا عاجل (refer urgently) موجود است. شکل اخیر نمایانگر حالاتی است که مریض نیازمنداقدامات و اهتمامات فوری می باشد که درین حالت ابتدا حالت عمومی مریض با ثبات ساخته شده (Stabilized) و بصورت فوری زمینه انتقال آن باید فراهم گردد.

برای پیدا نمودن آسان بخش های مختلف و امراض مربوطه شما می توانید اندکس را که در آخر این رهنمود برای یافتن یک مرض خاص و یا نام دوا به ترتیب القبا تهیه شده، استفاده نمایید. یک واژه نامه با تعاریف مختصری از اصطلاحات طبی و لست مخففات مستعمله درین رهنمود نیز موجود میباشد.

این رهنمود تداوی معیاری همچنان شامل پنج ضمیمه است:

• ضمیمه الف دربرگیرنده رایج ترین ادویه اساسی بوده که در رهنمود تداوی معیاری استفاده شده و همراه با دوز معمول ادویه برای اطفال و بزرگسالان است؛ استفاده از جدول ها محاسبه دوز بر اساس فی کیلوگرام وزن بدن و یا بر اساس سن- وزن را آسان ساخته، طرق تطبیق دوا، دفعات تطبیق، دوام تداوی، مستحضر دوائی و دستورالعمل برای تهیه ادویه را میسر میسازد.

• ضمیمه ب احیای مجدد نوزاد را تشریح نموده است.

• ضمیمه ج نمایانگر پارتوگراف و یادداشت های ولادی جهت استفاده در ولادت ها میباشد.

• ضمیمه د شامل رفرنس های در مورد پالیسی ها، کتاب ها، نشریات و مقالات وزارت صحت عامه میباشد که برای تهیه این رهنمود از آن استفاده شده است.

• ضمیمه ه شامل طرزالعمل ها برای درخواست تعدیل و اصلاح رهنمود تداوی معیاری میباشد.

رهنمود تداوی معیاری باعث ارتقا و ترویج استفاده معقول ادویه شده و کیفیت عرضه خدمات و مراقبت های صحنی را در سطح مراقبت های اولیه بلند میبرد. رهنمود تداوی معیاری با پروتوکول های ملی موجود تداوی، سازگار و هماهنگ میباشد. این مهم است تا بیاد داشته باشیم که تداوی های توصیه شده در این رهنمود بر اساس این فرض که تجویز کننده توانایی معالجه مریضان را در مراکز صحنی شان دارند، ارایه شده است. این دیگر مسئولیت کارمند صحنی خواهد بود که مناسب ترین توصیه را برای مریضان بطور انفرادی ارزیابی نمایند. نظریاتی که به منظور بهبود این رهنمود ارسال میگردد، قدردانی خواهد شد. فورمه اصلاح در ضمیمه ه موجود میباشد. فورمه اصلاح رهنمود تداوی معیاری باید از طریق پست و یا ایمیل ارسال گردد.

فورمه های چایی به آدرس زیر فرستاده شود:
وزارت صحت عامه - ریاست عمومی امور فارمسی
گروپ کاری رهنمود تداوی معیاری کابل - افغانستان
کایی الکترونیک فارم نظریات اصلاحی را میتوانید به آدرس ذیل ارسال نمایند:
ایمیل: rafi_rahmani2003@yahoo.com
موبایل: ۰۰۹۳ (۰) ۷۹۹ ۳۰۳ ۸۰۰
ویا
ایمیل: Zsiddiqui@msh.org
موبایل: ۰۰۹۳ (۰) ۷۰۷ ۳۶۹ ۴۰۸ ۰۰

مخففات و اختصارات

<	Less than.....	کمتر از
≤	Less than or equal to.....	کمتر از یا مساوی به
>	More than.....	بیشتر از
≥	More than or equal to.....	بیشتر از یا مساوی به
ACE	Angiotensine-converting enzyme.....	آنزیم تبدیل کننده آنجیو تانسین
AGN	Acute glomerulonephritis.....	گلوبرونلوفرنیت حاد
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrom.....	سندروم عدم کفایه معافیتی کسبی
AMI	Acute myocardial infarction.....	احتشاً حاد میوکارڈ
ANC	Aante natal care.....	مراقبت قبل از ولادت
APH	Antepartum hemorrhag.....	خونریزی های قبل از ولادت
BHC	Basic Health Center.....	مرکز صحتی اساسی
BP	Blood pressure.....	فشار خون
BPHS	Basic Package of Health Services.....	مجموعه خدمات صحتی اساسی
C	Celsius.....	سلسیوس
CHC	Comprehensive health center.....	مرکز صحتی جامع
CHS	Centre for health services.....	مرکز خدمات صحتی
CNS	Central nervous system.....	سیستم عصبی مرکزی
COC	Combined oral contraception.....	ادویه ضد حاملگی ترکیبی
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease.....	امراض ریوی مزمن انسدادی
DH	District Hospital.....	شفاخانه ولسوالی
DMPA	Medroxyprogesterone acetate.....	
DPT	Diphtheria-pertussis-tetanus.....	دیفتری-سپاه سرفه-تیتانوس
DOTS	Internationally recommended strategy for tuberculosis control.....	استراتژی یا روش سفارش شده بین المللی برای کنترل توبرکلوز
E	Ethambutol.....	
ECG	Electrocardiogram.....	گراف قلب
EDL	Essential drugs list.....	لست ادویه اساسی
EPHS	Essential Package of Hospital Services.....	مجموعه خدمات صحتی اساسی شفاخانه پی
EPI	Expanded Programme on Immunization.....	پروگرام معافیت کتلوی (سازمان صحتی جهان)
FAM	Fertility awareness methods.....	روش های آگاهی دهی باروری
FDC	Fixed-dose combination.....	ترکیب دوز ثابت
FP	Family planning.....	پلان رهنمای خانواده
g/dl	Grams per deciliter.....	گرام فی دیسی لیتر
GDPA	General Directorate of Pharmaceutical Affairs.....	ریاست عمومی امور فارمسی
H	Isoniazide.....	
Hib	Haemophilus Influenzae type b vaccine.....	واکسین هیموفیلوس انفلونزا نوع B
HIV	Human immunodeficiency virus.....	ویروس عدم کفایه معافیتی انسانی
HPV	Human papilloma virus.....	ویروس پپیلوما وی انسانی
HSSP	Health Sector Support Project.....	پروژه حمایت از سکتور صحت
HTN	hypertension.....	فرط فشار خون
IM	Intramuscular.....	داخل عضلی

IMCI	Integrated management of childhood illnesses.....	منجمنت مدغم شده امراض دوران طفولیت
IV	Intravenous.....	داخل وریدی
IU	international units.....	واحد های بین المللی
IUD	Intrauterine device.....	آله داخل رحمی
kg	Kilogram.....	کیلوگرام
LAM	Lactational amenorrhea method.....	میتود جلوگیری از حمل در زمان امینوری- شیردهی
mg	Milligram.....	میلی گرام
ml	Milliliter.....	میلی لیتر
mmHg	Millimeters of mercury.....	ملی متر ستون سیماپ
MoPH	Ministry of Public Health.....	وزارت صحت عامه
MSH	Management Sciences for Health.....	علوم اداره برای صحت
NaCl	Sodium chloride.....	سودیم کلوراید (نمک طعام)
NSAID	Nonsteroidal anti-inflammatory drug.....	ادویه ضد التهاب غیر استیروئیدی
NSTG-PL	National standard treatment guidelines for primary level.....	رهنمود ملی تداوی معیاری برای مراقبت های صحنی اولیه
OPV	Oral polio vaccine.....	واکسین فمی پولیو
ORS	Oral rehydration solution/salt.....	محلول نمکی فمی اعاده مایعات
PID	Pelvic inflammatory disease.....	امراض التهابی حوصلی
PF	Plasmodium falciparum.....	پلازموڈیم فالسیپارم
PMB	Postmenopausal bleeding.....	خونریزی بعد از انقطاع طمث
POP	Progesterone-only pills.....	قرص های ضد حاملگی که تنها حاوی پروجسترون اند
PPH	Postpartum hemorrhage.....	خونریزی های بعد از ولادت
PPHO	Provincial public health office.....	دفتر ولایتی صحت عامه
PUD	Peptic ulcer disease.....	مرض قرحه پپتیک
PV	Plasmodium vivax.....	پلازموڈیم ویواکس
R	Rifampicin.....	
RBC	Red blood cell/count.....	تعداد/کرویات سرخ خون
S	Rtreptomycin.....	
SPS	Strengthening Pharmaceutical Sytems.....	پروژه تقویت سیستم های فارمسی
STG	Standard treatment guideline.....	رهنمود تداوی معیاری
STI	Sexually transMited infection.....	انتان مقاربتی جنسی
TB	Tuberculosis.....	توبرکلوز یا سل
TT	Tetanus toxoid.....	توکسویید تیتانوس
UK	United Kingdom.....	انگلستان
USAID	United States Agency for International Development.....	
		اداره انکشاف بین المللی ایالات متحده امریکا
WAKH	Wazir Akbar Khan Hospital.....	شفاخانه وزیر محمد اکبر خان
WHO	World Health Organization.....	سازمان صحنی جهان
Z	Pyrazinamide.....	

واژه نامه

Abruptio placentae	انفصال پلاستنتا: یک اختلاط حاملگی بوده که در آن پلاستنتای که در موقعیت نارمل قرار داشته قبل از زایمان طفل جدا می گردد.
Acute Cholecystitis	التهاب حاد کیسه صفرا: التهاب حاد و ناگهانی کیسه صفرا که سبب درد شدید بطنی می گردد.
Adnexa	ملحقات: نفیرها و تخمدان ها
Anaphylaxis	انافیلاکسی: عکس العمل آنی و شدید حساسیتی تهدید کننده حیات
Angina pectoris	خناق صدری: درد صدری که در اثر تنگ شدن یا انسداد قسمی یک یا چند شریان قلبی بوجود آمده و بنام اسکیمی نیز یاد می گردد.
Anicteric	حالت بدون یرقان یا زردی
Anorexia	بی اشتهاپی
Antenatal	قبل از ولادت
Anterior chamber	جوف قدامی: یک مسافه مملو از مایع در داخل چشم بوده، قرنیه در قسمت قدامی ناحیه مذکور قرار داشته و عنبیه و مردمک چشم در عقب آن قرار دارد.
Apnea	حالت تهدید کننده حیات بوده که در نتیجه توقف تنفس بوجود می آید.
Appendicitis	اپندیسیت: التهاب عروه اپندکس، یک عضو کوچک تیوب مانند که در آغاز امعای غلیظه قرار دارد.
Arrhythmia	اریتمی: مشکل در ریتم (نظم) و سرعت ضربان قلب
Arthralgia	درد مفصلی
Arthritis	ارتريت: التهاب مفصلی و در نهایت تخریب احتمالی مفصل
Ascites	حبن: تراکم مایع حاوی پروتین در جوف بطن
Birth spacing	فاصله میان ولادت ها: به تعویق انداختن اولین حاملگی تا بعد از سن ۱۸ و به وجود آوردن فاصله حد اقل ۳۶ ماه میان حاملگی ها
Booster dose	یک دوز مواد فعال کننده معافیت بوده مانند یک واکسین ویا توکسویید که معمولا از دوز ابتدایی کمتر بوده و جهت تداوم معافیت داده می شود.
Breech presentation	اعتلان حوصلی: حالتی که از کانال ولادی ابتدأ حوصله، زانو ها یا پاهای جنین خارج میگردد.
Bronchiectasis	تخریب و توسع طرق هوایی بزرگ

Brudzinski's sign	یک نشانه التهاب سحایا می باشد که در اثر موجودیت شخی شدید گردن، با قات کردن گردن مریض، مفاصل حرقفی و زانو نیز قات میگردد.
Cardiogenic shock	شاک با منشأ قلبی: ناتوانی ناگهانی قلب که در آن قلب نمیتواند مقدار کافی خون که جوابگوی نیازمندی بدن باشد، پمپ نماید. این حالت اغلباً در اثر حمله شدید قلبی به وجود می آید.
Cellulitis	سلولیت: التهاب جلد و انساج رخوه تحت آن
Cervix	عنق رحم: قسمت سفلی رحم که بطرف مهبل باز می گردد.
Chest indrawing	فرورفتگی صدر: حرکت به طرف داخل جدار های سفلی صدر (اضلاع سفلی) در هنگام شهیق
Chronic bronchitis	برانشیت مزمن: التهاب مزمن قصبات؛ طرق هوایی که هوا را به شش ها انتقال می دهد.
Compromised immunity	حالت که عضویت توانایی طبیعی دفاع و مقابله علیه میکروب ها را از دست میدهد. (یعنی حالت عدم کفایه یا اختلال معافیت طبیعی انسان است)
Convulsion	اختلاج: تقلص سریع و غیر قابل کنترل عضلات ارادی اسکلتی، که میتواند یکی از تظاهرات صرع یا مرگی باشد. واژه seizure همچنان مطالعه شود.
Corneal ulcer	قرحه قرنیه: جرحه یا زخم باز قرنیه (قرنیه یک دریچه شفاف در قدام چشم است) که معمولاً از اثر انتان، خشکی یا تشوش دیگر چشم به وجود می آید.
Cushing's syndrome	سندروم cushing: یک تشوش هورمونی است که در اثر استفاده طولیل المدت مقدار زیاد کورتیزول بوجود آمده اعراض آن چاقی قسمت علوی بدن، شکننده بودن استخوان ها و جلد، اضطراب و افسردگی؛ و درخام ها رویدن موی زیاد در بدن می باشد.
Cyanosis	سیانوز: حالتی که در آن لب ها، انگشتان، و انگشتان بزرگ پا آبی رنگ معلوم گردیده که این حالت از باعث سویه پائین اکسیجن در خون دیده می شود.
Cystitis	التهاب مثانه، اغلباً (اما نه همیشه) بوسیله انتان به وجود می آید.
Debridement	پروسه دور نمودن انساج تخریب شده، مرده و منتن
Dehydration	دیهایدریشن: حالتی است که در آن عضویت مقدار کافی مایع جهت فعالیت های نارمل خود نداشته باشد.
Duodenal loop	عروه اثنا عشری: ناحیه علوی امعای رقیقه
Dyslipidemia	سویه بسیار بلند و یا پایین از حد نارمل شحمیات در خون (کلسترول و یا تری گلایسراید)

Dysmenorrhea	عادت ماهوار دردناک
Dyspnea	زحرت تنفسی: مشکلات تنفسی همراه با کوتاهی نفس
Eclampsia	اکلامپسیا: اختلالات درخام حامله؛ که به تعقیب پری اکلامپسیا بوجود آمده، که یک اختلاط جدی دوره حاملگی بوده شامل فرط فشار خون، ازدیاد سریع و بیش از حد وزن می باشد. " پری اکلامپسیا دیده شود"
Ectopic pregnancy	حمل خارج رحمی: حاملگی که خارج از رحم به وقوع بپیوندد
Edema	اذیما: پندیده گی در اثر تراکم بیش از حد مایع درانساج بدن
Embolism	امبولیزم: علقه یا لخته کوچک خون که در یک جای تشکل نموده و به موقعیت دیگر بدن مهاجرت می نماید
Emphysema	امفیژما: تخریب کیسه های هوایی (الوبول) شش ها
Encephalitis	انسفالیت: التهاب دماغ از باعث انتانات باکتریایی یا ویروسی
Endemic	اندیمیک: وقوع مکرر با میزان پیشبینی شده یک مرض در یک جمعیت یا موقعیت مشخص
Endocarditis	اندوکاردیت: التهاب پوشش داخلی جدار قلب بوده و نوع بیشتر معمول آن اندوکاردیت باکتریایی میباشد وهنگامی به وجود می آید که انتان داخل قلب گردد.
Endometrium	اندومتریم: غشای مخاطی که جوف رحم را پوش نموده
Enuresis	تبول غیر ارادی: خارج شدن غیر ارادی ادرار. بعضی اوقات واژه مذکور برای ادرار غیر ارادی شبانه استعمال گردیده (تر نمودن بستر) که ادرار در هنگام خواب بدون اراده خارج می گردد.
Envenomation	یک اختلاط از مسمومیت کتلوی بوسیله یک سم است
Epigastric region	ناحیه شروصفیه: ناحیه علوی مرکزی بطن (اپی گستریم)
Epithelialization	آغاز پروسه ترمیم جلد بعد از جرحه
Erythema	احمرار: سرخی جلد در اثر ازدیاد جریان خون درعروق شرعیه طبقات تحتانی جلد
Fallopian tubes	قنات نفیری: تیوب های بسیار نازک که از تخمدان ها آغاز و داخل رحم میگردد؛ بنام salpinges نیز یاد می گردد.
Follicles	فولیکول ها: یک گروپ حجات کوچک کروی حاوی یک جوف
Glaucoma	گلوکوم: حالتی است که عموماً در اثر بلند رفتن بطنی فشار مایع داخل چشم بوجود آمده که سبب آسیب عصب بصری می گردد.

Glomerulonephritis	گلوبرولونفریت: یک مرض کلیوی بوده که در آن بخشی از کلیه که در فلتز نمودن مواد اضافی و مایعات از خون کمک می نماید، تخریب می گردد.
Gout	نقرس: ترسب کرسستل های یوریک اسید در مفصل که باعث شروع ناگهانی تورم، درد، سرخی و حرارت در مفصل مأوفه می گردد.
Hematoma	هماتوم: تجمع موضعی خون خارج از اوعیه، معمولاً به شکل مایع در داخل انساج
Hematuria	هیماتوری: موجودیت کرویات سرخ خون در ادرار
Hemolytic	هیمولایتیک: تشوش که ارتباط به تمزق کرویات سرخ خون و آزاد شدن محتویات آنها در پلازمای خون دارد.
Hepatitis	هیپاتیت: التهاب کبد
Hepatomegaly	هیپاتومیگالی (ضخامه یا بزرگ شدن کبد): کبد بزرگ شده
Hirschprung disease	مرض hirschprung: یک بیماری امعای غلیظه (کولون و یا رکتُم) بوده، هنگامیکه یک بخش ویا تمام امعای غلیظه عصب نداشته و در نتیجه وظیفه آن مختل و سبب قبیضیت شدید یا انسداد امعا می گردد.
Hydrophobia	هایدروفوبیا: ترس از آب
Hyperglycemia	هایپرگلیسمی: حالتی که در آن مقدار بیش از حد گلوکوز در خون دوران مینماید.
Hypogastrium	قسمتی از بدن که در تحت سره قرار دارد، همچنان به نام ناحیه هایپوگستریک یا ناحیه عانه و یا سفلی بطن نیز یاد میگردد.
Hypoglycemia	هایپوگلیسمی: سوبه پائین گلوکوز درخون (یک حالت غیر نارمل)
Hypothermia	هایپوترمی: حالتی که حرارت مرکزی مورد ضرورت برای استقلال و وظایف نارمل بدن سقوط مینماید. هایپوترمی به حرارت ۳۵ درجه سانتی گرید (۹۵ درجه فارنهایت) یا کمتر از آن گفته میشود.
Hypovolemia	کاهش در حجم پلازمای خون، ممکن ضیاع حجم خون از باعث خونریزی ویا دیهایدریشن باشد
Hypoxia	هایپوکسی: حالت مرضی که بدن یا یک قسمت از آن از تأمین آکسیجن کافی محروم میگردد.
Icteric	همراه با یرقان
Ileus	انسداد امعا که از عبور محتویات امعاً جلوگیری می نماید.
Infant	طفل کمتر از یکسال

Insulin	انسولین: یک هورمون پیپتیدی بوده که توسط حشرات بیتای پانکراس تولید گردیده و استقلال شحم و کاربوهایدریت را تنظیم می نماید. دوی مرض شکر می باشد.
Iritis	التهاب عنبیه (حلقه رنگه نسجی که اطراف مردمک چشم را احاطه نموده)
Ischemia	اسکیمی: کاهش جریان خون از اثر بندش قسمی یا کامل شرایین که سبب کاهش تأمین اکسیجن می گردد.
Jejunum	جیجیونم: قسمت متوسط امعای رقیقه بین اثناعشر وایلیوم
Keratitis	التهاب قرنیه چشم (ناحیه قدامی چشم)
Kernig's sign	یک علامه فزیکال التهاب سحايا: ناتوانی در راست کردن ساق پا هنگامیکه مفصل حرقفی مریض به زاویه ۹۰ درجه قبض گردد
Left ventricular Hypertrophy	ضخامه بطین چپ: بزرگ شدن نسج عضلی که جدار جوف عمده پمپ کننده قلب (بطین چپ) را میسازد
Lethargy	بی علاقه گی: خستگی با احساس مانده گی، بیحالی، یا حالت کمبود انرژی
Lymph nodes	عقدات لمفاوی: اعضای بیضوی شکل سیستم معافیتی، وسیعاً در تمام بدن توزیع گردیده اند.
Lymphangitis	التهاب اوعیه لمفاوی، یک اختلاط معمول انتانات باکتریایی مشخص
Mania	مانیا: یک حالت غیر نارمل سلوکی با بلند رفتن مزاج مخرش، برافشنگی و یا سوپه انرژی
Mastitis	التهاب یا انتان نسج ثدیه
Mastoiditis	التهاب انتانی عظم مستوئید قحف (این عظم در خلف گوش قرار دارد)
Meckel's diverticulum	یک کیسه کوچک در ناحیه سفلی امعا، در هنگام تولد (بشکل ولادی) موجود بوده و در ۲ فیصد نفوس دیده میشود.
Meconium	میکونیم: اولین مواد غایطه که فوراً بعد از تولد توسط نوزاد دفع میگردد، یعنی قبل از شروع تغذی طفل با شیرمادر یا شیرپودری
Meningitis	التهاب سحايا: التهاب نسج نازکی که سطح دماغ و نخاع شوکی را احاطه کرده که سحايا نامیده میشود.
Metrorrhagia	خونریزی های رحمی با فواصل نامنظم، بخصوص بین عادات ماهوار متوقعه
Micronutrients	هر ماده مثل ویتامین ها و یا عناصر که به مقادیر کم برای رشد و نموی صحتی ضرورت است (trace element)

Morbidity rate	میزان مصابیت و معیوبیت: میزان وقوع یا شیوع یک مرض و یا حالت صحی
Mortality rate	میزان وفیات: میزان تعداد وفیات در یک نفوس مشخص
Multipara	یک خانم که دو یا چند بار ولادت نموده است
Myocardial infarction	احتشاً میوکارد: معمولاً بنام حمله قلبی شناخته شده، در نتیجه انقطاع جریان خون به یک قسمت از قلب بمیان آمده، سبب مرگ حجرات قلبی گردیده و بنام احتشاً حاد میوکارد (MI) نیز یاد می گردد
Myocarditis	التهاب عضله قلبی
Myocardium	میوکاردیم: عضله قلب
Nasogastric tube	تیوب انفی - معدوی: یک تیوب طبی رابری یا پلاستیکی قابل انحنای که مواد غذایی و ادویه را از طریق بینی به معده انتقال میدهد
Neonate	نوزاد در ۲۸ روز اول بعد از تولد
Nocturia	ضرورت حد اقل دو بار تبول در شب (شب ادراری)
Oliguria	کاهش اطراح ادرار (مثلاً تولید ادرار کمتر از ۵۰۰ میلی لیتر در ۲۴ ساعت)
Ophthalmologic	مرتبط به چشم
Orthopedic	مرتبط به سیستم عضلی-اسکلتی
Osteomyelitis	اوستیو میالیت: التهاب شدید انتانی استخوان ناشی از باکتری ها
Otitis	التهاب یا انتان گوش
Otitis externa	التهاب گوش خارجی یا کانال گوش (انتان گوش خارجی نیز یاد می گردد)
Otitis media	انتان گوش متوسط
Pain reliever	ادویه کاهش دهنده یا تسکین دهنده درد
Pancreatitis	التهاب پانکراس
Parenteral	تزریق: داخل نمودن دوا، مواد مغذی یا سایر مواد به عضویت غیر از طریق هضمی، مخصوصاً از طریق انفوژن، زرق یا غرس
Paresthesia	یک احساس سوزش یا سوزنک زدن معمولاً در دست ها، بازو ها، ساق ها یا پاها میباشد، همچنان می تواند در سایر نواحی بدن نیز رخ دهد.
Pepsin	انزایمیست که در معده افزاز گردیده و مواد پروتینی غذا را به پپتید تبدیل می نماید.

Pericardial tamponade	تامپوناد قلبی: یک حالت عاجل بوده که در اثر فشار بالای قلب به وجود آمده و هنگامی رخ می دهد که خون یا مایع در بین عضله قلبی (میوکارد) و کیسه که قلب را پوشانیده (پریکارد) تجمع نماید.
Perinatal period	دوره perinatal: دوره در بر گیرنده ۲۸ روز قبل و ۲۸ روز بعد از ولادت
Peritonitis	پریتونیت: حالت حاد و تهدید کننده حیات، در اثر ملوث شدن جوف پریتون با باکتری ها یا مواد کیمیای
Phonophobia	Phonophobia: ترس از آوازهای بلند
Photophobia	Photophobia: عدم تحمل غیر نارمل در مقابل روشنی قابل دید را گویند (ترس از نور).
Placenta Praevia	Placenta Praevia: یک اختلاط ولادی بوده که پلاسنتا بطور قسمی یا کلی در سگمنت سفلی رحم داخل گردیده و فوچه عنق رحم را به شکل کلی یا قسمی می پوشاند
Pneumothorax	نوموتورکس: تجمع غیر نارمل گاز یا هوا در جوف پلورا (شش ها را از جدار صدر جدا می کند) و ممکن تنفس نارمل را مختل سازد.
Polyuria	پولی یوری: ازدیاد حجم ادرار (مثلاً بیشتر از ۲,۵ لیتر در روز)
Postnatal period	دوره postnatal: دوره ای است که فوراً بعد از تولد نوزاد شروع شده و شش هفته ادامه میابد؛ این دوره به طفل ارتباط میگیرد.
Postpartum	دوره postpartum: دوره ای است که فوراً بعد از ولادت شروع شده و شش هفته ادامه میابد؛ به مادر ارتباط داشته و بنام دوره نفاس نیز یاد میگردد
Pouch of Douglas	جوف دوگلاس: امتداد جوف پریتون بین مقعد و جدار خلفی رحم نزد خانم ها
Pre-eclampsia	پری ایکلامپسیا: افزایش ناگهانی فشار خون یک خانم حامله بعد از هفته بیستم حاملگی که می تواند تهدید کننده حیات برای مادر و طفل تولد ناشده باشد.
Prevalence	شیوع: تناسب نفوس که یک مرض را دارا میباشند (تعداد مجموعی واقعات در یک نفوس در یک زمان معین)
Primipara	خانم که یکبار ولادت نموده
Prodromal syndrome	سندروم prodromal: یک عرض مقدم (یا مجموع اعراض) که ممکن نشان دهنده شروع یک مرض قبل از آغاز اعراض وصفی آن باشد
Prophylaxis	وقایه یا پیشگیری: اقدامات صحی بوده که هدف آن وقایه از مرض نسبت به تداوی و معالجه آن میباشد
Proteinuria	پروتین یوری: موجودیت پروتین های سیروم در ادرار

Pruritus	خارش: حس که باعث تمایل یا عکس العمل خاریدن میگردد
Psychosis	بیماری روانی یا روان پریشی: یک اصطلاح عمومی روانپزشکی برای یک حالت روانی است که مصابیت به آن اغلباً به قسم "از دست دادن تماس با واقعیت ها یا نادیده گرفتن حقایق" تعریف شده است.
Pulmonary edema	اذیمای ریوی: یک حالت عاجل تهدید کننده حیات بوده که متصف است به عسرت شدید تنفس از اثر تجمع غیر نارمل مقدار زیاد مایع در شش ها
Pyelonephritis	پیلونفریت: انتان صعود کننده طرق بولی بوده که به حویضه میرسد
Pyloric canal	کانال پاپلور: فوچه بین معده و امعای رقیقه
Retinopathy	ریتینوپاتی: تشوش چشم در اثر آسیب حاد یا معند شبکیه
Reye's syndrome	سندروم Reye: یک بیماری ناگهانی و بعضاً کشنده دماغ توام با استحالہ کبد با سبب نامعلوم بوده، مطالعات نشان داده که اخذ آسپرین خطر وقوع آن را افزایش میدهد، می تواند سبب کوما و مرگ دماغی گردد، این حالت اکثراً نزد اطفال دیده میشود.
Rhinitis	رینیت: تخریش و التهاب غشای مخاطی جوف انف
Rhonchi	رانکای: صدای تند و خشن مانند خُر خُر نمودن، معمولاً سبب آن موجودیت افرازات قصبی در طرق هوایی میباشد.
Salpingitis	انتان و التهاب تیوب های نفیری
Schizophrenia	جنون (اسکیزوفرنی): تشوش دماغی متصف با مختل شدن پروسه های تفکر و نقص عکس العمل های عاطفی وصفی
Seizure	یک اختلال ناگهانی فعالیت های نارمل الکتریکی دماغ که متصف با تغییر شعور و یا سایر تظاهرات سلوکی و عصبی. یکی ازین تظاهرات اختلاجات میباشد. (واژه اختلاج دیده شود)
Sepsis	تهاجم میکروب ها یا توکسین های شان در خون، اعضا یا سایر نواحی معقم بدن
Shock	شاک: یک حالت تهدید کننده حیات بوده که در اثر عدم کفایه دورانی با سپلای ناکافی جریان خون جهت رسانیدن اکسیجن کافی و مواد غذایی مورد نیاز برای انساج و عدم اطراح میتابولیت های سمی بوجود میآید.
Sinusitis	سینوزیت: التهاب و انتان جیوب
Stillbirth	تولدی که بعد از مرگ جنین در داخل رحم رخ می دهد (تولد جنین مرده).
Stomatitis	ستوماتیت: التهاب پوشش مخاطی هر یک از ساختمان های داخل جوف فم که ممکن در برگیرنده رخسار، بیرہ ها، زبان، لب ها، گلو، کف یا سقف جوف فم باشد

Stridor	سترایدور: تنفس غیر نارمل پر سر و صدا با آواز بلند بوده که در اثر جریان هوا از مسیر یک مجرای تنگ شده طرق تنفسی رخ داده معمولاً هنگام شهيق شنیده می شود
Stroke	از بین رفتن آنی وظیفه دماغ که در اثر اختلال تامین و رسیدن خون به دماغ ایجاد میشود
Sublingual	تحت لسانی: طریق تجویز فارمکولوژیک دوا بوده که توسط این طریقه دوا از انساج تحت لسانی به خون انتشار میابد
Systemic	سیستمیک: متاثر شدن تمام بدن یا حد اقل چندین سیستم عضویت
Tachycardia	تکی کاردی: ازدیاد سرعت حرکات قلبی بیشتر از حد نارمل
Tachypnea	تنفس سریع
Tonsillitis	تانسلیت: التهاب تانسل ها در اثر انتانات ویروسی یا باکتریایی
Topical medicine	دوای موضعی: دوای که در سطوح بدن یعنی جلد و غشای مخاطی تطبیق می گردد.
Tympanic membrane	غشای طبل: پرده گوش (یک نسج نازک طبل مانند که مجرای گوش را از گوش متوسط جدا می سازد)
Urethral meatus	فوحه احلیل: فوحه که ادرار (و همچنان در طبقه ذکور منی) از آن خارج می گردد.
Urethritis	التهاب احلیل: تورم و تخریش (مانند التهاب) احلیل (مجرای که ادرار را از بدن خارج می نماید)
Uveitis	تورم و تخریش Uvea (طبقه متوسط چشم که تامین کننده بیشترین خون به شبکیه است)
Vacuum extraction	یک پروسه که بعضی اوقات جهت خارج نمودن طفل از کانال ولادی اجرا میگردد، در سر طفل جهت کمک در خروج طفل از کانال ولادی تطبیق میگردد.
Vaginitis	التهاب مهبل: التهاب و انتان مهبل
Valvular heart disease	امراض دسامی قلب: یک پروسه مرضی با مصابیت یک یا چند دسام قلب
Volvulus	تدور امعاء، که سبب انسداد امعاء گردیده و ممکن باعث قطع جریان خون و تخریب قسمت از امعاء گردد.
Vulva	اعضای تناسلی خارجی خاتم ها
Wheezing	ویزنگ: یک صدای بلند اشپلاق مانند بوده که در هنگام تنفس بوجود آمده، معمولاً در هنگام ذفیر (خارج نمودن هوا از شش ها) شنیده شده، ودر نتیجه تنگ شدن طرق هوایی به وجود می آید.

Xerophthalmia	خشکی چشم: یک حالت طبیی است که چشم نمیتواند اشک را تولید نماید، این حالت ممکن در اثر کمبود ویتامین A به وجود آید
Zollinger-Ellison syndrome	سندروم Zollinger-Ellison: یک حالت مغلق بوده که یک یا چند تومور در پانکراس یا در ناحیه علوی امعای رقیقه (اثنا عشر) تشکیل گردیده، تومور های مذکور سبب تولید مقدار زیاد هورمون گسترین گردیده که باعث افراز مقدار بیشتر تیزاب معده شده و بالنوبه تیزاب بیش از حد سبب قرحه پپتیک میگردد

فصل اول امراض جوف دهن و دندان Dental And Oral Conditions

پنج نوع مرض جوف دهن و دندان که در این فصل بحث گردیده شامل کریس (کرم خوردگی)، التهاب بیره، التهاب محیط دندان (پریودونتایتیس)، آبسه و کاندیدیازس دهن می باشد.

شرح

جوف دهن از انساج خاص شامل مخاط فمی، مخاط بیره، عظام، دندان ها و ساختمان های محیط دندان تشکیل گردیده است. التهاب و انتان این انساج میتواند منتج به تخریب موضعی و وسیع، سلولیت، آبسه و از بین رفتن عظام و دندان ها گردد.

- **کرم خوردگی (Dental caries):** تخریب موضعی مینا و عاج دندان که ممکن سبب انتان موضعی و از بین رفتن دندان گردد.
- **التهاب بیره (Gingivitis):** یک پروسه التهاب مزمن بیره بوده که ممکن سبب جدا شدن بیره از کنار دندان گردد. التهاب حادکروزی بیره (Acute necrotizing gingivitis) انتان غیرساری بوده که سبب درد شدید و تخریب سریع بیره و انساج اطراف آن میگردد.
- **التهاب محیط دندان (Periodontitis):** یک مرض انتانی که منتج به التهابات انساج تقویتی دندان ها گردیده که ممکن بشکل پیشرونده سبب از بین رفتن عظم، سست شدن و از بین رفتن دندان ها گردد.
- **آبسه:** تجمع قیح بشکل موضعی یا منتشر - با و یا بدون سلولیت بوده میتواند. اکثراً آبسه موضعی در اثر پوسیدگی دندان و امراض بیره بوجود می آید. بعضی اوقات انتان سریعاً به انساج محیطی و صفای عنق و وجه انتشار نموده که ممکن تهدید کننده حیات باشد.
- **کاندید یازس فمی (Oral Candidiasis):** یک انتان فنگسی که اغلباً عامل آن کاندیدا البیکانس بوده، میتواند سبب مأوفیت زبان و مخاط جوف دهن گردد. بیشتر در مریضانی دیده می شود که به نسبت امراض زمینه ساز (مانند مرض شکر، ویروس عدم کفایه معافیتی [HIV] و امراض مزمن)، سوء تغذی و استعمال ادویه (مانند ستروییدهای سیستمیک یا انتی بیوتیک ها به مدت طولانی) معافیت شان کاهش یافته است.

تشخیص

- **کرم خوردگی (کریس دندان)**
 - کریس دندان اکثراً با یک لکه سفید حساس شروع شده که بعداً بشکل یک سوراخ سیاه رنگ در دندان پیشرفت نموده که در هنگام تماس مستقیم با غذا های گرم و سرد دردناک می باشد.
 - تخریب دندان می تواند که با انتان و آبسه محیطی اختلاطی شده، مریض ممکن درد دوامدار با تورم موضعی بیره و قیح داشته باشد.
- **التهاب بیره**
 - التهاب مزمن، غیراختلاطی
 - آغاز بطی
 - ممکن درد خفیف موضعی و یا درد بشکل وسیع در ساحه بیره موجود باشد
 - ممکن خونریزی بیره موجود باشد - مخصوصاً بعد از برس نمودن دندان ها
 - بیره ها بشکل سرخ روشن به نظر رسیده (به عوض بیره نارمل که به رنگ گلابی روشن است) و ممکن از دندان ها جدا گردند
 - التهاب حاد یا تحت الحاد
 - شروع حاد
 - بیره های دردناک

- ممکن خونریزی های بالنفسه در بیره موجود باشد
- ممکن غشای مایل به رنگ خاکستری بیره را بپوشاند
- ممکن در یک محل باشد و یا اینکه تمام بیره را در بر گیرد.
- ممکن توأم با بوی بد دهن باشد

• التهاب محیط دندان

- ممکن موضعی یا عمومی باشد
- بیره به رنگ سرخ تیره یا ارغوانی معلوم خواهد شد
- جدا شدن دندان از بیره با سست شدن دندان
- ممکن سبب از بین رفتن دندان و تخریب موضعی عظم گردد

• آبسه

- انتان عمیق ساحه ممکن موضعی بوده تورم، قیج و یا هردوی آنها دندان را مأوف ساخته، درد موضعی و تورم بیره موجود میباشد
- ممکن عمومی و منتشر گردد
- درد منتشر
- علاوه شدن تورم جلد و انساج رخوه، ممکن با اضافه شدن سلولیت
- احتیاط: در صورتیکه مریض انتان منتشر در انساج عمیق را داشته باشد، ممکن ضرورت به عملیات عاجل جراحی باشد بناء مریض به مرکز صحتی مجهزتر راجع شود.

• کاندیدیاز سفی

- لکه های سفید شیری که به مخاط زبان و جوف دهن چسبیده که ممکن با فشار اندک خراشیده شده و قاعده احرار آن نمایان گردد
- ممکن سبب درد خفیف یا احساس سوزش دهن گردد
- ممکن منتج به مشکلات در خوردن یا تغذیه با شیر مادر شود

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- مهم ترین اصل اهتمامات و تدابیر معالجوی پنج مرض فوق، شناسایی انتان منتشر که ممکن منتج به یک واقعه عاجل جراحی شود، میباشد. اهداف آن، از بین بردن درد و محو انتان و تداوی اسباب و حالات زمینه ساز می باشد.
- شوینده های دهان ۴ بار در روز برای ۵ روز در پنج مرض فوق الذکر جوف دهن و دندان تجویز گردد.
 - دو چندک نمک در یک گیلان آب نیم گرم (قبلا جوش داده شده)
 - محلول Chlorohexidine فیصد ۰.۲، ۰.۵ میلی لیتر
- احتیاط: فقط برای ۵ روز، زیرا استفاده بیشتر آن سبب تاریک شدن دندان ها میگردد.
- یک دوا مسکن یا ضد درد را تجویز نمائید
 - تابلت Paracetamol (برای دوز معیاری به جدول الف ۱۵ ضمیمه الف مراجعه شود).
- جهت از بین بردن انتانات مثل آبسه دندان، سلولیت و التهاب حاد بیره انتی بیوتیک ها را تجویز نمائید.
 - Penicillin v Phenoxyethyl Penicillin (به مدت ۷ روز جهت مطالعه دوز های معیاری به جدول الف ۱۶ ضمیمه الف مراجعه شود).
- اطفال: ۱۰ میلی گرام/ فی کیلو گرام وزن بدن/ فی دوز هر ۶ ساعت بعد
- کاهلان: ۵۰۰ میلی گرام هر ۶ ساعت بعد
- برای مریضانی که در مقابل پنسلین حساسیت دارند، Erythromycin و میترونیدازول را یکجا تجویز کنید. جهت مطالعه دوز های معیاری به جدول های الف ۱۲ و الف ۱۴ ضمیمه الف مراجعه شود.
- اطفال: Erythromycin ۱۰-۱۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز - هر ۶ ساعت بعد یکجا با Metronidazole ۷.۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن - هر ۸ ساعت بعد برای ۷ روز.
- کاهلان: تابلت های Erythromycin stearate ۵۰۰ میلی گرام هر ۶ ساعت بعد یکجا با تابلت های Metronidazole ۴۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد برای ۷ روز.

- یک شپونده ضد فنگسی فمی را جهت کاندیدیازس فمی (Thrush) تجویز نمائید.
 - اطفال: Nystatin (۱۰۰۰۰۰ iu/ml) ۰.۵ قطره میلی لیتر به شکل موضعی بعد از هر بار تغذیه برای ۱۰ روز.
 - کاهلان: تابلیت Nystatin پوشیدنی، روزانه یک تابلیت هر ۶ ساعت بعد برای ۱۰ روز پوشیده شود. به شکل بدیل از قطره نستاتین (۱۰۰۰۰۰ iu/ml) به مقدار ۳ میلی لیتر بشکل موضعی بالای مخاط دهن هر ۶ ساعت بعد برای ۱۰ روز استفاده گردد.
 - در عدم موجودیت Nystatin، محلول آبی جنشن وایولیت (Gentian violet) ۰.۵ فیصد به شکل موضعی روزانه هر ۸ ساعت بعد برای ۷ روز استفاده شود.

رجعت دهی

- شواهد بر موجودیت آبسه موضعی یا منتشر جهت ارزیابی دریناژیا کشیدن دندان و یا هردو
- شواهد بر موجودیت کریس دندان - جهت پرکاری یا کشیدن
- عدم بهبودی، تشخیص نامشخص یا هر دو
- احتیاط:** آبسه منتشر و سلولیت عنق و وجه یک واقعه عاجل جراحی بوده زیرا ممکن طرق هوایی را به خطر مواجه ساخته و نیز باعث سپسیس (Sepsis) گردد که دراین صورت نیاز به رجعت دهی فوری مریض است.

وقایه

- مراعات نمودن حفظ الصحه خوب جوف دهن: استفاده از مسواک و برس دندان، کریم دندان حاوی فلوراید و برس های ملایم دندان، در صورت امکان بعد از هر غذا
- در صورت امکان استفاده از نخ مخصوص دندان
- استفاده بیشتر از میوه جات و سبزیجات
- اجرا نمودن مراقبت های روزمره دندان در صورت امکان
- جستجوی وارزیابی مقدم درد بیره و یا دندان
- اجتناب از استفاده نضار و تنباکو
- محدود نمودن استفاده از شکر، غذای شیرین و سایر شیرینی ها

هدایات به مریض:

- از دندان های خویش جهت شکستن غذا یا مواد سخت خودداری نمائید (مثل بادام و چارمگز).
- از نوشیدن مایعات بسیار گرم یا بسیار سرد خودداری نمائید.
- متعاقب استفاده از مواد قندی و یا غذا های شیرین مایعات نسبتاً گرم بدون شکر بنوشید.

فصل دوم امراض سیستم هضمی Digestive System Conditions

۲۰۱ اسهال و ضیاع مایعات (Diarrhea & Dehydration)

احتیاط: ادویه ضد اسهال نباید برای تداوی اسهال حاد مورد استفاده قرار گیرد.

۲۰۱.۱ اسهال حاد بدون خون در اطفال کمتر از ۵ سال

فلپ چارت IMCI "طفل مبتلا به اسهال" همچنان مشاهده شود.

یادداشت: اگر فلپ چارت IMCI در مرکز صحتی موجود نباشد، میتوان آنرا از دیپارتمنت صحت اطفال و نوجوانان وزارت صحت عامه دریافت نمود.

شرح

اسهال حاد متصف با تغییر ناگهانی قوام (مایع) و تکرر دفعات فعل تغوط میباشد. اغلباً توسط ویروس هابوجود آمده اما ممکن باکتری ها یا پرازیت ها نیز عامل آن باشند که میتواند نزد نوزادان، اطفال دچار سوء تغذی و اطفال که سایر علایم خطر را دارند، به سرعت کشنده باشد (متن ذیل و فلپ چارت IMCI دیده شود).

تشخیص

- موارد ذیل پرسیده شود
 - دفعات فعل تغوط
 - مدت زمان اسهال؛ اگر بیشتر از ۲ هفته باشد، بخش ۲۰۱.۳ "اسهال معند" مشاهده شود
 - موجودیت خون درموادغایطه؛ اگرخون در مواد غایطه موجود باشد، بخش ۲۰۱.۵ "اسهال خونی" مشاهده شود.
 - در صورت موجودیت واقعات کولرا در محیط و ماحول زیست؛ باید به کولرا مشکوک شد. بخش ۲۰۱.۷ "کولرا" مشاهده شود.
- علایم خطر و علایم امراض شدید ارزیابی گردد

یادداشت: در تمام واقعات ذیل انتی بیوتیک داخل عضله تطبیق و به شفاخانه رجعت داده شود.

- اطفال شیرخوار کمتر از ۲ هفته
- اطفالی که قادر به نوشیدن ویا مکیدن شیر نیستند
- استفراغ معند
- اختلاجات
- تغییر حالت شعوری
- بطن حاد
- سوء تغذی شدید
- ارزیابی درجه ضیاع مایعات و تصنیف آن، "جدول الف ۲۰۱.۱ مشاهده شود"
 - ضیاع شدید مایعات (ج)
 - ضیاع خفیف مایعات (ب)
 - بدون ضیاع مایعات (الف)

جدول الف ۲.۱.۱ تصنیف درجه ضیاع مایعات

علائمی که باید مشاهده شوند	ج - ضیاع شدید مایعات (حداقل دو علامه)	ب - ضیاع خفیف مایعات (حداقل دو علامه)	الف - بدون ضیاع مایعات
سطح حالت شعوری	خواب الود، به سختی بیدار میشود، یا عدم موجودیت شعور	بی قرار، مخرش و یا هر دو	خوب و سرحال
فرورفتگی چشمان	فرورفتگی چشمان	فرورفتگی چشمان	عدم فرورفتگی چشمان
قادر به نوشیدن (مکیدن)	نوشیدن (مکیدن) بسیار ضعیف و یا عدم توانایی	مشتاق نوشیدن (مکیدن)، تشنگی	نوشیدن (مکیدن) نارمل
Pinch جلدی (چندک گرفتن جلد)	متعاقب Pinch. حدود ۲ ثانیه یا بیشتر را در بر میگیرد تا جلد بحالت نارمل برگردد	متعاقب Pinch جلد بطی تر در حدود کمتر از ۲ ثانیه به حالت نارمل بر میگردد	متعاقب Pinch جلد فوراً به حالت عادی بر میگردد

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- هدف اصلی وقایه یا تداوی ضیاع مایعات ورد نمودن ارتباط انتانات سببی (مانند، ملاریا، سینه و بغل، التهاب اذن متوسط، انتانات طرق بولی) و سوء تغذی در اطفال است.

اهتمامات غیر دواپی

- در اطفال که با شیر مادر تغذی می شوند ادامه تغذی با شیر مادر، به هر اندازه که طفل می خواهد تازمانیکه اسهال متوقف شود.
- در اطفال که دیگر از شیر مادر تغذی نمی شوند، تغذی نورمال شان ادامه داده شده و مایعات اضافی الی توقف اسهال به طفل تجویز گردد.

تداوی دواپی

با توجه به تصنیف ضیاع مایعات یکی از پلان های زیر مطابق به جدول الف ۲.۱.۱ تعقیب گردد:

پلان C. تداوی فوری طفل که ضیاع شدید مایعات دارد.

- پلان C-1. اگر شما به تجهیزات و محلولات زرق وریدی دسترسی دارید:
 - سریباً محلول زرق وریدی Ringer lactate (محلول Hartmann's). اگر موجود نباشد Normal Saline ۰.۹ فیصد را مطابق جدول ب ۲.۱.۱ تطبیق نمایید.
 - طفل را در کلینیک نگهداشته و هر یک ساعت بعد معاینه نمایید.
 - هر قدر که طفل زودتر قادر به نوشیدن میگردد برایش محلول ORS ۵ میلی لیتر فی کیلو گرام فی ساعت تطبیق نمایید.
 - ارزیابی و تصنیف مجدد ضیاع مایعات:
 - نوزادان (کمتر از ۱۲ ماه) پس از ۶ ساعت
 - طفل (۱۲ ماه یا بیشتر) پس از ۳ ساعت
 - پلان تداوی مناسب را با اساس تصنیف ضیاع مایعات انتخاب نمائید (مانند، پلان A یا B).

▪ اگر تصنیف هنوز هم در پلان C باشد، رجعت دهی مریض به شفاخانه در حال ادامه تطبیق مایعات داخل وریدی.

جدول ب ۲.۱.۱ طفل مصاب به ضیاع شدید مایعات: زرق مایعات وریدی

سن طفل	۳۰ میلی لیتر فی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن	سپس، به مقدار ۷۰ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن در:
کمتر از ۱۲ ماه (نوزاد)	یک ساعت ^a	پنج ساعت
۱۲ ماه تا ۵ سال	نیم ساعت ^a	دو نیم ساعت

a. اگر نبض رادیال ضعیف یا غیر قابل جس باشد، این مقدار را یکبار دیگر تکرار کنید.

- پلان ۲ - C. اگر شما به تجهیزات و محلولات زرق وریدی دسترسی ندارید، اما امکانات تداوی با زرق وریدی در مسافه کمتر از ۳۰ دقیقه قابل دسترس است:
 - فوراً طفل را برای تداوی با زرق وریدی رجعت دهید.
 - اگر طفل قادر به نوشیدن است، محلول ORS را به مواظبت کننده وی داده نشان دهید که چگونه محلول را به شکل جرعه-جرعه در طول راه به طفل تطبیق کند.
- پلان ۳ - C. اگر امکانات تداوی با زرق وریدی در مسافه کمتر از ۳۰ دقیقه قابل دسترس نباشد، و شما تطبیق تیوب انفی-معدوی (Nasogastric tube) را بلد باشید:
 - تیوب انفی-معدوی را تطبیق نموده و ORS را به مقدار ۲۰ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن فی ساعت برای ۶ ساعت تجویز نمایید.
 - هر یک ساعت بعد ارزیابی مجدد نمایید.
 - تطبیق ORS را در صورتیکه استفراغ متکرر یا انتفاخ بطنی موجود باشد به بطاقت اجرا کنید.
 - در صورت عدم بهبودی بعد از ۳ ساعت، رجعت دهی برای تداوی زرق وریدی.
 - ارزیابی و تصنیف مجدد ضیاع مایعات بعد از ۶ ساعت با تعدیل پلان تداوی:
- پلان ۴ - C. اگر امکانات تداوی با زرق وریدی در مسافه کمتر از ۳۰ دقیقه قابل دسترس نباشد، و شما تطبیق تیوب انفی-معدوی (Nasogastric tube) را نمیدانید، اما طفل می تواند چیزی بنوشد:
 - تطبیق متکرر ORS به مقدار ۲۰ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن فی ساعت برای ۶ ساعت به شکل جرعه - جرعه.
 - هر یک ساعت بعد ارزیابی مجدد نمایید.
 - تطبیق ORS را در صورتیکه استفراغ متکرر یا انتفاخ بطنی موجود باشد به بطاقت اجرا کنید.
 - در صورت عدم بهبودی بعد از ۳ ساعت، رجعت دهی برای تداوی زرق وریدی.
 - ارزیابی و تصنیف مجدد ضیاع مایعات بعد از ۶ ساعت و تعدیل پلان تداوی:
- پلان ۵ - C. اگر امکانات تداوی با زرق وریدی در مسافه کمتر از ۳۰ دقیقه قابل دسترس نباشد، و شما تطبیق تیوب انفی-معدوی (Nasogastric tube) را بلد نباشید، و طفل هم نمی تواند چیزی بنوشد:
 - طفل فوراً به نزدیکترین شفاخانه رجعت داده شود.
 - پلان B. تداوی طفل مصاب ضیاع متوسط مایعات با ORS.
 - پلان ۱ - B. طفل را با ORS در مرکز صحتی برای ۴ ساعت تداوی نمایید.
 - اعاده مایعات با ORS با توجه به وزن و سن طفل طوریکه در جدول ج ۲.۱.۱ نشان داده شده است.
 - اگر طفل ORS بیشتر از جدول ج ۲.۱.۱ میل دارد، درینصورت مقدار بیشتر ORS به وی بدهید.
 - به مواظبت کننده نشان دهید که چگونه ORS را به طفل بدهد.
 - ORS را با پیاله یا قاشق به صورت متکرر و جرعه های کوچک بدهید.

- اگر طفل استفراغ نمود، ۱۰ دقیقه صبر کنید، سپس تطبیق ORS را بطی تر ادامه دهید.
- در صورتی که طفل بخواهد، تغذی با شیر مادر ادامه داده شود.
- ارزیابی و تصنیف مجدد ضیاع مایعات طفل بعد از ۴ ساعت.
- پلان تداوی مناسب انتخاب شود (مانند C، B یا A).
- شروع تغذی در کلینیک قبل از مرخص شدن طفل.

جدول ج ۲۰.۱ طفل مصاب به ضیاع متوسط مایعات: اعاده مایعات فمی (Rehydration)

دوز	سن (اگر وزن نامعلوم باشد) ^a			
	کمتر از ۴ ماه	۴ الی کمتر از ۱۲ ماه	۱ الی کمتر از ۲ سال	۲ الی کمتر از ۵ سال
	وزن			
	کمتر از ۶ کیلوگرام	۶ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرام	۱۰ الی کمتر از ۱۲ کیلوگرام	۱۲ الی ۱۹ کیلوگرام
مجموع میلی لیتر در ۴ ساعت	۲۰۰ الی ۴۰۰ میلی لیتر	۴۰۰ الی ۷۰۰ میلی لیتر	۷۰۰ الی ۹۰۰ میلی لیتر	۹۰۰ الی ۱۴۰۰ میلی لیتر

a. استفاده از سن طفل تنها زمانی که شما وزن را نمی دانید. مقدار مناسب ORS مورد نیاز (به میلی لیتر) می تواند با ضرب نمودن وزن طفل (به کیلوگرام) با ۷۵ محاسبه شود.

- پلان 2-B. اگر مواظبت کننده طفل نمی تواند به مدت ۴ ساعت در کلینیک باقی بماند در آن صورت:
 - به مواظبت کننده نشان دهید که چگونه ORS را در خانه تهیه و به طفل بدهد. (پلان B-۱ را مشاهده کنید)
 - تشریح نمائید به چه اندازه ORS در ۴ ساعت اول به طفل داده شود.
 - در ۴ ساعت اول به اندازه کافی پاکت های ORS داده شود. دو پاکت اضافی ORS برای ادامه پلان A پس از ۴ ساعت اول داده شود.
 - تابلیت های (۲۰ میلی گرام) Zinc قرار ذیل تجویز گردد:
 - اطفال کمتر از ۶ ماه: ۱/۲ تابلیت در روز، در مقدار کم آب پاک و یا شیر مادر حل شده و به مدت ۱۰ روز تجویز گردد.
 - اطفال ۶ ماه یا بزرگتر: ۱ تابلیت در روز، در مقداری کم آب پاک حل شده، به مدت ۱۰ روز تجویز شود.
 - به مواظبت کننده فهمانده شود تا به تغذی طفل به طور نارمل ادامه دهد.
 - به مواظبت کننده فهمانده شود تا در حالات ذیل طفل را دوباره به کلینیک بیاورد:
 - در صورت عدم بهبودی
 - بروز علائم خطر ("تشخیص" در فوق مشاهده شود)
 - خون در مواد غایطه

پلان A. طفل مصاب به اسهال بدون ضیاع مایعات را در خانه تداوی نمائید. چهار اصل مراقبت اسهال در منزل را به مواظبت کننده طفل توصیه نمائید.

- اصل اول: تا زمان توقف اسهال، مایعات اضافی به طفل داده شود.
- دو پاکت ORS به مواظبت کننده طفل داده و در مورد نحوه تهیه آن آموزش دهید.
- به مادر طفل هدایت دهید تا طفل را به هر اندازه که شیر می خواهد، شیر بدهد.
- اگر طفل منحصر به تغذی با شیر مادر است (اطفال کمتر از ۶ ماه) به مادر هدایت دهید تا بعد از هر بار شیردهی، به هر اندازه که طفل میل دارد به او ORS بدهد.
- اگر طفل منحصر به تغذی با شیر مادر نمی باشد، به مادر طفل بگویید که به طفل ORS و سایر مایعات (مانند سوپ، آب برنج، آب جوش سرد شده) بدهد.
- به مواظبت کننده طفل توصیه نمائید تا به طفل به دفعات مکرر با استفاده از پیاله و یا قاشق، بشکل جرعه-جرعه مایعات بدهد.
- اگر طفل استفراغ نماید، به مواظبت کننده طفل بگویید تا ۱۰ دقیقه صبر نموده و بعداً با جرعه های کوچک، دادن مایعات را ادامه دهد.
- به مادر یا مواظبت کننده طفل بگوئید تا بعد از هر بار فعل تنوط به طفل ORS بدهد (۱۰ میلی لیتر / کیلوگرام):
 - ۵۰ - ۱۰۰ میلی لیتر، اگر طفل کمتر از ۲ سال است
 - ۲۰۰ میلی لیتر، اگر طفل بالاتر از ۲ سال است
- مادر دادن مایعات اضافی را تا زمان توقف اسهال، ادامه دهد.
- اصل دوم: ادامه تغذی:
 - به مادر طفل هدایت دهید تا به هر اندازه که طفل میخواهد، برایش شیر بدهد.
 - اگر طفل بیشتر از ۶ ماه باشد، به مادر طفل توصیه نمائید تا دادن سایر مواد غذایی را به صورت عادی ادامه داده و وی را تشویق بر دادن غذا های مایع به هر اندازه که طفل میخواهد، نمائید.
- اصل سوم: به طفل برای ۱۰ روز Zinc تجویز شود، حتی تا زمانیکه اسهال طفل متوقف هم شود.
 - برای اطفال کمتر از ۶ ماه، ۵ تابلیت (۲۰ میلی گرام).
 - روز نیم تابلیت در مقدار کم آب پاک و یا شیر مادر منحل شده، به طفل داده شود.
 - برای اطفال بزرگتر از ۶ ماه، ۱۰ تابلیت (۲۰ میلی گرام).
 - روز یک تابلیت در مقداری کم آب پاک منحل شده، به طفل داده شود.
 - به مادر و یا مواظبت کننده توصیه شود که Zinc بدیل ORS نبوده، بلکه بر علاوه ORS به مریض تجویز می شود.
- اصل چهارم: در حالات ذیل طفل فوراً به مرکز صحتی دوباره آورده شود:
 - عدم بهبودی و یا بدتر شدن وضعیت طفل
 - موجودیت خون در مواد غایطه
 - ب روز تب
 - خوردن و نوشیدن ناقص
 - چشمان فرورفته و بطالت برگشت Pinch جلدی

رجعت دهی

- ضیاع شدید مایعات توأم با سایر اختلالات
- موجودیت خون در مواد غایطه نزد اطفال کمتر از ۱۲ ماه
- اطفال مصاب سوء تغذی
- علائم عمومی خطر نزد طفل (مانند تغییر حالت شعوری، اختلالات، خوردن یا نوشیدن ناقص، استفراغ متعاقب خوردن هر چیز)
- احتمال موجودیت بطن حاد که ممکن نیاز به عمل جراحی داشته باشد

وقایه

- حفظ الصحه فردی (مانند، شستن دست ها با صابون قبل از تهیه و خوردن غذا و بعد از رفع حاجت)
- بیت الخلا های مصون
- تغذی منحصر به شیر مادر در ۶ ماه اول حیات

۲.۱.۲ اسهال حاد بدون خون، در اطفال بیشتر از ۵ سال و کاهلان

شرح

اسهالات حاد متصف با افزایش دفعات مواد غایبه آبگین در ظرف کمتر از ۲ هفته بوده که میتواند به صورت خودبخودی بهبود یابد، تداوی آن اعاده مناسب مایعات عضویت میباشد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- به مریض توصیه شود تا به طور نارمل به تغذی اش ادامه داده و گرفتن مایعات و غذا های مایع را بیشتر سازد.
- به مریض یا مواظبت کننده طرز تهیه ORS را نشان داده، و برایش توصیه گردد تا حد اقل یک گیلان آنرا بشکل منظم بعد از هر بار تعوط اخذ نماید.

رجعت دهی

- موجودیت امراض ضمیموی و ضیاع شدید مایعات یا اختلال الکترولیت ها
- احتمال موجودیت بطن حاد که ممکن نیاز به عمل جراحی داشته باشد

۲.۱.۳ اسهال معند بدون خون در اطفال کمتر از ۵ سال

شرح

اسهال معند اسهالی را گویند که شروع حاد داشته و ۱۴ روز یا بیشتر دوام نماید. در صورت بروز علائم ضیاع مایعات یا علائم عمومی خطر نیاز به بستر ساختن طفل است.
(بخش ۲.۱.۲. "اسهال حاد بدون خون در اطفال کمتر از ۵ سال" مشاهده گردد)

تشخیص

طفل به منظور ضیاع مایعات، سوء تغذی و علائم خطر معاینه گردد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- اگر طفل کمتر از ۲ ماه است، اعاده مایعات مطابق به تصنیف ضیاع مایعات شروع گردد (به طور مثال پلان A، B، C، یا A در جدول الف ۲.۱.۱)، و مریض به شفاخانه رجعت داده شود.
- اگر ضیاع مایعات یا علائم خطر موجود باشد، اعاده مایعات مطابق به تصنیف ضیاع مایعات شروع گردد (به طور مثال پلان A، B، C، یا A در جدول الف ۲.۱.۱)، و مریض به شفاخانه رجعت داده شود.
- اگر ضیاع مایعات نزد طفل موجود نباشد:
 - تعدیل و تطابق تغذی طفل قرار ذیل صورت گیرد:
 - در صورت تغذی منحصر به شیر مادر، به مادر توصیه شود تا به دفعات بیشتر و مدت طولانی تر به طفل شیر بدهد.
 - در صورت تغذی طفل با سایر شیرها (شیر پودری)، اما عدم تغذی با غذای متمم، درینصورت:
 - تعویض سایر شیرها با شیر مادر
 - یا
 - تعویض سایر شیرها با محصولات شیری مانند ماست
 - یا
 - تعویض نیمی از سایر شیرها با غذاهای متمم نیمه جامد (مانند، تخم مرغ، غله جات، حبوبات و روغن)
 - در صورت تغذی طفل با سایر غذاها:
 - تهیه غذاهای مناسب به سن طفل (مانند شوله، آش، ماشاوه، فرنی).
 - دادن ۲ بار غذای اضافی در روز.
 - ادامه رژیم غذایی فوق برای ۴ هفته.

○ دادن متممات به شکل ذیل:

- Zinc فمی برای ۱۰ روز
- برای اطفال کمتر از ۶ ماه، روز نیم تابلیت (۲۰ میلی گرام) درمقدار کم آب پاک و یا شیر مادر منحل شده، به طفل داده شود.
- برای اطفال بزرگتر از ۶ ماه، روز یک تابلیت (۲۰ میلی گرام) درمقداری کم آب پاک منحل شده، تجویز گردد.
- تابلیت Folic acid فمی یک میلی گرام روزانه برای ۱۴ روز
- ویتامین A- با دوز واحد مطابق به جدول ۲۰۱.۳
- به مادر طفل توصیه شود تا طفل را ۵ روز بعد یا هر چه زود تر در صورت بدتر شدن وضعیت طفل دوباره بیاورد.

جدول ۲۰۱.۳ جدول ویتامین A متمم

سن	کپسول های ویتامین A		
	۵۰,۰۰۰ واحد	۱۰۰,۰۰۰ واحد	۲۰۰,۰۰۰ واحد
۶ الی کمتر از ۱۲ ماه	دو کپسول	یک کپسول	نیم کپسول
۱ تا ۵ ساله	چهار کپسول	دو کپسول	یک کپسول

رجعت دهی

- همه اطفال کمتر از ۲ ماه با اسهال بیشتر از ۱۴ روز
- همه اطفال مصاب به اسهال بیشتر از ۱۴ روز با ضیاع مایعات یا علائم عمومی خطر.
- همه اطفال که بعد از ۵ روز تداوی دوباره مراجعه نموده و هنوز هم اسهال دارند.

۲۰۱.۴ اسهال معند در اطفال بیشتر از ۵ سال و کاهلان

شرح

طولانی شدن اسهالات بیشتر از ۱۴ روز در نزد اطفال بزرگتر از ۵ سال یا کاهلان ممکن نمایانگر اسباب پیش زمینه جدی باشد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

در صورت امکان اجرای معاینات مستقیم میکروسکوپی موادغایطه (در سه نمونه)، عامل مرض شناسایی شده و تداوی گردد.

رجعت دهی

تمام واقعات که معاینه میکروسکوپی مواد غایطه ممکن نبوده و یا نتیجه آن (متعاقب معاینه سه نمونه) منفی باشد.

۲۰۱.۵ پیچش (Dysentery)

شرح

پیچش عبارت از اسهال حاوی خون و مخاط با ازدیاد دفعات فعل تعوط می باشد. در اکثریت واقعات Shigella عامل آن بوده و تقریباً تمام این واقعات ضرورت به تداوی با انتی بیوتیک را دارد. در صورت که دسترسی آسان به معاینات

لابراتواری موجود نباشد، تداوی پیچش باسیلی (Bacillary dysentery) شروع شود (بخش ۲۰۱.۵.۱ "پیچش باسیلی" مشاهده شود). اگر مریض بعد از ۴۸ ساعت تداوی بهبود نیابد، تداوی پیچش آمیبی (amebic dysentery) شروع شود (بخش ۲۰۱.۵.۲ "پیچش آمیبی" مشاهده شود)، و یا برای اجرای معاینات لابراتواری رجعت داده شود.

رجعت دهی

در صورتیکه مریض به تداوی تجربوی (Empirical) پاسخ ندهد، رجعت داده شود.

۲۰۱.۵.۱ پیچش باسیلر

شرح

اکثر واقعات پیچش باسیلی توسط Shigella بوجود میاید.

تشخیص

- در صورت شروع ناگهانی اسهال موارد ذیل را معاینه کنید:
 - مواد غایطه خوندار
 - مواد غایطه مخاط دار
 - تب
 - اغلبا درد بطنی بشکل پیچ و تاب (Cramps)
 - اعراض عمومی ممکنه: تظاهرات سمی (Toxic appearance)، اختلاجات، بی حالی
- معاینه علایم عمومی خطر و ضیاع مایعات، به خصوص در اطفال کمتر از ۵ سال (فلپ چارت IMCI را مشاهده نمائید)
- ارزیابی و تصنیف ضیاع مایعات (جدول الف ۲۰۱.۱ را مشاهده نمائید) و حالت تغذی طفل.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- تداوی و جلوگیری از ضیاع مایعات (بخش ۲۰۱.۱ "اسهال حاد بدون خون در اطفال کمتر از ۵ سال"
- و بخش ۲۰۱.۲ "اسهال حاد بدون خون، در اطفال بیشتر از ۵ سال و کاهلان" را مشاهده نمائید).
- برای اطفال کمتر از ۵ سال، تجویز فمی Zinc برای ۱۰ روز:
 - اطفال کمتر از ۶ ماهه: روز نیم تابلیت (۱۰ میلی گرام) با مقدار کم آب پاک یا شیر مادر منحل شده و به طفل داده شود.
 - اطفال ۶ ماه یا بزرگتر: روز یک تابلیت (۲۰ میلی گرام) با مقدار کم آب پاک منحل شده و به طفل داده شود.
- برای تمام اطفال و کاهلان، تجویز انتی بیوتیک برای ۵ روز:
 - تداوی خط اول:
 - تابلیت Ciprofloxacin: ۱۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۱۲ ساعت بعد (بخش "تجویز فمی انتی بیوتیک مناسب" در فلپ چارت IMCI مشاهده گردد)
 - احتیاط: تجویز Ciprofloxacin برای خانم های حامله مضاد استطباب بوده و تا حد امکان از مصرف آن برای اطفال خودداری گردد.
 - یا
 - Co-trimoxazole. دوزهای معیاری در جدول الف ۸ در ضمیمه الف مشاهده شود.
 - یا
 - تداوی خط دوم:
 - Metronidazole. دوز های معیاری در جدول الف ۱۴ ضمیمه الف مشاهده شود.

پیگیری

مریض بعد از ۴۸ ساعت تداوی معاینه گردد. اگر در مریض کدام بهبودی دیده نشود (به طور مثال، کم نشدن دفعات مواد غایطه، عدم کاهش خون در مواد غایطه یا هر دو، تداوم تب مریض و عدم بهبود اشتها)، تغییر تداوی با سایر انتی بیوتیک های خط اول یا Metronidazole.

رجعت دهی

- همه اطفال کمتر از ۲ ماه با اسهال خونی

احتیاط: فوراً رجعت داده شود.

- همه اطفال کمتر از ۵ سال با اسهال خونی و علائم عمومی خطر، سوء تغذی شدید یا ضیاع شدید مایعات
- تمام واقعات با اعراض عمومی شدید یا عدم پاسخ بعد از ۴۸ ساعت تداوی

وقایه

- توصیه به مراعات نمودن عملکرد های خوب حفظ الصحه شخصی و عامه
- شستن دست ها با صابون قبل از تهیه و خوردن غذا و بعد از رفع حاجت
 - شستن دست با صابون بعد از مراقبت نوزادان و اطفال مریض
 - شستن لباس ها و رختخواب با صابون
 - استفاده از بیت الخلاهای مصون
 - تغذی منحصر به شیر مادر در ۶ ماه اول حیات

۲.۱.۵.۲ پیچش آمیبی (Amebic dysentery)

شرح: عامل پیچش آمیبی پرازیت *Entamoeba Histolytica* می باشد.

تشخیص

- اسهالات با حالات ذیل معاینه شود:
 - خون و مخاط
 - بوی نامطبوع
 - عدم موجودیت تب (معمول است)
 - قبضیت متناوب، نفخ و باد یا هر دو معاینه شود
 - ارزیابی و تصنیف ضیاع مایعات (جدول الف ۲۰۱.۱ مشاهده شود).
 - در صورت امکان، اجرای معاینه میکروسکوپی مواد غایطه تازه (سه نمونه) تا اشکال زنده یا کیست آمیب را تأیید نماید.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- تهیه و تامین غذا و مایعات مناسب
- تجویز Metronidazole دوزهای معیاری در جدول الف ۱۴ ضمیمه الف مشاهده شود.

رجعت دهی

- عدم بهبودی با تداوی
- جهت اجرای معاینه لابراتواری به منظور تأیید مرض
- بدترشدن وضعیت مریض

هدایات به مریض

- توصیه به مراعات نمودن عملکرد های خوب حفظالصحه شخصی و عامه:
- شستن دست ها با صابون قبل از تهیه و خوردن غذا و بعد از رفع حاجت
- شستن دست با صابون بعد از مراقبت نوزادان و اطفال مریض
- شستن لباس ها و رختخواب با صابون
- استفاده از بیت الخلاهای مصوّن
- تغذی منحصر به شیر مادر در ۶ ماه اول حیات

۲.۱.۶ جاردیازیس (Giardiasis)

شرح

جاردیا یک انتان پرازیتی قسمت علوی امعاء رقیقه بوده که عامل آن *Giardia lamblia* فلاجیل دار می باشد. کیست و یا تروفوزویت های موجوده آن در مواد غایطه از طریق غایطی- فمی (feco-oral) انتقال می یابد.

تشخیص

- اغلبا جاردیا بدون اعراض بوده یا علائم متناوب ذیل را دارا میباشد:
- میتواند به شکل اسهال آبگین تظاهر نماید، که بعضا برای چندین روز یا هفته ها دوام می نماید.
- میتواند با دلبدی، نفخ و باد، درد ناحیه شرفوفیه و پیچ و تاب بطنی تظاهر نماید.
- می تواند با مواد غایطه بد بو و کتلات بزرگ غایطی تظاهر نماید.
- در صورت اجرای معاینات لابراتواری، تشخیص میتواند به اساس شناسایی تروفوزویت ها یا کیست جاردیا در مواد غایطه صورت گیرد (سه نمونه)
- ضیاع مایعات ممکنه را ارزیابی و تصنیف نمائید (جدول الف ۲.۱.۱ مشاهده گردد)

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- در صورت تظاهر اسهال تداوی مناسب آن اجرا شود تا از ضیاع مایعات و سؤ تغذی جلوگیری گردد (بخش ۲.۱.۱ "اسهال حاد بدون خون در اطفال کمتر ۵ سال" و بخش ۲.۱.۲ "اسهال حاد بدون خون در اطفال بیشتر از ۵ سال و کاهلان" مشاهده گردد).
- تجویز فمی Metronidazole. دوز های معیاری در جدول الف ۱۴ ضمیمه الف مشاهده شود.
- در خانم های حامله، در صورت موجودیت Furazolidone، ۱۰۰ میلی گرام هر ۶ ساعت بعد از طریق فمی برای ۷ روز تجویز شود.

رجعت دهی

- تمام واقعات اختلاطی
- عدم پاسخ واقعات با تداوی

وقایه

- شستن دست ها با صابون قبل از تهیه و خوردن غذا و بعد از رفع حاجت
- استفاده از آب جوشانده شده

۲.۱.۷ کولرا (Cholera)

زمانی به کولرا مشکوک میشویم که نزد مریضان اسهال ناگهانی آبگین و ضیاع مایعات درمناطق که سایر واقعات آن تائید گردیده باشد، تظاهر نماید. خطرعمده کولرا ضیاع آبی و شدید مایعات است. همیشه واقعات مشکوک را به کارمندان ریاست صحت عامه ولایتی (PPHO) اطلاع دهید.

تشخیص

- اسهال حاد آبگین
 - بدون خون یا مخاط
 - عدم موجودیت بوی مشخص در مدفوع
 - اغلباً مواد غایطه خاکستری رنگ و مکدر (مواد غایطه آب برنج مانند) میباشد
- استفراغ ممکن موجود باشد
- ممکن ضیاع مایعات موجود باشد، که میتواند شروع سریع داشته و شدیداً کشنده باشد (بخش ۲.۱.۱ اسهال حاد بدون خون در اطفال کمتر از ۵ سال و بخش ۲.۱.۲ اسهال حاد بدون خون در اطفال بیشتر از ۵ سال و کاهلان مشاهده گردد)
- شک ممکن موجود باشد (بخش ۱۶.۹ شک مشاهده گردد)

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- تداوی فوری به منظور جلوگیری از ضیاع مایعات و احتمال موجودیت شک
- در سطح مراقبت های صحنی اولیه، ضرورت به تداوی با انتی بیوتیک نمی باشد.
- تجویز فمی Zinc برای اطفال کمتر از ۵ سال برای ۱۰ روز
 - اطفال کمتر از ۶ ماه: روز نیم تابلت (۱۰ میلی گرام) با مقدار کم از شیر مادر یا آب پاک منحل شده و به طفل داده شود
 - اطفال ۶ ماه یا بزرگتر: روز یک تابلت (۲۰ میلی گرام) با مقدار کم آب پاک منحل شده و به طفل داده شود
- همیشه واقعات مشکوک کولرا را به کارمندان ریاست صحت عامه ولایت اطلاع دهید.

وقایع

- توصیه شود تا حفظ الصحه فردی و عمومی مراعات و عملی شود:
- شستن دست ها با صابون قبل از تهیه و خوردن غذا و بعد از رفع حاجت
- جوشاندن آب قبل از نوشیدن
- استفاده از بیت الخلا های مصون

۲.۲ مرض قرحه پپتیک (Peptic Ulcer Disease)

شرح

قرحه پپتیک عبارت از تخریب غشای مخاطی معده یا اثناعشر بوده که در اثر اختلال عوامل نارمل دفاعی غشای مخاطی یا بوسیله عوامل مهاجم داخل لومن مانند اسید و پپسین بوجود میاید. ممکن این حالت در مری، کانال پیلور، لومن اثناعشر، Jejunum یا کیسه مکل (Meckel's diverticulum) بوجود آید. قرحه اثناعشر معمولاً در مریضان بین سنین ۳۵ تا ۵۵ سال رخ داده در حالیکه قرحه معده در مریضان بین سنین ۵۵ الی ۷۰ سال بیشتر شایع است.

اسباب مرض قرحه پپتیک (PUD) قرار ذیل اند:

- اسباب عمده
 - باکتری Helicobacter Pylori
 - ادویه ضد التهابی غیر سترئویدی
 - حالات که سبب فرط افراز اسید معدوی میگردد مانند سندروم Zollinger-Ellison
- اسباب غیر معمول
 - ارثیت (افزایش تعداد حجرات- جداری)
 - گروپ خون O یا صفر (انتی جن ممکن با H.Pylori اتصال نماید)
 - اسباب ثابت نشده

- استرس یا فشار های روحی
- قهوه
- الکل

دود کردن سگرت یک عامل مهم خطر است که سرعت التیام را کاهش داده و خطر عود آن را افزایش می دهد.

تشخیص

• اعراض:

- درد ناحیه اپی گاستریک و احساس مبهم ناراحتی در هنگام ویا فوراً بعد از خوردن غذا در قسمت علوی یا بالایی بطن (سؤهاضمه). این اعراض به اندازه کافی حساس و وصفی به عنوان یک معیار تشخیصی قابل اعتماد برای مریضی قرحه پپتیک (PUD) نیست.
- احساس سوزش، سنگینی، دردهای معند (Gnawing) و مبهم و احساس گرسنگی.
 - در زخم های معده درد بلافاصله فوراً بعد از خوردن غذا (در ظرف ۱۵-۳۰ دقیقه) در حالی که در زخم اثناعشر درد در حدود ۹۰ دقیقه تا ۳ ساعت بعد از غذا خوردن اتفاق افتیده و این درد اغلبا شبانه است.
 - زخم معدوی درد سوزنده بوده و باگرفتن غذا بدتر شده ویا ممکن با غذا گرفتن کدام ارتباط نداشته باشد، زخم اثناعشر با جذب غذا تسکین می گردد.
 - انتشار درد نمایانگر نفوذ و یا تثقب (سوراخ شدن) قرحه است.
- علایم در واقعات غیر اختلاطی قرحات پپتیک معاینه فیزیکی اکثرا نورمال وطبیعی است، در جس عمیق حساسیت خفیف و موضعی ناحیه اپی گستریک ممکن موجود باشد. در یک سوم از مریضان علایم از کم خونی ممکن است موجود باشد.
- تشخیص تفریقی- درد ناحیه شروصفیه همچنین می تواند در امراض اسکمیک قلب (IHD)، پانکراتیت حاد، Cholecysittis حاد رخ دهد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

اهتمامات غیر دواایی

- به مریض توصیه گردد تا از موارد ذیل اجتناب نماید:
 - کشیدن سگرت
 - تداوی طولیل المدت با ادویه غیر ستروئیدی ضد التهاب (NSAID) یا ستیروئیدها
 - مصرف الکل

اهتمامات دواایی:

- به منظور کاهش افراز اسید معده قرص Ranitidine تجویز گردد.
 - اطفال و نوزادان: ۴-۲ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن هر ۱۲ ساعت بعد
 - در کاهلان:
 - تابلت های ۱۵۰ ملیگرام هر ۱۲ ساعت بعد به مدت ۶-۸ هفته
 - یا
 - ۳۰۰ میلی گرام هنگام شب (به مدت ۶-۸ هفته)
- به منظور خنثی نمودن اسید معده انتاسید توصیه گردد
 - در اطفال ۱-۱۲ سال: ۱/۲ الی ۱۵ میلی لیتر سسپنشن قعمی ۱ الی ۳ ساعت بعد از غذا و در هنگام استراحت
 - بزرگسالان: ۲ تابلت هر ۸ ساعت بعد، نیم ساعت قبل از غذا برای ۱۰ روز

رجعت دهی

- اختلاطات مانند خونریزی معدی- معایی یا تثقب آن
- عدم پاسخ یا ادویه موجود

- مشکوک بودن به *H.pylori* یا سایر پتالوزی ها (کانسِر)، ضرورت به معاینه اندوسکوپی

وقایه

- اجتناب از مصرف الکل، دود کردن سگرت و ادویه ضد التهابی غیر ستروئیدی
- اجتناب از استفاده غذا های تاریخ گذشته

هدایات به مریض

- مراعات نمودن حفظ الصحه فردی و محیطی (مانند شستن دست ها بعد از رفع حاجت، خوردن غذای صحی و نوشیدن آب پاک)
- اجتناب از گرفتن خودسرانه ادویه
- مراجعه نمودن بعد از یک هفته جهت ارزیابی دوباره

فصل سوم امراض سیستم تنفسی Respiratory System Conditions

۳.۱ استما (Asthma)

استما یک مرض التهابی مزمن با انسداد قابل ارجاع طرق هوایی میباشد.

۳.۱.۱ استما در اطفال

شرح

استما در اطفال متصف با حملات متکرر ویزنگ بوده اکثراً با سرفه یا علایم سینه و بغل همراه میباشد که با تطبیق توسع دهندگان قصبی بهبود میابد.

تشخیص

- مریض تاریخچه حملات متکرر ذیل را دارد:
- ویزنگ؛ که این صدا در زمان زفیر (خارج نمودن هوا از شش ها) وصفی بوده و ممکن در صفحه شهیق (داخل نمودن هوا در شش ها) نیز شنیده شود.
 - نفس کوتاهی؛ اغلباً با سرفه همراه می باشد.

ممکن مریض حالات ذیل را نیز حکایه نماید:

- مراحل بدون اعراض در بین حملات
- مواجه شدن به عوامل تحریک کننده مانند الژرن ها، تمرینات فیزیکی، هوای سرد یا انتانات تنفسی

در معاینات ممکن موارد ذیل موجود باشد:

- معمولترین علامه نزد اطفال زفیر طولانی با ویز قابل سمع
- علایم عمومی خطرچک گردد مانند Stridor و فرورفتگی صدر (Chest in-drawing) در این صورت مانند سینه و بغل شدید تداوی گردد. (بخش ۳.۳ "سینه و بغل در اطفال و کاهلان" مشاهده شود)
- موجودیت تنفس سریع نزد مریض چک گردد، که درینصورت مانند واقعه سینه و بغل تداوی گردد (لطفاً بخش ۳.۳ مشاهده شود)

در صورت مشکوک بودن تشخیص، یک دوز توسع دهنده سریع التاثر قصبات به طفل تجویز گردد که درینصورت طفل مصاب به استما به سرعت بهبود خواهد یافت، علایمی چون کم شدن سرعت تنفس و فرورفتگی صدر کاهش یافته و زجرت تنفسی کمتر میگردد. یک طفل مصاب به آستما شدید قبل از اینکه بهبودی نشان دهد ممکن به چندین دوز دوا نیاز داشته باشد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

نخست با استفاده از جدول ۳.۱.۱ سینه و بغل را رد نمائید.

جدول ۳.۱.۱ تشخیص تفریقی بین استما وسینه و بغل

اعراض موجود	اقدامات لازمه	ادویه قابل تجویز*	اقدامات بعدی
علائم عمومی خطر یا Stridor یا فرورفتگی صدر	مانند سینه و بغل شدید تداوی گردد	- یک دوز انتی بیوتیک قبل از رجعت دهی مریض: Ampicillin O** همراه با Gentamicin O - در صورت موجودیت ویزیک دوز توسع دهنده سریع التاثیر قصبی (Salbutamol از طریق نیبولایزر)	فوراً به شفاخانه رجعت داده شود.
- ویزنگ و - تنفس سریع اما - عدم موجودیت علائم عمومی خطر و Stridor	مانند سینه و بغل تداوی گردد	- Co-trimoxazole برای ۵ روز همراه با (در صورت موجودیت ویز نزد اطفال بزرگتر از شش ماه) Salbutamol فمی برای ۵ روز	تعقیب بعد از دو روز
تنها ویزنگ	تداوی عدم موجودیت سینه و بغل	(اطفال بزرگتر از شش ماه) Salbutamol فمی برای ۵ روز	تعقیب ضرور نیست

a. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول های ضمیمه الف مراجعه شود. جدول الف ۴ برای Ampicillin، جدول الف ۸ برای Co-trimoxazole، جدول الف ۱۳ برای Gentamicin، جدول الف ۱۷ برای Salbutamol.
b. در صورت حساسیت یا الرژی در مقابل Penicillin از Erythromycin استفاده شود. به جدول الف ۱۲ ضمیمه الف جهت مشاهده دوز معیاری مراجعه شود.

در یک طفل مصاب به استما که سینه و بغل ندارد تداوی آن قرار ذیل است:

- تجویز توسع دهنده های قصبی فمی: تابلیت Salbutamol برای ۵ روز. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۷ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- معمولاً ستروئیدها در اولین حمله ویزنگ استفاده نمی گردد. اگر طفل حمله شدیدحاد و سابقه تکرر ویزنگ را داشته باشد، ادویه ذیل تجویز گردد:
- O Prednisolone فمی ۵، (نیم) میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۱۲ ساعت بعد برای ۳ روز. Prednisolone در شفاخانه های ولسوالی قابل دسترس است.
- O اگر مریضی طفل به همان شدت باقی بماند، تداوی را با ستیروئید تا زمان بهبودی طفل ادامه دهید.
- تجویز Aminophylline:
- O اگر طفل بعد از ۳ دوز محلول Salbutamol از طریق نیبولایز با فواصل کوتاه همراه Prednisolone فمی بهبود نیابد:
 - زرق آهسته داخل وریدی Aminophylline در مدت حداقل ۲۰ دقیقه و ترجیحاً یکساعت تجویز گردد.
- جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۲ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- احتیاط: طفل رابه دقت وزن نموده و دوز زرقی را مطابق به وزن حقیقی طفل تجویز نمائید.

- دوز تعقیبی را با زرق داخل وریدی ادامه دهید. دوباره به جدول الف ۲ مراجعه شود.
- احتیاط:** زرق سریع داخل وریدی و یا تجویز بیش از حد Aminophylline میتواند خطر ناک باشد. در صورتیکه طفل در ۲۴ ساعت گذشته Aminophylline و یا Theophylline اخذ نموده باشد، Aminophylline تجویز نگردد.
- احتیاط:** در صورت که با تجویز Aminophylline نزد طفل استفراغ، ازدیاد سرعت نبض بیشتر از ۱۸۰ فی دقیقه، سردردی یا اختلاج رونما گردد، تطبیق Aminophylline بلافاصله متوقف شود.
- انتی بیوتیک ها تنها در حالات مشکوک به سینه و بغل یا سینه و بغل شدید تجویز گردد (بخش ۳،۳ "سینه و بغل در اطفال و کاهلان" مشاهده شود).

رجعت دهی و تعقیب

- رجعت دهی تمام مریضان که متعاقب مراقبت جدی بهبود نیافته اند.
- رجعت دهی تمام مریضان که اعراض تهدید کننده حیاتی به تعقیب مراقبت های عاجل فوق الذکر دارند.
- استما یک مرض مزمن و عود کننده بوده که ضرورت به پلان مداوی طویل المدت با در نظر داشت شدت و تکرار اعراض دارد. مریض باید به یک متخصص برای آغاز مداوی طویل المدت رجعت داده شود.

۳.۱.۲ استما در کاهلان

شرح

استما در کاهلان متصف با حملات اشتدادی نفس تنگی، سینه تنگی و ویزنگ بوده که همه اینها ناشی از تنگی مجرای هوایی قصبات به علت اسپزم عضلات ملساً، تورم طبقه مخاطی و افرازات غلیظ که در نتیجه عکس العمل التهابی جدار قصبات به وجود میآیند، میباشد. عوامل جینیتهکی و محیطی در بروز استما دخیل اند.

تشخیص

- اعراض
 - احساس تنگی سینه
 - حملات زجرت تنفس
 - سرفه خشک که باعث تشدید زجرت تنفسی میگردد
 - ویزنگ در هنگام زفير

• علایم

- حمله خفیف
 - بلند رفتن حرکات قلبی و حرکات تنفس (Tachycardia, Tachypnea)
 - ویزنگ خفیف منتشر (Rhonchi)
- حمله متوسط
 - استفاده از عضلات اضافی تنفسی
 - ویزنگ بلند ذفیری
 - کشش داخلی عضلات بین الضلعی
- حمله شدید
 - کسالت
 - Pulsus paradox
 - آواز های تنفسی غیر قابل سمع (سینه خاموش) با کاهش Rhonchi
 - عدم توانایی در قرار گرفتن بحالت خوابیده
 - سیانوز

اهتمامات و تدابیر معالجوی

ادویه مستعمله در استما دو نوع اند: ادویه تسکین دهنده سریع و ادویه کنترل کننده طولی مدت

- ادویه تسکین دهنده سریع برای مراقبت های حاد استفاده می شود
- تجویز Salbutamol انشاقی در حمله حاد. در مرکز صبحی تداوی آن ۲ پف بوده و میتواند که در حمله شدید هر ۱۵ دقیقه بعد دریک ساعت تکرار شود.
- در صورت موجودیت نیپولایزر میتوان شکل انشاقی (Inhaler) را با آن تعویض نمود. برای مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۷ در ضمیمه الف مراجعه نمائید.
- زمانیکه مریض کاملاً بهبودی کسب نمود و به خانه مرخص شد تداوی با تجویز تابلیت Salbutamol ۴ میلی گرام ۱ تابلیت هر ۸ ساعت بعد، برای ۳ روز ادامه یابد.
- کورتیکوستروئید های سیستمیک
- Prednisolone فمی ۰.۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی روز هر ۱۲ ساعت بعد برای ۳ الی ۱۰ روز. Prednisolone در شفاخانه ولسوالی موجود است.
- در حملات شدید استما که درمقابل توسع دهنده های قصبی بهبودی حاصل نگردد و ضرورت به رجعت دهی مریض باشد، قبل از رجعت Hydrocortisone ۲۰۰ میلی گرام به شکل وریدی تجویز گردد.
- در یک حمله شدید زمانیکه توسع دهنده های قصبی (Salbutamol انشاقی) مؤثر یا موجود نباشد در آنصورت:
 - Aminophylline زرق آهسته داخل وریدی با دوز ابتدایی ۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن در مدت بیش از ۲۰ دقیقه و ترجیحاً با ۱۰۰ میلی لیتر یک محلول زرقی داخل وریدی مخلوط و تطبیق گردد.
 - دوز تعقیبیه: به مقدار ۰.۷ الی ۰.۹ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی ساعت به شکل انفوزن متداوم داخل وریدی.
- احتیاط: به مریضان مصاب به عدم کفایه احتقانی قلب Aminophylline به مقدار ۰.۲۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی ساعت از طریق انفوزن داخل وریدی تطبیق شود.
- احتیاط: از مقادیر فوق صرف به مریضانیکه در ظرف ۲۴ ساعت گذشته Aminophylline یا Theophylline نگرفته باشند، استفاده شده میتواند.
- Aminophylline برای مریضانی که استما شدید (Status asthmaticus) داشته و به دوز های بلند توسع دهنده های قصبی انشاقی و کورتیکوستروئید ها پاسخ نداده اند، استفاده می شود. این مریضان نیاز به رجعت به مراکز صبحی مجموعه خدمات اساسی شفاخانه بی (EPHS) را دارند.
- تداوی طولی المدت نیاز به رجعت دهی به متخصصین جهت تداوی دوامدار و وقایوی دارد.
- تداوی با ستیروئید های انشاقی (Beclomethasone) که قوی ترین و مؤثر ترین ادویه ضد التهابی بوده که سبب کاهش تکرر و شدت حملات استما میگردد. جهت استفاده این ادویه و دوز آنها نیاز به مشوره دهی یک متخصص بوده، ارتباط به نوعیت استما دارد.
- کورتیکوستیروئید های سیستمیک (فمی و زرقی) ادویه مؤثر در استما شدید و معند هستند.

رجعت دهی

- تمام مریضانیکه متعاقب تداوی و مراقبت های فوق الذکر بهبود نیافته و یا اعراض تهدید کننده حیاتی داشته باشند رجعت داده شوند.
- تمام مریضانیکه نیاز به تداوی وقایوی و دوامدار دارند جهت طرح پلان تداوی، انتخاب گزینه های تشخیصیه و تداوی های طولی المدت رجعت داده شوند.

وقایه

- اجتناب از آلرژن های سببی مانند گرد و خاک خانه، حشرات کوچک پارازیتی، حیوانات خانگی، گرده گل، سبزه ها و مواد کیمیایی.
- تداوی مقدم اثناات طرق تنفسی
- اجتناب از استعمال ادویه بیتا بلاکرها (مانند Propranolol, Atenolol)، نهی کننده های آنزیم تبدیل کننده آنجیوتنسنین

یا ACE (مانند Captopril)، و دواهای ضد التهابی غیر استروئیدی.

هدایات به مریض

- آموزش به مریض و پایوار آن در موارد ذیل:
 - آموزش برای شناسایی و اهتمامات مقدم حملات حاد
 - تشخیص و سیر طبیعی مرض
 - آموزش و نظارت بر نحوه استفاده مریض از ادویه انشاقی و سایر ادویه
 - کسب اطمینان در مورد مصونیت و مؤثریت تدای.

۳.۲ سرما خوردگی و زکام (Common Cold and Flu)

شرح

سرماخوردگی و زکام امراض شایع ویروسی بوده که بشکل خودبخودی بهبود میابد و تنها نیاز به مراقبت حمایتی دارند. این امراض ساری بوده و بوسیله قطرات کوچک هوایی پخش و انتشار میابند.

اکثریت موارد نزد کاهلان و اطفال در طی ۱۴ روز پایان میابد. در حالاتی که طفل سرفه و مشکل تنفسی داشته اما علائم عمومی خطر، فرورفتگی صدری، Stridor در حالت عادی (آرام) و تنفس سریع نداشته باشد این حالت سرماخوردگی یا زکام تصنیف میگردد. طفل که دارای سرفه مزمن (سرفه بیشتر از ۱۴ روز) است ممکن توبرکلوز، استما، سیاه سرفه، و یا مشکل دیگری داشته باشد. اطفال مصاب سوء تغذی، افراد مسن و ضعیف بیشتر معروض به اختلالات مرضی اند.

تشخیص

- سرفه
- احتقان و افرازات انفی
- گلودردی
- سردردی، درد عضلات، تب در زکام بیشتر شایع است.
- اختلالات ممکنه آن التهاب گوش متوسط، ویزنگ و سینوزیت میباشد
- **یادداشت:** ملاریا، سرخکان، و سینه و بغل ممکن با اعراض مشابه زکام آغاز شوند.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

اهتمامات غیر دوائی

- در صورت ضرورت استراحت بستر.
- تشویق به گرفتن مایعات برای جلوگیری از ضیاع مایعات بدن و رقیق نگهداشتن افرازات.
- جهت تسکین گلو و آرام کردن سرفه از تدای های سنتی مانند چای گرم که کم شیرین باشد، استفاده گردد.
- پاک کردن افرازات انفی طفل قبل از تغذی با استفاده از یک پارچه مرطوب شده با آب، که خوب تاب خورده تا به شکل یک لوله یا فیته درآمده باشد.

اهتمامات دوائی

- در نوزادان در صورت ضرورت از قطره سودیم کلوراید ۰.۹ فیصد بینی که در هر سوراخ انف یک تا دو قطره جهت تخفیف احتقان استفاده میشود.
- استفاده نمودن Paracetamol برای تب بلند (۳۸.۵) درجه سانتی گرید یا بالاتر) تا هنگام بهبودی مریض.
- برای مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود. نزد کاهلان با تب بلند تا یک گرم هر ۶ ساعت بعد تجویز شده میتواند.

- **یادداشت:** از تجویز موارد ذیل اجتناب گردد:
 - تجویز انتی بیوتیک ها استطباب ندارد زیرا سرماخوردگی و زکام انتانات ویروسی اند.
 - استفاده از ادویه حاوی اتروپین، کودین یا مشتقات آن، یا الکل ممکن مضر باشند
 - قطره های بینی دوا مدار

رجعت دهی

- اختلالات شدید (سینه بغل، التهاب گوش متوسط، التهاب سینوس ها)
- تغییر حالت شعوری مریض
- ناتوانی در نوشیدن یا خوردن غذا

وقایه

- برای جلوگیری ازانتشار قطرات هوایی توسط فرد منتن آداب سرفه نمودن مراعات گردد.
- تغذیه خوب و مناسب.

هدایات به مریض

- تشویق به گرفتن مایعات و تغذیه مناسب.
- تاکید بر پاک نگهداشتن مجرای انف، به خصوص برای نوزادان که تنفس انفی اجباری دارند.
- توصیه مریض به موارد ذیل
 - در صورت مشاهده تنفس سریع یا مشکلات تنفسی و پیشرفت مرض به مرکز صحتی مراجعه نمایند.
 - مراجعه به مرکز صحتی در صورت شدید شدن مرض نزد طفل و یا عدم توانایی در نوشیدن یا مکیدن.
 - در صورتیکه طفل در طی ۵ روز بهبود نیابد تعقیب گردد.

۳.۲ سینه و بغل نزد اطفال و کاهلان

سینه و بغل (Pneumonia) یک اتان نسج ریه است. سینه و بغل معمولاً توسط ویروس ها یا باکتری ها و کمتر بوسیله فنگس ها و پرازیت ها بوجود می آید. اکثریت واقعات شدید آن بوسیله باکتری ها ایجاد می شود. هرچند دریافت عامل سبب مشخص با تظاهرات کلینیکی و X-Ray صدی مریض امکان پذیر نیست. بر اساس لوحه کلینیکی سینه و بغل را به اشکال سینه و بغل و سینه و بغل شدید تصنیف نموده اند که هر کدام تداوی مشخص دارند. برای تداوی تمام موارد سینه و بغل انتی بیوتیک ضرورت است.

احتیاط: واقعات شدید سینه و بغل برعلاوه تداوی با انتی بیوتیک ضرورت به اهتمامات بیشتر از قبیل تطبیق آکسیجن داشته مریض باید فوراً به شفاخانه رجعت داده شود.

۳.۳.۱ سینه و بغل نزد اطفال کمتر از ۵ سال

شرح

سینه و بغل علت عمده وفیات و یکی از علل شایع مصابیت در اطفال کمتر از ۵ سال است. (فلپ چارت IMCI "طفل با سرفه یا مشکلات تنفسی" مشاهده شود)

تشخیص

- نزد تمام اطفالی که سرفه یا تنفس مشکل و سریع دارند باید به سینه و بغل مشکوک شد.
- تب بلند (38.5°C یا بالاتر) اغلباً موجود بوده اما نه همیشه.
- حین معاینه اگر طفل آرام نباشد، منتظر بمانید تا طفل آرام گردد. اگر طفل خواب باشد اول سرعت تنفس را محاسبه نموده و فرورفتگی صدر قبل از بیدار شدن طفل معاینه شود.

- سرعت تنفس را در مدت یک دقیقه کامل با استفاده از تایمر یا ساعت دستی چک نمائید (مشاهده سرعت تنفس در زمان کوتاه تر ممکن گمراه کننده باشد زیرا سرعت تنفس خفیفاً در نوسان مییابد). طفل در حالات ذیل تنفس سریع دارد:
 - بیشتر از ۶۰ نفس فی دقیقه در طفل کمتر از ۲ ماه
 - بیشتر از ۵۰ نفس فی دقیقه در طفل ۲ الی ۱۱ ماه
 - بیشتر از ۴۰ نفس فی دقیقه در طفل ۱ الی ۵ سال
- علایم سینه و بغل شدید یا امراض بسیار شدید (مانند امراض ولادی قلب) معاینه گردد. علایم عمومی خطر در سینه و بغل شدید و امراض بسیار شدید عبارتند از:
 - تنفس سریع (۶۰ نفس یا بیشتر فی دقیقه) در طفل کمتر از ۲ ماه
 - فرورفتگی صدر: قسمت پایینی قفس صدر در جریان شهیق فرو می رود
 - صدای خشن در هنگام شهیق
 - امتناع از نوشیدن یا مکیدن
 - خواب غیر نارمل یا مشکل در بیدار شدن
 - حالت غیر شعوری
 - اختلاجات یا سابقه اختلاجات
 - استفراغ یا سابقه استفراغ معند در گذشته نزدیک
- معاینه علایم استمنا، از جمله موارد زیر:
 - ویزنگ هنگام ذفیر
 - سرفه بیشتر از ۱۴ روز
- علایم ممکنه سل یا سایر امراض به شمول موارد ذیل معاینه گردد:
 - سرفه بیشتر از ۱۴ روز
- برعلاوه سایر علایم سینه و بغل (در اصغاً) ممکن موجود باشد: آواز های ترق و تروق (Crackles)، کاهش آوازهای تنفسی، یا تنفس- قصبی در یک ساحه (Bronchial breathing). در طفل اصغاً اغلباً دشوار است.
- در صورت عدم موجودیت علایم فوق الذکر و رد موجودیت استمنا، سل یا سایر امراض شما شاید نتیجه گیری نمایید که طفل سرما خورده گی دارد (بخش ۳.۲ "سرماخوردگی و زکام" مشاهده شود).

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- طفل مبتلا به امراض بسیار شدید یا سینه و بغل شدید
 - تطبیق دوز اول تداوی و رجعت دهی فوری مریض به شفاخانه.
 - اولین دوز انتی بیوتیک تجویز گردد. دوز اول Ampicillin از طریق زرق عضلی همراه با Gentamicin در عضله قدام ران با اساس سن یا وزن مریض
 - زرق عضلی Ampicillin. جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۴ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- همراه با
 - زرق عضلی Gentamicin جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۱۳ در ضمیمه الف مراجعه شود.
 - در صورت موجودیت ویز یا Salbutamol از طریق نیبولایزر تداوی گردد. جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۱۷ در ضمیمه الف مراجعه شود.
 - تداوی اختلاجات در صورت موجودیت آن.
- احتیاط: اگر طفل تنها سابقه اختلاجات داشته باشد صرف اختلاجات موجوده تداوی گردد.
 - تجویز Diazepam از طریق مقعد (Rectal). در سرنج های که برای تطبیق انسولین یا توپر کولین تست استفاده میگردد مقدار مناسب Diazepam را کش نموده، سوزن از سرنج دور شود بعداً همین سرنج بدون سوزن به اندازه ۵-۴ سانتی متر به مقعد داخل و محتوی آن در مقعد تخلیه شود در عین حال سرنج ها با هم برای ۲-۳ دقیقه فشار داده شوند. جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۹ در ضمیمه الف مراجعه شود.

- اگر قادر به رجعت دهی فوری به شفاخانه نباشید
- انتان را با زرق عضلی انتی بیوتیک ها تدای نمودده و تب به صورت مناسب تدای گردد.
- Ampicillin همراه با Gentamicin به شکل زرق عضلی برای ۵ روز. جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- در صورت بهبودی طفل، کورس تدای برای ۵ روز بعدی در خانه یا مرکز صحتی قرار ذیل تکمیل شود
- Amoxicillin فمی. جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۳ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- در صورت موجودیت حساسیت یا الرژی به Penicillin از Erythromycin استفاده گردد. جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه شود.

همراه با

- زرق عضلی Gentamicin جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۱۳ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- فراهم نمودن مراقبت های حمایتی.
- در صورت موجودیت تب (بالتر از ۳۹ درجه سانتی گراد) که باعث اختلال میگردد، به مریض پاراستامول تجویز گردد. جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- تشویق به تغذی با شیر مادر، مایعات و غذا از طریق فمی.

طفل مصاب به سینه و بغل

- تدای انتان. تجویز یک کورس ۵ روزه انتی بیوتیک مناسب (تدای خط اول و یا خط دوم).
- انتی بیوتیک خط اول: Co-trimoxazole جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف - ۸ در ضمیمه الف مراجعه شود. همچنان فلف چارت IMCI مشاهده گردد.
- انتی بیوتیک خط دوم: Amoxicillin در صورتیکه طفل به Co-trimoxazole الرژی داشته باشد و یا طفل بعد از ۳ روز تدای با Co-trimoxazole بهبود نیابد، Amoxicillin تجویز گردد. جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۳ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- به مادر یا مواظبت کننده طفل آموزش دهید تا چگونه کورس مکمل تدای را برای ۵ روز در خانه تطبیق نماید. به مادر یا مواظبت کننده طفل نشان دهید که در صورت ضرورت چگونه تابلیت ها را میدهد نماید. بهتر است اولین دوز را مادر یا مواظبت کننده در مقابل شما تطبیق نماید.
- تب بلند (اگر موجود باشد) را با Paracetamol با توجه به وزن و سن تا هنگام کاهش تب تدای نمائید. جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- ویزنگ (اگر موجود باشد) را با Salbutamol با توجه به وزن و سن تدای نمائید. جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۱۷ در ضمیمه الف مراجعه شود.

طفل با سرفه یا سرماخوردگی

- بخش ۳.۲ "سرماخوردگی و زکام" مشاهده شود.

هدایات به مریض

- تشویق مادر یا مواظبت کننده طفل به ادامه تغذی طفل.
- به مادر طفل توصیه شود تا تغذی با شیر مادر و دادن مایعات به طفل را افزایش دهد.
- به مادر یا مواظبت کننده طفل یادآوری نمائید که تطبیق واکسین های طفل را مطابق به کارت واکسین ادامه دهد.
- معلوم نمائید که آیا مواظبت کننده طفل در مورد زمان و طریق تطبیق دوا میداند
- به مادر یا مواظبت کننده طفل توصیه شود تا طفل را پس از ۲ روز برای معاینه مجدد بیاورند
- به مادر یا مواظبت کننده طفل توصیه شود تا در حالات ذیل طفل را به شکل فوری بیاورند:
- تشدید مرض
- نخوردن غذا یا نگرفتن شیر مادر
- بوجود آمدن تب بلند (۳۸.۵ درجه سانتی گرید یا بلند تر)

- تنفس سریع و یا تنفس مشکل
- هنگامی که طفل بعد از ۲ روز برای معاینه مجدد مراجعه نماید-
- در صورت بهبودی تنفس (تنفس آهسته)، پائین شدن تب، و بهتر شدن غذا خوردن طفل، کورس تداوی برای ۳ روز بعدی با انتی بیوتیک تکمیل گردد (سینه و بغل).
- اگر سرعت تنفس، تب، یا غذا خوردن طفل بهبود نیافته باشد، تداوی انتی بیوتیک به خط دوم تبدیل گردد، به مادر یا مواظبت کننده طفل توصیه شود که بعد از ۲ روز دوباره مراجعه نماید. در ضمن بپرسید که آیا طفل ۳ ماه قبل از سینه و بغل به سرخکان مصاب شده بود، اگر جواب مثبت باشد، به شفاخانه رجعت داده شود.
- اگر طفل دارای علائم سینه و بغل شدید یا امراض بسیار شدید باشد، رهنمای تداوی "طفل مبتلا به امراض بسیار شدید یا سینه و بغل شدید" در فلپ چارت IMCI تعقیب گردد. و طفل فوراً به شفاخانه رجعت داده شود.

۳.۳.۲ سینه و بغل در اطفال بالاتر از ۵ سال و در کاهلان

شرح

سینه و بغل (Pneumonia) انتان نسج ریه بوده عامل سببی آن مشابه به سینه و بغل در اطفال کمتر از ۵ سال است. سینه و بغل در افراد مسن و موجودیت امراض مزمن (مانند دیابت، انتان HIV، سوء تغذی، یا امراض مزمن ریوی) خطرناک تر است.

تشخیص

- علائم سینه و بغل در تمام اطفال بالاتر از ۵ سال و کاهلان که شکایات ذیل را دارند، چک گردد:
 - سرفه
 - درد یک طرفه صدر
 - کوتاهی نفس یا تنفس سطحی
 - بوجود آمدن تب یا شروع ناگهانی (اغلباً ۳۸.۵ درجه سانتی گرید یا بیشتر) اما نه همیشه، به خصوص نزد افراد مسن.
 - تنفس سریع. شهیق عمیق ممکن در دناک باشد.
 - ترق و تروق (Crackles) در اصفا، اغلباً موجود بوده، ممکن کاهش اواز های تنفسی یا ویزنگ با اصفا موجود باشد.
- معاینه علائم سینه و بغل شدید.
 - اختلالات تنفسی (Respiratory Distress) پرش بینی (Nasal flaring)
 - تعداد تنفس بیش از ۳۰ نفس در فی دقیقه
 - گنگسیت یا گیچی
 - سیانوز (کیودی لب ها یا بستر ناخن ها)
 - فشار پایین خون (سیستولیک کمتر از ۹۰ ملی متر ستون سیماب و دیاستولیک کمتر از ۶۰ ملی متر ستون سیماب)
- معاینه استما.
 - ویزنگ در هنگام زفیر.
- معاینه توپرکلوژ.
 - مریض سرفه توأم با تقش (بلغم) برای ۱۴ روز یا بیشتر از ان دارد

اهتمامات و تدابیر معالجوی

واقعات شدید سینه و بغل

- تداوی انتان با تجویز دوز اول انتی بیوتیک.
- Amoxicillin فمی شروع شود، جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۳ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- یا
- اگر مریض بلع کرده نمیتواند زرق عضلی Ampicillin تجویز گردد. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۴ در ضمیمه الف مراجعه شود.

- در صورت حساسیت به Penicillin از Erythromycin استفاده شود. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- تجویز Doxycycline جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۰ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- احتیاط: Doxycycline برای اطفال کمتر از ۸ سال، زنان حامله و شیرده استفاده نگردد.
- به شفاخانه رجعت داده شود.

واقعات غیر شدید سینه و بغل

- انتان را با تجویز کورس ۵ روزه انتی بیوتیک مناسب تداوی نمائید.
- ادویه مناسب خط اول: Co-trimoxazole جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۸ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- ادویه مناسب خط دوم: Amoxicillin جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۳ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- در صورت حساسیت یا آلرژی به مقابل Penicillin، از Erythromycin استفاده گردد. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- یادداشت: در صورت اینکه مریض حساسیت به مقابل Co-trimoxazole داشته باشد، یا حمل مریض مشکوک باشد و یا هم در صورتی که مریض پس از سه روز تداوی با Co-trimoxazole بهبودی کسب ننموده باشد، از Amoxicillin استفاده گردد.
- تب بلند را با Paracetamol تا هنگام پائین آمدن تب تداوی نمائید. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- به مریض توصیه گردد تا پس از ۲ روز برای معاینه دوباره مراجعه نماید.
- در صورت بهبودی، ادامه تداوی و ترغیب مریض غرض مکمل نمودن کورس تداوی با انتی بیوتیک.
- در صورت عدم بهبودی، تداوی با انتی بیوتیک خط دوم شروع گردد، و معاینه دوباره مریض بعد از ۴۸ ساعت اجرا شود.
- اگر بعد از معاینه بار دوم مریض بهبود نیافت تداوی مشابه سینه و بغل شدید شروع شده و مریض به شفاخانه رجعت داده شود.

هدایات به مریض

- تشویق مریض بگرفتن بیش از حد معمول مایعات، خوردن غذا به شکل معمول، واخذ نمودن دواها بطور مناسب.
- به مریض توصیه گردد تا پس از ۲ روز جهت معاینه دوباره مراجعه نماید.
- به مریض توصیه گردد تا در حالات ذیل فوراً مراجعه نماید: -
- خواب آلودگی و گیجی
- شروع مشکلات تنفسی
- تنفس سریع (بیش از ۳۰ نفس فی دقیقه)
- بوجود آمدن تب بلند (۳۸.۵ درجه سانتی گرید یا بالاتر)

۳.۴ امراض انسدادی مزمن ریه (Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

شرح

- امراض انسدادی مزمن ریه (COPD) حالات مرضی اند که متصف با انسداد جریان هوا در نتیجه برونشیت مزمن و یا آمفیزم میباشد. استعمال سگرت مهم ترین علت COPD بوده الودگی هوا، گرد و خاک و مواد کیمیای شغلی، انتانات طرق تنفسی، تشوشات قایمیلی، و آلرژی نیز مسئول برونشیت مزمن هستند.
- گر چه آمفیزم و برونشیت مزمن باید منحصراً امراض اختصاصی تشخیص شده و تحت عنوان مرض خاص تداوی شوند، اما بسیاری از مریضان که مبتلا به امراض انسدادی مزمن ریه هستند تظاهرات کلینیکی هردو مرض را به طور همزمان نشان میدهند.
- برونشیت مزمن تشخیص کلینیکی است که اکثراً بعد از سنین ۳۰ تا ۴۰ سالگی دیده شده و متصف است با شرح

- بیش از حد مخاط در قصبات و سرفه روزانه توام با تقشع (بلغم) برای مدت ۳ ماه و یا بیشتر یعنی حداقل در ۲ سال متوالی.
- آفمیزم یک حالت پتولوژیک بوده که اغلباً بعد از سنین ۵۰ سالگی دیده شده که بیانگر بزرگ شدن دایمی و غیرنازمل مسافات هوایی بعید تر از برانشیول نهایی بوده که با تخریب جدارهای این مسافات بدون فیب روز واضح که منتج به کاهش تبادل گازات می گردد.

تشخیص

- تاریخیچه دود نمودن سگرت و معروض شدن به آلوده گی
- سرفه (با بلغم دربرونشیت مزمن)
- زجرت تنفسی پیشرونده (درآفمیزم شدیدتر است)
- ویزنگ که اکثراً با توسع دهنده گان قصبی بهبود نمیاید
- سیانوز درمراحل اخیر مرض
- تب (در صورت انتانات ثانوی حاد طرق تنفسی)
- بلند رفتن هیموگلوبین دربرونشیت مزمن

اهتمامات و تدابیر معالجوی

اهتمامات غیر دوائی

- تشویق به ترک نمودن سگرت مهمترین جنبه تداوی است.
- در تمام واقعات سرفه بلغم دار که بیشتر از ۲ هفته طول می کشد، تست توپرکلوز اجرا شود. (بخش ۱۵، ۱۰ "توپرکلوز" مشاهده گردد)

اهتمامات دوائی

- درصورت موجودیت اکسیجن، به مریضان مصاب هیپوکسمی حاد آکسیجن تطبیق گردد.
- تجویز توسع دهندگان قصبی برای مریضان که ویزنگ دارند. درعین وقت فقط با یک دوا تداوی شود.
- Salbutamol: جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۷ ضمیمه الف مراجعه شود.
- انشاقی
- تابلیت
- Aminophylline جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۲ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- Prednisolone ۵، ۰ (پانیم) میلی گرام فی کیلوگرام فی روز برای ۱۴ الی ۲۱ روز تجویز شود، در صورتیکه مریض:
 - مصاب برونشیت استماتیک (Asthmatic bronchitis) باشد
 - تاریخیچه تشدید یا علایم ناتوانی داشته باشد
 - عدم پاسخ به تداوی با Aminophylline
- یادداشت: Prednisolone در شفاخانه های ولسوالی موجود است.
- برای تداوی برونشیت حاد و جلوگیری از تشدید حاد برونشیت مزمن انتی بیوتیک تجویز نمایند.
- Co-trimoxazole جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۸ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- Amoxicillin جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۳ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- در موارد حساسیت یا آلرژی به Penicillin، از Erythromycin استفاده شود. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- Doxycycline جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۰ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- احتیاط: Doxycycline برای اطفال کمتر ۸ سال، زنان حامله و شیرده تجویز نگردد.

رجعت دهی

- تمام واقعات شدید که به تداوی پاسخ ندهند، رجعت داده شوند.

۳.۴ امراض انسدادی مزمن ریه

- در صورت ویزنگ مزمن پس از تجویز آزمايشی توسع دهنده های قصبی برای ۴ هفته مريضان را به شفاخانه ولسوالی (DH) برای تداوی احتمالی با steroid رجعت دهید.

وقایه

- توصیه مريض برای ترک نمودن سگرت.
- تشویق مردم جهت مراعات اقدامات احتیاطی در صورت معروض شدن به مواد کیمیای، گرد و خاک و دود.

فصل چهارم امراض گوش، گلو و بینی (Ear, Nose, and Throat Conditions)

۴.۱ التهاب گوش خارجی (Otitis Externa)

شرح

التهاب گوش خارجی عبارت از التهاب یا انتان مجرای شنوایی گوش خارجی است. چهار سبب عمده التهاب گوش خارجی قرار ذیل اند:

- التهاب گوش خارجی از باعث فرانکل (Ear Boil): که عامل آن باکتری ها، اکثراً ستافیلوکوک های طلائی
- التهاب و انتان منتشر گوش خارجی: که ممکن توسط یک جسم اجنبی، آب منتن حمام یا آب بازی، یا خاریدن مجرای شنوایی با ناخن های کنیف ایجاد شود.
- التهاب فنگسمای گوش خارجی (Otomycosis): که در اثر انتانات فنگسمای مجرای شنوایی گوش خارجی بوجود میاید.
- التهاب اگزیماتوز گوش خارجی: که در اثر اگزیمای التهاب جلد (Dermatitis) مجرای شنوایی گوش خارجی بوجود میاید.

تشخیص

- در التهاب گوش خارجی از باعث فرانکل (Ear Boil)، درد شدید به فک یا سر گسترش می یابد.
- علامه Tragus مثبت است (وارد نمودن فشار به روی تراگوس دردناک است).
- التهاب منتشر گوش خارجی با درد و ناراحتی و از دست دادن شنوایی تظاهر مینماید.
- التهاب اگزیماتوز یا فنگسمای گوش خارجی با سوزش، خارش، درد مبهم، و گاهی با افزایش تظاهرات مینماید.
- معاینه Otoscopic ممکن حالات ذیل را نشان دهد:
 - التهاب Furuncular گوش خارجی ممکن با دانه های چرکین در مجرای شنوایی گوش خارجی همراه باشد.
 - التهاب فنگسمای گوش خارجی ممکن به شکل "لکه کاغذی مرطوب" در داخل مجرای شنوایی خارجی تظاهر نموده و همراه با افزایش باشد.
 - التهاب اگزیماتوز گوش خارجی ممکن بشکل صفحات سرخ رنگ، پوستک شده قابل دید همراه با اذیمای مجرای شنوایی خارجی باشد.
- یادداشت: در التهاب گوش خارجی پرده یا غشای تمپانیک، نارمل به نظر می رسد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوائی

- برطرف نمودن اجسام اجنبی و یا بقایای آن.
- کانال گوش را با استفاده از گوش پاک کن پاک نموده و خشک نگهدارید. پروسه خشک نمودن کانال گوش برای کارمند صحت و مریض وقت گیر بوده، اما باید برای تداوی مؤثر این کار باید اجرا گردد. این عمل باید به دقت به مریض یا مواظبت کننده آموزش داده شده و بعداً مریض یا مواظبت کننده این عمل را بشکل عملی انجام دهد.
- روش ذیل برای خشک نمودن کانال گوش با استفاده از چوبک که در قسمت بالای آن پنبه پیچانیده شده تعقیب گردد:
 - یک پارچه جاذب پاک به یک چوبک (یا چوبک گوش پاک کن) پیچانیده شود.
 - بعداً چوبک (گوش پاک کن) را به دقت به گوش داخل نموده و دور بدهید.
 - سپس چوبک اولی را دور نموده و آنرا با یک چوبک خشک و پاک دیگر تعویض نمایند.
 - این روش را تا زمانی تکرار نمایید که چوبک گوش پاک کن بعد از هر طرف نمودن خشک باشد.
 - خشک نمودن گوش با استفاده از این روش ۴ بار در روز الی خشک ماندن چوبک ادامه داده شود.
 - در صورت خونریزی، موقتاً پروسه خشک نمودن گوش توقف داده شود.
 - در فواصل خشک نمودن گوش هیچ چیزی را در گوش نگذارید.

- هیچ چیزی را در گوش نچکانید.
- به مریض یا پایواز هدایت دهید تا از مرطوب شدن گوش در جریان حمام نمودن و آبیازی جلوگیری نمایند.
- آرزبایی مجدد مفتحه وار صورت گیرد تا مطمئن شویم که مریض یا مواظبت کننده پروسه خشک نمودن گوش را به درستی انجام داده اند.

دوایی

- یادداشت: التهاب گوش خارجی معمولاً بدون تجویز انتی بیوتیک های فمی تداوی می شود.
- تطبیق Gentian violet (۱ فیصد) روزانه به جلد مجرای شنوایی گوش خارجی با پنبه برای ۱۰ روز.
 - تجویز Paracetamol برای تسکین تا زمان برطرف شدن درد. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.
 - در صورت مشکوک بودن به التهاب Furuncular گوش خارجی (مثلاً دریافت پستول در معاینه مجرای گوش خارجی)، ادویه ذیل تجویز گردد: -
 - Cloxacillin (کپسول ۵۰۰ میلی گرام) در صورت موجودیت
 - اطفال: ۱۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۶ ساعت بعد برای ۷ روز
 - بزرگسالان: ۱ کپسول هر ۶ ساعت بعد برای ۷ روز
 - یا
 - در مریضان حساس مقابل پنیسیلین Penicillin از Erythromycin برای ۵ روز استفاده شود. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه شود.
 - یا
 - Chloramphenicol جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۵- در ضمیمه الف مراجعه شود.
 - در صورت مشکوک بودن به التهاب اگزیماتوز (Allergic Dermatitis) گوش خارجی با استفاده از وسیله (applicator) که نوک آن پنبه داشته باشد:
 - مرهم Betamethasone (۱ فیصد) تطبیق شود.
 - همراه با
 - Neomycin (۰.۵ فیصد) به مجرای گوش خارجی هر ۱۲ ساعت بعد برای ۷ روز تطبیق شود.

رجعت دهی

- عدم توانایی معاینه درست مجرای گوش خارجی و پرده تمپانیک
- عدم جواب به تداوی

وقایه

- اجتناب از خریدن و یا قرار دادن جسم اجنبی در گوش.
- از حمام کردن و آبیازی در آب منتن اجتناب گردد.
- گوش را پاک و خشک نگهدارید.

هدایات به مریض

- گوش را پاک و خشک نگهدارید.
- به مریض توصیه گردد تا تداوی، روش خشک نمودن گوش خارجی و تطبیق دوا های موضعی را بخاطر داشته باشد.

۴.۲ التهاب حاد گوش متوسط (Acute Otitis Media)

شرح

التهاب حاد گوش متوسط عبارت از انتان با شروع سریع و کوتاه مدت بوده که سبب آن باکتری ها (مثل سترپتوکوک،

پنوموکوک، هیموفیلوس انفلوانزا، ستافیلوکوک های پایوجن) یا ویروس ها می باشد. این حالت مکرراً با یک سرماخوردگی یا گلودردی همراه بوده زیرا گوش متوسط از طریق تیوب استاخی (eustacian tube) به گلو وصل است. اگر تداوی نگردد، درانصورت خطر التهاب مزمن گوش، کری، و یا Mastoiditis (انتان ماستوئید، برآمدگی استخوانی پشت گوش) موجود بوده که می تواند منجر به مننژیت و آبسه دماغ گردد که هر دو نیاز به رجعت دهی فوری به شفاخانه دارد.

تشخیص

- تاریخچه
 - گوش دردی
 - اخیراً مریض التهاب بلعوم یا سرماخوردگی راسپری نموده است
 - تب
 - استفراغ یا اسهال
 - گریه و حالت هیجان
- معاینه Otoscopic ممکن نمایانگر حالات ذیل باشد (بستگی به مراحل مرض دارد) -
 - احمرار و برجستگی غشای تمپانیک
 - از بین رفتن عکس العمل غشای تمپانیک در برابر نور
 - تشقب، خارج شدن قیج، یا هر دو

۴.۲.۱ التهاب حاد گوش متوسط در اطفال کمتر از ۵ سال

فلپ چارت IMCI " طفل با پرایلم گوش" نیز مشاهده شود

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دواایی

- به والدین یا مواظبت کننده طفل توصیه شود که طفل به موارد ذیل ضرورت دارد:
 - نوشیدن مقدار زیاد مایعات و جلوگیری از ضیاع مایعات
 - اجتناب از قرار دادن هر چیزی در گوش
 - اجتناب از مرطوب شدن گوش
- به والدین یا مواظبت کننده طفل توصیه شود تا تغذیه طفل ادامه داده شود.

دواایی

- بهرسید که آیا طفل درد گوش دارد.
- خارج شدن افرازات از گوش معاینه شود. در صورت موجودیت افرازات از گوش در مورد مدت زمان آن پرسیده شود.
- نقاط حساس و درد ناک را در خلف گوش ارزیابی نمائید (علامه التهاب مستوئید).
- اگر طفل تورم حساس در عقب گوش داشت، دوز اول تداوی برای التهاب ماستوئید تجویز گردیده و مریض فوراً به شفاخانه رجعت داده شود.
 - دوز اول Ampicillin با زرق عضلی همراه با Gentamicin به اساس وزن و سن طفل تجویز گردد. جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۴ (Ampicillin) و جدول الف ۱۳ (Gentamicin) در ضمیمه الف مراجعه شود.
 - دوز اول Paracetamol جهت تسکین درد تجویز شود. جهت مشاهده دوزمعیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.
 - در صورتیکه رجعت دهی امکان پذیر نباشد، دوز زرقي Ampicillin هر ۶ ساعت بعد همراه با دوز زرقي Gentamicin از طریق عضلی هر ۱۲ ساعت بعد تا زمان بهبودی طفل، تکراراً تطبیق شود. سپس تداوی به

یک انتی بیوتیک فمی مناسب (Amoxicillin) و در صورت حساسیت در برابر (Erythromycin, Penicillin) جهت تکمیل دوره تداوی ۱۰ روزه، تغییر داده شود. جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول های ۳ الف (Amoxicillin) و ۱۲ الف Erythromycin در ضمیمه الف مراجعه شود.

• در صورت خارج شدن قیج از گوش برای کمتر از ۱۴ روز یا موجودیت درد گوش و ظاهر شدن کانال گوش به رنگ سرخ، ملتهب، برجسته، و مکدر یا تثقب همراه با افزایش در معاینه اوتوسکوپی، تداوی التهاب حاد گوش متوسط اجرا گردد:

- تجویز Co-trimoxazole برای ۵ روز جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۸ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- یا
- تجویز Amoxicillin برای ۵ روز جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۳ در ضمیمه الف مراجعه شود. در صورت حساسیت در برابر Penicillin، از Erythromycin استفاده شود. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- Paracetamol جهت تسکین درد تجویز شود. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.

○ در صورت خارج شدن قیج از گوش طفل به مادر یا مواظبت کننده طفل نشان داده شود که چگونه گوش بوسیله چوبک های گوش پاک کن قسمی که در بخش ۴.۱ "التهاب گوش خارجی" تشریح شد، خشک شود. به مادر یا مواظبت کننده طفل توصیه شود که ۳ مرتبه در روز تا زمان از بین رفتن قیج، گوش پاک شود. به مادر یا مواظبت کننده طفل گفته شود که هیچ چیزی در فواصل پاک نمودن، در گوش گذاشته نشود. به طفل اجازه آبیاری یا داخل شدن آب به گوش داده نشود.

○ از مادر و یا مواظبت کننده طفل تقاضا گردد تا بعد از ۵ روز برای تعقیب تداوی دوباره مراجعه نماید. در صورت ادامه درد گوش و افزایش، تداوی به مدت ۵ روز دیگر با همان انتی بیوتیک متمم با خشک نمودن گوش ادامه داده شود. سپس بعد از ۵ روز مریض دوباره پیگیری شود.

۴.۲.۲ التهاب حاد گوش متوسط در اطفال بالاتر از ۵ سال و کاهلان

اهتمامات و تدابیر معالجوی

دوایی

- تجویز Paracetamol برای تسکین درد یا تب نظر به ضرورت. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- انتی بیوتیک ها
- Amoxicillin

■ کاهلان: یک کپسول ۲۵۰-۵۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد برای ۷ روز، که مقدار آن بستگی به شدت اعراض مرض دارد.

یا

■ در موارد حساسیت یا آلرژی در برابر Penicillin، از Erythromycin برای ۷ روز استفاده شود. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه شود.

رجعت دهی

- در صورت عدم بهبودی و برآمدگی و تورم پرده گوش بعد از ۴۸ ساعت تداوی
- عدم بهبودی بعد از ۷ روز تداوی
- علائم Mastoiditis، اختلالات داخل قحفی، یا فلج عصب وجهی
- تثقب یا خارج شدن قیج
- عود التهاب گوش متوسط

وقایه

- اطمینان از تداوی درست التهاب بلعوم (Pharyngitis) یا انتان طرق تنفسی علوی.
 - کاهش عوامل خطر مانند حساسیت ها، مواجهه شده به دود سگرت، افراد مصاب به سرماخوردگی یا انفلانزا
- هدایات به مریض**
- مراجعه دوباره بعد از ۷ روز تداوی

۴.۳ التهاب مزمن گوش متوسط (Chronic Otitis Media)

شرح

التهاب مزمن گوش متوسط، انتان معند گوش متوسط بوده که با تثقب پرده صماخ (Tympanic membrane) و خارج شدن قیح از گوش به مدت بیشتر از ۱۴ روز متصف میباشد. اضافه شدن انتان ثانوی با مایکروارگانیزم های مختلف (مانند سترپتوکوک، پنوموکوک، و مایکروارگانیزم های مختلط گرم منفی) ممکن تداوی آنرا با انتی بیوتیک ها مشکل سازد. این حالت ممکن با Mastoiditis، انتان داخل قحفی، Cholesteatoma، و از دست دادن حس شنوایی همراه باشد.

تشخیص

- این مرض بدون درد بوده مگر اینکه توسط التهاب گوش خارجی یا امراض دیگر اختلاطی شده باشد.
- افرازات آن معمولاً شفاف بوده مگر اینکه با انتان ثانوی همراه باشد.
- معاینه گوش توسط اتوسکوپ تثقب قسمت مرکزی پرده صماخ را نشان داده که ممکن خشک یا مرطوب باشد.
- از بین رفتن حس شنوایی ممکن موجود باشد.
- اختلالات ممکنه آن برنگس گوش ها، سرچرخی و فلج عصب وجهی میباشد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوائی

پاک نمودن کانال گوش مهم ترین گزینه برای خشک نگهداشتن گوش بوده و التیام را تسهیل می بخشد. بخش ۱،۴ "التهاب گوش خارجی" برای شرح مرحله وار روش خشک نمودن مشاهده شود.

دوائی

- معمولاً برای التهاب مزمن گوش متوسط انتی بیوتیک تجویز نمی گردد.
- با وجود تداوی موضعی اگر مجدداً انتان حاد همراه با تب و درد اتفاق بیفتد، درآنصورت تداوی با انتی بیوتیک ها برای التهاب حاد گوش متوسط تجویز گردد. (بخش ۴،۲ "التهاب حاد گوش متوسط" مشاهده شود).

رجعت دهی

- همه اطفال که استفرغ و خواب آلودگی داشته و یا اعراض مرض را نشان دهند.
- مشکوک بودن به Mastoiditis که توام با درد و تورم در قسمت خلفی گوش میباشد
- میرضانی که افرازات معند برای بیشتر از ۴ هفته بعد از شروع تداوی داشته باشند
- مشکوک شدن به توبرکلوز نزد میرضانیکه با وجود تداوی، افرازات معند دارند
- میرضانی که تثقب بزرگ مرکزی پرده صماخ (پرده گوش) یا شواهد موجودیت کتله در گوش متوسط داشته باشند

وقایه

- اطمینان از تداوی درست التهاب حاد گوش متوسط
- خشک نگه داشتن گوش
- اجتناب از داخل نمودن اجسام اجنبی در گوش

هدایات به مریض

- اطمینان از اینکه مریض یا مواظبت کننده وی توانایی خشک نمودن گوش را با چوبک گوش پاک کن دارند.
- مراجعه هفته وار جهت ارزیابی.
- جستجوی علائم اختلاط مانند انتشار انتان، مأوفیت داخل قحفی، یا Mastoiditis و مراجعه نمودن در صورت دریافت اولین علامه.

۴.۴ التهاب حاد جیب (Acute Sinusitis)

شرح

التهاب حاد جیب عبارت از التهاب و انتان باکتریایی یک یا چند جیب بوده، که معمولاً بعد از انتان ویروسی بینی، انتان دندان، یا رینیت الرژیک بوجود می آید. در اطفال کمتر از ۵ سال نادراً اتفاق افتاده زیرا جیب آنها هنوز خوب انکشاف یافته نیست. در صورت تداوی نادرست، التهاب حاد جیب می تواند به التهاب مزمن جیب در کاهلان و جوانان بانجامد.

تشخیص

- بندش بینی با از دست دادن حس بویایی
 - افرازات چرکین معند یا متناوب بینی
 - سردردی یا بعضی اوقات دندان دردی
 - درد و حساسیت در یک یا چند جیب (پیشانی یا اطراف چشم ها)
 - احتمالاً تب
- یادداشت: در عدم بهبودی و بدتر شدن سرماخوردگی بعد از ۵ الی ۶ روز، التهاب جیب بررسی شود.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

- به مریض هدایت داده شود تا مقدار کافی مایعات را غرض تامین مایعات بدن بنوشد.
- به مریض هدایت داده شود که استنشاق بخار آب در رقیق نمودن مخاط مؤثر بوده و سبب از بین بردن بندش بینی میشود.
- بررسی عوامل مرض در دندانها؛ و در صورت مشکوک شدن منبع آن در دندان، رجعت دهی مریض غرض تداوی.

دوايي

- تجویز یک انتی بیوتیک.
- Amoxicillin فمی هر ۸ ساعت برای ۱۰ روز جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۳ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- یا
- Erythromycin فمی هر ۶ ساعت به مدت ۵ روز، قبل از غذا تجویز گردد. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- استفاده از قطره های بینی به مریض توصیه گردد.
- قطره سودیم کلوراید (NaCl) ۰.۹ فیصد (نارمل سالین)، مکرراً به منظور پاک نمودن افرازات استعمال شود.
- تجویز یک انتی هیستامینیک.
- Chlorpheniramine فمی هر ۸ ساعت بعد، اما نه بیشتر از ۵ روز. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۷ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- تجویز یک مسکن درد و تب.
- Paracetamol فمی هر ۶ ساعت بعد تا تسکین درد، تب یا هر دو. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.

رجعت دهی

- جواب ضعیف در برابر تداوی بعد از ۵ روز
- اختلالات مانند آبسه دندان، سلولیت اطراف جوف اوربیت (حجاج)، ویا اذیمای وجه
- تداوم تب بیشتر از ۳ روز
- عود التهاب چیبوب

۴.۵ گلو درد (Sore Throat)

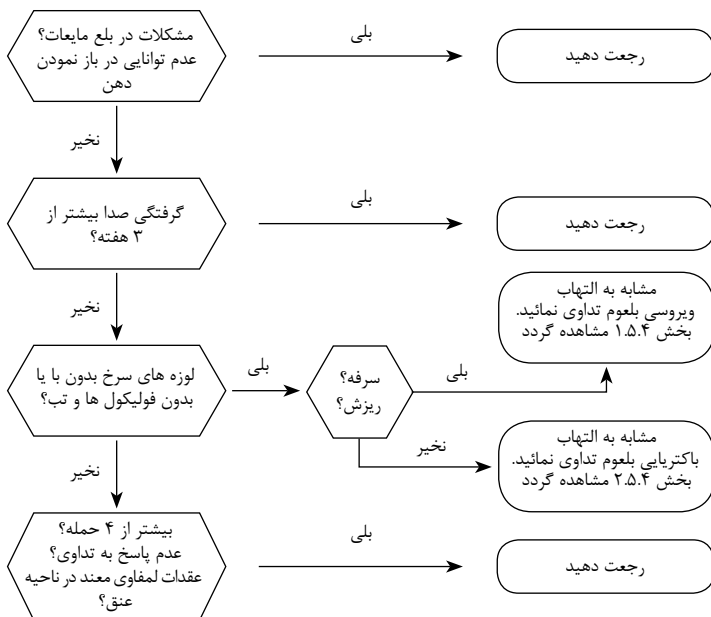
شرح

گلو درد یک عرض شایع بوده که در نتیجه انتانات ویروسی، باکتریایی و بعضی اوقات سایر حالات وخیم (مانند Mononucleosis، دیفتری، امراض مقاربتی مانند سوزاک، سیفلیس و شکل حاد ویروس عدم کفایه معافیتی (HIV) بوجود می آید.

تشخیص و اهماتامات معالجوی

در شکل ۵،۴ شجره تصمیم گیری روش تشخیص و اهماتامات معالجوی مریضان مبتلا به گلودردی خلاصه شده است:

شکل ۴.۵ شجره تصمیم گیری برای گلو درد



۴.۵.۱ التهاب ویروسی بلعوم (Viral Pharyngitis)

شرح

التهاب ویروسی بدون چرک، سرخ رنگ و دردناک بوده که اکثراً از اثر ویروس های طرق تنفسی بوجود آمده لهذا نیاز به تداوی عرضی دارد.

تشخیص

- معمولاً به تعقیب یک حادثه ریزش و سرفه بوجود میاید.
- درد و سرخی گلو
- مشکلات در بلع غذای جامد
- تب
- عدم موجودیت افزایشات چرکین
- یادداشت: در اطفال کمتر از ۵ سال، علایم خطر بررسی و رد گردد (فلپ چارت IMCI مشاهده شود).

اهتمامات معالجوی

غیر دوايي

- استفاده از نمک آب به منظور غرغره نمودن توسط مریض. به مریض توصیه نمائید تا ۱ قاشق چای خوری نمک را در یک گیلان آب نیم گرم مخلوط نموده و برای ۱ دقیقه روزانه ۴ الی ۶ بار غرغره نماید.
- تشویق مریض به گرفتن مایعات کافی.

دوايي

- عدم تجویز انتی بیوتیک.
- توصیه و تجویز Paracetamol غرض تسکین درد، تب یا هر دو. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.

۴.۵.۲ التهاب باکتریایی تانسلیل یا لوزه ها (Bacterial Tonsillitis)

شرح

التهاب باکتریایی تانسلیل ها معمولاً از اثر سترپتوکوک نوع بیتا همولیتیک گروه A، مشخصاً در سنین ۳ الی ۱۴ سال رخ داده که جهت جلوگیری از اختلالات شدید آن به تجویز انتی بیوتیک ها ضرورت است.

تشخیص

- گلو دردی
- معمولاً بدون ریزش یا سرفه میباشد
- اکثراً ضخامه عقدات لمفاوی ناحیه عنق موجود بوده که با تماس دردناک میباشد
- موجودیت لکه های سفید، افزایشات چرکین یا فولیکول ها در گلو
- تب اغلباً با شروع ناگهانی
- احتیاط: در صورت عدم تداوی درست، انتان سترپتوکوکال گلو می تواند منجر به اختلالات شدید ذیل گردد:
- التهاب حاد گلومرول ها (Acute glomerulonephritis) (بخش ۱۱.۲)
- تب روماتیزمل حاد (Acute Rheumatic fever) (بخش ۶.۳)
- آبسه های اطراف گلو

اهتمامات و تدابیر معالجوی

به علت اختلالات شدید که از سبب تداوی نادرست مرض به وجود میاید، (بخش ۶.۳ "تب روماتیک" مشاهده شود)

- Penicillin زرقی با تأثیرات طولیل المدت ادویه انتخابی جهت اطمینان از تداوی و از بین بردن کامل انتان است.
- تداوی خط اول - تجویز دوز واحد Benzathine benzylpenicillin به شکل زرق عضلی که به شکل پودر بوده و ۱.۲ میلیون واحد آن در یک ویال ۵ میلی لیتر زرقی موجود میباشد:
 - اطفال کمتر از ۳۰ کیلوگرام: ۲.۵ (دونیم) میلی لیتر زرق عمیق عضلی
 - کاهلان و اطفال بیشتر از ۳۰ کیلوگرام: ۵ میلی لیتر زرق عمیق عضلی
- یا
- تداوی خط دوم - تجویز Phenoxymethyl Penicillin (Penicillin-v) از طریق فمی به شکل پودر برای تهیه شربت ۲۵۰ میلی گرام فی ۵ میلی لیتر، یا ۲۵۰ میلی گرام تابلیت برای ۱۰ روز:
 - اطفال کمتر از ۵ سال: ۲۵۰ میلی گرام فی دوز هر ۱۲ ساعت بعد (۱ تابلیت یا ۵ میلی لیتر شربت فمی)
 - کاهلان و اطفال بالاتر از ۵ سال: ۵۰۰ میلی گرام هر ۱۲ ساعت بعد (۲ تابلیت ۲۵۰ میلی گرام یا ۱۰ میلی لیتر شربت فمی)
- یا
- برای مرضیانی که به Penicillin حساسیت دارند، Erythromycin Ethyl succinate فمی که به شکل پودر برای تهیه شربت (۱۲۵ میلیگرم فی ۵ میلی لیتر) بوده یا تابلیت ۴۰۰ میلی گرام، برای ۵-۷ روز تجویز گردد (همچنان جهت مشاهده دوزمعیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه شود).
- اگر مرضی تب بلند داشته باشد Paracetamol تا هنگام کاهش تب تجویز گردد. جهت مشاهده دوزمعیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.

رجعت دهی

- شکل ۴.۵ مشاهده گردد.
- در واقعات شدید، به خصوص در موارد آبسه های اطراف تانسیل ها، مرضی رجعت داده شود.

۴.۶ التهاب غشای مخاطی انف (Rhinitis)

شرح

- التهاب غشای مخاطی انف عبارت از یک مرض التهابی بوده که در آن غشای مخاطی از اثر افراز هیستامین و سایر میانجی های مؤلّد الرژی که منجر به عطسه، بندش بینی، افزایش تولید مخاط ("ریزش")، و سایر اعراض میشود، مأوف میگردد. اسباب التهاب غشای مخاطی انف شامل موارد ذیل اند:
- التهاب الرژیک غشای مخاطی انف (Allergic rhinitis) - الرژن ها مانند گرده نباتات (اکثراً موسمی)، گرد و خاک، فنگس ها، مواد غذایی و پشم حیوانات سبب تشدید اعراض میگردد. التهاب الرژیک غشای مخاطی انف شایع ترین نوع التهاب غشای مخاطی انف است. اغلباً موسمی بوده و در فامیل ها بروز مینماید.
 - التهاب غیر الرژیک غشای مخاطی انف - دوا ها، هورمون ها، تغییرات اقلیمی و درجه حرارت، دود، غبار و مواد کیمیای (مانند، حشره کش ها، پودر سفید کننده، رنگ ها) و سایر مواد استنشاقی تخریش کننده سبب تشدید اعراض میگردد. این شکل التهاب غشای مخاطی انف اغلباً بعند میباشد.
 - التهاب انتانی غشای مخاطی انف - باکتری یا و ویروس ها سبب تشدید اعراض التهاب غشای مخاطی انف میگرددند (بخش ۳.۲ "سرماخوردگی و انفلاوانزا").

تشخیص

- شایع ترین اعراض و علایم عبارت اند از:
 - افزایش افرازان انفی (مانند ریزش)
 - احتقان انف (بندش بینی)
 - عطسه، خارش انف
- اعراض و علایم ضمیموی

۴.۶ التهاب غشای مخاطی انف

- چشمان و اجفان (منضمه) سرخ، التهابی، اشک آلود و متورم
- بندش - انسداد و سنگینی گوش ها، انصباب گوش متوسط
- تورم مخاط انف
- کاهش حس بویایی
- خستگی
- سرفه، گلودردی، سردردی - به خصوص با التهاب انتانی غشای مخاطی انف
- امراض ضمیموی (ندرتاً)
- استما
- التهاب جیوب
- التهاب الرژیک جلد (Eczema)

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- توصیه مریض به نوشیدن مقدار زیاد مایعات و جلوگیری از ضیاع مایعات
- توصیه به شستشوی انف ۳ بار در روز با آب نمکی (محلول نارمل سلین ۰.۹ فیصد) جهت کاهش احتقان مخاط.
- تجویز ادویه سیستمیک
- Chlorpheniramine maleate جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۷ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- اطفال: حسب ضرورت
- کاهلان: در صورت ضرورت ۴ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد

رجعت دهی

- عدم بهبودی بعد از یک هفته تداوی
- تکرر اعراض - با در نظر داشت تداوی وقایوی طولانی مدت

وقایه و هدایات به مریض

- به مریض توصیه گردد تا از مواجه شدن به عوامل شناخته شده تشدید کننده مرض اجتناب نماید.
- اطمینان حاصل شود که مریض از ادویه موضعی ضد احتقانی استفاده بیش از حد یا سوء ننماید (که معمولاً اتفاق می افتد) تا از التهاب دوباره غشای مخاطی انف جلوگیری گردد.
- Chlorpheniramine و سایر انتی هیستامین ها ممکن باعث گیچی شود، به مریضان توصیه گردد تا در هنگام مصرف از رانندگی یا کار با ماشین آلات اجتناب نمایند.
- در صورت عدم بهبودی و یا بدتر شدن وضعیت در جریان یک هفته دوباره مراجعه صورت گیرد.
- به مریض پیشنهاد گردد که از تمرکز کیک قارچی (Mold)، گرد و غبار و Mite (موجودات کوچک در گرد بالشت، دوشک، فرش) در خانه توسط پاک کاری بشکل متکرر و تبدیل نمودن فرش ها و بستر های کهنه و خاک آلود، جلوگیری نماید.

رجعت دهی

- تمام واقعات توام با تشوش رویت
- تمام واقعات توام با مکدریت یا قرحه قرنیه
- واقعات مشکوک به التهاب قرنیه، التهاب قزحیه، گلوکوم، قرحات قرنیه، جروحات نافذه یا تراخم
- عدم بهبودی بعد از ۵ روز تداوی با مرهم Tetracycline یک فیصد
- تمام موارد مشکوک به التهاب منظمه نزد نوزادان

وقایه

- بهبود حفظ الصحه فردی
- شستشوی منظم روی و دستان
- از روپاک مشترک استفاده نشود
- اجتناب از دست زدن یا مالش چشم ها

هدایات به مریض

- آموزش مریض (یا مواظبت کننده) که چگونه به درستی مرهم تجویز شده چشم را تطبیق نماید. اختصاص دادن وقت کافی به منظور تشریح مفصل طریق عملی تطبیق مرهم، ومشاهده شاسیته گی مریض یا مواظبت کننده در اجرای تطبیق مرهم.
- به مریض هدایت داده شود که موارد ذیل را تعقیب نماید:
 - دست های خود را بشوید.
 - در مقابل یک آئینه بنشیند تا اینکه چیزی را که انجام می دهد، بتواند ببیند.
 - سرپوش مرهم را بردارد.
 - سر خود را به عقب بکشد.
 - به آرامی پلک سفلی را به پایین کش نموده و به بالا نگاه نماید.
 - تیوب مرهم را بالای چشم نگه دارد و به آرامی به اندازه یک خط ۱ cm مرهم را داخل جفن سفلی فشار دهد، متوجه باشد که نوک تیوب با چشم و یا مژه تماس نکند.
 - عمل پلک زدن اجرا شود تا مرهم بر سطح کره چشم گسترش یابد.
 - هنگامی که مریض چشم خود را باز می کند ممکن است دید اش مغشوش باشد، اما چشم خود را مالش ندهد.
 - پلک زدن چشم را تا زمانی که خبرگی رویت از بین برود ادامه دهد.
 - مرهم اضافی را با پارچه پاک دور نماید.
 - در صورتیکه هر دو چشم نیاز به تداوی داشته باشد عین روش را برای چشم دیگر نیز تکرار کند.
 - سر پوش مرهم را دوباره بالای تیوب بگذارد.
 - مواظب باشد که نوک تیوب با انگشتان تماس نکند.
 - در حالات ذیل مریض دوباره مراجعه نماید: -
 - التهابات ویروسی یا الژیک منظمه (افرازات آبین) با شروع افرازات قیحی
 - در صورت موجودیت درد شدید یا ترس از روشنی
 - عدم بهبودی بعد از ۴ الی ۵ روز تداوی

۵.۲ تراخم (کوکره)

شرح

تراخم مرض التهابی مزمن و ساری منظمه بوده که توسط انتان کلامیدیا تراکوماتیس (Chlamydia Trachomatis) بوجود میآید. معمولاً انتان ابتدایی در دوران طفولیت از طریق تماس مستقیم یا غیر مستقیم با دست های کثیف،

تشخيص

- افغانستان یک کشور اندیمیک برای تراخم بوده بناءً در هر واقعه التهاب منظمه باید به تراخم مشکوک شد.
- هر دو جنف فوقانی به خارج قات شده و علامت تراخم طوریکه در جدول ۵.۲ ذکر شده ملاحظه گردد.
- تشخیص تفریقی به التهاب منظمه، التهاب قزنبه، قره قزنبه، التهاب قزحیه و گلوکوم صورت گیرد.

مراحل	علائم تراخم
۱	موجودیت پنج یا بیشتر فولیکول ها (نقاط متبازر سفید، خاکستری یا زردرنگ) در سطح داخلی پلک
۲	بر علاوه فولیکول ها التهاب نیز تظاهر میکند. پلک درشت و ضخیم شده و اوعیه نارمل روی منظمه توسط فولیکول ها و پرورسه ضخیم شدن پنهان میگردد
۳	ندبات جایگزین فولیکول ها شده، بشکل خطوط سفید، بند ها یا لکه ها در سطح داخلی و کنار جفن نمایان میگردد
۴	ندبات سبب سؤ شکل پلک شده که این سؤ شکل باعث تدور پلک به داخل و ممکن منجر به جروحات و قرحه قرنیه شود
۵	پیشرفت مکدریت قرنیه در نتیجه جرحه مزمن ممکن است به کوری بانجامد

اهتمامات غیر دوائی

- چشم ها و روی روزانه چندین بار پاک شوند.
- از پین بردن و محدود نمودن تراکم مگس ها از طریق اتخاذ اتمامات مناسب زباله ها.

اهتمامات دوائی

- تاوای فولیکول ها و التهاب (مراحل ۱ و ۲).
 - تجویز مرهم ۱ فیصد Tetracycline چشمی روزانه دو بار برای ۶ هفته. نه تنها مریض بلکه تمام اعضای خانواده مریض باید تاوای شوند. طریق تطبیق درست مرهم را به مریض یا مواظبت کننده وی آموزش دهید. "هدایات به مریضان" در بخش ۵،۱ مشاهده شود "التهاب منصفه".
 - در صورت عدم بهبودی با مرهم یک فیصد Tetracycline چشمی ۶ تا هفته، مریض را به شفاخانه ولسوالی (DH) برای تاوای با دوز واحد Azithromycin رجعت دهید.
 - اطفال: ۲۰ میلیگرام فی کیلوگرام وزن بدن
 - کاهلان: ۱ گرم (میتوان به خانم های حامله و شیرده تجویز نمود)

رجعت دہی

- شواهد بر پیشرفت مرض یا قرحه قرنيه نیاز به رجعت دهی دارد.
- رجعت دهی، مریض برای عمل جراحی، در مراحل ۳، ۴، و ۵

وقایع

- بهبود بخشیدن حفظ الصحه شخصی
- حد اقل شستن روزمره روی و دستان با آب پاک و صابون به صورت منظم
- عدم استفاده از روپاک مشترک
- تامین نمودن منابع آب پاک
- کنترل مگس ها با اسپری و بکاربرد مناسب اهمتامات برای مواد فاضله (نگهداری حیوانات دور از خانه و استفاده از تشناب های عمیق پوشیده شده).

هدایات به مریض

- آموزش مریض و اعضای خانواده در مورد چگونگی تطبیق درست مرهم چشم. "هدایات به مریض" در بخش ۵.۱
- "التهاب منظمه" مشاهده شود.
- بیماران و خانواده باید حد اقل روزانه و به صورت منظم رو و دستان را با آب پاک و صابون بشویند. مریض نباید روپاک خود را با اعضای دیگر خانواده بطور مشترک استفاده کند.

۵.۲ گلوکوم (Glaucoma)

شرح

گلوکوم یک مریضی چشم بوده که عصب بینایی در آن آسیب می بیند. این مرض اکثراً با افزایش فشار داخل کره چشم همراه بوده که منتج به از دست دادن بینایی میگردد. سه نوع گلوکوم وجود دارد: حاد، مزمن و ولادی.

تشخیص

- گلوکوم حاد (زاویه بسته)
 - سیر پیشرونده، با از دست دادن بینایی یک طرفه
 - درد اطراف چشم (اغلباً شدید)
 - احتقان (احمرار سراسری چشم)
 - افزایش آبکین
 - در واقعات شدید دلبدی و استفراغ
 - مکدریت و اذیمای قرنیه
 - ممکن مریض حلقه های رنگه را در اطراف نور ببیند (حلقات روشن)
 - حلقه ممکن ثابت، نیمه متوسع و بیضوی شکل باشد
 - کم عمق بودن بیت قدمی
- احتیاط: گلوکوم حاد یک واقعه عاجل و تهدید کننده بینایی است. حملات آن ممکن ناگهانی باشد.
- گلوکوم مزمن (زاویه باز)
 - به صورت وصفی هر دو چشم را متأثر میسازد (دو طرفه)
 - از دست دادن تدریجی بینایی
 - مریض مسن (بیش از ۴۰ سال)
 - عکس العمل بطی حلقه
- گلوکوم ولادی
 - به صورت وصفی هر دو چشم را متأثر میسازد
 - از دست دادن بینایی بصورت تدریجی

- ## اهتمامات و تدابیر معالجوی

- ## هدایات به مریض

فصل ششم امراض سیستم قلبی و وعایی (Cardio Vascular System Conditions)

۶.۱ فرط فشار خون سیستمیک (Systemic Hypertension)

۶.۱.۱ فرط فشار خون مزمن (Chronic Hypertension)

شرح

بلند بودن مزمن فشار خون بیشتر از ۹۰/۱۴۰ میلی متر ستون سیماپ فرط فشار خون نامیده میشود. فرط فشار خون در ۹۰ الی ۹۵ فیصد مریضان علت نامعلوم دارد (فرط فشار خون اساسی یا اولیه). در ۵ الی ۱۰ فیصد واقعات علت آن معلوم میباشد (فرط فشار خون ثانوی). هدف تداوی فرط فشار خون مزمن جلوگیری از اختلالات دراز مدت (مانند امراض قلبی یا سکته مغزی) ناشی از فرط فشار خون میباشد.

تشخیص

- شدت درجه یا تصنیف فشار خون در سه مرتبه مختلف در جریان دو روز در حالیکه مریض بحالت استراحت، نشسته و یا به حالت تکیه باشد اندازه گیری شده و تعیین میگردد.
(جدول الف ۱.۱.۶. مشاهده نمایید)
- در صورت غیر نارمل بودن، فشار خون را در هر دو بازو معاینه نمایند.
- شناسایی سایر عوامل خطر برای مریض مصاب فرط فشار خون و امراض قلبی وعایی که انذار آنها را به صورت دراز مدت متأثر میسازد:
 - دیابت (شکری)
 - چاقی
 - دود نمودن سگرت
 - اختلالات شحم خون (Dyslipidemia)
 - سابقه فامیلی فرط فشار خون ابتدایی یا امراض زودرس قلبی وعایی در مردان کمتر از ۵۰ سال و در زنان کمتر از ۵۵ سال
 - کم بودن فعالیت فیزیکی
- شناسایی امراض موجوده مریض که انذار مرض را متأثر میسازد:
 - ضخامه بطین چپ
 - امراض اسکیمیک قلبی (خناق صدری یا سابقه احتشای میوکارد)
 - عدم کفایه قلب
 - حملات گذری اسکیمیک (Transient ischemic attacks)
 - سکته مغزی (Stroke)
 - نارسایی مزمن کلیوی
 - تشوشات شبکیه چشم Retinopathy
 - امراض شرائین محیطی
- اعراض و علائم فرط فشار خون را نزد مریض معاینه نمائید.
 - اعراض

- بلند رفتن خفیف تا متوسط فشار خون اساسی اکثراً برای سالهای زیاد بدون عرض میباشد. شایع ترین عرض سردردی بوده که غیر وصفی است.
- بلند رفتن شدید فشار خون ممکن با خواب ناآرام، سرگنسی، اختلالات بینایی، دلبدی و استفراغ توام با تپش

قلب، خنای نایب، اذیمای ربوی و عدم کفایه کلیه همراه باشد.

- فرط فشار خون مزمن تداوی ناشده اکثرأ منجر به ضخامه بطن چپ شده، که با عسرت تنفس جهدی، حملات عسرت تنفس شبانه، و سایر اعراض عوامل ثانوی، شده می تواند.

○ علایم

- دوام، شدت و درجه متاثر ساختن اعضای مورد هدف (Target organs) از جمله علایم ابتدایی اند.
- بلند بودن فشار خون ممکن یگانه علامه فرط فشار خون باشد. فشار خون در هر دو بازو و در حالت استراحت معاینه میگردد (ترجیحا سه مرتبه در فاصله دو روز به حالت استراحت اندازه گیری شود). هیچگاه تصمیم گیری بر موجودیت فرط فشار خون نزد مریض بر اساس یکبار اندازه گیری نشود.
- در فرط فشار خون ثانوی، ممکن اعراض امراض ابتدایی یادداشت گردد (مانند سندرم کوشنگ، کلیه پولی کیستیک).
- در مریضان سکتة مغزی که اعراض و علایم عصبی (مانند ضعیفی یا فلج در یک طرف بدن) دارند، اختلاطات مانند امراض قلبی ناشی از فرط فشار خون ممکن موجود باشد.
- تخریب اوعیه شبکیه (درجه I, II, III, IV) ممکن نمایانگر فرط فشار خون باشد.

جدول الف ۶.۱.۱ تصنیف فرط فشار خون

فشار خون دیاستولیک (میلی متر ستون سیماب)	فشار خون سیستولیک (میلی متر ستون سیماب)	تصنیف فشار خون
>80	>120	نارمل
89-80	139-120	مرحله قبل از فرط فشار خون
99-90	159-140	مرحله اول فرط فشار خون (خفیف)
109-100	160-179	مرحله دوم فرط فشار خون (متوسط)
≥110	≤180	فرط فشار خون شدید

اهتمامات و تدابیر معالجوی

هدف تداوی حصول و حفظ فشار نارمل خون است. (جدول ب ۶.۱.۱ خلاصه اهمامات دواوی و غیردواوی فرط فشار خون مشاهده شود).

- در بیشتر واقعات، فشار خون مورد هدف باید:
 - دیاستولیک کمتر از ۹۰ میلی متر ستون سیماب باشد
 - سیستولیک کمتر از ۱۴۰ میلی متر ستون سیماب باشد
- در موارد خاص (مانند مریضان دیابت یا مبتلا به اختلالات قلبی یا کلیوی)، فشار خون مورد هدف باید:
 - دیاستولیک کمتر از ۸۰ میلی متر ستون سیماب باشد
 - سیستولیک کمتر از ۱۳۰ میلی متر ستون سیماب باشد

اهتمامات غیردواوی

- تغییر در شیوه زندگی برای تمام مریضان مبتلا به فرط فشار خون شامل موارد ذیل اند:
- محدود کردن مصرف نمک.
 - کاهش وزن، در صورت بلند بودن.

- ترک سگرت
- ترک الکول
- فعالیت فیزیکی منظم
- محدود کردن مصرف شحمیات مشبوع (مانند مسکه، شحم حیوانی).
- افزایش مصرف شحمیات غیر مشبوع (مانند روغن زیتون) میوه ها و سبزی ها.

اهتمامات دواایی

- در حالات که تغییر در شیوه زندگی و اهتمامات غیر دواایی موفق نباشد، از تدابیر ذیل استفاده شود:
- تداوی خط اول
- Hydrochlorothiazide: ۲۵-۱۲.۵ میلی گرام در روز، از طرف صبح
- احتیاط: در مریضان حامله یا مصاب به امراض کلیوی، نقرس یا امراض شدید کبدی این دوا مضاد استطباب است.
- تداوی خط دوم (در صورتیکه تداوی با ادویه خط اول موفق نباشد)
- Atenolol: ۵۰-۲۵ میلی گرام یک بار در روز (دوزاعظمی آن ۱۰۰ میلی گرام یک بار در روز)
- احتیاط: Atenolol در مریضان مبتلا به آستما و امراض انسدادی مزمن ریوی مضاد استطباب مطلق است و در مریضان مبتلا به عدم کفایه قلبی، برادی کاردی (کمتر از ۵۰ ضربه فی دقیقه)، دیابت و امراض اوعیه محیطی مضاد استطباب نسبی است.

جدول ب ۶.۱.۱ اهماتامات و تدابیر معالجوی فرط فشار خون

تاثیرات متوقع	تداوی	تصنیف
مرحله اول		
فشار خون از ۱۴۰/۹۰ میلی متر ستون سیماب در ظرف سه ماه از شروع تداوی پائین میاید (فشار خون کنترل میگردد)	تداوی غیر دواایی (در فوق دیده شود)	- فشار خون دیاستولیک ۹۰-۹۹ میلی متر ستون سیماب، فشار خون سیستولیک ۱۴۰-۱۵۹ میلی متر ستون سیماب، یا هر دو - عدم موجودیت عوامل عمده خطر - عدم موجودیت امراض ضمیموی
مرحله دوم		
فشار خون از ۱۴۰/۹۰ میلی متر ستون سیماب در ظرف یک ماه از شروع تداوی پائین میاید (فشار خون تحت کنترل میاید)	تداوی غیر دواایی همراه با Hydrochlorothiazide فمی، ۱۲.۵ میلی گرام روزانه از طرف صبح احتیاط: موارد مضاد استطباب در فوق مشاهده گردد.	- فشار خون دیاستولیک ۹۰-۹۹ میلی متر ستون سیماب، فشار خون سیستولیک ۱۴۰-۱۵۹ میلی متر ستون سیماب، یا هر دو - عدم موجودیت عوامل عمده خطر - عدم موجودیت امراض ضمیموی - موفق نبودن تداوی قدم اول بعد از سه ماه یا - فشار خون دیاستولیک ۹۰-۹۹ میلی متر ستون سیماب، فشار خون سیستولیک ۱۴۰-۱۵۹ میلی متر ستون سیماب، یا هر دو - موجودیت عوامل عمده خطر یا - امراض ضمیموی یا - فشار خون دیاستولیک ۱۰۰-۱۰۹ میلی متر ستون سیماب، فشار خون سیستولیک ۱۶۰-۱۷۹ میلی متر ستون سیماب، یا هر دو

مرحله سوم		
• در صورت عدم مؤفقیت قدم ۲ بعد از یک ماه تداوی -یا- • فشار خون دیاستولیک مساوی یا بالاتر از ۱۱۰ میلی متر ستون سیماپ، فشار خون سیستولیک مساوی یا بالاتر از ۱۸۰ میلی متر ستون سیماپ، یا هر دو	تداوی غیر دوایی همراه با تابلت Hydrochlorthiazide فمی، ۱۲.۵ میلی گرام روزانه از طرف صبح، همراه با Atenolol فمی، ۲۵ میلی گرام (تا ۱۰۰ میلی گرام) یک بار در روز احتیاط: موارد مضاد استطباب در فوق مشاهده شود.	فشار خون از ۱۴۰/۹۰ میلی متر ستون سیماپ در ظرف یک ماه از شروع تداوی پائین میاید (فشار خون تحت کنترل میاید)
اگر فشار خون بعد از یک ماه تداوی قدم سوم نارمل نشود، مریض برای بررسی بیشتر و سایر گزینه های تداوی رجعت داده شود.		

سایر گزینه های تداوی شامل موارد زیر اند:

- یک مدرر (Diuretic) به تنهایی فشار خون ۵۰٪ مریضان مبتلا به فرط فشار خون خفیف تا متوسط را کنترل می نماید و به طور مؤثر همراه با سایر ادویه استفاده شده می تواند. Hydrochlorothiazide فمی (۵۰-۱۲.۵ میلی گرام در روز ترجیحاً از طرف صبح) در صورت که مضاد استطباب موجود نباشد، تجویز می گردد. یادداشت: اگر وظایف کلیوی مختل باشد، Furosemide تجویز شده میتواند (دوز ابتدایی: ۴۰ میلی گرام از طریق فمی از طرف صبح، دوز تعقیبیه: ۲۰-۴۰ میلی گرام روزانه). Furosemide در مراکز صحتی جامع (CHC) و شفاخانه های ولسوالی (DH) موجود است.
- ادویه نهی کننده بیتا آدرینرژیک نیز ممکن استفاده شود. Atenolol یک دواي بلاک کننده آخذه بیتا آدرینرژیک است؛ در صورت که مضاد استطباب نباشد دوز ابتدایی تداوی آن ۲۵ میلی گرام یک بار در روز بوده که می تواند الی دوز اعظمی ۱۰۰ میلی گرام یک بار در روز افزایش یابد. Atenolol در مراکز صحتی جامع (CHC) و شفاخانه های ولسوالی (DH) موجود است.
- نهی کننده های انزایم تبدیل کننده آنجیوتنسن (ACE) نیز ممکن تجویز شود. دوز ابتدایی Captopril ۲۵ میلی گرام هر ۱۲ ساعت بعد. Captopril در شفاخانه های حوزوی موجود است.
- بلاک کننده های چینل کلسیم، مانند Amlodipine، ممکن است با دوز ۵ میلی گرام یک بار در روز تجویز شود.

رجعت دهی

- واقعات ذیل قبل از شروع تداوی دوايي رجعت داده شوند:
 - اطفال و اشخاص جوان (سن کمتر از ۳۰ سال)
 - زنان حامله (بخش ۹.۳ "اختلالات فشار خون و حاملگی" دیده شود)
- همه واقعات ذیل برای ارزیابی و مراقبت های تخصصی بیشتر رجعت داده شود:
 - مریضان که در برابر تداوی مرحله سوم بعد از یک ماه تداوی به اندازه کافی جواب نمی دهند
 - مریضان فرط فشار خون که علائم آسیب اعضا مانند خنای صدری، نفس کوتاهی، ادیما، یا پروتین یوری را نشان میدهند.
 - مریضان که عوارض جانبی شدید ادویه را نشان میدهند

هدایات به مریض

- محدود نمودن مصرف نمک. از علاوه نمودن نمک اضافی بالای غذا جلوگیری گردد.
- کاهش وزن
- محدود نمودن غذای شحمی
- ترک سگرت
- ترک الکول
- گرفتن ادویه بشکل روزانه
- مراجعه هفته وار مریض برای معاینه فشار خون تا زمانی که فشار خون تحت کنترل آید، سپس هر دو ماه بعد.
- ادویه در صبح روز ملاقات اخذ گردد.
- اجرا نمودن تمرینات فیزیکی آرام به طور منظم.
- اجتناب از تشویش و سایر عوامل خطر (به بالا مراجعه گردد).

۶.۱.۲ واقعات عاجل فرط فشار خون (Hypertension Emergency)

- فرط فشار خون با فشار خون دیاستولیک بیشتر یا مساوی به ۱۳۰، سیستولیک بیشتر یا مساوی به ۱۸۰، یا هر دو که با هر یک از موارد زیر همراه باشد، فرط فشار خون عاجل را تشکیل میدهد:
- خناق صدری (UnStable) یا نا ثابت (بخش ۶.۴ "خناق صدری" دیده شود)
 - امراض شبکیه درجه ۳ یا ۴ ناشی از فرط فشار خون
 - علائم عصبی: سردردی شدید، سر گیجی، اختلال رویت، تشنجات، تغییر حالت شعوری یا کوما
 - اذیمای ریه (بخش ۱۶.۱ "اذیمای حاد ریه دیده شود)
 - عدم کفایه کلیوی

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- مریض را تداوی نموده و فوراً رجعت دهید.
- واقعات عاجل چون اذیمای ریه، اسیکیمی قلب و کوما را تداوی نمائید.
 - Nifedipine تجویز گردد: یک تابلیت ۱۰ میلی گرام. در صورتیکه فشار خون بلند تر از ۱۸۰/۱۳۰ باشد بعد از یک ساعت مقدار فوق تکرار گردد.
 - یا
 - تابلیت Captopril (در صورت موجودیت) ۲۵-۵۰ میلی گرام تجویز گردد.

رجعت دهی

تمام واقعات عاجل فرط فشار خون ضرورت به رجعت فوری دارند.

۶.۲ عدم کفایه قلب (Cardiac Failure)

شرح

عدم کفایه یا نارسایی قلب حالت است که در آن قلب توانایی پمپ کردن خون کافی را برای استقلاب انساج استقلایی ندارد، و یا به عباره دیگر عدم توانایی قلب برای تامین حفظ دهانه قلبی کافی جهت نیازمندی عضویت میباشد. این حالت از باعث حالات که سبب کاهش وظایف بطین چپ میگردد (مانند امراض اوویه اکلیلی، فرط فشار خون، کار دیومیوپاتی متوسع شده، امراض دسامی قلب یا امراض ولادی قلب) یا حالات که پرشدن بطین را محدود میسازد (مانند تضیق دسام میترال، کار دیومیوپاتی Restrictive یا امراض پریکارد قلب)، بوجود میاید.

عوامل تشدید کننده حاد مرض شامل موارد ذیل اند:

- افزایش مصرف سدیم
- آریتمی
- انتانات
- کم خونی
- فرط فعالیت غده درقی (Thyrotoxicosis)
- حاملگی

تشخیص

اعراض و علائم آن مربوط به مصابیت بطنین راست، بطنین چپ یا هر دو میباشد:

- عدم کفایه بطنین چپ- اساساً در نتیجه برگشت مایع در ریه ها ایجاد میشود
 - عسرت تنفس یا تاکی پنی (ممکن است زمانی که مریض به وضعیت خوابیده به پشت قرار گیرد برای اولین بار ظاهر گردد)
 - سرفه- عدم کفایه قلبی ممکن با انتانات تنفسی به اشتباه گرفته شود، به خصوص در نوزادان و اطفال
 - کسالت
 - ادرار شبانه
 - آواز های ترق و تروق (Crackles) در ریه ها
 - تکی کاردی، ریتم گالوپ، یا مرمر قلبی که مرتبط به عامل زمینه یی میباشد
 - عدم کفایه بطنین راست
 - اذیما اطراف
 - ضخامه کبد، حبن
 - کسالت، ادرار شبانه
 - توسع ورید وداجی
 - تاکی کاردی، ریتم گالوپ، یا مرمر قلبی که مرتبط به عامل زمینه یی میباشد
 - عدم کفایه بطنین راست و چپ
 - ترکیبی از اعراض و علائم فوق الذکر
 - تشوش تغذی و خواب در نزد نوزادان ممکن موجود باشد
- X-Ray صدر (در صورت موجودیت) ممکن بزرگ شدن قلب همراه یا بدون احتقان ریوی را نشان دهد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

اهتمامات غیر دوائی

- توصیه استراحت بستر به حالت نشسته به منظور کاهش تقاضای اکسیجن قلب، و کاهش احتقان ریوی.
- تشویق مریض به رژیم غذایی کم نمک (مصرف کمتر از ۲ گرم در روز) و تغذی خوب به صورت عموم.
- توصیه به کاهش وزن اگر مریض چاق است.
- توصیه مریض به ترک سگرت.
- تشویق مریض به اجرای تمرینات خفیف منظم در محدوده تحمل مریض

اهتمامات دوائی

- اصلاح عوامل قابل ارجاع مانند اسیکیمی میوکارد (بخش ۶.۴ "خناق صدری" دیده شود)، فرط فشار خون (بخش ۶.۱ "فشار خون سیستمیک" دیده شود)، آریتمی یا کاردیومیوپاتی.
- تداوی با ادویه مدرر که مؤثرترین طریقه تسکین علائم مریض مصاب به عدم کفایه متوسط تا شدید قلب می باشد.
 - تجویز Hydrochlorothiazide ۲۵-۱۰۰ میلی گرام یک بار (دیوریتیک خفیف).
- احتیاط: در حاملگی، امراض کلیوی، نقرس و امراض شدید کبدی مضاد استطباب است.

و یا

○ تجویز Furosemide فمی.

- دوز ابتدایی: ۲۰-۸۰ میلی گرام فی دوز
- دوز تعقیبیه: ۲۰-۴۰ میلی گرام فی دوز هر ۶ تا ۸ ساعت بعد الی تاثیرات متوقع

یا

○ تجویز Furosemide زرقی عضلی یا وریدی

- ۱۰ تا ۲۰ میلی گرام در ظرف یک الی دو دقیقه یک مرتبه.
- در صورتیکه پاسخ قناعت بخش نباشد تکرار دوز مشابه به دوز ابتدایی ممکن در جریان کمتر از دو ساعت تجویز گردد.
- در صورتیکه پاسخ بعد از دو ساعت از تطبیق دوز تکراری قناعت بخش نباشد آخرین دوز زرقی وریدی ممکن از ۲۰ تا ۴۰ میلی گرام بلند برده شود تا اینکه دیوریز مؤثر بوجود آید.
- تجویز مشترک نهی کنندگان انزایم تبدیل کننده آنژیوتانسین (ACE) همراه با دیورتیک. همه مریضانی که عدم کفایه قلبی دارند باید نهی کنندگان ACE برای شان تجویز گردد مگر اینکه نزد شان مضاد استطباب باشد.
- احتیاط: در حاملگی مضاد استطباب است.
- Captopril ۶.۲۵-۱۲.۵ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد تجویز گردد.

رجعت دهی

- تمام واقعات عدم کفایه شدید قلب (مانند اذیمای ریه بخش ۱۶،۱ "اذیمای حاد ریه" دیده شود) باید رجعت داده شوند. قبل از رجعت تداوی ذیل شروع شود:
- مراقبت عاجل با تطبیق آکسیجن و Furosemide زرق وریدی (۱ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن) در صورتیکه قابل دسترس باشد، شروع شود.
- از دادن مایعات داخل وریدی اجتناب گردد.
- تمام واقعات عدم کفایه قلبی جدیداً تشخیص شده برای آزمایشات بیشتر و گزینش تداوی باید رجعت داده شوند.
- اختلالات جدید عدم کفایه قلب (مانند آریتمی، پیشرفت مرض، اعراض و علایم جدید) باید رجعت داده شود.

۶.۲ تب روماتیک (Rheumatic Fever)

شرح

تب روماتیک یک پروسه حاد معافیت سیستمیک است که ۱ - ۳ هفته بعد از انتان استرپتوکوکسیک گلو رخ می دهد، نزد اطفال ۳ - ۱۵ ساله معمول است. انتانات جلدی استرپتوکوکی با تب روماتیک همراه نمی باشد. بهترین راه جلوگیری از مصابت به تب روماتیک تداوی فوری و مناسب انتان حاد استرپتوکوکی است (بخش ۴.۵.۲ "التهاب باکتریایی تناسیل" مطالعه شود). تداوی های وقایوی طویل المدت در مقابل حملات بیشتر تب روماتیک، در دراز مدت آسیب و اضرار این مرض را کاهش می دهد.

تشخیص

- اعراض و علائم تب روماتیک ممکن شامل موارد زیر باشد:
- تب
- مفاصل دردناک، سرخ رنگ، گرم و متورم
- اغلباً بیشتر مچ پا، زانو، آرنج، و یا مچ دست را مأوف مینماید در حالیکه مفصل شانه، مفصل حرقفی فخذی، دستها، و پاها را کمتر متأثر مینماید.
- ممکن است چندین مفصل را مأوف نماید و یا از یک مفصل به مفصل دیگر مهاجرت نماید
- امراض قلبی
- ممکن شامل اندوکاردیت، عدم کفایه قلبی، امراض دسامی قلبی (در اصغاً سوفل یا مرمر قلبی) باشد.

- ویا ممکن شامل آریتمی یا یک احساس سریع شدن حرکات قلبی، تکان و لرزش (فلوتر) ضربان قلب (تپش قلبی) باشد.
- نودول های کوچک، بدون درد در زیر جلد (نودول های تحت الجلدی) که نادر میباشد
- خستگی
- اندفاعات هموار یا کمی برجسته، بدون درد با حاشیه های ناهموار (Erythema marginatum)، که نادر میباشد
- داء الرقص (تشنج مخصوص) یا Chorea، حرکات غیر قابل کنترل تشنجی بدن (Sydenham's Chorea یا رقص Saint Vitus)؛ اغلب در دست ها، پاها و وجه؛ که نادر است. سلوک غیر معمول مانند گریه یا خنده های نامناسب؛ که نادر است.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

اهداف

- جلوگیری از مرض تب روماتیک با تداوی به موقع و مناسب انتان استرپتوکوکسیک گلو.
- محدود نمودن آسیب وارده و جلوگیری از آسیب بیشتر با وقایه از حملات مکرر مرض تب روماتیک از طریق تداوی های وقایوی.
- تداوی التهاب، تداوی امراض قلبی، و تداوی سایر اعراض.

تداوی غیر دوائی

- مریض جداً باید استراحت بستر باشد تا:
- درجه حرارت به حالت عادی و نارمل باز گردد
- ضربان قلب در حالت استراحت نارمل و طبیعی باشد (کمتر از ۱۰۰ فی دقیقه در اطفال)

تداوی دوائی

- تداوی دوائی برای تمام مرضانی که تب روماتیک نزد شان تأیید شده آغاز گردد:-
- کاردیت و امراض قلبی معند: این مرضان نیاز به تداوی ۱۰ سال بعد از آخرین حمله حاد تب روماتیک و یا تا سن ۴۵ سالگی، و بیشتر از آن دارند.
- امراض روماتیزم دسامی. این مرضان نیاز به ۱۰ سال تداوی پس از آخرین حمله تب روماتیک حاد و یا تا سن ۲۵ سالگی، و بیشتر از آن دارند.
- بدون امراض روماتیزم دسامی. این مرضان نیاز به ۵ سال تداوی و یا تا سن ۲۱ سالگی، و بیشتر از آن دارند.
- با توجه به پروتوکول فوق از ادویه ذیل برای تداوی تجویز نمایید.
- تداوی انتخابی اول: Benzathine benzyl Penicillin. پودر برای زرق داخل عضلی (IM)، ۱.۲ میلیون واحد در یک ویال ۵ میلی لیتر. ۱ زرق داخل عضلی (IM) هر ۴ هفته بعد تجویز گردد. برای مرضان که بیشتر در معرض خطر قرار دارند ویا مرضان که هنوز عود یا نکس تب روماتیک دارند، هر ۲ یا ۳ هفته بعد زرق داخل عضلی IM تطبیق گردد.
- اطفال کمتر از ۳۰ کیلوگرام: ۲.۵ (دونیم) میلی لیتر زرق داخل عضلی عمیق یا IM (یعنی ۶۰۰۰۰۰ IU)
- بزرگسالان و اطفال بیش از ۳۰ کیلوگرام: ۵ میلی لیتر زرق داخل عضلی عمیق یا IM
- احتیاط: مرضانی که وارفارین استعمال مینمایند از زرق داخل عضلی بنزاتین پنسیلین اجتناب شود.

یا

- زمانی که زرقیات مضاد استطبای باشد، Penicillin فمی (Phenoxymethyl Penicillin) تجویز گردد از پودر خوراکی مایع ۲۵۰ میلی گرم فی ۵ میلی لیتر و یا تابلیت ۲۵۰ میلی گرم Penicillin V استفاده شود.
- در اطفال کمتر از ۵ سال: ۱۲۵ میلی گرم هر ۱۲ ساعت (نیم تابلیت یا ۲.۵ میلی لیتر) در هر روز
- بزرگسالان و اطفال بالاتر از ۵ سال: ۲۵۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت بعد (۱ تابلیت یا ۵ میلی لیتر) در روز

یا

○ اگر مریض به پنی سیلین حساسیت دارد، اریترومایسین خوراکی تجویز شود. از پودر و یا مایع خوراکی یا فمی، ۱۰۰ میلی گرام فی ۵ میلی لیتر و یا ۲۵۰ میلی گرام Erythromycin stearate، استفاده شود، و یا تابلیت Erythromycin estolate (که معادل به تابلیت ۴۰۰ میلی گرام Erythromycin Ethylsuccinate است) استفاده شود.

- در اطفال کمتر از ۵ سال: ۱۲۵ میلی گرام هر ۱۲ ساعت (نیم تابلیت یا ۲.۵ میلی لیتر) قبل از غذا، هر روز
- بزرگسالان و اطفال بالاتر از ۵ سال: ۲۵۰ میلی گرام هر ۱۲ ساعت بعد (۱ تابلیت یا ۵ میلی لیتر) قبل از غذا، هر روز

• تدای التهاب

○ تجویز aspirin (Acetylsalicylic acid) از طریق فمی. به مریض توصیه گردد تا دوا را در بین غذا اخذ نماید تا از تخریش معده جلوگیری گردد:

- اطفال بزرگتر از ۵ سال: ۲۰-۱۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۶ ساعت بعد به مدت ۲-۴ هفته (الی تا زمان از بین رفتن تب و تورم مفصل).
- احتیاط: آسپرین به اطفال کمتر از ۵ سال به دلیل خطر سندرم Reye تجویز نگردد.
- بزرگسالان: آسپرین ۵۰۰ میلی گرام هر ۶ ساعت به مدت ۴-۲ هفته (الی تا زمان از بین رفتن تب و تورم مفصل)

رجعت دهی

- همه موارد مشکوک تب روماتیک جهت تایید
- همه واقعات اختلاطی مشکوک به امراض قلبی برای معاینات و گزینه های تدای بیشتر
- مریضانی که بمقابل تدای جواب ضعیف نشان میدهند
- مریضانی که آسپرین را تحمل نمی توانند و یا مریضانی که آسپرین نزد شان مضاد استطباب است
- مریضانی که سایر اختلالات ویا عوارض دارند (مثل Chorea)

وقایه

- اطمینان از تدای فوری با آنتی بیوتیک مناسب برای انتان استرپتوکوکسیک گلو (بخش ۴.۵.۲ "التهاب باکتریایی تانسیل ها" مطالعه شود).
- ادامه تدای وقایوی تا هنگام محدود ه سنی متذکره (به بالا رجوع کنید).
- به مریض در مورد علائم ممکنه اختلالات و عوارض مرض اطلاع داده شود (مثل امراض قلبی، عدم کفایه یا نارسایی قلبی و سایر اعراض دیگر که در بالا توضیح داده شده است).

۶.۴ خناق صدري (Angina Pectoris)

شرح

- آنژین صدري می تواند به شکل آنژین ثابت (پایدار) ویا نائابت (ناپایدار) موجود باشد:
- آنژین صدري ثابت: آنژین صدري یک سندروم کلینیکی است که متصف است با درد اشتدادی یا حملوی قفس صدري در نتیجه ایسکمی گذری میوکارد. درد قفس صدري بوسیله فشار های روحی (استرس) یا فعالیت فزیک حرکت شده و به سرعت با استراحت نمودن و یا تطبیق Nitrate تحت اللسانی تسکین میگردد. شایع ترین سبب آن آتروسکلری روزش شرایین است، به هر حال، آنژین صدري ممکن است در نتیجه تضیق یا تنگی ابهر و یا کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک هم اتفاق بیفتد.
- آنژین صدري نائابت: آنژین صدري نائابت معمولاً متصف است با شروع حمله جدید یک آنژین شدید ویا وخامت ناگهانی آنژین ثابت قبلی که ممکن است با تطبیق Nitroglycerin تحت اللسانی تسکین و برطرف نگردد.

تشخيص

• اعراض

- مريض درد قفس صدري داشته يعنى احساس گرفتگى، سنگينى، سوزش، فشار دادن، سيخ زدن، درد در صدر ويا سوء هاضمه گاز موجود است. درد در خلف يا كمى به سمت چپ وسط عظم قص توضع ميداشته باشد.
- درد ممكن است به فك يا شانه چپ و قسمت علوى بازوى چپ انتشار نموده، و به استقامت داخلى بازو الى آرنج، ساعد، مچ دست، يا انگشت چهارم و پنجم انتشار مينمايد. درد ممكن است با سرگيچى يا ضعف همراه باشد.
- ساير علل و اسباب درد صدر بايد تحرى شود.

• علايم

- در جريان حمله، مريض مضطرب، عسرت تنفس داشته و رنگ پريده به نظر مى رسد، عرق سرد نيز ممكن وجود داشته باشد.
- ECG در بين حملات شايد نورمال و طبيعى باشد، اما در جريان حمله، ECG نمايانگر انحطاط قطعه ST و معكوس شدن موج T ميباشد.

اهتمامات و تدابير معالجه

غير دوايى

- مريض سگرت نكشد.
- كوشش شود وزن بدن متناسب باشد
- اجتناب از فعاليت هاى فزيكى شديد بعد از غذا ثقيل و يا در هواى بسيار سرد، و فشار هاى روحى.

تداوى دوايى

- تجويز Nitroglycerin در زير زبان (تابليت زيرزباني ۰.۵ ميلي گرام) در صورت ضرورت بعد از ۵ دقيقه تكرر شود (اما نه بيش از ۳ بار) Nitroglycerin باعث توسع اوعيه اكليلى و در حدود ۲-۱ دقيقه تاثير مى نمايد. نايترولىسيرين در شفاخانه حوزوى و شفاخانه هاى ولسوالى موجود است.
- يك دوز Aspirin (۸۱ الي ۳۲۵ ميلي گرام) از طريق فمى يك بار در روز فوراً متعاقب تشخيص آنژين ناايب تجويز شده و ادامه داده شود.
- Isosorbide dinitrate را تجويز نماييد، كه در شفاخانه هاى ولسوالى موجود است.
- در حمله حاد، دوز ابتدايى ۲،۵ (دونيم) ميلي گرام تابليت تحت اللسانى يك بار، و در صورت ضرورت به زودى متعاقب حل شدن تابليت، تكرر تطبيق گردد. در صورت تحمل، دوز دو ممكن دو چند بلند برده شود. شروع تاثير آن در حدود ۳ دقيقه است.
- در آنژين صدرى مزمن و دوز تعقيبى، ۱۰ الي ۴۰ ميلي گرام از تابليت هاى آهسته رهش آن هر ۱۲ ساعت بعد. اگر تابليت هاى آهسته رهش آن در دسترس باشد، براى تحمل نزد مريض ترجيح داده ميشود.
- Atenolol ۵۰-۱۰۰ ميلي گرام روزانه براى آنژين صدرى مزمن.
- احتياط: Atenolol در مريضان مبتلا به استما و امراض انسدادى مزمن ريوى مضاد استطباب مطلق است و در مريضان مبتلا به نارسايى يا عدم كفايه قلبى، برادى كاردى (كمتر از ۵۰ ضربه فى دقيقه)، ديابت و امراض اوعيه محيطى مضاد استطباب نسبي است.
- يادداشت: آنژين نا ايب را مى توان مانند احتشاً ميوكارد تداوى نمود. در ذيل بخش احتشاً حاد ميوكارد مطالعه شود.

رجعت دهى

همه مريضانى كه درد صدرى عود كننده يا معند دارند، براى معاينه و بررسى بيشتر، بشمول تست تحمل فعاليت فزيكى (Exercise tolerance test)، آنژيوگرافى اوعيه اكليلى و تداوى رجعت داده شوند.

هدایات به مریضان

- مریض سگرت نکشد.
- رژیم غذایی چرب محدود گردد (مثل شحمیات مشبوع، مغزیات).
- اجتناب از فعالیت های فیزیکی ثقیل، غذایی های ثقیل و هوای سرد.
- اجرای فعالیت فیزیکی به طور منظم.

۶.۵ احتشا حاد میوکارد (AMI) Acute Myocardial Infarction

شرح

احتشا حاد میوکارد (AMI)، نكروز حاد ایسكمیک یک ساحه از میوکارد (عضله قلب) ناشی از انسداد مكمل یا قسمی از اوغیه اكلیلی است.

تشخیص

یادداشت: ضرورت به موجودیت تمام اعراض و علائم نمی باشد و در ۲۵٪ از واقعات احتشا هیچگونه علایم کلینیکی واضح موجود نمی باشد.

- علامه ابتدایی کلینیکی درد شدید قفس صدري شبیه به آنژین صدري است:
 - خلف عظم قص یا ناحیه اپی گاستریك (شروقیه)
 - فشار دهنده یا سوزاننده
 - انتشار به گردن، قسمت داخلی بازوی چپ و یا هر دو
 - تداوم بیشتر از ۳۰ دقیقه
 - در حالت استراحت اتفاقی می افتد
 - سایر علایم که ممکن است وجود داشته باشد عبارتند از:
 - رنگ پریدگی (خسافت)
 - تعرق
 - ضربان نامنظم قلب
 - اضطراب
 - مشکلات در تنفس که نمایانگر عدم کفایه یا نارسایی قلبی خواهد بود (بخش ۶.۲ "عدم کفایه قلب" مطالعه شود)
- یادداشت: استراحت و نایتروگلیسرین زیر زبانی به طور مكمل درد صدري را برطرف نخواهد كرد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

برای رجعت دهی آماده گی گرفته شود.

غیر دوايي

- فعالیت:
 - استراحت كامل بستر برای ۱۲ ساعت اول
 - وضعیت راست نشسته و یا در یک چوکی در کمتر از ۲۴ ساعت، در صورت عدم تفریط فشار خون

• رژیم غذایی:

- به مدت ۴-۱۲ ساعت اول هیچ چیز از طریق دهن خورده نشود به دلیل خطر استفراغ و اسپایریشن آن بداخل شش ها، مریض فقط آب یا مایعات بدون رنگ از راه دهن گرفته میتواند.

○ یک کمود در پهلوی بستر باید نیز در دسترس باشد، در صورت قبضیت ادویه مسهل تجویز شود.

دوایی

- احیاء قلبی ریوی، در صورت لزوم.
- برای کاهش لخته شدن خون، فوراً آسپرین به مقدار ۳۲۵ میلی گرام از طریق دهن تجویز شود. اگر فرمولیشن بشکل دوز جامد باشد ترجیحاً دوز اول باید جویده یا خرد شده، و یا هم چوشیده شود.
- برای تسکین درد، تابلت تحت اللسانی نایتروگلیسرین (قابل دسترس در شفاخانه منطوقی و ولسوالی): ۰.۵، ۰ (نیم) میلی گرام در هر ۵ دقیقه تا ۳ دوز تجویز شود.
- یا
- تابلت زیر زبانی ایزوسورباید دای نایتریت Isosorbid dinitrate (در شفاخانه ولسوالی موجود است): ۵ میلی گرام هر ۵-۱۰ دقیقه در صورت ضرورت برای درد به مقدار اعظمی ۵ تابلت.
- اگر درد مریض تسکین نشود مورفین تجویز گردد، مورفین به مقدار ۴-۸ میلی گرام زرق آهسته (۱ میلی گرام فی دقیقه) داخل وریدی (۰.۴-۰.۸ میلی لیتر از ویال های ۱۰ میلی گرام فی میلی لیتر).
- باز نمودن ورید مریض یا IV line، و رجعت دهی فوری به شفاخانه.

رجعت دهی:

- همه واقعات احتشاً قلبی فوراً رجعت داده شود.

هدایات به مریضان

- سگرت کشیدن توقف داده شود.
- مصرف الکل متوقف گردد.
- فشار خون و شکر خون کنترل گردد.
- وزن های سنگین بلند نکنند.
- کاهش وزن بدن.
- مقاربت جنسی پس از ۶ هفته صورت گرفته میتواند.
- بعد از ۸-۶ هفته به کار برگردند.
- تعقیب و پیگیری منظم و مراقبت از طرف داکتر.

فصل هفتم تشوشتات سیستم عصبی مرکزی

۷.۱ صرع یا مرگی (Epilepsy)

شرح

اصطلاح صرع بیانگر تشوشتاتی است که با تشنجات عود کننده متصف می باشد. تشنج یک اختلال گذری ناشی از تشوشت وظایف دماغی که از سبب ترشحات عصبی (Neuronal discharge) اشتدادی غیر نورمل دردماغ بوجود میآید، میباشد.

صرع که اغلباً با سوء تفاهم های اجتماعی، روانی، حقوقی، و فرهنگی همراه است، اشکال و اسباب مختلف دارد:

- صرع ایدیوپاتیک - علت خاصی برای آن شناخته نشده است.
- صرع عرضی - عوامل تحریک کننده ذیل را می توان شناسایی نمود:
 - انتانات داخل جمجمه مانند مننژیت باکتریایی، جروحات، کتلات، یا سکتة دماغی
 - تشوشت میتابولیک مانند یوریمی، هیپوگلیسمی و هیپرگلیسمی، هیپوکلسمی، عدم کفایه کبد، یا سایر اختلالات
 - استفاده ازمواد مخدر یا الکول و یا هم قطع دوائی

تشخیص

هرگز صرع را فقط بر اساس یک حمله تشنجی تشخیص ننمایید، در حدود ۱۰ فیصد مردم یک حمله تشنج را در طول عمر خود تجربه مینمایند. نکته کلیدی برای تشخیص صرع آنست که مریض دارای دو یا چند تشنج بدون هیچ گونه علت روشن داشته (طورمثال عدم موجودیت هیچ یک از عوامل تحریک کننده فوق)، ۷۰ فیصد مریضانی که دو تشنج داشته باشند حمله سومی تشنج نیز نزد شان رخ خواهد داد.

گرفتن تاریخچه دقیق مهم است.

- تاریخچه صحی شامل موارد ذیل گرفته شود:
 - شرح مفصل حداقل از دو حمله تشنجی آخر
 - تاریخچه فامیلی تشنج
 - تاریخچه قبل از تولد
 - رشد و نموی دوران طفولیت
 - تداوی تشنجات قبلی
- تاریخچه اجتماعی برای ارزیابی محیط و ماحول مریض گرفته شود. معاینه فیزیکی دقیق نکات ذیل را تعیین خواهد کرد:
 - آیا یک حالت قابل تداوی موجود است. مهم است هر گونه حالت قابل تداوی که ممکن یک عامل تحریک کننده تشنج فعلی باشد، شناسایی گردد (لست عوامل تحریک کننده فوق مشاهده شود).
- تصنیف تشنج. تشنج قرار ذیل تصنیف میشود:
 - عمومی (Grand mal) یا تونیک-کلونیک: حرکات تند و سریع میوکلونیک
 - ابسنس (Petit mal): از دست دادن شعور به مدت کوتاه و عضلات شل و نرم
 - قسمی یا حرقاقی: تشنج موضعی یک قسمتی از بدن
- تشوشتات همراه یا ضمیموی: تشنج ممکن همراه با حالات ذیل باشد: -
 - احساس (Aura) قبل از تشنج - یک سیگنال هشداریه بوده که نمایانگر تشنج قریب الوقوع است (معمولاً توسط مریض فهمیده می شود)، Aura ممکن از نوع بینایی، شنوایی، طعم، بوی، و یا احساس سوماتیک باشد.
 - سیانوز، ترش لعاب دهن، جویدن زبان، و یا از دست دادن کنترل ادرار و مواد غایطه
 - بهبودی سریع و یا آهسته: مریض ممکن به سرعت بهبود یابد و یا نزد مریض به مدت طولانی خواب آلودگی، سرگیچی، یا سردردی موجود باشد.
 - رفتار غیر نارمل و یا تغییر خلق (نادرآ موجود میباشد)

اهتمامات و تدابیر معالجوی

اهتمامات غیر دواایی

- در هنگام تشنج
- دور ساختن مریض از محلات خطر (مانند، آتش، آب، ماشین آلات).
- اطمینان از باز بودن و صاف بودن طرق تنفسی
- بعد از توقف تشنج -
- مریض را به حالتی که احساس بهبودی مینماید، قرار دهید (مثلاً، نیمه دراز کشیده).
- مریض ممکن برای ۳۰-۶۰ دقیقه خواب الود و گیج باشد، نباید الی بهبودی کامل تنها بماند.

اهتمامات دواایی

- تطبیق آکسیجن (در صورت موجودیت) برای جلوگیری از هیپوکسی دماغی.
- تطبیق Diazepam:
- اطفال کمتر از ۱۰ سال
 - تجویز Diazepam از طریق رکتل.
- در سرنج های که برای تطبیق انسولین یا توپرکولین تست استفاده میگردد مقدار مناسب Diazepam را کش نموده، سوزن از سرنج دور شود بعداً همین سرنج بدون سوزن به اندازه ۴-۵ سانتی متر به مقعد داخل و محتوی آن در مقعد تخلیه شود در عین حال سرین ها با هم برای ۲-۳ دقیقه فشار داده شوند.
- جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۹ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- یا
- تجویز Diazepam از طریق زرق وریدی (بیش از ۱۰ دقیقه) به جدول الف ۹ مراجعه شود.
- بزرگسالان و اطفال بیشتر از ۱۰ سال
 - تجویز Diazepam از طریق زرق وریدی منحیث یک دواى ضد اختلاج. جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۹ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- احتیاط: مراقبت از انحطاط تنفسی یا توقف تنفسی.
- یا
- زرق عضلی نیز تطبیق شده میتواند (مانند دوز ابتدایی) و در صورت ضرورت بعد از هر ۳ الی ۴ ساعت تکرار شده میتواند.

رجعت دهی

- همه مریضان جدید که مشکوک به صرع اند برای تشخیص و شروع تداوی توسط داکتر متخصص به شفاخانه راجع شوند.
- همه مریضان مبتلا به صرع بعد از تطبیق دوز اول Diazepam به زود ترین فرصت به مرکز صحنی مربوطه رجعت داده شوند.
- مریضانی که دفعات یا فریکوئنسی اختلاج نزد شان افزایش میابد و یا تغییر در نوع اختلاج داشته باشند.
- زنان حامله مصاب صرع جهت تنظیم ممکنه تداوی و ادویه در زمان حاملگی
- مریضانی که نزد شان اعراض و علائم عصبی پیشرفت مینماید
- مریضانی که عکس العمل های ناگوار دواایی را تجربه نموده اند و یا مشکوک به سمیت دواایی اند
- مریضانی که ۲ سال یا بیشتر از آن تداوی گردیده اند و نزد شان اختلاج موجود نیست - به منظور ارزیابی و بررسی تداوی یادداشت: همیشه در هنگام رجعت مریضان، معلومات دقیق در مورد تشنج ارائه نمایند:
- دفعات و فریکوئنسی تشنج (ماهانه یا سالانه)
- تاریخ اولین و آخرین حمله تشنج
- تصنیف تشنج
- شرح تشنج

- به طور مشخص-
 - آیا تشنج های اخیر قبل از وقوع با "Aura" همراه بوده است؟
 - آیا از دست دادن کامل شعور موجود بود؟
 - در هنگام تشنج چی اتفاقات رخ داد (مرحله به مرحله) ؟
- به طور عموم-
 - معمولاً تشنج مریض برای چی مدت دوام میداشته باشد؟
 - بعد از تشنج مریض چه احساس داشته و چه انجام میدهد؟
 - چه مدت دوام می کند که مریض بعد از تشنج دوباره بهبود می یابد؟
- تاریخچه فامیلی تشنج
- تاریخچه سوء استفاده از ادویه یا سایر مواد، بشمول الکل و مواد مخدر نام و دوز ادویه ضد صرع که مریض میگیرد، و این که مریض به خوبی پابند تداوی است

وقایع

- توصیه به پابندی خوب مریض به دوا های ضد صرع.
 - مشوره با مریض و خانواده اش در مورد مرض جهت کاهش ناراحتی های اجتماعی و ترویج زندگی عادی.
 - وقایع و تداوی مناسب حالات تحریک کننده تشنج.
- ### هدایات به مریض
- داشتن یک کتابچه یادداشت در مورد معلومات فوقاً لست شده در "رجعت دهی" و آوردن آن به مرکز صحت و مراکز رجعت دهی.
 - بازگشت مریض در هنگام عود تشنج و یا اعراض و علایم جدید.
 - اجتناب از رانندگی، استفاده از ماشین آلات صقیل، و استفاده از الکل یا مواد مخدر در هنگام مصرف ادویه ضد تشنج.

۷.۲ انسفالیت و مننژیت (Encephalitis and Meningitis)

شرح

- انتان حاد یا التهاب سیستم عصبی مرکزی (CNS) و سحایا ممکن توسط باکتری ها، ویروس ها، فنگس ها، ارگانیسم های پرازیتی، و یا ممکن در اثر التهاب انتان قبلی بوجود آید. هر مریض که احتمال انتانات یا التهاب CNS و سحایا نزد شان موجود است باید منحنیک یک واقعه عاجل طبی در نظر گرفته شده که نیاز به ارزیابی و تداوی سریع و جدی داشته و به شفاخانه رجعت داده شود.
- انتانات یا التهاب ممکن یک قسمت یا چندین قسمت سیستم عصبی مرکزی را مأوف نماید.
- مننژیت: انتانات پوشش دماغ یا نخاع
 - اکثراً عامل سببی آن باکتری ها (پنوموکوک، مننگوکوک، H.Influenza، انتانات مختلط گرام منفی (نزد نوزادان)، و یا ویروس ها میباشد
 - انسفالیت: انتان یا التهاب دماغ، ممکن با اختلالات چون خونریزی داخل قحفی و یا اسکیمی همراه باشد.
 - اکثراً عامل آن ویروس ها (انواع مختلف) و یا التهاب بعد از ویروس میباشد
 - ممکن توسط باکتری ها، فنگس ها، پرازیت ها (به خصوص در مریضان با سیستم دفاعی ضعیف) بوجود بیاید.
- یادداشت:** انتانات توبرکلوزیک ممکن است هر یک از ساختمان های سیستم عصب مرکزی را مأوف نماید و بطور وصفی کمتر حاد می باشد.

تشخیص

یادداشت: برای اطفال کمتر از ۵ سال، فلپ چارت IMCI تعقیب شود.

انتانات یا التهاب سیستم عصب مرکزی ممکن بطلی و یا سریع تظاهر نموده و منجر به یک مریضی تهدید کننده حیات شود. مننژیت به طور وصفی و حاد تظاهر نموده، اما طیف وسیعی از اعراض و سرعت شروع اعراض آن با مأوفیت ساختمان های سیستم عصبی مرکزی بوجود میاید. طیف اعراض آن ممکن شامل موارد ذیل باشد:

- سردردی
- تب یا ناراحتی
- تشنج
- ضعف موضعی یا عمومی
- درد یا شخی گردن:
- علامه Brudzinski: قبض کردن گردن مریض در حالت تخته به پشت که منجر به قبض غیر ارادی زانو و مفصل حرقی میگردد.
- علامه Kernig: کوشش جهت بسط زانو با یک مقاومت قوی منفعل و درد گردن و یا هر دو مواجه می گردد.
- تغییر در وضعیت روانی. مریضان که سرگیچی یا کوما دارند باید تا ثابت شدن مرض نزد شان به انتانات سیستم عصب مرکزی مشکوک شد. سایر اسباب تغییر وضعیت روانی عبارتند از:
 - ملاریای دماغی - معاینه Smear و تست سریع مریضان
 - اختلالات متابولیک
 - هیپوگلیسمی - در تمام مریضان گلوکوز خون چک گردد.
 - هاپر گلایسیمی یا Diabetic ketoacidosis - سویه گلوکوز چک شود
 - Hypertensive crisis - فشار خون معاینه شود.
 - ضربه یا سکنه دماغی - تاریخچه مریض گرفته شود.
 - عوامل ناشی از مواد مخدر - گرفتن تاریخچه بشمول الکل، تریاک، و یا استفاده از سایر ادویه (بشمول مصرف بیش از حد).
 - عدم کفایه کلیه و کبد. در موارد مشکوک جهت اجرای تست های لابراتواری مریض رجعت داده شود.
- Purpura یا Ptechia: بعضاً با موارد مننژیت مننگوکوکال مترافق می باشد.
 - در نوزادان (اطفال کمتر از یک سال) و به طور عمومی در اطفال کمتر از ۵ سال اعراض آن غیر وصفی میباشد که عبارتند از:
 - تخرشیت
 - امتناع از خوردن، مکیدن ضعیف، استفراغ، اسهال
 - خواب آلودگی، گریه ضعیف
 - کاهش مقویت عضلی (طورمثال، Hypotonia)
 - برجسته شدن Fontanel در حالت استراحت
 - کوما یا تشنج
- احتیاط: علایم عمومی خطر در صورت موجودیت، معاینه گردیده و منحث "مریضی بسیار شدید" مطابق به فلپ چارت IMCI تداوی گردد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

چون تداوی انتانات سیستم عصب مرکزی اکثراً نیاز به ادویه و سایر اقدامات که در تسهیلات صحنی BPHS موجود نیست، دارد، بنّاء مریضان باید ابتدا تثبیت (Stabilized) شده، با تطبیق اولین دوز انتی بیوتیک مناسب که در تسهیل صحنی موجود است، به شفاخانه رجعت داده شود.

- مریض تثبیت (یا Stabilize) شود.
 - در صورت ضرورت اکسیجن تجویز شود (در صورت موجودیت).
 - شروع اعاده مایعات از طریق وریدی. (باز نمودن ورید)
 - محافظت مریض از آسیب در هنگام تشنج.
 - حصول اطمینان از باز و صاف بودن طرق هوایی در حالت که مریض تشنج دارد.
 - کنترل تشنج با تجویز Diazepam
 - اطفال کمتر از ۱۰ سال
 - تجویز Diazepam از طریق رکتال.
 - در سرنج های که برای تطبیق انسولین یا توپرکولین تست استفاده میگردد مقدار مناسب Diazepam را کش نموده، سوزن از سرنج دور شود بعداً همین سرنج بدون سوزن به اندازه ۴-۵ سانتی متر به مقعد داخل و محتوی آن در مقعد تخلیه شود در عین حال سرنج ها با هم برای ۲-۳ دقیقه فشار داده شوند.
 - جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۹ در ضمیمه الف مراجعه شود.
 - یا
 - تجویز Diazepam از طریق زرق وریدی (بیش از ۱۰ دقیقه)، به جدول الف ۹ مراجعه شود.
 - کاهلان و اطفال بیشتر از ۱۰ سال
 - تجویز Diazepam از طریق زرق وریدی منحنی یک دوی ضد اختلاج، جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۹ در ضمیمه الف مراجعه شود.
 - احتیاط: مراقبت از انحرافات تنفسی یا توقف تنفسی.
 - یا
 - زرق عضلی نیز تطبیق شده میتواند (مانند دوز ابتدایی) و در صورت ضرورت بعد از هر ۳ الی ۴ ساعت تکرار شده میتواند.
 - تجویز عاجل آنتی بیوتیک: Ampicillin جمع Gentamicin
 - اطفال کمتر از ۵ سال
 - زرق عضلی Ampicillin جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۴ در ضمیمه الف مراجعه شود.
 - زرق عضلی Gentamicin جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۱۳ در ضمیمه الف مراجعه شود.
 - کاهلان و اطفال بیشتر از ۵ سال
 - زرق عضلی یا آهسته وریدی Ampicillin: ۵۰۰ میلی گرام تا ۱ گرام هر ۶ ساعت بعد
 - زرق عضلی یا آهسته وریدی Gentamicin ۲ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن به شکل loading dose (یعنی ۳ میلی لیتر یا ۴ میلی لیتر ویال که حاوی ۸۰ میلی گرام است، متعاقباً دوز تعقیبیه ۱ الی ۱.۷ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز، هر ۱۲ ساعت بعد)
 - کنترل تب در صورتیکه درجه حرارت ۳۸.۵ درجه سانتی گراد یا بیشتر از آن باشد.
 - به مریض حمام با آب شیر گرم داده شود (تربند).
 - تجویز Paracetamol جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.
-
- جلوگیری از کاهش قند خون در اطفال کمتر از ۵ سال. طفل با شیر مادر یا آب شیرین تغذیه شود.
 - در صورت مثبت بودن Smear و موجودیت علایم خطر امراض تب دار بسیار شدید ملاریای دماغی را در اطفال کمتر از ۵ سال در مناطق اندیمیک ملاریا ندای نمایند (بخش ۱۵.۷ "ملاریا" مشاهده شود).

وقایع

اطمینان حاصل نمایید که تمام افراد بطور مناسب واکسین شده و در پروگرام ملی واکسیناسیون (EPI) ثبت شده است.

هدایات به مریض

- انتقال مریض با همراهی افراد مسلکی و طبی، در صورت موجودیت.
- مد نظر گرفتن اهتمامات مناسب طرق هوایی و تشنج توسط مواظبت کننده مریض در هنگام حمل و نقل مریض.
- ارزیابی همه اعضای خانواده و اقارب نزدیک برای دریافت اعراض مننژیت.

فصل هشتم

امراض روانی

شرح

تشوشات روانی و دماغی بیشتر از آنکه تشخیص شوند، معمول میباشند که منحیث پیامد یک حادثه پر از فشار (Stressful) یا ترضیعی زنده گی؛ یا در نتیجه عدم تعادل نیوروترانسمیترهای اساسی و یا هردو بوجود میآید. اغلب مریضان مبتلا به مشکلات روانی شکایات جسمی نیز دارند. به همین ترتیب، مریضانی که مصاب به امراض عضوی اند ممکن با اعراض روانی تظاهر نمایند- بنابراین ضرور است تا مشکلات عضوی منحیث یک عامل اصلی این اعراض روانی رد گردد.

تشوشات روانی را ممکن است با تشوشات و اعراض موجود تصنیف نمود: -

- تغییر خلق (مانند افسردگی و یا Mania)
- حالات اضطرابات (مانند هراس یا احساس ترس که باعث اختلال زندگی عادی یا سلوک میگردد)
- سایکوزس (مانند هذیانات، برسامات و از دست دادن تماس با واقعیت های زنده گی که بعضا با رفتار پرخاشگرانه همراه است)

تشخیص

تشوشات روانی را میتوان به دو گروه تقسیم نمود: تشوشات معمول با شدت خفیف تا متوسط که اجازه ادامه فعالیت های عادی زندگی و روابط اجتماعی را داده و تشوشات با اعراض شدید که مانع رفتار و سلوک نارمل و روابط اجتماعی میگردد.

• تظاهرات مریض

○ تشوشات روانی معمول؛ اختلالات خفیف یا متوسط اند که در آن مریض قادر به اجرای فعالیت های عادی روزمره زندگی خود بوده که شامل افسردگی، اضطرابات، شکایات جسمی غیر قابل توضیح، و اختلال تغییراتی و تطابقی (Conversion disorder) میباشند.

■ افسردگی یک تشوش روانی (Mental disorder) است که نمایانگر تغییرات مرکزی در خلق بوده و متصف است با اندوه، دلتنگی، کاهش لذت زندگی، احساس بی ارزشی یا گناه، احساس کم قوتی، تردید یا عدم توانایی در تصمیم گیری، تمرکز ضعیف، بی اشتها، تأخر عصبی- حرکتی، افکار مرگ یا فکر خودکشی کردن. و یا هم یک ترکیبی از موارد فوق است.

■ تشوشات اضطراب شامل یکتعداد از اختلالات روانی بوده متصف با نگرانی بیش از حد، عصبانیت، دلهره گی، ترس، حملات ترسناک، افکار و یا تصورات فضولانه، و یا ترضیضات (روانی) می باشد.

انواع مختلف از تشوشات اضطرابی وجود دارد:

- اختلال عمومی اضطراب (Generalized anxiety disorder)
- اختلال هراس (Panic disorder)
- اختلال پریشانی متعاقب ترضیض (Post-traumatic Stress disorder)
- ترس (Phobia)
- تشوش وسواس اجباری (Obsessive-compulsive disorder)

○ تشوش روانی شدید یا سایکوزس (جنون) اصطلاحات عام مورد استفاده برای توصیف اختلال روانی بوده که در آن فرد واقعیت ها را درک نمیتواند. اختلالات شدید در تفکر، هیجانات و سلوک شخص مشهود است. سایکوزس روابط زندگی و مشغولیت شخص را شدیداً مختل نموده و ابتکار مراقبت از خود یا حفظ روابط با دیگران را دشوار می سازد. سایکوزس متصف است با هذیان، برسامات، افکار، گفتار و رفتار عجیب و غریب، تجاوز، خشونت، و یا ترکیبی از موارد فوق. اختلالات روانی شدید شامل موارد ذیل اند:

- سایکوزس حاد
- سایکوزس مزمن یا Schizophrenia
- مانیا
- سایکوزس بعد از ولادت (Postpartum)

- سایر تشوشات شامل موارد ذیل اند:
 - مسمومیت و یا اعراض قطع دوابی از الکل، مواد مخدر (مانند چرس، تریاک) و یا سایر ادویه که ممکن مریضان به حالت گیجی، پر خاشگری، یا خواب آلودگی ظاهر شوند.
 - صرع (Epilepsy): یک تشوش دماغی بوده که متصف با تشنجات بالنفسی و متکرر میباشد.
 - صرع یک تشوش روانی نیست، اما یک اختلال عصبی با مشکلات روانی مکرر و حالت احساس شرم است. گاهی صرع میتواند با تشوش هراس در اطفال به اشتباه گرفته شود.
- شیوه ارزیابی مریض
 - علل امراض عضوی برای اعراض روانی نزد مریض رد گردد
 - فرط یا تفریط فعالیت غده درقیه - که سبب تغییر در رفتار میگردد
 - امراض قلبی، فرط فشار خون، امراض تنفسی - سبب اضطرابات میگردد
 - کاهش یا افزایش گلوکز خون (Hypoglycemia or hyperglycemia) - سبب تغییر در سلوک میگردد
 - اتانات (انسفالیت) - سبب تغییرات در سلوک، خلق و یا هوشیاری میگردد
 - مواد مخدر، الکل، استفاده ادویه و یا اعراض قطع دوابی - سبب تغییرات در سلوک و پر خاشگری میشود.
 - تشوشات متابولیک (عدم کفایه کبدی/ کلیوی) - سبب تغییر در سلوک یا هوشیاری میگردد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- اصول یا اساسات مراقبت از مریض شامل نظارت از اعراض، حصول اطمینان از مصئونیت، ارایه تداوی موثر دوابی و حمایت وضعیت روانی - اجتماعی مریض میباشد (بشمول مطرح کردن عوامل عمده استرس آور). اهداف اقدامات برای تداوی مریضان مبتلا به تشوشات روانی در مجموعه خدمات صحتی اساسی قرار ذیل تنظیم شده است:
- جلوگیری از آسیب رسیدن به مریض یا دیگران
 - تثبیت اینکه آیا کدام سبب عضوی برای اعراض نزد مریض وجود دارد (بخش "تشخیص" در بالا دیده شود)
 - فراهم نمودن مشوره های ابتدایی برای مریض و خانواده اش، مطرح کردن و توجه به عوامل اجتماعی در یک محیط مصون و محرم
 - فراهم نمودن تداوی دوابی کوتاه مدت فوری برای کسانی که سندرم های معمول اعراض خفیف را نشان میدهند (یعنی با زندگی و فعالیت های روزمره تداخل نمی کند)
 - رجعت دهی به یک مشاور آموزش دیده و مرکز صحتی که خدمات مناسب و کارکن ورزیده داشته باشد تا اعراض شدید (یعنی مرض مانع فعالیت های عادی زندگی روزمره و روابط می گردد)، کسانی که در انتهای سنی قرار دارند (اطفال و افراد مسن) و افرادی که امراض زمینه یی داشته و پاسخ ضعیف در برابر تداوی ابتدایی نشان میدهند، را تداوی نمایند.

تداوی غیر دوابی

مشاوره روانی - اجتماعی عبارت از خدماتی است که توسط کارکنان صحتی آموزش دیده یا مشاور روانی به یک فرد، خانواده و یا هم یک گروهی از افراد به مقصد بهبود حالت روانی، کاهش پریشانی و افزایش مهارت های کنار آمدن با فشار های روانی فراهم میگردد. مشاوره روانی - اجتماعی عوامل استرس آور عاطفی، پریشان زای محیطی و انکشافی را مطرح و بشکل مجرمانه برای افراد، زوج ها، گروه ها و یا خانواده ها عرضه میگردد. هدف آن رسیدن به نتایج مثبت و انکشاف مطلوب حالت روانی - اجتماعی از طریق کاهش عوامل شناخته شده خطر میباشد. دو نوع مشاوره روانی - اجتماعی وجود دارد: مشاوره ابتدایی و مشاوره مسلكی.

تداوی دوابی

سه گروه عمده دوابی که در تداوی تشوشات معمول روانپزشکی مورد استفاده قرار میگیرند در جدول ۸ ذکر شده اند.

جدول ۸.۱ ادویه مورد استفاده در تداوی تشوشات روانی

دوا	مورد استفاده	مقدار	
		اطفال	کاهلان
ادويه ضد اضطراب يا تسكين دهنده			
Diazepam	• ممكن است براي مدت کوتاه (به مدت سه هفته يا کمتر) مورد استفاده قرار گيرد، زيرا ميتواند باعث ب روز وابستگي دوايي گردد • براي تداوي تشوشات اضطرابي، بي خوابي و آشفتگي (با يا بدون سايكوزس) مورد استفاده قرار ميگيرد	رجعت داده شود	- ۵ ميلي گرام دو بار در روز براي حد اكثر ۲ هفته، و بعد از آن قطع دوا بشكل تدريجي (taper) در جريان يك هفته - براي آشفتگي شديد، ممكن ۱۰ ميلي گرام زرق داخل عضلي تجويز شود، در صورت ضرورت بعد از ۶۰ دقيقه تکرار گردد
ارتقا دهنده گان خلق (Mood Elevators) *			
Amitriptyline	• ممكن براي تشخيص افسردگي خفيف تا متوسط استفاده شود • ممكن توسط منابع رجعت دهنده به منظور تداوي اختلالات هراسي توصيه شود	رجعت داده شود	• دوز ابتدايي: ۵۰ ميلي گرام در شب، ممكن است دوز دوا به مقدار ۲۵ ميلي گرام در هر ۱۴ روز به منظور حصول تاثيرات متوقع تا حد اكثر ۱۵۰ ميلي گرام از طرف شب افزايش داده شود. • بعد از آغاز تداوي، حداقل الي ۶ ماه بطور مشخص نياز به تداوي دوايي ميباشد • افراد مسن: تداوي با ۲۵ ميلي گرام از طرف شب شروع شده دوز اعظمي ۱۰۰ ميلي گرام

• دوز ابتدایی: ۲۰ میلی گرام از طرف صبح و بعد از ۴ هفته اگر بطور مکمل یا قسمی جواب ندهد، ممکن این دوز تا ۴۰ میلی گرام افزایش یابد • افراد مسن: شروع تدای با ۱۰ میلی گرام از طرف صبح و بعد از ۴ هفته اگر بطور مکمل یا قسمی جواب ندهد، ممکن دوز تا ۲۰ میلی گرام افزایش یابد	رجعت داده شود	• ممکن است توسط منابع رجعت دهنده برای تدای افسردگی آغاز شود • ممکن در تدای "تشوش استرس متعاقب ترضیض روانی" استفاده آن محدود باشد (با رجعت دهی)	Fluoxetine صرف درشفاخانه ولسوالی موجود است
ادویه انتی سایکوتیک			
• دوز ابتدایی: ۲,۵ میلی گرام هر ۱۲ ساعت بعد؛ ممکن دوز آن به حداکثر روزانه ۱۲,۵ میلی گرام در صورت موجودیت اعراض افزایش داده شود • برای آشفتگی (Agitation) شدید: ۵ میلی گرام زرق داخل عضلی؛ در صورت ضرورت ممکن بعد از ۶۰ دقیقه این مقدار تکرار شود	رجعت داده شود	• ممکن در شروع تدای بیماریهای سایکوتیک حاد یا مزمن استفاده شود (رجعت مریض توصیه شده است) • ممکن برای آغاز تدای آشفتگی ها در صورتی که Diazepam مؤثر نباشد یا زمانی که با اعراض هذیانی همراه باشد، استفاده شود	Haloperidol - صرف در شفاخانه ولسوالی موجود است
• دوز ابتدایی: ۲۵ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد؛ ممکن مقدار آن به تدریج به حد اعظمی ۱۰۰ ملیگرام هر ۸ ساعت بعد افزایش داده شود. بادر نظر داشت جواب، دوز تعقیبیه معمول ۷۵-۳۰۰ میلی گرام روزانه تنظیم و عیار گردد. • در آشفتگی شدید: ۵۰ میلی گرام زرق عضلی در صورت ضرورت ممکن است بعد از ۶۰ دقیقه این مقدار به حداکثر ۵۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد تکرار شود	رجعت داده شود	• ممکن در شروع تدای بیماریهای سایکوتیک حاد یا مزمن استفاده شود (رجعت مریض توصیه شده است) • ممکن برای آغاز تدای آشفتگی ها در صورتی که Diazepam مؤثر نباشد یا زمانی که با اعراض هذیانی همراه باشد، استفاده شود	Chlorpromazine

احتیاط:

- اگر ادویه ضد افسردگی، به خصوص Tricyclic antidepressants به مقدار بیش از حد تجویز گردد ممکن کشنده باشد. احتیاط زیاد در مورد مرضیانی که دارای افکار خودکشی اند، مد نظر باشد.
- از تجویز ادویه ضد افسردگی Tricyclic antidepressants در مریضان دارای سابقه امراض قلبی، احتیاس ادرار، گلوکوم یا صرع اجتناب گردد.
- افراد مسن با ادویه ضد افسردگی بیشتر حساس اند و تداوی باید با دوز کم شروع و تعقیب گردند.

رجعت دهی

- تمام مرضیانی که برای اولین بار تشوش روانپزشکی نزد شان دیده میشود باید توسط مشاور آموزش دیده یا متخصص ارزیابی گردد، به خصوص اگر مریض مبتلا به یک اختلال شدید روانی باشد (نکات فوق مشاهده گردد) که باعث اختلال کارهای عادی، روابط شخصی و شیوه زندگی مریض گردد.
- سایر شرایط اضافی که در آن رجعت دادن قویا سفارش می گردد شامل موارد ذیل اند:
- تمام مرضیانی که ممکن تهدید برای خود یا دیگران باشند
 - کودکان، نوجوانان و افراد مسن
 - مرضیانی که امراض زمینه یی شدید دارند
 - خانم های حامله و شیرده
 - مرضیانی که دارای اعراض عود کننده اند
 - مرضیانی که به تداوی ابتدایی جواب نمیدهند
 - مریضان سایکوتیک، هر دو یعنی هم آنهائیکه حمله اول را داشته اند یا مریضان مزمن که تداوی نزد شان مؤفق نباشد.
 - افرادی که حمایت ضعیف اجتماعی دارند
 - مرضیانی که رفتار پرخاشگرانه و یا هذیانات را از خود تبارز میدهند
 - هر فردی که دارای اختلال دو قطبی (Bipolar) است (مانیا و افسردگی)

وقایه

- آموزش مریض و جامعه در مورد اینکه تشوشات روانی معمول بوده و قابل تداوی می باشند.
- قبل از اینکه اعراض و علائم مرض شدید شود، تداوی آغاز گردد.
- بر مکانیزم های حمایت های اجتماعی و خانوادگی تکیه شود.

هدایات برای مریضان

- به مریضان توصیه شود که با آغاز تداوی دویی، ادویه را مطابق به هدایات داده شده جهت اخذ نتیجه مطلوب و جلوگیری از وابسته گی دویی اخذ نمایند
- به مریضان هدایت داده شود تا:
 - از استعمال مواد مخدر، الکل و کافئین اجتناب نمایند.
 - خواب کافی، رژیم غذایی و ورزش مناسب داشته باشند.
 - در موارد بروز تنازعات اجتماعی و خانوادگی با مشاور روانی ملاقات نمایند (در صورت موجودیت).

فصل نهم امراض ولادی - نسایی

۹.۱ حاملگی و مراقبت های قبل از ولادت (Antenatal Care)

شرح

حاملگی حالتی است که مادر، یک جنین در حال انکشاف در بدن خود دارد. حاملگی معمولاً ۴۰ هفته طول می کشد و به سه تریمستر تقسیم شده است. هر تریمستر تقریباً شامل ۳ ماه می باشد.

مراقبت های قبل از ولادت (ANC) شامل مراقبت های خانم حامله در طول دوران حاملگی می باشد.

- مراقبت های قبل از ولادت به منظور اطمینان از اینکه خانم حامله در دوران حاملگی، ولادت و بعد از ولادت صحتمند بوده و یک نوزاد سالم را به دنیا بیاورد، تنظیم گردیده است.
- مراقبت های قبل از ولادت به منظور فراهم نمودن تاریخچه و معاینه خوب برای شناسایی هر گونه مشکلات احتمالی دوران حاملگی، ولادت و بعد از ولادت، با ارزش است.
- مشکلات شناسایی شده دوران حاملگی تدای شده و یا هم به یک مرکز صحتی مجهز تر رجعت داده شوند.
- مراقبت های قبل از ولادت ترجیحاً از مرحله قبل از حاملگی و زمان حاملگی شروع می شود، اگر چه اغلباً از سه ماه اول حاملگی آغاز می گردد یعنی زمانیکه خانم متوجه می شود که وی دوره قاعدگی ندارد یا به اصطلاح پس افتادگی داشته است.

- مقاصد مراقبت های قبل از ولادت (ANC):
 - فراهم نمودن آگاهی و تعلیمات، اطمینان و حمایت به خانم و شوهرش
 - توصیه در مورد مشکلات و اعراض جزئی و معمولی حاملگی
 - فراهم نمودن ارزیابی و تدای مشکلات شناسایی شده قبل از ولادت
 - ارزیابی عوامل خطر نزد مادر و جنین در شروع حاملگی و انکشاف آن در دوران حاملگی
 - مراقبت جداگانه برای خانم های حامله که در معرض خطر بیشتر قرار دارند و رجعت دادن آنها به مراکز صحتی مجهز تر
 - تعیین زمان، شیوه، و محل ولادت (طور مثال، ساختن یک پلان ولادت)
 - تعیین هر گونه علایم خطر مانند: -

- کم خونی شدید
- سردردی شدید
- فرط فشار خون
- تورم یا ایدما (Edema) قسمت بالایی بدن
- خونریزی مهیلی ویا آبریزی (Leakage)
- تب
- اختلاجات
- مشکلات مربوط به جنین

تشخیص

- زمانی که نزد خانم دوره قاعدگی طبیعی اش ظاهر نشود یا اعراض حاملگی نزدش دیده شود به حمل مشکوک شده و با آزمایش (تست) حاملگی در ادرا تایید میگردد.
- اعراض حاملگی شامل موارد ذیل اند:
 - ظاهر نشدن دوره قاعدگی
 - دلبدی

۹.۱ حاملگی و مراقبت های قبل از ولادت

- حساسیت ثدیه ها
- خستگی
- تکرر ادرار
- بزرگ، نرم و قابل جس بودن رحم
- شنیده شدن آواز های قلب جنین (نارمل ۱۴۰ الی ۱۶۰ فی دقیقه)
- مثبت بودن آزمایش (تست) حاملگی در ادرار (بعد از هفته اول)
- افزایش وزن (معمولاً ۱۱ الی ۱۳ کیلوگرم در دوران حاملگی)
- مطابق به رهنمود WHO، یک خانم حامله باید حداقل ۴ بار جهت مراقبت های قبل از ولادت مراجعه نماید (جدول ۹.۱ مشاهده شود).

جدول ۹.۱ خلاصه ای از مراقبت های قبل از ولادت

ملاقات	اقدامات
اول - در جریان سه ماه اول حاملگی، قبل از هفته شانزدهم	• گرفتن تاریخچه مکمل • اجرای معاینه فیزیکی • سفارش معاینات آزمایشگاهی (خون و ادرار) در صورت ضرورت • ثبت علایم حیاتی، قد و وزن • آرایه معلومات در مورد رژیم غذایی، طرز زندگی و مراقبت • زمان حاملگی به خانم و خانواده بشمول شوهرش • استفاده از قاعده Naegele به منظور تعیین تاریخ متوقع ولادت، که در افغانستان معمولاً از آن استفاده می شود: ○ تعیین اولین روز از آخرین دوره قاعدگی. ○ اضافه کردن ۷ روز به آن. ○ سپس ۳ ماه را از آن کم کنید. ○ اضافه کردن ۱ سال به آن. • شروع نمودن متمم Ferrous sulfate همراه با Folic acid • معاینه لابراتواری ادرار جهت شناسایی و تعیین باکتری ها، گلوکوز و پروتین در صورت امکان • تعیین گروه خون و Rh، در صورت امکان
دوم - تقریباً هفته بیست و ششم حاملگی	• بررسی دریافت های معاینه ترایمستر اول. هر گونه تغییر در این دریافت ها یادداشت شود. (اذیما، علایم کم خونی، سایر امراض و علایم هشدار دهنده). • معاینه و اندازه گیری علایم حیاتی و ارتفاع و اندازه رحم. • تکرار معاینه لابراتواری ادرار (باکتری ها، پروتین و گلوکوز) در صورتی که در مراجعه اول تست غیر نارمل باشد. • آرایه معلومات در مورد رژیم غذایی و طرز زندگی مراقبت • زمان حاملگی به خانم، خانواده و شوهرش • توصیه به خانم و شوهر در مورد اهمیت تغذیه با شیر مادر بصورت فوری و وافر برای نوزاد

• اجرای تمام موارد ملاقات دوم. • ثبت نمودن تعداد ضربان قلب جنین. • معاینه لابراتواری هیموگلوبین خون برای شناسایی شدت کم خونی • بحث در مورد روش فاصله میان ولادت ها با خانم و شوهرش • اجرای معاینه ثدیبه • تجویز واکسین TT	سوم- تقریباً هفته سی و دوم حاملگی
• اجرای تمام موارد ملاقات سوم. • ارزیابی موقعیت جنین با استفاده از یک معاینه Leopold یا سایر ارزیابی های سیستماتیک. • معاینه برای تعیین اعتلان حوصلی جنین (Breech) و یا سایر وضعیت های غیر نارمل. • ساختن برنامه ولادت خانم. تمام معلومات در مورد اینکه در زمان آغاز علایم ولادت چه باید کرد، با کی تماس گرفت، زمانی که درد های ولادت شروع میشود باید به کجا رفت و یا در مورد بروز سایر علایم، ارائه گردد. • توصیه به خانم و شوهر در مورد اهمیت تغذیه با شیر مادر بصورت فوری و وافر برای نوزاد	چهارم- بین هفته سی و ششم و سی و هشتم حاملگی

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- جلوگیری از کم خونی ناشی از فقدان آهن.
 - تجویز ادویه ذیل برای تمام خانم های حامله در طول حاملگی و الی ۳ ماه بعد از ولادت یا سقط جنین: -
 - Ferrous sulfate + Folic acid (۶۰ میلی گرام آهن ۰.۴ میلی گرام فولیک اسید) - ۱ تابلیت در روز (با غذا یا درشب)
 - تجویز ادویه ذیل به میرضان که هیموگلوبین کمتر از ۱۱ گرام فی لیتر دارند: -
 - Ferrous sulfate + Folic acid (۶۰ میلی گرام آهن ۰.۴ میلی گرام اسید فولیک) ۱ تابلیت هر ۱۲ ساعت بعد، به مدت ۳ ماه بعداً
 - تداوی تعقیبیه با ۱ تابلیت روزانه در دوران باقیمانده حاملگی و به مدت ۳ ماه بعد از ولادت
 - خانم های حامله که نزد شان دلبدی و استفراغ موجود است، Pyridoxine (ویتامین B6) ۱ تابلیت ۲۵ میلی گرامه ویتامین B-۶ هر ۸ ساعت بعد در روز به مدت ۳ روز (در شفاخانه های ولسوالی موجود است)، تجویز گردد.
 - تطبیق واکسین TT به خانم های که به طور مکمل واکسین نشده اند (یعنی ۵ دوز منظم).
 - اگر خانم حامله واکسین نشده باشد در اولین ملاقات مراقبت قبل از ولادت دوز معیاری تجویز شود:
 - دوز اول TT در اولین ملاقات مراقبت قبل از ولادت تجویز شود- ۰.۵ میلی لیتر زرق داخل عضلی.
 - دوز دوم بعد از ۴ هفته
 - دوز سوم ۶ ماه بعد از دوز دوم (حتی اگر بعد از ولادت باشد)
 - دوز چهارم ۱ سال بعد از دوز سوم
 - دوز پنجم ۱ سال بعد از دوز چهارم.
 - اگر خانم حامله به طور کامل واکسین نشده باشد، درینصورت باید مطمئن شد که قبل از ولادت حداقل ۲ دور واکسین TT را بگیرد.
 - در صورتیکه مطمئن نباشد، اطمینان حاصل شود که مریض قبل از ولادت ۲ دور واکسین TT را می گیرد

- (حداقل در ۴ هفته جداگانه).
- اگر او قبلاً ۲ دور یا بیشتر واکسین TT را گرفته باشد، درینصورت یک دور واکسین TT در حدود ۲ ماه قبل از ولادت برایش توصیه گردد.
- اگر نزد خانم شواهد از تطبیق ۵ دور واکسین TT موجود باشد و آخرین دور تطبیق واکسین کمتر از ۱۰ سال باشد در این صورت نزد مریض تطبیق دوباره واکسین TT ضرورت نیست.
- تجویز Mebendazole ۵۰۰ میلی گرام (۵ تا بلیت ۱۰۰ میلی گرام یک بار) - یک بار در سه ماه دوم و یا در سه ماه سوم، همانطور که توسط سازمان صحتی جهان توصیه شده است.
- احتیاط: در سه ماه اول حاملگی تجویز نگردد.

رجعت دهی

- تمام خانم های که سابقه خونریزی قابل توجه و یا احتباس پلاستنا متعاقب ولادت داشته اند
- خانم های که نزد شان موارد ذیل دیده میشود-
 - کم خونی شدید (هیموگلوبین کمتر از ۷ گرام فی دیسی لیتر)
 - بزرگ شدن جسامت رحم بیشتر از سن حاملگی با یک جنین
 - بطن بزرگ (جنین های چندگانه و یا Polyhydramnios)
 - وضعیت غیر طبیعی جنین، مانند اعتلان حوصلی (Breech) یا مستعرض (Transverse)
 - طولانی شدن حاملگی - سن حمل بیشتر از ۴۲ هفته
 - پری اکلامپسیا یا اکلامپسیا
 - فرط فشار خون (بیشتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر ستون سیماپ)
 - مدارک و شواهد از امراض شدید
 - خانم های با تاریخچه موارد ذیل -
 - تاریخچه قبلی ولادت مرده و یا محدودیت در رشد داخل رحمی جنین (مانند رشد ضعیف جنینی، - اندازه رحم کوچکتر از سن حمل)
 - مرگ نوزادان در هفته اول حیات
 - ولادت قبلی با استفاده از وسایل - استفاده از فورسپس و یا Vacuum extraction
 - سزارین قبلی
 - عملیات جراحی قبلی رحم (Myomectomy) و یا تثقب (بعد از ولادت و سزارین)
- خانم های که دارای سابقه خانوادگی امراض ارثی اند.

وقایع

اختلالات حاملگی و ولادت را می توان با مراعات مراقبت های روتین قبل از ولادت و پارتوگراف جلوگیری کرد (ضمیمه ج مشاهده شود).

- هدایات به مریض
 - تعیین مشوره ها و پیشنهادات ارایه شده در هنگام ملاقات مراقبت های قبل از ولادت
 - اخذ Ferrous sulfate و Folic acid طبق هدایت
 - تطبیق واکسین TT طبق هدایت
 - ساختن پلان ولادت با خانواده در مورد ولادت مریض در یک مرکز صحتی. پلان ولادت به خصوص زمانی مهم است که اگر یک مشکل در جریان مراقبت های قبل از ولادت تشخیص شده باشد. پلان ولادت موارد ذیل را نیز در بر گیرد:
 - فراهم نمودن ترانسپورت برای حمل و نقل مریض هنگام ولادت - در واقعات نارمل یا عاجل
 - شناسایی اعضای خانواده که می توانند در حالات عاجل خون اهدا نمایند.
- خوردن رژیم غذایی متوازن (مانند سبزیجات، لبنیات، گوشت، ماهی، میوه جات، مغزیات).
- استراحت کافی و اجتناب از انجام کارهای ثقیل.

۹.۲ کم خونی در حاملگی

- استراحت در زیر پشه خانه های مغطوس شده با حشره کش در مناطق مساعد به ملاریا
- هیچ نوع دواى خودسرانه گرفته نشود مگر اینکه توسط کارکن صحى تجویز شده باشد.
- ترک تنباکو، الکل، و مواد مخدر
- ساختن پلان در مورد اینکه در صورت بروز خونریزی، درد بطن، و یا هر گونه وضعیت اضطراری دیگر با کی تماس گرفته شود و به کجا بروند.
- ثبت اولین حرکات جنین زمانی که آنرا احساس مینمایید.
- آوردن شوهر (یا یکی از اعضای خانواده) طوری که آنها یاد بگیرند که چگونه خانم را در هنگام حاملگی حمایت نمایند.
- یادداشت موارد که شما می خواهید در ملاقات بعدی دهید.
- آموختن و یادگرفتن در مورد تغذیه با شیر مادر و مراقبت از نوزاد.
- مرور اهداف ایجاد فاصله بین ولادت ها.

۹.۲ کم خونی در حاملگی (Anemia in Pregnancy)

شرح

در صورتیکه هیموگلوبین کمتر از ۱۱ گرام فی دیسی لیتر، از سبب کمبود آهن، کمبود Folate، و یا هم ترکیبی از این دو حالت باشد، کم خونی گفته میشود. ۹۵ فیصد از کم خونی های دوران حاملگی ناشی از فقدان آهن بوده که دلیل آن افزایش تقاضا آهن در دوران حاملگی میباشد. کم خونی شدید ممکن باعث عقب مانى رشد جنین، ولادت زودرس، و یا هر دو شود.

تشخیص

- رنگ پریدگی و خسافت در منظمه، بستر ناخن ها، زبان
- زود خسته شدن، سرگیچی
- سردردی، ازدیاد حرکات و تپش قلب، اذیمای اطراف سفلی، مشکل تنفس (بیش از ۳۰ نفس در دقیقه، نفس تنگی در حالت استراحت) در کم خونی شدید
- در کم خونی های طویل المدت، التهاب کتج دهن یا زبان، تغییر در شکل ناخن ("ناخن های قاشق مانند")
- زردی، در برخی از موارد کم خونی های همولیتیک
- هیموگلوبین خون کمتر از ۱۱ گرام فی دیسی لیتر

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

- اندازه گیری هیموگلوبین خون در اولین ملاقات مراقبت قبل از ولادت.
- اسباب ذیل کم خونی غیر از کم خونی فقدان آهن نیز در نظر گرفته شود (در صورت ضرورت):
 - کرم های چنگکی (Hookworm)
 - ملاریا
 - مریضی مزمن
 - ضیاع خون از طریق جهاز هضمی

تداوی دوايي

- جلوگیری از کم خونی فقدان آهن.
 - به تمام خانم های حامله در جریان حاملگی و الی ۳ ماه بعد از ولادت و یا سقط جنین
 - Ferrous sulfate + Folic acid (۶۰ میلی گرام آهن + ۰.۴ میلی گرام فولیک اسید) - ۱ تابلت در روز (با غذا یا در شب).
 - به مریضی آن که هیموگلوبین کمتر از ۱۱ گرام فی دیسی لیتر دارند، تجویز شود:

۹.۲ تشوشت فرط فشار خون در حاملگی

- دوز دو چند Ferrous sulfate + Folic acid (۶۰ میلی گرام آهن ۰.۴ میلی گرام فولیک اسید) - ۱ تابلیت هر ۱۲ ساعت بعد به مدت ۳ ماه بعداً
- تعقیب تداوی با مقدار یک تابلیت روزانه در دوران حاملگی و الی ۳ ماه بعد از ولادت
- تجویز Mebendazole ۵۰۰ میلی گرام (۵ تابلیت ۱۰۰ میلی گرامه) - یک بار در شش ماه احتیاط: در سه ماه اول حاملگی تجویز نگردد.

رجعت دهی

- هیموگلوبین کمتر از ۸ گرام فی دیسی لیتر در هر مرحله از حاملگی، کم خونی شدید پنداشته میشود. مریض به مرکز صحتی مناسب که در آن امکانات نقل الدم موجود باشد، رجعت داده شود.
- هیموگلوبین کمتر از ۱۱ گرام فی دیسی لیتر در هفته ۳۴ یا بیشتر حاملگی
- شواهد عدم کفایه قلبی
- کم خونی با شروع ناگهانی
- کم خونی و شواهد از اختلالات ولادی
- شواهد امراض مزمن، توپر کلوز، ملاریا

وقایه

- گرفتن مراقبت های قبل از ولادت بشكل معمول بشمول متمم ستندرد آهن و فولیک اسید (در فوق مشاهده شود).
- خوردن رژیم غذایی متوازن و غنی از آهن از جمله میوه ها و سبزیجات سبز (مانند گوشت، ماهی، روغن، مغزیات، دانه ها، غله جات، حبوبات، سبزیجات، پنیر، شیر).
- استفاده از پشه خانه های مغطوس شده با حشره کش برای جلوگیری از ملاریا.
- جلوگیری از اختلالات ولادی با ایجاد یک پلان ولادت.

هدایات به مریض

- تشویق خانم به مراجعه کردن جهت ملاقات های مراقبت قبل از ولادت و پیروی از توصیه های داده شده.
- خانم ها تشویق شوند تا از خوردن خاک (گل سرشوی Pica -) خودداری نمایند.
- در مورد هر گونه درک نادرست در مورد تداوی با آهن با مریضان صحبت شود (مانند اینکه گویا خونریزی را زیادتز مینماید و یا باعث بزرگ شدن بیش از حد جنین میشود).
- به مریض چگونگی گرفتن تابلیت های آهن آموختانده شود (مثلاً همراه با غذا و یا یک بار در روز، یا در شب).

۹.۳ تشوشت فرط فشار خون در حاملگی (Hypertension Disorder of Pregnancy)

تشوشت فرط فشار خون زمان حاملگی عبارتند از: فرط فشار خون مزمن، فرط فشار خون حاملگی، پری اکلامپسیا و اکلامپسیا.

شرح

- تشوشت فرط فشار خون در زمان حاملگی ممکن عواقب جدی برای مادر و نوزاد داشته باشد. فرط فشار خون قرار ذیل تعریف میگردد: هرگاه فشار خون سیستولیک بیشتر از ۱۴۰ میلی متر ستون سیماپ و فشار خون دیاستولیک بیشتر از ۹۰ میلی متر ستون سیماپ باشد، فرط فشار خون گفته میشود.
- فرط فشار خون مزمن، فرط فشار خون است که قبل از حاملگی نیز موجود باشد (بخش ۶.۱ "فشار خون سیستیمیک" مشاهده شود).
- فرط فشار خون ناشی از حاملگی، فرط فشار خون است که بعد از هفته بیستم حاملگی شروع می شود و سه نوع است: O فرط فشار خون حاملگی (بدون پروتین یوری)

- فرط فشار خون با پروتئین یوری یا پری اکلامپسیا
- فرط فشار خون با پروتئین یوری و اختلاج، یا اکلامپسیا، یک واقعه تهدید کننده حیات بوده که با اختلاج و کوما همراه می باشد.

تشخیص

- فشار خون بیشتر از ۱۵۰/۱۰۰ بعد از ۱۵ دقیقه استراحت. حداقل دو بار فشار خون در ۴ ساعت جداگانه معاینه گردد. برای فرط فشار خون حاملگی ادویه مناسب تجویز گردد.
- فرط فشار خون با موجودیت پروتئین یوری نمایانگر پری اکلامپسیا می باشد. تعیین نمایید آیا پروتئین یوری با سردردی، تغییر در بینایی، درد ناحیه بالای بطن، دلبدی و استفراغ، سرگیجی، و افزایش ناگهانی وزن (طور مثال ۰.۹ کیلوگرم فی هفته) همراه است. اذیما در وجه و دست معاینه شود، اما اذیما وصفی نبوده، زیرا می تواند در دوران حاملگی اذیما نورمال هم موجود باشد.
- فرط فشار خون، پروتئین یوری و اختلاج نمایانگر اکلامپسیا می باشد.
- **یاداشت:** مطمئن شوید علت دیگری برای اختلاج مانند مننژیت، ملاریا، و یا سابقه صرع وجود ندارد.
- **یاداشت:** اکلامپسیا ممکن در دوران بعد از ولادت هم رخ دهد که درینصورت مریض نیاز به ارزیابی خواهد داشت.

اهتمامات و تدابیرمعالجی

غیر دوائی

- نزد مریضان حامله مبتلا به فرط فشار خون موارد ذیل بشکل هفته وار ارزیابی شود:
 - فشار خون
 - افزایش وزن مادر و موجودیت اذیما
 - وضعیت و رشد جنینی
 - تعین پروتئین درادرار
 - اولویت برای طرح پلان ولادت (مثلاً طرح پلان ولادت در مرکز صحتی و یا گزینه های حمل و نقل مریض در حالات اضطراری)
- تمام مریضان ی مبتلا به فرط فشار از رژیم غذایی کم نمک استفاده نمایند.
- خانم های حامله با پروتئین یوری (پری اکلامپسیا) باید استراحت منزل داشته و هفته یک بار به دقت در مرکز صحتی و یا توسط یک کارکن صحتی در خانه تحت نظارت و ارزیابی قرار گیرد.

تداوی دوائی

- برای فرط فشار خون حاملگی که فشار خون بیشتر از ۱۵۰/۱۰۰ میلیمتر ستون سیماپ باشد، که حداقل دو بار در طی ۴ ساعت چک شده باشد:
 - **Methyldopa ۲۵۰** میلی گرم، با مقدار ۲۵۰ میلی گرم (۱ تابلیت) هر ۸ ساعت بعد شروع شود، تا دوز اعظمی ۵۰۰ میلی گرم (۲ تابلیت) هر ۶ ساعت بعد درصورت ضرورت.
 - برای فرط فشار خون همراه با پری اکلامپسیا، قبل از رجعت دادن فوراً ادویه ذیل داده شود:
 - **Magnesium sulfate** - ۵ گرم زرق عضلی (یک آمپول ۵۰۰ میلی گرم فی میلی لیتر) در سرین هر ۴ ساعت بعد تا زمانی که مریض به مرکز صحتی برسد (در مرکز صحتی اساسی و مرکز صحتی جامع موجود است)
 - زرق آهسته وریدی ۵ الی ۱۰ میلی گرم **Hydralazine**؛ با ۱۰ میلی لیتر سیروم سودیم کلوراید (NaCl) ۰.۹، فیصد رقیق شود (در شفاخانه ولسوالی موجود است).

رجعت دهی

- در صورت امکان، تمام خانم های حامله با فرط فشار خون برای بررسی بیشتر و تداوی رجعت داده شوند.
- برای جلوگیری از عوارض و اختلاطات حاملگی، خانم حامله که فرط فشار خون وحمل ۳۸ هفته ای دارد، باید برای بستر شدن و ولادت به مرکز صحتی مجهز جهت تداوی اکلامپسیا رجعت داده شوند.

- خانم های حامله با فرط فشار خون معند یعنی بیشتر از ۱۵۰/۱۰۰ با وجود گرفتن دوز اعظمی Methyldopa جهت کنترل فشار شان رجعت داده شوند.
- تمام خانم های حامله مبتلا به اکلامپسیا به مرکز صحنی مجهز که امکان عملیه سزارین سکشن موجود باشد، فوراً رجعت داده شوند.
- وضعیت دادن مریض بطرف چپ در هنگام انتقال در موجودیت کارکن صحنی، همراه با اکسیجن در صورت امکان.
- در خانم های که تشنج دارند، طرق هوایی باز نگهداشته شده و از هرگونه آسیب محافظت گردند.

وقایه

اختلالات ناشی از تشوش فرط فشار خون در زمان حاملگی با مراقبت دقیق قبل از ولادت و رجعت دهی به موقع و مناسب جلوگیری شده می تواند.

هدایات به مریض

- آگاهی تمام خانم های حامله دارای فرط فشار خون در مورد اعراض و علایم پری اکلامپسیا و اکلامپسیا و نیاز به بازگشت فوری و معاینه در مرکز صحنی.
- مرور پلان ولادت مریض برای اطمینان از حمل و نقل اضطراری و گزینه های رجعت دهی.

۹.۴ خونریزی های قبل از ولادت (Antepartum Hemorrhage)

شرح

خونریزی های قبل از ولادت عبارت از خونریزی مجرای ولادی (از مسیر رحم الی عنق رحم، مهبل و فرج) بعد از هفته بیست و دوم حاملگی الی زمان ولادت میباشد. سبب خونریزی ممکن مرتبط به حمل بوده و یا علت غیر از ولادت داشته باشد.

• اسباب ولادتی

- پلاسنتای سر راهی یا Placenta previa - غرس پلاسنتا که سبب پوشش قسمی و یا کامل عنق رحم مادر میگردد، (دهلیز بین رحم و مهبل)، ممکن است خونریزی در هر زمان حمل رخ دهد.
- جدا شدن پلاسنتا (انفصال پلاسنتا یا Abruptio placenta) - عبارت از جدا شدن پلاسنتا از موقعیت نارمل آن قبل از تولد جنین میباشد، خونریزی در هنگام ولادت رخ می دهد.
- تمزق رحم - خونریزی هنگام ولادت
- احتیاط: تمزق رحم می تواند بدون خونریزی مهبلی باشد، در صورتیکه خون به عوض مهبل به داخل جوف بطن و یا رابطه عریض (Broad ligament) تخلیه شود.
- اسباب غیر ولادتی
- پولیپ های عنق رحم، خبثات، اتتان یا ترضیض.
- تشوش لخته خون (تشوش تحری)
- یادداشت: شناسایی اسباب غیر ولادتی خونریزی، نمی تواند احتمال اسباب خونریزی های ولادتی را در مریض حامله رد نماید.

تشخیص

- خونریزی های مهبلی خانم حامله بعد از هفته بیست و دوم حمل بررسی گردد. خونریزی های قبل از وقت، ممکن نشان دهنده حمل خارج رحمی یا سقط جنین باشد (بخش ۹،۵ "سقط جنین [خونریزی مهبلی در اوایل حاملگی]" و بخش ۹،۶ "حمل خارج رحمی" مشاهده شوند).
- وضعیت عمومی مریض معاینه شده و شاک رد گردد.
- توجه نمائید که درد بطن ممکن موجود باشد و می تواند نشان دهنده تمزق رحم و یا حمل خارج رحمی باشد.

۹.۵ سقط جنین (خونریزی مهیلی در اوایل حاملگی)

- بطن مریض جهت تعیین اندازه رحم، شکل، موقعیت جنین، و شواهد از صداها قلب جنین معاینه گردد.
 - ممکن نارمل باشد- برخی از موارد پلاستنا پریویا و یا جدا شدن پلاستنا
 - ممکن غیر نارمل باشد- تمزق رحم، برخی از موارد پلاستنا پریویا و جدا شدن یا انفصال پلاستنا
- احتیاط: معاینه مهیلی اجرا نشود. در بعضی از واقعات پلاستنا پریویا، معاینه مهیلی ممکن باعث خونریزی بیشتر شود.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوابی

- در صورت موجودیت شک نزد خانم، با ثبات سازی یا (Stable) نمودن وضعیت عمومی مریض و رجعت دهی فوری (بخش ۱۶.۹ "شاک" و جدول ۱۶.۹C مشاهده شود).
- در تمام واقعات خونریزی قبل از ولادت، بهترین اقدام، رجعت دهی مریض به یک مرکز صحتی که بتواند عمل سزارین را در صورت ضرورت انجام دهد، میباشد. اگر مریض بشکل مصئون رجعت داده شده نمی تواند، در آنصورت جنین هرچه زودتر ولادت داده شود.

دوابی

- در صورت قادر نبودن به رجعت دهی و ولادت جبری طفل، در این صورت ولادت را میتوان با تجویز Oxytocin تنبیه کرد (بخش ۹.۸ "ولادت و مراقبت بعد از ولادت" مشاهده شود).
- تداوی شک را با تجویز مایعات داخل وریدی تا زمان توقف خونریزی ادامه دهید.

رجعت دهی

- در تمام واقعات خونریزی های قبل از ولادت، بهترین اقدام رجعت دهی مریض به یک مرکز صحتی جهت ارزیابی بیشتر و تداوی میباشد.
- بهتر است انتقال مریض همراه با یک کارکن مراقبت های صحتی و تزریق مایعات داخل وریدی "در صورت امکان" صورت گیرد.

وقایع

- هر گونه خونریزی مهیلی در دوران حاملگی غیر نارمل بوده و باید جدی گرفته شود. خانم های که سابقه خونریزی جزئی هم دارند باید برای معاینات التراسوند راجع شوند، که ممکن پلاستنا پریویا و یا سایر مشکلات را تشخیص کند.
- منحنی بخشی از پلان ولادت خانم در طی ملاقات های مراقبت قبل از ولادت، خانم تشویق به شناسایی گزینہ های ذیل گردد:
 - انتقال فوری به مرکز صحتی
 - شناسایی و موجودیت عضوی از خانواده که بتواند در حالات عاجل خون اهدا نماید.

۹.۵ سقط جنین (خونریزی مهیلی در اوایل حاملگی) (Abortion)

شرح

- سقط جنین عبارت از خارج شدن جنین و سایر محتویات حمل قبل از هفته بیست و هشتم حاملگی می باشد. این حالت بطور معمول با پیچ و تاب بطنی (Cramping)، خونریزی مهیلی، باز بودن عنق رحم و خارج شدن قسمی یا کامل جنین، محتویات حمل و یا هر دو، همراه است.
- انواع سقط جنین شامل موارد ذیل اند:
- سقط تهدید شده (Threatened): خونریزی جزئی مهیلی، بسته بودن عنق رحم، حمل ممکن خاتمه داده نشود.
 - سقط غیر قابل اجتناب (Inevitable): خونریزی متوسط، باز بودن عنق رحم، پیچ و تاب بطنی. حاملگی در

- مراحل اخیر خود قرار دارد.
- سقط نامکمل (Incomplete): موجودیت خونریزی، لخته های خون یا هر دو، قسمتی از جنین و محتویات حمل قبلاً خارج شده و دهانه رحم باز است.
- سقط مکمل: موجودیت خونریزی، لخته های خون و خارج شدن جنین با تمام محتویات حمل. بطلی بودن خونریزی یا توقف آن با عنق رحم سخت و بسته.
- سقط ضایع شده (Missed abortion): عبارت از مرگ جنین در داخل رحم قبل از هفته بیستم حمل بوده، که اعراض حمل عود نموده و افزایشات مهیلی خوندار مکرراً موجود می باشد.
- سقط انتانی (Septic): با افزایشات مهیلی بدبو، درد یا حساسیت بطنی، و تب بیش از ۳۸ درجه سانتی گریده همراه بوده؛ جنین ممکن حفظ گردیده یا نگردیده باشد که با تخریب رحم منحنی یک اختلاط سقط های غیرمصرفون در نتیجه استفاده از وسایل همراه است.
- احتیاط: مریض فوراً به شفاخانه رجعت داده شود.
- حمل خارج رحمی: موجودیت دو یا بیشتر از موارد ذیل: درد بطنی، ضعیف کردن، خسافت، و ضعیفی شدید.
- احتیاط: مریض فوراً به شفاخانه رجعت داده شود.

تشخیص

- ارزیابی تاریخچه مریض برای دانستن مدت نبود قاعدگی و معلوم بودن حمل.
- اگر مریض خونریزی مهیلی در نیمه اول حاملگی داشته باشد، موضوعات ذیل در نظر گرفته شود:
 - سقط جنین (انواع آن در بالا دیده شود)
 - حمل خارج رحمی - ممکن با درد بطن، کنات ملحقات تخمدان و شک همراه باشد.
- شواهد بر موجودیت شک ارزیابی گردیده و در صورت موجودیت آن فوراً تدایو شود (بخش ۱۶.۹ "شاک" و جدول ۱۶.۹C مشاهده شود).
- بررسی مهبل به منظور دریافت جروحات یا اجسام اجنبی.
- مشخص نمودن باز یا بسته بودن عنق رحم.
- ارزیابی میزان خونریزی، لخته شدن خون، یا محتویات حمل.
 - "خونریزی جزئی" بیشتر از ۵ دقیقه طول می کشد تا پارچه گاز را مرطوب سازد
 - "خونریزی کتلوی" کمتر از ۵ دقیقه طول می کشد تا پارچه گاز را مرطوب سازد
- ارزیابی درد بطنی
- اندازه گیری تب در صورتیکه با لمس کردن مریض گرم باشد.
- معاینه اندازه رحم به آهسته گی (با در نظر داشت تاریخ مناسب) و ملحقات تخمدان.
- اجرای تست های لابراتواری.
- تست حاملگی در حالات مشکوک
- مقدار هیموگلوبین
- تعیین نوعیت خون و Cross-match آن در صورت نیاز به نقل الدم (یعنی، در حالت شک و یا احتمال شک).

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- اولویت تدایو، بررسی شواهد موجودیت شک و تدایو فوری آن میباشد (بخش ۱۶.۹ "شاک" و جدول ۱۶.۹C مشاهده شود). همیشه نزد یک خانم که پس افتادگی عادت ماهوار (Missed menstruation) و شک دارد حمل خارج رحمی مدنظر باشد (با یا بدون درد بطن و خونریزی مهیلی) بخش ۹.۶ "حاملگی خارج رحمی" مشاهده شود. و همیشه مریض جهت سقط انتانی (طورمثال سقط با مداخله دست به رحم) ارزیابی گردد.
- اهداف اهتمامات و تدابیر معالجوی:
 - اطمینان از تخلیه کامل رحم
 - توقف خونریزی
 - وقایه Rhesus isoimmunization

- فراهم نمودن حمایت روانی (مشوره دهی به مریض)

تداوی غیر دوائی

تمرکز بر ارزیابی و تداوی شاک، مشوره با مریض و در صورت ضرورت تخلیه رحم. (در صورت موجودیت کارمند و تسهیلات).

- سقط تهدید شده

○ مشاهده خونریزی به مدت ۴-۶ ساعت در کلینیک.

■ در صورت عدم کاهش خونریزی، مریض به شفاخانه رجعت داده شود.

■ در صورت کاهش خونریزی، به خانم اجازه دهید که به خانه رفته و چند روز استراحت نماید.

- عملکرد های حفظ الصحوی ذیل را توصیه نمائید:

➤ تبدیل نمودن کونکس (تکه) هر ۴ الی ۶ ساعت بعد.

➤ شستن روزمره عجان.

➤ اجتناب از مقاربت جنسی تا زمان توقف خونریزی.

- به مریض توصیه گردد که در صورت بروز یکی از علائم خطرناک ذیل، فوراً دوباره مراجعه نماید:

➤ افزایش خونریزی

➤ تداوم خونریزی به مدت ۲ روز

➤ افرازات مهیلی بد بوی

➤ درد بطن

➤ تب و ضعفی

➤ سرگیجی و ضعف کردن

○ توصیه مریض به مراعات نمودن روش های تنظیم خانواده.

سقط مکمل

○ مشوره دهی مریض برای مراقبت خودی ("سقط تهدید شده" در بالا مشاهده شود).

○ بررسی اقدامات وقایوی مانند گرفتن واکسین تیتانوس.

○ تجویز مکمل های iron و Folate (در ذیل مشاهده شود).

○ به مریض توصیه گردد که بعد از ۲ روز جهت پیگیری دوباره مراجعه نماید.

سقط نا مکمل

○ در صورت موجودیت کارمندان و تسهیلات مناسب، تخلیه محتویات باقی مانده حمل.

■ در صورت خونریزی جزئی الی متوسط و حمل کمتر از ۱۶ هفته، با استفاده از انگشتان دست خود جهت

برطرف نمودن محتویات باقیمانده حمل از طریق عنق رحم، اقدام نمائید.

■ در صورت خونریزی کتلوی و حمل کمتر از ۱۶ هفته، محتویات رحم را تخلیه نمائید.

○ در صورت عدم موجودیت کارمندان و تسهیلات یا عدم توانایی شما در تخلیه رحم:

■ تجویز مایعات داخل وریدی شروع شود.

■ تطبیق Ergometrine بمقدار ۰.۲ میلی گرام از طریق زرق عضلی.

■ رجعت دهی مریض.

سقط غیر قابل اجتناب

○ تخلیه رحم پس از خارج شدن جنین.

○ تجویز ادویه مناسب (در ذیل مشاهده شود).

سقط انتائی:

○ تداوی شاک در صورت ضرورت (بخش ۱۶.۹ "شاک" و جدول ۱۶.۹C مشاهده شود).

○ باز نمودن ورید مریض و تطبیق مایعات.

○ تجویز Paracetamol جهت تسکین درد. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.

○ تجویز یک انتی بیوتیک مناسب از طریق زرق عضلی یا وریدی (در ذیل مشاهده نمائید).

- مریض را فوراً به شفاخانه رجعت دهید.
- حمل خارج رحمی
 - تداوی شاک در صورت ضرورت (بخش ۱۶،۹ "شوک" و جدول ۱۶،۹C مطالعه شود).
 - باز نمودن ورید مریض و تطبیق مایعات.
 - مریض را برای عملیات جراحی فوراً به شفاخانه رجعت دهید

تداوی دوايي

- ادویه نظر به ضرورت و نوعیت سقط استفاده می گردد (به بالامراجعه گردد).
- Tramadol ۵۰ میلی گرام زرق عضلی (در شفاخانه های ولسوالی موجود است)
 - یا
 - Paracetamol جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- برای خارج شدن محتویات حمل (طور مثال در سقط جنین نامکمل یا هم سقط غیر قابل اجتناب)، توقف خونریزی رحمی یا هر دو که ضرورت به تقلصات رحمی باشد، یک دواي Oxytocic استفاده شود.
- تجویز Oxytocin
 - ۴۰ واحد در یک لیتر محلول سودیم کلوراید ۰،۹ فیصد بشکل انفیوژن ۳۰ قطره فی دقیقه
 - یا
 - برای توقف خونریزی (بعد از خارج شدن محتویات حمل) - ۱۰ واحد از طریق زرق عضلی (یک ویال ۱ میلی لیتر) در صورتیکه Oxytocin نتواند خونریزی را توقف دهد، در آنصورت تجویز:
 - Ergometrine ۰،۲ میلی گرام از طریق زرق وریدی
 - رجعت دادن مریض
- احتیاط: از تجویز Ergometrine برای مریضان با فرط فشار خون، اجتناب شود.
- تجویز iron و Folic acid بشکل ممتم
 - اگر هیموگلوبین مریض بیشتر از ۱۱ گرام فی دیسی لیتر باشد در آنصورت دواي ذیل تجویز شود:
 - Folic acid + Ferrous sulfate (۶۰ میلی گرام آهن + ۰،۴ میلی گرام فولیک اسید) روز یک تابلت برای ۳ ماه.
 - اگر هیموگلوبین مریض کمتر از ۱۱ گرام فی دیسی لیتر باشد در آنصورت دواي ذیل تجویز شود:
 - Folic acid + Ferrous sulfate (۶۰ میلی گرام آهن + ۰،۴ میلی گرام فولیک اسید) روز دو تابلت برای ۳ ماه.
- در سقط انتانی دوز ابتدایی انتی بیوتیک تجویز شده و مریض برای بررسی بیشتر یا تخلیه رحم که تحت انستیزی عمومی صورت می گیرد، رجعت داده شود.
 - زرق وریدی Ampicillin ۲ گرام هر ۶ ساعت بعد
 - یا
 - در موارد حساسیت به پنیسیلین ها، از Erythromycin استفاده گردد. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- همراه با
 - زرق وریدی Gentamicin ۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن هر ۲۴ ساعت بعد
- همراه با
 - زرق وریدی Metronidazole ۵۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد (در شفاخانه های ولسوالی و مراکز صحت جامع موجود است)
- واکسین ضد تیتانوس (TT)
 - بررسی واکسین ضد تیتانوس نزد خانم.
 - در صورت ضرورت یا مبهم بودن، ۰،۵ میلی لیتر واکسین ضد تیتانوس با در نظر داشت کارت واکسین در قسمت

فوقانی بازوی مریض از طریق زرق عضلی تطبیق شود (فصل ۱۹ "معافیت دهی" مشاهده شود).

رجعت دهی

- مریضان دارای سقط انتائی- بعد از تجویز دوز ابتدایی انتی بیوتیک، انفیوژن وریدی و تداوی شک.
- مریضانی که نیاز به تخلیه رحم دارند در صورت عدم موجودیت کارمندان یا تسهیلات مناسب
- مریضان مشکوک به حمل خارج رحمی- بعد از شروع زرقیات وریدی و آماده سازی مریض برای تداوی شک
- سقط ضایع شده
- خانم های که Rh منفی اند- برای ارزیابی و تطبیق ایمونوگلوبولین Anti-D Rh در ظرف ۷۲ ساعت (فقط در شفاخانه های ولایتی و حوزوی موجود است)

وقایه

اجرای مراقبت های قبل از ولادت به وقت معینه با در نظر داشت توصیه های رهنمود ملی

هدایات به مریض

- فراهم نمودن حمایت روانی. مطمئن ساختن مریض از داشتن چانس حاملگی نارمل در آینده.
- بحث در مورد تنظیم خانواده. به مریض توصیه گردد که از گرفتن حمل الی حداقل ۶ ماه جلوگیری نماید.
- به مریض آموزش داده شود که در صورت بروز تب یا تداوم خونریزی دوباره مراجعه نماید.
- در واقعات کم خونی، به مریض مکمل آهن و فولیک اسید روزانه به مدت ۳ ماه توصیه شود.

۹.۶ حمل خارج رحمی (Ectopic Pregnancy)

شرح

حمل خارج رحمی زمانی رخ می دهد که تخم القاح شده در یک مکان خارج از پوشش اندومتر رحم غرس گردد. تخم القاح شده ممکن در نفیر ویا در جوف بطن غرس شود. به حمل خارج رحمی در نزد هر خانم که در سن باروری قرار داشته و درد حوصلی دارد، باید مشکوک شد. وقوعات حمل خارج رحمی در خانم های که سابقه قبلی حمل خارج رحمی، امراض التهابی حوصله (PID)، استفاده از لوپ (IUD)، جراحی نفیر ها و یا عقامت دارند، کمی بیشتر میباشد. بزرگ ترین خطر حمل خارج رحمی، تمزق بوده که می تواند منجر به خونریزی داخل بطنی، شک و حتی مرگ گردد. حمل خارج رحمی تمزق یافته یک واقعه عاجل جراحی است.

تشخیص

- نبود دوره قاعدگی
- اعراض آغاز حاملگی
- مثبت بودن تست حاملگی
- یاداشت: منفی بودن تست حاملگی در ادرار به معنی رد حمل خارج رحمی نمی باشد.
- درد قسمت های پایین بطن
- کتلات در ملحقات رحم یا درد های عنق رحم
- خونریزی مهملی (که معمولاً خفیف است)
- شک (در صورت تمزق)، ضعف، خسافت (رنگ پریدگی)، سنکوپ، تاکی کاردی، تفریط فشار خون با درد ناگهانی و شدید ناحیه شرفوفیه و درد مشابه به پاره شدن شانه در هنگام خوابیدن.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

تداوی دوائی

در صورت مشکوک بودن به تمزق حمل خارج رحمی نظارت از علایم حیاتی، شروع نمودن تطبیق مایعات داخل

وریدی. تداوی شک در صورت موجودیت تاکی کاردی یا تفریط فشار خون نزد مریض (بخش ۱۶.۹ "شاک" و جدول ۱۶.۹C مشاهده شود)، و رجعت دهی مریض.

رجعت دهی

رجعت دهی تمام موارد مشکوک به حمل خارج رحمی غرض تحت مشاهده قرار گرفتن مریض و یا عملیات جراحی. حمل خارج رحمی تمزق یافته یک واقعه عاجل جراحی است.

۹.۷ درد های ولادی قبل از وقت (Preterm Labor)

شرح

درد های ولادی قبل از وقت عبارت از تقلصات منظم رحم در هفته های بیستم الی سی و هفتم حاملگی بوده که با کوتاه شدن و نازک شدن (Effacement) عنق رحم همراه میباشد. ولادت قبل از وقت (Preterm birth) علت عمده مرگ و میر نوزادان است.

تشخیص

تشخیص مقدم، کلید تداوی مؤثر دردهای ولادی قبل از وقت است. علایم خطر ذیل در نظر گرفته شود:

- تقلصات قابل جیس (بیش از ۴ تقلص در هر ساعت)
- افرازات آبگین یا خوندار مهیلی
- توسع عنق رحم بیشتر از ۲ سانتی متر
- Effacement عنق رحم بیشتر از ۵۰ فیصد

اهتمامات و تدابیر معالجوی

تداوی غیر دوائی

- به پیشرفت صفحات ولادت اجازه داده شود، در صورتیکه:
 - جنین بیش از ۳۶ هفته باشد
 - عنق رحم بیش از ۳ سانتی متر توسع نموده باشد
 - خونریزی فعال موجود باشد
 - نزد جنین Distress موجود بوده یا جنین مرده باشد
 - انتان یا Pre-eclampsia موجود باشد
- آماده گی برای احتمال ولادت قبل از وقت.
- در صورتیکه جنین بیش از ۲۶ هفته باشد، مریض با تجویز ادویه نهی کننده تقلصات رحمی (Tocolytic) جهت نهی تقلصات رحمی رجعت داده شود.
- در صورتیکه جنین کمتر از ۲۶ هفته باشد، مریض بدون تجویز ادویه نهی کننده تقلصات رحمی (Tocolytic) رجعت داده شود.

تداوی دوائی

- در صورتیکه جنین ۲۶ الی ۳۶ هفته باشد، ادویه که سبب توقف صفحات ولادت (Tocolytic) میگردد، تطبیق گردد. هدف اساسی تداوی به تاخیر انداختن کافی (در حدود ۴۸ ساعت) ولادت بوده تا استروئیدهای که سبب رشد و انکشاف ریه های نوزاد میگردد، تجویز گردد. این استروئید ها برای جنین که در هفته ۲۴ الی ۳۴ است، ضرورت میباشد. به تاخیر انداختن ولادت قبل از وقت اجازه میدهد تا در صورت ضرورت خانم به یک مرکز اختصاصی که مراقبت ها برای نوزاد قبل المعیاد را دارد، منتقل شود.
- تابلیت Salbutamol با دوز ابتدایی ۲ تا ۵ میلی گرام، و سپس ۲ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد برای ۴۸ الی ۷۲ ساعت آینده تجویز شود.

۹.۸ ولادت و مراقبت های بعد از ولادت

- یا
- تابلیت ۲۰ میلی گرام Nifedipine با دوز ابتدایی یک تابلیت، و سپس ۱۰ الی ۲۰ میلی گرام هر ۶ تا ۸ ساعت بعد برای ۲۴ الی ۴۸ ساعت آینده تجویز شده و مریض رجعت داده شود.
- احتیاط: از تجویز Nifedipine در مریضان مشکوک به انتانات طرق تناسلی علوی یا فشار خون کمتر از ۱۲۰/۸۰ اجتناب شود. Nifedipin در خانم های که امراض قلبی دارند مضاد استیباب بوده و نزد کسانی که مصاب به دیابت اند یا حمل متعدد دارند به علت خطر اذیمای ریوی، با احتیاط استفاده گردد.
- در واقعات لیکاز مایع آمنیوتیک، انتی بیوتیک برای وقایع از انتان تجویز گردد:
- Erythromycin Ethylsuccinate فمی ۴۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد برای ۵ الی ۷ روز
- یا
- تابلیت/لویا کپسول Amoxicillin ۵۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد برای ۵ الی ۷ روز
- یا
- در صورتیکه مریض قادر به بلع نباشد - Ampicillin بشکل زرق عضلی ۵۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد

رجعت دهی

همه مریضان دارای علایم خطر با ثبات یا Stable گردیده و رجعت داده شوند.

وقایع

مراقبت های قبل از ولادت به طور معمول صورت گیرد (بخش ۹،۱ "حاملگی و مراقبت های قبل از ولادت" مشاهده شود)

هدایات به مریض

- در صورتیکه دوا تقلصات را توقف داده و مانع ولادت شده باشد، به مریض توصیه نمایید تا پایان حاملگی در منزل استراحت نماید، و به فامیل مریض تفهیم گردد تا مریض را درین مدت کمک نمایند.
- اطمینان از گرفتن مایعات کافی توسط مادر و مراقبت های خاص در جریان فصل تابستان تا از ضیاع مایعات جلوگیری گردد.
- به مادر توصیه گردد که در صورت شروع تقلصات، دوباره مراجعه نماید.
- مطمئن شدن از اینکه مادر پلان ولادت را داشته تا از انتقال یافتن مریض برای مراقبت های عاجل در هنگام ولادت اطمینان حاصل گردد.

۹.۸ ولادت و مراقبت های بعد از ولادت

شرح

ولادت نارمل بین هفته های ۳۶ و ۴۰ ام حاملگی رخ میدهد. ملاقات های به موقع برای مراقبت های قبل از ولادت وسیله خوبی برای ولادت سالم میباشد.

تشخیص

- در صورت موجودیت تقلصات متناوب رحم همراه با کوتاه شدن و نازک شدن عنق رحم (Effacement) و توسع عنق رحم توأم با ترشحات مخاطی خون آلود (لکه های خون) باید به ولادت مشکوک شد.
- ولادت نارمل به سه صفحه Labor تقسیم میگردد:
- مرحله اول: از شروع تقلصات منظم الی توسع عنق رحم تا ۱۰ سانتی متر (یعنی توسع مکمل) و کوتاه شدن و نازک شدن عنق رحم (Effacement) تقلصات منظم زمانی رخ میدهد که مریض به مرحله اول ولادت داخل شده که خود دارای دو مرحله دیگر است:
- صفحه مخفی: که عنق رحم به اندازه ۱ الی ۴ سانتی متر متوسع است.
- صفحه فعال: عنق رحم به اندازه ۴ الی ۱۰ سانتی متر متوسع است. اصطلاح تقلص منظم در صفحه فعال عبارت

- از ۳ الی ۴ تقلص به مدت ۲۵ الی ۳۰ ثانیه هر ۱۰ دقیقه بعد میباشد.
- مرحله دوم: از توسع مکمل عنق رحم (۱۰ سانتی متر) الی تولد نوزاد را دربر دارد.
- مرحله سوم: از تولد نوزاد الی خارج شدن پلاسنتا را در بر دارد.
- یادداشت: تشخیص نادرست پروسه ولادت می تواند منجر به اضطراب و مداخلات غیر ضروری گردد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- نظارت تمام مریضان که صفحات فعال ولادت دارند با استفاده از Partograph، تا از اختلالات جلوگیری گردد.
- ضمیمه ج مشاهده شود.
- آماده گی برای صفحات ولادت و تولد:
- تاریخچه مریض و ریکارد مراقبت های قبل از ولادت مریض مرور گردد.
- اطمینان از پاک و معقم بودن محیط و تجهیزات تا کارمندان صحی روش مناسب حفظالصحه ولادت را تعقیب نمایند.
- به خانم اجازه دهید تا موقعیت مستریح را برای خود انتخاب نموده و وی را تشویق به خوردن و نوشیدن در هنگام ولادت نمایید در صورت که میل داشته باشد.
- خانم را تشویق نمایید که مثانه خود را خوب تخلیه نماید.

ارزیابی پیشرفت صفحات ولادت

- مرحله اول: زمان مد نظر گرفته شده برای Effacement و توسع عنق رحم آهسته است تا ۳ سانتی متر (صفحه مخفی) و بعد از آن (در صفحه فعال) با کمترین سرعت قابل قبول توسع ۱ سانتی متر فی ساعت است (۸ الی ۱۲ ساعت در خانم های که نوزاد اول شانرا تولد میدهند و ۶-۸ ساعت در خانم های که چندین بار ولادت داده اند).
- ضربان قلب جنین با یک Fetoscope هر ۳۰ دقیقه بعد نظارت شود.
- نبض مادر هر ۳۰ دقیقه بعد، فشار خون هر ۴ ساعت و درجه حرارت هر ۲ ساعت بعد معاینه گردد.
- ارزیابی تقلصات هر ۳۰ دقیقه، دفعات و مدت تقلص به ثانیه (تعداد تقلص در هر ۱۰ دقیقه).
- اجرای معاینه مهبلی هر ۴ ساعت بعد به منظور ارزیابی میزان توسع و Effacement عنق رحم، اعتلان، توضع عضو معتلنه، موقعیت راس و سایر اعضای بدن جنین و نوعیت افرازات.
- مرحله دوم: دوام مرحله دوم ولادت در خانم های که نوزاد اول شانرا تولد میدهند ۳۰ دقیقه الی ۳ ساعت و در خانم های که چندین بار ولادت کرده اند ۵ الی ۳۰ دقیقه میباشد. در این مرحله خارج شدن جنین ادامه پیدا نموده تا اینکه اعضای معتلنه به سطح حوصله برسد. خانم هم ممکن شروع به فشار آوردن نماید.
- اجرای معاینه مهبلی جهت تعیین پائین شدن جنین حداقل یک بار در هر ساعت.
- ضربان قلب جنین پس از هر تقلص نظارت گردد.
- تقویه ناحیه اعجان در هنگام تولد راس و شانه جهت کنترل ولادت و جلوگیری از پاره شدن ناحیه اعجان.
- تطبیق Episiotomy در موارد ذیل مد نظر باشد:

۱. ولادت مهبلی اختلاطی (مانند اعتلان حوصلی نوزاد، خارج ساختن بوسیله Vacuum، نوزاد بزرگ)

۲. Distress جنین

۳. ندبه قبلی

- مرحله سوم: جدا شدن پلاسنتا عموماً در ظرف ۲ الی ۱۰ دقیقه بعد از پایان مرحله دوم رخ می دهد، اما تا ۳۰ دقیقه طول میکشد. اهتمامات فعال در این مرحله کمک می کند تا از خونریزی بعد از ولادت جلوگیری شود که شامل موارد ذیل اند:
- تجویزفوری Oxytocin بعد از مطمئن شدن از عدم موجودیت حمل چندگانگی. درحمل های چند گانگی، بلافاصله بعد از ولادت آخرین نوزاد تجویز شود. به مقدار ۱۰ واحد زرق داخل عضلی.
- کنترل Traction حبل سروی. کلمپ نمودن حبل سروی در نزدیک اعجان. هنگام که رحم سخت و مدور شده یا حبل سروی طویل گردد ترکشن حبل سروی با دست راست اجرا شود، در حالیکه دست چپ غور (Fundus) رحم را حمایت میکند (ترکشن در جهت مخالف). برای جلوگیری از پاره شدن غشاء نازک، پلاسنتا را با دو دست نگه داشته و تا زمان تاب بدهید که غشا ها به هم بپیچند، و سپس آنرا آهسته کش نمایید. پلاسنتا

- باید بررسی گردیده تا از خارج شدن مکمل آن اطمینان حاصل شود.
- بعد از خارج شدن پلاستنا، مریض به دقت معاینه گردد. اپی زیتومی یا هر نوع پارگی در صورت ضرورت ترمیم شود.
- اجرای مساز رحمی. مساز دادن غور رحم از روی بطن خانم تا زمان که رحم منقبض شود. مساز رحم هر ۱۵ دقیقه بعد برای ۲ ساعت اول تکرار شود. اطمینان از اینکه رحم پس از توقف مساز نرم نشده است.
- یادداشت: در موارد که پیشرفت قناعت بخش در مراحل اول و دوم صفحات ولادت موجود نباشد در آن صورت ممکن از زرق داخل وریدی Oxytocin قرار ذیل استفاده شود (مثلا در حالات که تکرر تقلصات نامنظم یا کم باشد):
- ارزیابی مجدد وضعیت و اعتلان طفل برای اطمینان از دریافت های نارمل
- در صورت موجودیت یک مراقبت کننده آموزش دیده میتوان صفحات ولادت را با زرق ۱۰ واحد Oxytocin در ۱۰۰۰ میلی لیتر رینگر لاکتات و یا سیروم فزیولوژیک با سرعت ۸ قطره فی دقیقه تقویت نمود. برای بوجود آمدن تقلصات مطلوب (تقلصات منظم، به طور مثال، ۳ تقلص در ۱۰ دقیقه که هر تقلص به مدت ۳۰ ثانیه دوام نماید)، ممکن تزریق را به سرعت حداکثر ۸ قطره فی دقیقه در هر ۳۰ دقیقه بعد افزایش داد، تا زمانی که یک تقلص خوب ایجاد شود (۳ تقلص در ۱۰ دقیقه که هر تقلص به مدت ۳۰ ثانیه دوام نماید) بصورت عموم سرعت قطرات باید از ۵۰ قطره فی دقیقه زیاد نشود.
- احتیاط: در هنگام افزایش دوز، مراقب باشید. اگر تنبیه بیش از حد رحم رخ دهد (مثلاً تقلص طولانی تر از ۶۰ ثانیه یا بیش از ۴ تقلص در هر ۱۰ دقیقه)، تزریق Oxytocin توقف داده شود.

مراقبت بعد از ولادت

- مراقبت بعد از ولادت شامل ۶ هفته اول بعد از ولادت است. لحظات ابتدایی و فوراً بعد از ولادت (۲ ساعت اول به تعقیب ولادت) برای هر دو یعنی مادر و نوزاد حیاتی است. در طی این مدت علایم حیاتی مادر متکرراً نظارت شده و خونریزی مهیلی و تقلصات مناسب رحم معاینه گردد
- علایم حیاتی هر ۱۵ دقیقه بعد در جریان ۲ ساعت اول بررسی گردد.
- مساز رحم هر ۱۵ دقیقه بعد در جریان ۲ ساعت اول.
- وادار نمودن مادر به شروع شیردهی فوری نوزاد.
- مادر و طفل نوزاد را بعد از ۶ ساعت در صورت خوب بودن وضعیت با ارائه هدیای ذیل مرخص نمایند:
 - ادامه تغذی با شیر مادر
 - گرم نگه داشتن نوزاد
 - خوردن غذای کافی و نوشیدن مایعات اضافی
 - استراحت کافی
 - آغاز استفاده از روش تنظیم خانواده
 - مراجعه دوباره مادر و نوزاد در هفته اول و سپس یک ماه بعد

رجعت دهی

- در بسیاری از موارد با شروع شدن صفحات ولادی شما وقت کافی نخواهید داشت تا مریض را رجعت دهید و این ارتباط به دوری راه و دسترسی به مراکز صحتی دارد. اگر رجعت دهی مد نظر باشد، به موقع عمل ننماید. شرایط که رجعت دهی در آن مد نظر است قرار ذیل اند:
 - جسامت کوچک خانم یا نوزاد با جسامت بزرگ
 - شواهد از اعتلان غیر نارمل و یا حالت غیر طبیعی نوزاد
 - پیشرفت نا مطمئن مراحل اول و دوم ولادت
 - طولانی بودن صفحات ولادت. اگر در توسع عنق رحم یا با بدون تمزق غشاء آمنیوتیک با وجود تقلصات قوی و متکرر رحم بعد از ۸ ساعت پیشرفت محسوس نباشد، مریض فوراً به شفاخانه رجعت داده شود.
 - تمزق غشاء آمنیوتیک بدون شروع شدن صفحات ولادت
 - لکه های Meconium
 - خونریزی های مهیلی در مراحل اول و دوم ولادت

- علایم Distress جنین (مثلاً، ضربان قلب جنین کمتر از ۱۲۰ و یا بیشتر از ۱۸۰ فی دقیقه)
- خونریزی های طولانی یا کتلولی بعد از ولادت (بخش ۹.۹ "خونریزی بعد از ولادت" مشاهده شود)
- ولادت نامکمل پلاستنا
- موجودیت تب نزد مادر
- پاره گی های قابل مشاهده در مهبل، تورم دردناک در فرج یا اعجان (هیماتوم)، یا هر دو
- سر چپه شدن رحم (Inversion)
- مشاهده هر گونه اختلالات جدی نزد مادر یا نوزاد
- یادداشت: در هنگام رجعت دهی، در صورت امکان ورید مریض را باز نموده و مادر را وادار نمائید تا به طرف چپ بخوابد، و در صورت موجودیت، اکسیجن به مریض تجویز گردد.

هدایات به مریض

بعد از ۸ ساعت مرحله اول ولادت، اگر هیچ شواهدی از افزایش تقلصات رحمی، تمزق غشاء آمنیوتیک و پیشرفتی در توسع عنق رحم دیده نشود، مریض را مرخص نموده و برایش توصیه نمائید که در صورت ازدیاد درد یا ناراحتی، بوجود آمدن خونریزی مهیلی، یا تمزق غشای آمنیوتیک دوباره مراجعه نماید.

۹.۹ خونریزی های بعد از ولادت (Postpartum Hemorrhage)

شرح

- خونریزی های بعد از ولادت (PPH) عبارت از ضیاع بیشتر از ۵۰۰ میلی لیتر خون در هنگام ولادت مهیلی یا بیشتر از ۱۰۰۰ میلی لیتر در ولادت سزارین است. دو نوع خونریزی های بعد از ولادت موجود است:
- خونریزی های مقدم بعد از ولادت
 - در جریان ۲۴ ساعت اول بعد از ولادت رخ می دهد
 - ممکن در اثر باقی ماندن پلاستنا، رحم اتونیک (بی قوت)، ترضیض مجرای ولادت و تشوشات تحثری خون بوجود آید.
 - خونریزی های مؤخر (ثانوی) بعد از ولادت
 - در ۲۴ ساعت تا ۶ هفته بعد از ولادت رخ می دهد
 - ممکن در اثر باقی ماندن پلاستنا یا انتان ایجاد شود

تشخیص

- اخذ تاریخچه مکمل، ثبت علایم حیاتی و اجرای معاینه فیزیکی مریض
 - جستجوی اسباب و عوامل خونریزی، با در نظر داشت چهار T خونریزی بعد از ولادت:
 ۱. Tone (مقویت)
 ۲. Trauma (ترضیض)
 ۳. Tissue (نسج)
 ۴. Thrombin (Coagulopathy).
- جدول ۹.۹ را مشاهده کنید.

جدول ۹.۹ تشخیص خونریزی مهبلی بعد از تولد طفل

تشخیص احتمالی	اعراض و علائم غیر مشخص	اعراض و علائم مشخص
رحم اتونیک (نرم)	• شک	• خونریزی آنی بعد از ولادت • رحم نرم و بدون تقلص
پاره شدن عنق رحم، مهبل و یا اعجان	• تولد مکمل پلاستا • رحم متقلص	• خونریزی آنی بعد از ولادت
باقی ماندن پلاستا	• خونریزی آنی بعد از ولادت • رحم متقلص	• عدم خارج شدن پلاستا در جریان ۳۰ دقیقه بعد از ولادت
باقی ماندن پارچه های پلاستا	• خونریزی آنی بعد از ولادت • رحم متقلص	• ضایع بودن بخشی از سطح پلاستا مادری • پاره بودن غشاء آمنیوتیک با اوعیه آن
رحم معکوس شده	• رحم معکوس شده قابل مشاهده در فرج • خونریزی آنی بعد از ولادت	• عدم محسوس شدن غوررحم هنگام جس بطن • درد خفیف یا شدید
رحم متمزق	• شک • بطن حساس • نبض سریع مادر	• خونریزی آنی بعد از ولادت • خونریزی داخل بطنی، مهبل، یا هر دو • درد بطنی شدید که ممکن بعد از تمزق کاهش یابد
• باقی ماندن پلاستا • انتان	• خونریزی متغیر (خفیف یا شدید، متداوم، یا نامنظم) و متعفن • کم خونی	• خونریزی مؤخر بعد از ولادت؛ خونریزی پس از ۲۴ ساعت بعد از ولادت • رحم نرم تر و بزرگتر از حد متوقع از زمان سپری شده بعد از ولادت

اهتمامات و تدابیر معالجوی

تداوی خونریزی های مقدم (اولیه) بعد از ولادت

غیر دوايي

- درخواست معاونت. تمام کارکنان موجود را جهت کمک هرچه عاجل به حالت آماده باش قرار دهید.
- در صورتی که پلاستا خارج نشده باشد، کشش حبل سروی را تحت کنترل قرار دهید.
- در صورتی که پلاستا خارج شده باشد رحم را مساز دهید.

- یادداشت:** در صورتی که پلاستنا خارج شده و رحم تقلص نموده باشد، جهت ارزیابی شواهد پارگی عنق رحم، مهبل، یا رحم، مریض را به وضعیت Lithotomic (در موجودیت نور کافی) برای معاینه قرار دهید.
- وضعیت عمومی مادر سریعاً ارزیابی شود.
 - در صورت مشکوک بودن به شک، بلافاصله تداوی شروع شود (بخش ۱۶.۹ "شاک" و جدول) ۱۶.۹C مشاهده شود).
 - نمونه خون را جهت تعیین میزان هیموگلوبین و Cross-match (۲ واحد) جهت نقل الدم احتمالی (اگر مرکز صحتی ظرفیت انجام این کار را داشته باشد) ارسال نمایید.
 - اگر تسهیلات برای کشیدن پلاستنا یا باقیمانده با دست تحت انستیزی موجود نباشد، آمادگی برای انتقال عاجل مریض گرفته شود. جهت تداوی بدون وقفه شک مریض را با همراهی کارمند مراقبت های صحتی به شفاخانه انتقال دهید.

تداوی دواایی

- در واقعات ضیاع مقویت (Atony) رحم، Oxytocin به مقدار ۲۰ واحد در ۱۰۰۰ میلی لیتر نارمل - سالین به سرعت بشکل انفیوژن (۶۰ قطره فی دقیقه) زرق گردد. در صورت ادامه خونریزی دوز تعقیبیه Oxytocin ۱۰ واحد در ۱۰۰۰ میلی لیتر نارمل - سالین (۳۰ قطره فی دقیقه) تجویز گردد.
- **احتیاط:** نباید بیشتر از ۳ لیتر (۳۰۰۰ میلی لیتر) مایعات وریدی حاوی Oxytocin به مریض تجویز گردد. یا
- در صورتیکه مایعات داخل وریدی موجود نباشد، زرق عضلی یا وریدی Oxytocin به مقدار ۱۰ واحد تجویز گردد. در صورت تعدد خونریزی کتلی دوز مذكوره بعد از ۲۰ دقیقه تکرار شود.
- در صورت عدم موفقیت تداوی با Oxytocin، ۰.۲ میلی گرام Ergometrine را بشکل آهسته از طریق زرق وریدی یا عضلی تجویز نمایید. در صورت تعدد خونریزی کتلی به مقدار ۰.۲ میلی گرام Ergometrine از طریق عضلی بعد از ۱۵ دقیقه تکرار شده، اما از ۵ دوز بیشتر (مجموع ۱ میلی گرام) تجاوز نکند.
- **احتیاط:** از Ergometrine در افراد مصاب فرط فشار خون اجتناب شود مگر اینکه مریض در حالت شاک باشد.
- در صورت مشکوک بودن به شک، فوراً تداوی شروع گردد (بخش ۱۶.۹ "شاک" و جدول) ۱۶.۹C مشاهده شود). باز نمودن ورید دوم ضرورت است.

رجعت دهی

- در صورت قابل دسترس بودن تسهیلات برای رجعت دهی و انتقال مصئون مریض، تمام مریضان ذیل رجعت داده شوند:
- مریضان که نیاز به انستیزی و یا عمل جراحی برای ترخیص و یا پلاستنا یا باقیمانده دارند.
 - مریضان که نیاز به تطبیق خون جهت تداوی شاک دارند. سعی کنید که قبل از انتقال مریض خونریزی توقف داده شده و شاک تداوی گردد.

کارمند صحتی باید مریض را همراهی نموده و در صورت ضرورت کامپریس ایهر تطبیق شود.

اهتمامات و تدابیر معالجوی خونریزی های مؤخر (ثانوی) بعد از ولادت

غیر دواایی

- اگر مریض شواهدی ضیاع شدید خون را نشان دهد، میزان هیموگلوبین وی و Cross-match (۲ واحد) جهت نقل الدم احتمالی (اگر مرکز صحتی ظرفیت انجام این کار را داشته باشد) معاینه گردد.

دواایی

- تداوی ضیاع خفیف خون با تطبیق انتی بیوتیک های فمی.
- Amoxicillin ۵۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد برای ۷ روز
 - یا
 - در موارد حساسیت به پنیسیلین، از Erythromycin استفاده شود. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۲

در ضمیمه الف مراجعه شود.

همراه با

- Metronidazole ۵۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت برای ۷ روز
- یادداشت: زنان مبتلا به خونریزی کتلوی بعد از ولادت باید برای مدت ۳ ماه با آهن (تابلیت حاوی ۶۰ میلی گرام آهن و ۰,۴ میلی گرام فولیک اسید) روزانه دو تابلیت تداوی گردند.

رجعت دهی

- خانم های که نیاز به معاینه رحم تحت انستیزی و التراسوند دارند
- خانم های که علایم انتانات شدید دارند.
- خانم های که علایم تشوشات تحثری خون را نشان میدهند (Coagulopathy)

وقایه

- مراقبت فعال مرحله سوم ولادت وقوع خونریزی های بعد از ولادت را کاهش می دهد.
- استفاده از مساز رحمی
- در صورت ضرورت کش کردن آهسته حبل سروی.
- تجویز ۱۰ واحد Oxytocin از طریق زرق عضلی بعد از تولد نوزاد.
- اطمینان از ولادت کامل پلاستتا و مقویت خوب رحم در مرحله سوم ولادت، قبل از مرخص نمودن.

هدایات به مریض

توصیه مریض به مراجعه فوری دوباره به مرکز صحنی در صورت بروز خونریزی های غیر نارمل

۹.۱۰ مراقبت از نوزاد (Newborn Care)

شرح

نوزاد یا دوره نوزادی به ۲۸ روز اول زندگی گفته میشود. اکثر مرگ و میر دوره طفولیت (مثلاً کودکان کمتر از ۱ سال) در جریان دوره نوزادی رخ می دهد، خصوصاً در ۲۴ ساعت اول زندگی. پلان گذاری، مراقبت و تداوی واقعات عاجل دوره نوزادی می تواند تاثیر قابل ملاحظه در زنده ماندن در دوره طفولیت داشته باشد.

مراقبت نوزاد شامل مداخلات مورد ضرورت در جریان ۲۸ روز اول زندگی است:

- مراقبت اساسی نوزاد عبارت از روش های اند که در تمام نوزادان تعقیب میگردد.
- مراقبت های اضافی نوزاد عبارت از روش های اند که برای نوزادان معروض به خطر، تعقیب میگردد و شامل موارد ذیل اند:
 - نوزادان کم وزن (کمتر از ۲۵۰۰ گرام)
 - نوزادان که از مادران مریض به دنیا آمده اند
 - نوزادان که در نتیجه ولادت های دشوار و اختلاطی بدنیا آمده باشند
- مراقبت عاجل نوزاد شامل روش های اند که برای اطفالیکه نزد شان یک مرض یا اختلاط مانند ذیل میباشد، بکار

برده میشود:

- Asphyxia
- پائین بودن حرارت بدن از حد نارمل (Hypothermia)
- انتان و یا Sepsis
- زردی یا یرقان (Jaundice)
- خونریزی
- مشکلات در تغذی
- سؤ اشکال ولادی

تشخیص

- مراقبت نوزادان با یک ارزیابی ابتدایی در هنگام ولادت آغاز شده و الی ۲۸ روز اول زندگی ادامه می یابد. سویه مراقبت های مورد ضرورت نوزاد تعیین گردد: اساسی، اضافی یا عاجل.
- اولویت عمده شناسایی نیاز نوزاد به مراقبت های عاجل یا احیای مجدد است (ضمیمه ب مشاهده شود) آنها نیکه علایم خطر دارند نیاز به مداخلات فوری داشته، و آنها نیکه در معرض خطر بیشتر انکشاف اختلالات در هفته اول زندگی اند، شامل موارد ذیل میباشد:
 - نوزادان کم وزن
 - نوزادان با وزن زیاد
 - نوزادان متولد از مادران مبتلا به امراض زمینه یی، اختلالات حاملگی (مثلاً، فرط فشار خون، دیابت، اکلامپسیا، و ویروس عدم کفایه سیستم معافیتی "HIV")
 - نوزادان که در هنگام تولد شان به اختلالات مواجه میگرددند
 - علایم خطر نوزادان شامل موارد ذیل اند:
 - مشکلات در تنفس (طورمثال، تنفس غیر نارمل، فرورفتگی صدری، آواز خُر خُر با نالش در هنگام ذفیر - Grunting، نفکس زدن - Gasping)
 - احتیاط: سرعت تنفس بیشتر از ۶۰ فی دقیقه یا کمتر از ۲۰ فی دقیقه قابل نگرانی است.
 - اختلالات، شخی عضلی، یا ضیاع شعور
 - سیانوز (کبودی)
 - سستی (Floppiness) یا شخی
 - تب (مثلاً بلند بودن درجه حرارت بدن بیشتر از ۳۷,۵ سانتی گرید) یا کاهش درجه حرارت (درجه حرارت بدن کمتر از ۳۶,۵ سانتی گرید)
 - خونریزی سره (ناف)
 - یرقان غیرعادی، که در روز دوم تولد یا قبل از آن طبیعتاً شدید بوجود میآید.
 - تغذی ناکافی
 - اسهال
 - استفراغ متداوم
 - موجودیت قیح یا سرخی سره که بطرف جلد یا چشم گسترش میابد (مثلاً بیش از ۱۰ آبله قیح دار جلدی یا آبله یا تورم جلدی، سرخی یا سختی جلد)
 - ارزیابی موجودیت انتان سره یا تیتانوس نوزاد
 - ارزیابی التهاب شدید منضمه (مثلاً، Ophthalmia neonatorum)
 - تورم اطراف یا مفاصل
 - خسافت و یا کبودی لب ها یا زبان

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- انجام بررسی های اساسی جهت:
 - اطمینان از صحت مندی نوزاد
 - شناسایی نیاز مندی های خاص
 - شناسایی اختلالات عمده
 - تداوی واقعات عاجل ؛ در صورت ضرورت انتقال نوزاد به یک مرکز صحتی مجهز

غیر دوایی

- عرضه مراقبت های اساسی برای تمام نوزادان.
- خشک نمودن نوزاد با یک پارچه پاک.

- فراهم نمودن حرارت مناسب با استفاده از "روش کانگرو" - در تماس قرار دادن جلد نوزاد با مادر.
- معاینه درجه حرارت بدن نوزاد به طور منظم هر ۴ ساعت بعد از لمس نمودن پای طفل. علائم خطر کاهش درجه حرارت بدن نظارت شود:
- کاهش فعالیت و یا بی حالی
- سستی (Floppiness)
- تغذیه ناکافی
- گریه ضعیف
- تنفس سطحی
- سرخی جلد یا وجه
- شستشوی نوزاد را حداقل ۲۴ ساعت به تعویق اندازید
- تأمین حرارت اتاق تا ۲۵ درجه سانتی گرید غرض نگهداری نوزاد
- عرضه مراقبت بهتر سره طفل:
- شستن دست ها قبل و بعد از مراقبت سره
- هیچ چیزی بالای سره گذاشته نشود
- بستن دایپر (ویا تکه) پایین تر از سره.
- سره بشکل سست با پارچه پاک پوشانیده شود.
- اگر سره چرکین باشد، آنرا با آب پاک و صابون شسته، و با پارچه پاک خشک نمایند.
- تغذی با شیر مادر فوراً شروع گردد (در جریان یک ساعت بعد از تولد).
- ترغیب به تحویل دهی زودتر نوزاد به مادر (مثلاً، گذاشتن نوزاد با مادر).
- مراقبت بیشتری به نوزادان که در معرض خطر قرار دارند چنانکه در فوق تذکر یافت، فراهم شود. حمایت اضافی با توجه به وضعیت کلینیکی، تغذی و حفظ گرما فراهم شود.
- فراهم نمودن مراقبت عاجل نوزاد بر اساس "هشت عنصر مورد نیاز مراقبت عاجل نوزاد" مطابق به ستندرد ملی صحت باروری و خدمات مراقبت نوزاد:
- شناسایی علائم خطر نزد نوزاد (در فوق مشاهده شود).
- فراهم نمودن مراقبت های با کیفیت عاجل برای نوزاد مریض.
- احیاء مجدد نوزاد در صورت ضرورت (ضمیمه ب مشاهده شود)
- بررسی و تداوی پائین بودن سویه گلوکوز خون (Hypoglycemia)
- داشتن تقسیم اوقات منظم تغذیه با شیر مادر (طور مثال، حداقل ۸ بار در ۲۴ ساعت و نظر به میل طفل).
- کمک به فراهم نمودن تغذی با تیوب انفی معدوی برای نوزادان مریض و کم وزن.
- نظارت اختناق (Asphyxia) نوزادی.
- نظارت از انتانات نوزادی شدید.
- شناسایی التهاب سحایا (Meningitis)، سپسیس (Sepsis)، سینه و بغل (Pneumonia)، و التهاب شدید منظمه.
- احتیاط: ولادت های قبل از وقت اغلباً با انتانات گرفته شده از مادر همراه میباشد. نوزاد به دقت معاینه شود.
- مشاهده تیتانوس نوزادی
- مشاهده یرقان نوزادی
- یرقان شدید در جریان ۲ روز اول مشاهده شده و پیشرفت مینماید.
- یرقان فزیولوژیک معمولاً تا ۳ الی ۴ روز حیات مشاهده نشده و بسیار خفیف است.
- ارزیابی خونریزی شدید در نوزاد
- ارزیابی نوزادان از نظر نواقص و سؤ اشکال ولادی.

دوایی

- عرضه مراقبت های اساسی به نوزادان:

- به نوزادان با وزن نارمل، تطبیق عضلی ویتامین (K) Phytomenadione یک میلی گرام یک بار.
- عرضه مراقبت های چشم در جریان یک ساعت بعد از ولادت
 - چشم ها را با پارچه پاک خشک نموده و با آب پاک شستو نمایند.
 - تطبیق مرهم تتراسایکلین (فیصد ۱) یکبار در هر دو چشم
- یادداشت: شستشوی چشم، بینی، و گوش نوزاد با شیرمادر توصیه نمی شود.
- شروع تطبیق واکسین ها قبل از رخصت شدن نوزاد، در صورت امکان، همیشه در ۲ هفته اول حیات (همچنان فصل ۱۹ "معافیت" مشاهده شود):
 - واکسین BCG
 - واکسین OPV
 - واکسین هپاتیت B (در صورت موجودیت)
- احتیاط: نوزادان متولد شده از مادران مبتلا به توپرکلوز نباید واکسین BCG را بگیرند؛ و جهت بررسی بیشتر، مادر و نوزاد را به مرکز توپر کلوز رجعت دهید.
- انتانات و اختلالات مشکوک شدید تداوی گردند: التهاب سحایا (Meningitis)، سپسیس (Sepsis)، سینه و بغل (Pneumonia)، وانتانات جلد و سره.
- آغاز تداوی با انتی بیوتیک خط اول از طریق زرق عضلی (فلیپ چارت IMCI برای نوزادان الی دو ماهه مشاهده شود)
 - Ampicillin ۵۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن یک دوز هر ۶ ساعت بعد همراه با
 - Gentamicin
- هفته اول حیات - ۲،۵ (دونیم) میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن یک دوز هر ۱۲ ساعت بعد
- از ۲ هفته الی ۲ ماهه - ۲،۵ (دونیم) میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن یک دوز هر ۸ ساعت بعد
- در صورت عدم موجودیت و غیر مؤثر بودن تداوی با انتی بیوتیک های خط اول، تداوی را با خط دوم انتی بیوتیک ها در صورت موجودیت تغییر دهید (در شفاخانه های ولسوالی موجود است).
- Ceftriaxone - ۵۰ الی ۱۰۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن یک بار در روز
- مریض رجعت داده شود، در صورت عدم امکانات رجعت دهی، انتی بیوتیک حداقل برای ۵ روز تجویز شود.
- تداوی پوستول های جلدی یا انتانات سره
 - موارد ذیل را روزانه ۳ بار برای ۵ روز اجرا نمایید:
 - شستن دستها با آب پاک و صابون.
 - شستن قیج و ارجق ها با آب جوش سرد شده و صابون به آهستگی.
 - خشک نمودن سحایه با یک پارچه پاک
 - سحایه را با محلول چشن ویولت پاک نمایند
 - شستن دوباره دست ها
 - بررسی مجدد در جریان ۲ روز.
 - در صورت بدتر شدن وضعیت، رجعت دهید.
 - در صورت بهبودی وضعیت، توصیه مادر به ادامه تداوی در خانه
- تداوی انتانات چشم.
 - موارد ذیل را روزانه ۶ الی ۸ بار برای ۵ روز اجرا نمایید:
 - شستن دستها با آب پاک و صابون.
 - پارچه پاک را با آب جوش سرد شده مرطوب نمائید.
 - با استفاده از پارچه مرطوب قیج را از چشمان نوزاد به آهستگی پاک نمائید.
 - تطبیق مرهم یک فیصد Tetracycline در هر دو چشم هر ۸ ساعت بعد.
 - شستن دوباره دستان
 - بررسی مجدد در جریان ۲ روز.
 - در صورت بدتر شدن وضعیت، رجعت دهید.

- در صورت بهبودی وضعیت، توصیه مادر به ادامه تداوی در خانه
- تداوی التهاب شدید مشکوک منضمه (Ophthalmia neonatorum).
- تطبیق مرهم یک فیصد Tetracycline چشم هر ۸ ساعت بعد.
- همراه با
- تجویز آنتی بیوتیک های سیستمیک: Ampicillin جمع Gentamicin (تداوی انتانات را در فوق مشاهده نمایید).

رجعت دهی

- همه نوزادان که از خود علایم خطر را نشان میدهند
- تداوی عاجل و با ثبات سازی مریض قبل از رجعت دهی
- انتقال مریض با یک کارمند صحتی در صورت امکان.
- در جریان انتقال تنفس، گرمی و تغذی نوزاد باید تامین گردد.
- رجعت دهی تمام نوزادان بسیار کم وزن (مثلاً، کمتر از ۱۷۵۰ گرم) جهت تغذی کمکی و نظارت
- یادداشت: بعضی نوزادان با وزن بین ۱۷۵۰ و ۲۵۰۰ گرم با توجه به چگونگی وضعیت بهتر شدن و تامین درجه حرارت بدن ضرورت به رجعت دهی دارند.
- نوزادان که خونریزی داشته، ضرورت به نقل الدم دارند، یا هر دو حالت.
- نوزادان مصاب به یرقان شدید که ضرورت به تعویض خون دارند.
- نوزادان با انتانات شدید مشکوک یا سپسیس (طور مثال، تیتانوس، مننژیت)
- نوزادان با سؤ اشکال ولادی جهت ارزیابی و طرح پلان های تداوی
- یادداشت: رجعت دهی نوزادان مصاب به سؤ اشکال ولادی که تهدید کننده حیات نباشد (طور مثال، لب چاک، club foot) انتخابی است.

هنگام رجعت دهی یک کاپی اسناد مراقبت های قبل از ولادت (ANC) و ولادت ضمیمه گردد.

وقایع

- وضعیت یک نوزاد سالم مستقیماً به وضعیت صحتی مادر در زمان حاملگی ارتباط دارد:
- اطمینان از صحتمندی، تغذیه خوب، حفظ الصحه و مراقبت های صحتی زمان قبل از حاملگی.
- اطمینان از مراعات نمودن تنظیم خانواده و ایجاد فاصله بین ولادت ها.
- اطمینان از مراعات نمودن مراقبت های مناسب قبل از ولادت، بشمول ملاقات های معمول:
- تجویز تکمیل کننده های آهن و Folate.
- تطبیق به موقع واکسین ها.
- ساختن پلان ولادت عاجل (بخش ۹.۱ "حاملگی و مراقبت های قبل از ولادت" مشاهده شود).
- شناسایی هر گونه اختلالات حاملگی (مثلاً، فرط فشار خون، کم خونی، اکلامپسیا، وضعیت نامطلوب جنین).
- تامین ولادت پاک و مصون (بخش ۹.۸ "ولادت و مراقبت پس از ولادت" مشاهده شود).
- تامین مراقبت های مناسب بعد از ولادت شامل کمک های عمومی، تجویز تکمیل کننده های آهن و ویتامین A (بخش ۹.۸ مشاهده شود).
- در صورت ضرورت، فراهم نمودن تداوی انتانات مقاربت های جنسی در زمان حاملگی به مادر.
- فراهم نمودن آنتی بیوتیک ها برای مادر با در نظر داشت موارد ذیل:
- تمزق طولیل المدت غشاء امنیوتیک (بیشتر از ۲۴ ساعت قبل از ولادت)
- تمزق قبل از وقت غشاء امنیوتیک (تمزق قبل از هفته ۳۷ ام حمل)

هدایات به مریض

- تشویق مادران به شیردهی مقدم، منحصر به شیر مادر و مطابق به میل نوزادان.
- آغاز تطبیق واکسین ها برای تمام نوزادان (پروگرام کتلی واکسیناسیون "EPI" مشاهده شود).

۹.۱۱ ترکیدن نوک پستان یا ثدیه ها (Cracked Nipples) در زمان شیردهی

- بررسی اساسی از نگهداشت گرمای بدن، حفظ الصحه (شستشو و حمام)، وقایه از انتان و مراقبت حبل سروی.
- توصیه مادر به ضرورت معاینه نوزاد حداقل ۶ ساعت بعد از تولد، ۶ روز بعد از تولد (ترجیحا در جریان ۲ الی ۳ روز) و ۴ الی ۶ هفته بعد از تولد.
- پاک نگهداشتن حبل سروی به شکل مناسب با استفاده از هدایات فوق الذکر، و تشویق به عدم استفاده از دوا ها و روش های سنتی در مراقبت حبل سروی.
- مشورت با مراقبت کننده های نوزاد جهت آماده بودن در صورت بروز اختلالات و اطمینان ازدانستن آنها که چگونه:
 - علایم خطر را شناسایی نمایند
 - تصمیم فوری گیرند که چه وقت و از کجا درخواست کمک نمایند
 - برای انتقال عاجل و هزینه آن برنامه ریزی کنند

۹.۱۱ ترکیدن نوک پستان یا ثدیه ها (Cracked Nipples) در زمان شیردهی

شرح

حساس شدن نوک پستان یک عرض معمول روز های اول شیردهی بوده و عموماً زمانی شروع میشود که نوزاد شروع به مکیدن مینماید. هر قدرزود که جریان شیر شروع میشود به همان اندازه حساسیت نوک پستان کم میشود. این حالت میتواند در اثر کاهش تماس نوزاد با پستان مادر ایجاد شده یا میتواند در نتیجه دور کردن نوزاد قبل از ختم مکیدن پستان بوجود آید. انتانات فنگسی (Candida) می تواند که سبب شدت و مزمن شدن درد در نوک پستان بدون دریافت های فیزیکی قابل ملاحظه گردد.

تشخیص

- درد شدید
- ترکیده گی (Fissure) ممکن است از پایین شدن نارمل شیر جلوگیری نماید
- انتانات موضعی در اطراف ترکیده گی ممکن منجر به التهاب پستان (Mastitis) گردد (بخش ۹.۱۲ " التهاب و آبسه پستان مشاهده شود")
- حساسیت، تورم و گرمی در پستان ها

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

- تطبیق کامپرس های گرم بالای پستان
- تعیین درجه حرارت بدن غرض اطمینان از عدم تیدار بودن مریض
- تشویق مادر به تداوم شیردهی
- مشاهده شیوه شیردهی مادر (زمانی که کارمند صحن طبقه اناث موجود باشد).
- آموزش مریض برای وضعیت درست شیردهی و به تماس داشتن نوزاد ("وقایه و هدایات به مریض" در زیر مشاهده شود).
- رهنمایی مادر برای فشار دادن پستان و جریان شیر به نوک پستان ها و معطل ماندن تا پستان ها بین دو شیر دهی خشک گردد.
- رهنمایی مادر برای فشار دادن پستان با دست قبل از شیردهی. در صورتیکه با شیردهی نوزاد در طرف مبتلا درد بیش از حد گردد، به مادر توصیه نمائید تا شیردهی را از طرف مقابل شروع نموده و پستان ترکیده گی را در جریان هوای آزاد قرار دهد تا شیر پایین بیاید.
- در موارد نادر، ممکن توقف شیردهی به مدت کوتاه از طرف مصاب لازم باشد و شیر پستان را میتوان با دست یا با شیرکش خالی نمود.

دوايي

- تجویز ادویه ضد درد:

- Paracetamol جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- Ibuprofen در صورت ضرورت ۲۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت بعد
- تطبیق ادویه موضعی.
- مرهم Vitamin A and D یا Hydrus lanolin (اگر موجود باشد)، ضرور نیست تا هنگام شیردهی نوزاد این مواد برطرف شده یا پاک شود.
- در صورت مشکوک بودن به انتانات فنگسی (Condidiasis) قطره موضعی Nystatin (۱۰۰۰۰۰ واحد بین المللی در یک میلی لیتر) هر ۸ ساعت بعد برای ۵ روز تطبیق شود.
- در هنگام تدای، به مادر آموزش دهید تا چگونه جریان شیر را از پستان مصاب زیاد ساخته و طفل را با گیلان از شیر خود تغذیه نماید، و باید تغذی نوزاد را از پستان سالم ادامه دهد.

وقایه و هدایات به مریض

- اطمینان از وضعیت و تماس درست نوزاد با پستان مادر هنگام شیردهی.
- به مادر نشان دهید که چگونه نوزاد را در آغوش گرفته و مادر باید موارد ذیل را مدنظر بگیرد:
 - مطمئن باشد که رأس و بدن نوزاد در یک خط قرار دارند
 - مطمئن باشد که نوزاد رو بروی پستان اش قرار داشته و بینی نوزاد در مقابل نوک پستان اش موقعیت دارد.
 - بدن نوزاد نزدیک به بدن مادر قرار دارد
 - فقط گردن و شانه طفل را استناد ندهد بلکه تمام بدن نوزاد باید استناد داده شود
- به مادر نشان دهید که چگونه کودک خود را با خود در تماس داشته و باید موارد آتی مدنظر باشد:
 - تماس دادن لب های نوزاد با نوک پستان
 - معطلی ماندن به باز شدن وسیع دهن نوزاد
 - سریعاً نوزاد را به پستان اش به مقصد قرار دادن لب زیرین نوزاد در قسمت پائینی پستان قرار دهد
- به مادر در مورد علایم تماس خوب با نوزاد تذکر دهید:
 - بیشترین بخش های نواحی سیاه رنگ پستان (Areola) در اطراف دهن نوزاد قابل مشاهده باشد
 - دهان نوزاد به خوبی و وسیع باز باشد
 - لب پایین کودک بطرف بیرون دور بخورد
 - زنج نوزاد به پستان مادر تماس داشته باشد
- به مادر در مورد جستجو نمودن علایم مکیدن مؤثر نوزاد آموزش دهید (مثلاً مکیدن بطی، مکیدن عمیق و بعضاً مکیدن وقفه یی).
- به مادر توصیه شود که اگر تماس و مکیدن نوزاد خوب نباشد باید سعی بیشتر نموده و دوباره ارزیابی کند.
- اگر پستان های مادر مملو از شیر (Engorged) باشد، به مادر گفته شود که قبل از شیردهی مقداری از شیر را با فشار بیرون نموده تا اطراف نوک پستان نرم شده و زمینه تماس بهتر برای نوزاد مساعد گردد.
- به مادر نوزاد توصیه شود تا حفظ الصحه پستان و نوک پستان را مراعات نموده تا از انتان و التهاب پستان ها جلوگیری گردد.
- مادر رهنمایی گردد تا شیردهی را ادامه داده مگر اینکه یک دلیل واضح برای توقف شیردهی موجود باشد.

۹.۱۲ التهاب پستان (ثدیّه) و آبسه پستان (Mastitis and Breast Abscess)

۹.۱۲.۱ التهاب پستان

شرح

التهاب پستان ها به معنای ملتهب شدن پستان هاست. این حادثه اکثراً نزد خانم ها در حمل اول اتفاق می افتد که معمولاً یک پستان را ماووف میسازد. Staphylococcus ها شایع ترین عامل سببی التهاب پستان هاست.

تشخیص

- تورم پستان
- احمرار یا سرخی
- حساسیت
- درد و تب
- ترکیدن و خونریزی نوک سینه ها

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

- توصیه به استراحت.
- تشویق خانم به شیردهی مکرر از پستان مأوف و استفاده از شیر کش مخصوص و یا با فشار دست شیر را از پستان خارج نماید.
- آموزش در مورد وضعیت درست و تماس مناسب نوزاد با پستان مادر (بخش ۹.۱۱ "ترکیدن نوک پستان ها در هنگام شیردهی" مشاهده گردد).
- پستان ها را با استفاده از واسکت (سینه بند) استناد دهید.
- تطبیقات سرد پستان ها بعد از هر بار شیردهی جهت کاهش تورم و درد.

دوايي

• تداوی با انتی بیوتیک ها

- Cloxacillin ۵۰۰ میلی گرام فمی هر ۶ ساعت بعد برای ۱۰ روز (در مراکز صحتی جامع و شفاخانه های ولسوالی موجود است).
- یا
- Erythromycin ۲۵۰ الی ۵۰۰ میلی گرام فمی هر ۶ ساعت بعد برای ۱۰ روز.
- تجویز مسکن برای تب و درد
- Paracetamol ۵۰۰ میلی گرام فمی هر ۴ الی ۶ ساعت بعد برای ۳ روز و یا نظر به ضرورت. آگاهی به مریض در مورد مراجعه نمودن دوباره بعد از ۳ روز، متعاقب شروع تداوی جهت اطمینان از پاسخ در برابر تداوی یادداشت: التهاب پستان بدون مداخله انتان (مانند، زخم نوک پستان) اکثراً به دلیل شیر ندادن و یا فواصل طولانی بین شیردهی بوجود آمده و به کدام تداوی خاص ضرورت ندارد.

رجعت دهی

در صورت عدم پاسخ به تداوی ابتدایی یا تشخیص عود التهاب پستان.

هدایات به مریض

- شیردهی مقدم، منظم، و مکرر (بشمول شیردهی شبانه).
- اجتناب از فشار دادن پستان ها.

۹.۱۲.۲ آبسه پستان

شرح

آبسه پستان یک انتان موضعی بوده که حاوی قیح در یک قسمت از انساج پستان میباشد. این حالت توسط مداخله باکتری ها از طریق تخریش یا ترکیدگی نوک پستان نزد خانم که به تازگی ولادت نموده است، ایجاد می شود.

تشخیص

- پستان ها سرخ (یا احمراری) ، سخت، متورم، دردناک و گرم میباشد
- تب
- موجودیت کتله ها با اشکال و اندازه های متغییر در پستان ها (معمولاً کتله در نزدیکی و یا اطراف نوک پستان موجود میباشد)
- ممکن افرازات از کتله و یا نوک پستان ماووف خارج شود.

رجعت دهی

تمام واقعات آپسه پستان باید جهت تخلیه (Drainage) و تداوی با انتی بیوتیک به شفاخانه رجعت داده شوند.

وقایه

شیر دهی فوری و متکرر به نوزاد.

۹.۱۳ عادت ماهوار درد ناک (Dysmenorrhea)

شرح

عادت ماهوار دردناک عبارت از درد های دوره یی قسمت تحتانی بطن در هنگام عادت ماهوار میباشد (طورمثال، درد یا پیچ و تاب Cramps قبل یا در جریان قاعده گی).

- دیسمنوری ابتدایی - اسباب عضوی آن شناخته نشده است.
- دیسمنوری ثانوی - اسباب عضوی آن شناخته شده که شامل موارد ذیل اند:

- تضیق عنق رحم
- Endometrial polyps
- التهاب حوصلی
- Uterine fibroids
- Endometriosis
- آله داخل رحمی (IUD)

تشخیص

- گرفتن دقیق تاریخچه صحی.
- اجرای معاینه فیزیکی، بشمول معاینه حوصلی (در صورتیکه کارکن صحی زن موجود باشد).
- در دیسمنوری ابتدایی، معاینه حوصلی نارمل است.
- در دیسمنوری ثانوی، ممکن اختلال در معاینه حوصلی دریافت گردد.
- درد های عود کننده و پیچ و تاپ های قسمت سفلی بطن در جریان عادت ماهوار بررسی گردد. اعراض آن ممکن شامل کمردردی، سردردی، دلبدی، استفراغ و اسهال باشد.
- بعضی اوقات در معاینه التراسوند حوصلی ممکن یک علت عضوی شناسایی گردد. در صورت امکان مریض برای معاینه التراسوند رجعت داده شود.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوائی

- به مریض توصیه نمایید تا از تطبیقات گرم موضعی استفاده نماید (مثلاً استفاده از پارچه های گرم در قسمت سفلی بطن).
- مریض را حمایت عاطفی نموده و برایش اطمینان دهید.

دوایی

برای دیسمنوری ابتدایی:

- در موارد خفیف، ادویه ذیل تجویز شود:
○ **Paracetamol** در صورت ضرورت برای ۲ الی ۳ روز. جهت مشاهده دوز های معیاری به جدول الف-۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- یا
- **Aspirin** ۵۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد، برای ۲ الی ۳ روز در صورت ضرورت (تا برطرف شدن درد)
- در موارد متوسط تا شدید، ادویه ذیل تجویز شود: -
- **Ibuprofen** ۲۰۰ الی ۴۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد به مدت ۲ الی ۳ روز با غذا یا بعد از غذا جهت کاهش سوزش معده

رجعت دهی

- خانم های مبتلا به دیسمینوری با اسباب شناخته شده (طور مثال، عادت ماهوار دردناک ثانوی)
- خانم های که با گرفتن **Ibuprofen** تسکین نشده یا فعالیت های نارمل را اجرا کرده نتوانند.

وقایه

- رژیم غذایی با شحم کمتر ممکن در کاهش درد عادت ماهوار کمک نماید.
- تمرینات فیزیکی منظم و متوسط ممکن است در کاهش درد عادت ماهوار کمک نماید.

هدایات به مریض

تشویق خانم ها به اجرای فعالیت های عادی روزمره.

۹.۱۴ خونریزی های غیر نارمل مهیلی (Abnormal Vaginal Bleeding)

شرح

خونریزی غیر نارمل با در نظر داشت سن خانم، سیکل عادت ماهوار، یا هر دو از نقطه نظر مقدار، مدت، یا فواصل زمانی میباشد. اسباب آن مربوط به سن و حاملگی مریض بوده و شامل موارد ذیل اند:

- در دوره نوزادی و طفولیت
 - جروحات ترضیسی فرج یا مهیل (مثلاً، جروحات تصادفی، جسم اجنبی و یا تطبیق سامان، تجاوز جنسی)
 - التهاب مهیل
 - نادراً، پرولیس مجرای احلیل، تومور ها
- خانم ها و نوجوانان در سن باروری
 - اختلالات حاملگی
 - اختلالات هورمونی و تطبیق آله داخل رحمی
 - ترضیضات: پارگی های مقاربتی، تطبیق سامان، تجاوز جنسی
 - انتانات یا التهابات مهیل، عنق رحم، یا التهاب انتانی حوصله
 - تومور ها
 - سرطان عنق رحم، اندومتر، مهیل، فرج، یا تخمدان؛ Choriocarcinoma
 - فیبروئید های سلیم
- خونریزی های اختلال وظیفوی رحم (طور مثال، زمانی که غشای اندومتر بصورت نامنظم و شدید تخریب میشود، اغلباً با سیکل Anovulatory همراه است). خونریزی های تشوش وظیفوی رحم اکثراً در شروع و ختم

- سیکل تحیض، در نوجوانان و خانم های بیشتر از ۴۰ سال بوجود میاید.
- خانم های متعاقب ختم عادت ماهوار (خانم های اند که نزد شان عادت ماهوار از مدت ۶ ماه یا بیشتر از آن متوقف شده است)
 - سرطان های عنق رحم، اندومتر، مهبل، فرج، یا تخمدان ها
 - قطع آنی تداوی با استروجن
 - التهاب اتروفیک مهبل و یا اندومتری
 - ترضیض: مقاربتی، جسم اجنبی و یا تطبیق سامان، تجاوز جنسی

تشخیص

- گرفتن تاریخچه در مورد سیکل عادت ماهوار، حاملگی، ترضیض وسایر اعراض سیستمیک.
- در خانم های سنین باروری، تست لابراتواری حاملگی اجرا شود.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- اسباب شناخته شده را هر چه زودتر تداوی نموده و مریض را رجعت دهید.
- در مریضان حامله، اختلالات حاملگی جستجو شود.
 - در مراحل ابتدایی حاملگی (رحم از سره بلندتر نمیباشد)
 - اگر خونریزی شدید باشد (پد یا پارچه در کمتر از ۵ دقیقه خون آلود شود):
 - باز نمودن ورید مریض و تطبیق سریع مایعات.
 - به مقدار ۰.۲ میلی گرام Ergometrine از طریق زرق عضلی تجویز شود.
 - در صورت ادامه خونریزی زرق ۰.۲ میلی گرام Ergometrine از طریق عضلی یا وریدی تکرار شود.
 - در صورت مشکوک بودن به سقط انتانی، انتی بیوتیک مناسب داده شود (بخش ۵.۹، "سقط جنین [خونریزی مهیلی در مراحل مقدم حمل]" مشاهده شود).
 - رجعت دهی فوری به شفاخانه چون خونریزی غیر نارمل ممکن نشان دهنده سقط، Menorrhagia یا حمل خارج رحمی باشد.
 - مراحل مؤخر بارداری (رحم بلندتر از سره)
 - هر گونه خونریزی خطرناک است.
 - احتیاط: معاینه مهیلی را انجام ندهید.
 - باز نمودن ورید مریض.
 - تطبیق سریع مایعات در صورت خونریزی کتلوی یا در شک بودن مریض. (بخش ۱۶.۹، "شاک" و جدول C ۹.۱۶ مشاهده شود).
 - رجعت دهی فوری به شفاخانه زیرا ممکن خونریزی غیر نارمل نشان دهنده پلاستنا Praevia، جدا شدن زودرس پلاستنا یا تمزق رحم باشد.
 - در جریان صفحات ولادت، قبل از تولد نوزاد، خونریزی بیشتر از ۱۰۰ میلی لیتر از شروع صفحات ولادت احتیاط: معاینه مهیلی را انجام ندهید.
 - باز نمودن ورید مریض.
 - تطبیق سریع مایعات در صورت خونریزی کتلوی یا در شک بودن مریض. (بخش ۱۶.۹، "شاک" و جدول C ۱۶.۹ مشاهده شود).
 - رجعت دهی فوری به شفاخانه زیرا ممکن خونریزی غیر نارمل نشان دهنده پلاستنا Praevia، جداسدن زودرس پلاستنا یا تمزق رحم باشد.
 - خونریزی بعد از ولادت (بخش ۹.۹، "خونریزی بعد از ولادت" مشاهده شود)

رجعت دهی

- تمام موارد خونریزی های غیر نارمل مهیلی جهت بررسی و تداوی بیشتر

یادداشت: در صورتیکه خونریزی ناشی از روش های جلوگیری از حمل باشد، مریض رجعت داده نشود. به مریض توصیه شود که در صورت عدم بهبودی خونریزی یا اعراض در سیکل عادت ماهوار بعدی، دوباره مراجعه نماید.

- موجودیت اختلالات سرطان، ترضیض و Metrorrhagia (مثلا، خونریزی ناشی از تشوش وظیفوی رحم)

وقایه و هدایات به مریض

- توصیه خانم های حامله به مراقبت های قبل از ولادت.
- به مریض فهمانده شود که در صورت افزایش خونریزی یا عدم بهبودی اعراض در سیکل بعدی عادت ماهوار، دوباره مراجعه نماید.

۹.۱۵ خونریزی بعد از انقطاع طمث (Postmenopausal)

شرح

انقطاع طمث (Menopause) عبارت از ختم عادت ماهوار در محدوده سنین ۴۵ الی ۵۱ سالگی میباشد. انقطاع طمث دوره حیات بعد از ختم عادت ماهوار است. هیچ نوع خونریزی مهیلی بعد از ختم عادت ماهوار نباید رخ دهد.

خونریزی بعد از انقطاع طمث ۱۲ ماه بعد از قطع عادت ماهوار نزد یک خانم میان سال بوجود میاید. احتمالاً خونریزی بعد از انقطاع طمث بیشتر اسباب پتالوژیک داشته و همیشه باید به طور جدی مورد بررسی قرار گیرد. خونریزی بعد از انقطاع طمث قابل وقایه نیست.

خونریزی بعد از انقطاع طمث به دو صنف طبقه بندی می شود:

- اسباب غیر نسایی مانند هورمون های خارج المنشه ویا ادویه ضد تحثری
- اسباب نسایی قرار ذیل اند:

- اتروفی با یا بدون ترضیض مهیلی
- هایپرپلازی اندومتر (در خانم های چاق بیشتر شایع است)
- پولیپ اندومتر
- سرطان اندومتر و سایر سرطانهای دستگاه تناسلی

تشخیص

- اخذ تاریخچه دقیق حیاتی میباشد.
- نادراً هیماچوری (خون در ادرار) و یا خونریزی مقعدی ممکن با خونریزی بعد از انقطاع طمث به اشتباه گرفته شود.
- معاینات کلینیکی شامل معاینه بطن بوده که به منظور دریافت کتلات بطنی اجرا میشود.
- اجرای معاینه با اسپیکولوم اجازه می دهد تا التهاب اتروفیک مهیل بررسی گردیده و پولیپ عنق رحم، تومور های عنق رحم، مهیل و فرج رد گردد.
- موجودیت نسج نازک مهیل و کبودی (لکه های احمرار) علایم اتروفی مهیل اند. کوشش کنید هر گونه پارگی مهیل ناشی از ترضیض را برملا نمایید (طور مثال خونریزی پس از مقاربت).
- به یاد داشته باشید که مهیل اتروفیک سایر اسباب را رد نمی کند. یک تاریخچه دقیق به شما معلومات خواهد داد، طور مثال آیا مریض هورمون های خارج المنشه میگیرد ویا گرفته است (مثلا برای تداوی پوکی استخوان).

در صورتیکه اسباب آن مرتبط به هورمون های خارج المنشه و اتروفی مهیل نباشد، مریض رجعت داده شود.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- قطع تداوی با هورمون ها خارج المنشه.
- در تداوی اتروفی مهیلی Estrogen های مهیلی از قبیل Estradiol ۰.۶۲۵ میلی گرام فی گرام که در تیوب های ۴۲،۵ گرمه جایجا شده بصورت موضعی تطبیق گردد (در لست ادویه اساسی موجود نیست).

- چون خونریزی بعد از انقطاع طمث اولین علامه سرطان اندومتر است، بناءً مریض بدون تأخیر رجعت داده شود.
- **هدایات به مریض**
- رعایت حفظ الصحه طرق تناسلی.
- اجتناب از چاقی. حفظ یک وزن سالم فرصت خونریزی های بعد از انقطاع طمث را کاهش می دهد.
- خوردن میوه ها و سبزیجات بر علاوه سایر غذاها.
- هر واقعه خونریزی های بعد از انقطاع طمث گزارش داده شود. خونریزی های بعد از انقطاع طمث بدون در نظر داشت کم بودن وغیر برجسته بودن خونریزی باید بشکل جدی بررسی گردد.

۹.۱۶ امراض التهابی حوصله (PID)

شرح

امراض التهابی حوصله یک اصطلاح معمول طرق علوی دستگاه تناسلی طبقه اناث است (به طورمثال طبقات سطحی رحم، تیوب های فالوپین، تخمدان ها، یا سایر اعضای حوصلی). امراض التهابی حوصلی ممکن حاد (شروع حاد انتانات حوصلی) یا مزمن (درد های حوصلی، دوره عادت ماهوار دردناک، و مقاربت دردناک) باشد. امراض التهابی حوصله ممکن از طریق رابطه جنسی با صعود انتان از طرق تناسلی سفلی انتقال بیابد، و یا ممکن از طریق انتان مرتبط به مقاربت جنسی (STI) (مثل باکتری های غیر هوازی، گونوکوک، کلامیدیا) یا بعد از ولادت یا سقط جنین بوجود آید. اختلالات ممکنه امراض التهابی حوصله التهاب پريتوان (Peritonitis)، آبسه، Septicemia، درد های مزمن حوصلی، افزایش خطر حمل خارج رحمی، یا عقامت میباشد.

تشخیص

- بسیاری از خانم های مبتلا به امراض التهابی حوصله یا اینکه هیچ اعراض و علایم ندارند ویا به دنبال تداوی نمی باشند. سایر مریضان ممکن علایم ذیل را نشان دهند:
- درد یا حساسیت در قسمت حوصله و تحتانی بطن که ممکن با تب، دلبدی، یا استفراغ همراه باشد.
 - افرازات مهبلی یا عنق رحم با رنگ و بوی غیرنارمل
 - کرمپ های عادت ماهوار
 - خونریزی غیر منظم عادت ماهوار
 - عسرت تبول یا تبول دردناک
 - درد در هنگام مقاربت جنسی (مقاربت دردناک)
 - در واقعات احتمالی انتانی یک یا بیشتر از علایم فوق با موارد ذیل همراه است:
 - درد با حرکت عنق رحم
 - حساسیت تخمدان
 - کتلای تخمدان یا حوصله (آبسه تیوب ها و تخمدان ها)
 - در صورت موجودیت موارد ذیل نزد مریض امراض التهابی حوصله رد میگردد:
 - حمل خارج رحمی پاره شده (بخش ۹.۶ "حمل خارج رحمی" مشاهده شود)
 - التهاب یا آبسه امعا
 - التهاب پريتوان
 - التهاب اپندکس
 - تدور (Torsion) یا پارگی کیست تخمدان ها (بخش ۱۶.۲ "درد حاد بطن" مشاهده شود)

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

- مراقب باشید که مریض از نظر حاملگی معاینه شود. تاریخچه عادت ماهوار بررسی و تست حاملگی در ادرار اجرا گردد.
- تمام مریضان حامله که درد حوصلی دارند باید برای ارزیابی اختلالات حاملگی و امراض التهایبى حوصله رجعت داده شوند.
- مریضان بعد از ولادت ممکن احتباس پلاستنا یا سایر اختلالات ولادت داشته باشند.
- در صورت موجودیت آله داخل رحمی، آن را خارج نمایند.
- فراهم نمودن مایعات و جلوگیری از ضیاع مایعات بدن.
- ارزیابی شواهد سایر انتانات مقاربت جنسی (STIs) (مانند Candidiasis، التهاب مهبل، قرحات تناسلی یا زخ ها)

تداوی دوايي

- موارد خفیف را با انتی بیوتیک های فمی و موارد شدید را با ادویه زرق وریدی تداوی نموده و مریض را رجعت دهید.
- انتی بیوتیک تجویز گردد.
- Doxycycline (کپسول ۱۰۰ میلی گرام)، جهت مشاهده دوز های معیاری به جدول الف ۱۰ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- توجه: Doxycycline به خانم های حامله و شیرده تجویز نشود.
- همراه با
- Metronidazole ۴۰۰ الی ۵۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد برای ۱۰ روز
- در صورت ضرورت ادویه تسکین دهنده درد و تب تجویز گردد.
- Paracetamol جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.

رجعت دهی

- همه مریضان حامله (مشکوک) ، بعد از ولادت، یا مریضان متعاقب سقط
- خانم های مصاب به مریضی شدید یا آناتیکه قادر به تحمل ادویه از طریق فمی نیستند.
- مریضان که خونریزی های غیر نارمل مهبلی دارند
- مریضان دارای تب بلند (بیش از ۳۹ درجه سانتی گرید) یا Septicemia
- مریضان مشکوک به آبسه حوصلی یا التهاب پریتوان - برای مشوره های جراحی
- پیشرفت اعراض در هر زمان، یا عدم بهبودی در جریان ۴۸ ساعت بعد از شروع تداوی فمی

وقایه و هدایات به مریض

- به مریض در مورد گسترش انتانات مقاربت جنسی، و پافشاری در مورد استفاده از کاندم
- به مریض جهت مراجعه نمودن دوباره برای تعقیب و پیگیری هدایت داده شود. در صورت عدم بهبودی بعد از ۴۸ ساعت تداوی، مریض رجعت داده شود.
- به مریض هدایت داده شود تا در ختم دوره تداوی برای اطمینان از شفایابی و همچنان ۴ هفته بعد از آن برای اطمینان از عدم عود انتانات به مرکز صحتی مراجعه نمایند.
- به خانم توصیه نمایند تا همسر او هم باید تداوی شود. به شوهر خانم ادویه ذیل تجویز نمایند:
- Ciprofloxacin ۵۰۰ میلی گرام به دوز واحد (در مراکز صحتی جامع و شفاخانه های ولسوالی موجود است)
- برای چند روز
- همراه با
- Doxycycline ۱۰۰ میلی گرام هر ۱۲ ساعت بعد برای ۷ روز
- با مریض در مورد پیروی از تداوی، کاهش خطر انتقال انتانات مقاربت جنسی، و اختلالات ناشی از انتانات مقاربت جنسی و امراض التهایبى حوصله مشوره شود.
- با مریض در مورد حفظ الصحه شخصی و تناسلی مشوره شود.

شرح

عقامت عبارت از ناتوانی زن و شوهر در حمل گرفتن در جریان یک سال، با وجود خواست داشتن طفل، داشتن مقاربت جنسی منظم و عدم استفاده از هر نوع روش جلوگیری از حمل، میباشد. زمانی که خانم هیچ گاهی حمل نگرفته باشد، عقامت ابتدایی نامیده شده و زمانی که خانم در گذشته حمل گرفته باشد، عقامت ثانوی گفته میشود. مشکلات در گرفتن حمل میتوانند در نتیجه فکتور های مربوط به مرد، زن، یا مربوط هر دو باشد.

تشخیص

مریضان از حمله نشدن برای مدت یک سال شکایت می کنند. هر شکایت مربوط به عقامت باید جدی گرفته شود، زیرا بعضی از اسباب می تواند در صورتیکه در اوایل شناسایی شود به آسانی تداوی گردد. همیشه به خانم و شوهر اطمینان داده شود که بسیاری از اسباب عقامت تداوی شده میتواند، اما ممکن وقت زیاد (۶ الی ۱۲ ماه) را دربر بگیرد که مربوط به اسباب آن میشود.

نزد خانم ها

- افزایش غایب نارمل مهیلی و احتمال امراض التهابی حوصله را بررسی نموده و هر گونه انتانات مشکوک را بشکل مناسب تداوی نمایید. همیشه خانم و شوهر را همزمان تداوی نمایید (بخش ۹.۱۶ "امراض التهابی حوصله" مشاهده شود).
- دوره تخم گذاری خانم تعیین گردد. سابقه هر گونه خونریزی غیر نارمل یا غیر منظم ماهانه جستجو گردد. در صورت مشکوک شدن به خونریزی های غیر نارمل، خانم را به متخصص نسایی برای بررسی بیشتر رجعت دهید.
- در صورتیکه خانم از دردناک بودن دوره ماهوار شکایت دارد، به Endometriosis مشکوک شده و مریض را به متخصص نسایی رجعت دهید.
- در مورد تاریخچه مداخلات جراحی (هر دو نسایی و بطنی) از مریض پرسیده شود.

نزد مرد ها

- اختلالات اناتومیک احلیل و خصیه ها بررسی گردد. در صورت موجودیت آن، مریض برای اصلاح رجعت داده شود.
- وریدهای متوسع در سفن (Varicocele) معاینه گردیده و در صورت موجودیت، برای عمل جراحی رجعت داده شود.
- انتانات احلیل، پروستات، یا هر دو ارزیابی شود. هر گونه موارد مشکوک بشکل مناسب تداوی شود. همیشه خانم و شوهر همزمان تداوی شوند.
- در مورد تاریخچه کله چرک خصیه ها یا جروحات و یا هر گونه التهاب خصیه ها پرسیده شود.

در هر دو (خانم و شوهر)

- موارد ذیل که به شکل منفی باعث تغییر عقامت نارمل میگردد، بررسی شوند مانند سن، فشار روحی، فقر یا رژیم غذایی نامتوازن، فعالیت های ورزشی یا فیزیکی سنگین، اضافه وزن و یا کم وزن بودن، دود نمودن سگرت، استفاده از مواد مخدر، قرار گرفتن در معرض سموم محیطی مانند حشره کش ها و سرب، بعضی از دواها، یا تداوی شعبایی و Chemotherapy امراض سرطان.
- محتاطانه دریافت گردد که آیا عمل مقاربت جنسی بشکل صورت میگیرد که به القاح اجازه میدهد. در صورتیکه چنین نباشد، خانم و شوهر را توصیه مناسب نمایید. علاوه بر این، این موضوع هم بررسی گردد که آیا مقاربت در دوران مناسب سیکل یعنی بین روز های ۱۰ الی ۱۷ بعد از اولین روز آخرین دوره عادت ماهوار اتفاق می افتد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوائی

برای خانم و شوهر توصیه های عمومی در مورد شیوه زندگی سالم ارائه گردد:

- توصیه در مورد مقاربت جنسی مناسب در صورت ضرورت
- توصیه به خانم و شوهر:
 - اجتناب از حالات و فعالیت های استرس زا
 - پرهیز از استفاده هر گونه مواد غیر صحتی (مانند تنباکو، چرس، تریاک)
 - خوردن رژیم غذایی متوازن
 - مراعات نمودن شرایط بهتر حفظ الصحة

دوایی

تداوی مناسب تمام انتانات مشکوک (بخش ۹.۱۶ "امراض التهابی حوصله" مشاهده شود) ، تداوی همزمان خانم و هم شوهر.

رجعت دهی

تمام مشکلات حل نشده عقامت به متخصص نسایی و متخصص Andrologist (متخصص سیستم تناسلی مردان) رجعت داده شود.

هدایات به مریض

- با وجود تداوی، خانم و شوهر به تعقیب تداوی غیر دوایی فوق الذکر، ادامه مقاربت جنسی منظم، و تعقیب مشوره های رجعت دهی توصیه شوند.
- به آنها اطمینان داده شود که بسیاری از زوج های عقیم تداوی میشوند، اما ممکن وقت گیر باشد.
- در صورت امکان به اعضای خانواده، خانم و شوهر توصیه شود تا در مورد عقامت آنها باعث ایجاد استرس نشوند.

فصل دهم

تشوشات تغذی و خون

Nutritional And Blood Conditions

۱۰۱ کمخونی (Anemia)

شرح

کمخونی متصف به پایین بودن سویه هیموگلوبین در خون بوده که در آن کریوات سرخ خون از نظر کمی و کیفی کاهش را نشان میدهد. این کاهش تعداد کریوات سرخ خون ممکن در نتیجه موارد ذیل بوجود بیاید:

- کاهش در تولید
 - فقدان آهن، فولات، یا هر دو و ویتامین B-۱۲ در مواد غذایی که در تولید هیموگلوبین به آن نیاز است
 - سوء تغذی- فقدان مواد مغذی (Nutrient) شایع ترین سبب کمخونی است
 - حاملگی (بخش ۹،۲ "کمخونی دوران حاملگی" مشاهده شود)
 - امراض مزمن سیستمیک
 - کاهش تولید در مخ عظم (سرطان خون Leukemia یا دیگر امراض)
 - انتان
 - سوء جذب
- افزایش تخریب خون (Hemolysis)
 - ملاریا
 - انتانات (ویروسی، باکتریایی)
 - عکس العمل های دوايي (مانند CytoToxics, Co-trimoxazole, Primaquine)، یا مشتقات (Nitrofurans)
 - ضخامه طحال (Hypersplenism)، کمبود انزایم ها
- ضیاع خون
 - انتانات پرازیتی (مانند کرم های چنگکی کرم های پهن یا Whipworm)
 - ضیاع خون از باعث افزایش خونریزی در زمان عادت ماهوار یا ولادت
 - ضیاع مزمن خون مثلاً در امراض قرحه معده و اثناعشر، بواسیر، یا سرطان امعا

تشخیص

- اعراض و علائم کمخونی نظر به شدت و مزمن بودن آن از هم متفاوت است.
- کمخونی خفیف ممکن بدون اعراض باشد. یافته های عمده آن ممکن شامل موارد ذیل باشد:
 - خسافت- منضمه ها، غشاء مخاطی و بستر ناخن ها
 - خستگی، بی اشتهاپی وعدم تحمل سردی
 - سردردی و سرگیجی
 - کمخونی شدید (هیموگلوبین کمتر از ۷ گرم فی دیسی لیتر) که با خسافت شدید در کف دست همراه است. این حالت ممکن به نفس کوتاهی و عدم کفایه قلبی منجر شود (بخش ۶،۲ "عدم کفایه قلبی" مشاهده شود)
 - مقادیر که تعریف کننده کمخونی است، نظر به سن و جنس متفاوت میباشد. عموماً نزد اطفال کمتر از ۱۰ گرم فی دیسی لیتر (معادل هیماتوکریت ۲۸) و نزد کاهلان کمتر از ۱۲ گرم فی دیسی لیتر (معادل هیماتوکریت ۳۲) کمخونی گفته میشود. (جدول الف ۱۰،۱ مشاهده شود)

جدول الف ۱۰۱ مقادیر هیموگلوبین معرف کمخونی برای گروپ های مختلف

گروپ سنی یا جنسیت	مقدار هیموگلوبین که معرف کمخونی است
اطفال ۶ الی ۵۹ ما	کمتر از ۱۰ گرام فی دیسی لیتر
اطفال ۵ الی ۱۱ سال	کمتر از ۱۱,۵ گرام فی دیسی لیتر
اطفال ۱۲ الی ۱۴ سال	کمتر از ۱۲ گرام فی دیسی لیتر
خانم های غیر حامله بیشتر از ۱۵ سال	کمتر از ۱۲ گرام فی دیسی لیتر
خانم های حامله	کمتر از ۱۱ گرام فی دیسی لیتر
پسران و مردان بیشتر از ۵ سال	کمتر از ۱۳ گرام فی دیسی لیتر

منبع مأخذ: سازمان صحتی جهان، یونیسف، پوهنتون سازمان ملل متحد (۲۰۰۱)

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دواایی

- ارزیابی تغذیه طفل؛ مشوره دهی به مادر یا مواظبت کننده طفل در مورد تغذیه. در صورتیکه طفل مشکل تغذیه داشته باشد در آن صورت طفل در جریان ۵ روز تعقیب شود (فلپ چارت IMCI مشاهده گردد).
 - تشویق به استفاده از رژیم غذایی غنی از آهن. گوشت، حبوبات، سبزیجات و میوه جات حاوی آهن.
- آهن نوع Heme نظر به آهن Non-heme به آسانی جذب می شود. (جدول ب ۱۰۱، مشاهده شود)

جدول ب ۱۰۱ منابع غذایی آهن

منابع آهن	مقدار آهن (میلی گرام در ۱۰۰ گرام)
منابع Heme Iron	
جگر	۷ الی ۲۱
سرخه گوشت	۱ الی ۳,۵
تخم مرغ	۲
شیر (خشک، شیرکه شحم آن گرفته شده)	۰,۴
منابع Non - Heme Iron	
ارزن	۳,۸ الی ۸
مغزیات	۱,۹ الی ۱۴

میوه خشک	۱،۶ الی ۶،۸
نان خشک	۱،۷ الی ۲،۵
سبزیجات سبز	۰،۴ الی ۱۸
برنج	۰،۵

دوایی

- هر گونه عوامل کمخونی مانند انتانات، کرم ها، مالاریا، یا امراض مزمن تداوی شود (برای اطفال کمتر از ۵ سال به فلب چارت IMCI مراجعه شود).
- تجویز ممتهم های آهن: Folic acid و Ferrous sulfate
 - مقدارادویه تجویز شده در جدول ج ۱۰،۱ دوچند گردد (متمم های آهن برای جلوگیری از کمخونی) این دوز دوچند شده برای ۳ ماه در کمخونی تثبیت شده، داده شود.
 - در خانم های حامله واطفال (کمتر از یک سال)، این تداوی دوایی باید توسط رژیم متهمه وقایوی طوریکه در جدول ج ۱،۱۰ نشان داده شده است تعقیب گردد.
 - اگر یک طفل مصاب سؤ تغذی شدید باشد باید به کمخونی شدید مشکوک شد؛ به هر حال، متمم آهن باید تا زمانی که اشتهای طفل دوباره برگردد و طفل وزن بگیرد (اکثراً ۱۴ روز بعد از شروع احیای مجدد حالت تغذی) معطل گردد.

جدول ج ۱۰،۱ مقدار و زمان بندی متمم های آهن برای جلوگیری از کمخونی ناشی از فقدان آهن

سن	مشخصات	مقدار	دوام
نوزدان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم	متمم های قبول شده	آهن: ۲ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی روز	از ۲ الی ۲۳ ماهگی
اطفال ۶ الی ۲۳ ماه، با وزن نورمال	مناطق که رژیم غذایی شان غنی از آهن نیست، یا مناطق که شیوع کمخونی بیشتر از ۴۰ فیصد است	آهن: ۲ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی روز	از ۶ الی ۲۳ ماهگی
اطفال ۲۴ الی ۵۹ ماه	مناطق که شیوع کمخونی بیشتر از ۴۰ فیصد است	آهن: ۲ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی روز الی ۳۰ میلی گرام	برای ۳ ماه
اطفال سن مکتب (بالتر ۶۰ ماه)	مناطق که شیوع کمخونی بستر از ۴۰ فیصد است	آهن: ۶۰ میلی گرام فی روز فولیک اسید: ۰،۴ میلی گرام فی روز	برای ۳ ماه

خانم های سن باروری	مناطق که شیوع کمخونی بیشتر از ۴۰ فیصد است	آهن: ۶۰ میلی گرام روز فولیک اسید: ۰,۴ میلی گرام روز	برای ۳ ماه
خانم های حامله	متمم های قبول شده	آهن: ۶۰ میلی گرام فی روز فولیک اسید: ۰,۴ میلی گرام فی روز	هرچه زودتر بعد از تثبیت حمل، نباید بیشتر از سه ماه تاخیر گردد، و ادامه آن الی اخیر زمان حاملگی
خانم های شیرده	مناطق که شیوع کمخونی بیشتر از ۴۰ فیصد است	آهن: ۶۰ میلی گرام فی روز فولیک اسید: ۰,۴ میلی گرام فی روز	الی ۳ ماه بعد از ولادت

منبع: یونیسف، پوهنتون ملل متحد، سازمان صحتی جهان ۲۰۰۱

رجعت دهی

- کمخونی با اسباب نامعلوم
- اعراض و علائم کمخونی شدید (مانند Syncope، تپش قلب و نفس کوتاهی)
- خانم های حامله با حمل بیشتر از ۳۶ ماه که مصاب کمخونی شدید اند
- شواهد برعدم کفایه قلب (بخش ۶,۲ "عدم کفایه قلبی" مشاهده شود)
- علائم امراض مزمن (مانند، توپرکلوز)
- کمخونی همراه با ضخامه کبد، طحال و عقدات لمفاوی
- اعراض و علائم ضیاع حاد خون یا اختلالات خونریزی
- موجودیت خون در مواد غایطه به صورت متکرر (بدون سبب واضح)
- عدم بهبودی با وجود تداوی مناسب در هفته چهارم ملاقات تعقیبی (مثلاً، افزایش هیموگلوبین کمتر ۲ گرام فی دیس لیتر در جریان ۲ الی ۳ هفته تداوی)

وقایه

- توصیه به رژیم غذایی غنی از آهن.
- فراهم نمودن مقدار کافی تالیبت های متمم آهن به مریض یا مواظبت کننده درهملاقات تعقیبیه.
- توزیع ادویه ضد کرم با متمم ویتامین A، تجویز یک دوز Mebendazole برای اطفال یک سال یا بیشتر در صورتیکه در شش ماه گذشته Mebendazole اخذ نکرده باشد.
- ۲۵۰ میلی گرام برای اطفال کمتر از ۲ سال
- ۵۰۰ میلی گرام برای اطفال ۲ سال و بزرگتر
- O ارزبایی وبررسی کمخونی شدید اطفال دربرنامه های نظارت بر رشد اطفال کمتر از ۵ سال و برای خانم های حامله درملاقات های قبل از ولادت صورت گیرد.
- ایجاد پروگرام های تغذیه.

هدایات به مریض

- تعقیب توصیه به رژیم غذایی غنی از آهن.
- در صورتیکه مشکلات تغذی بعد ازمشوره با مواظبت کننده در مورد چگونگی تغذیه طفل باقی بماند، در آنصورت

ارزیابی نمایید که آیا مواظبت کننده موضوع را درست فهمیده و درک نموده و از وی بخواهید که در صورت ضرورت به طور منظم به مرکز صحت مراجعه نماید.

- به مریض یا مواظبت کننده گفته شود در صورت که ناراحتی های ناحیه شریصوفیه، دلیدی، اسهال، یا قبضیت با دوز آهن روزانه ۶۰ میلی گرام یا بیشتر از آن نزد مریض بوجود بیاید، در آن صورت متمم آهن را در بین غذا بگیرد.
- به مریض یا مواظبت کننده وی گفته شود که سیاه شدن رنگ مواد غایطه قابل تشویش نبوده و باید تداوی را با آهن ادامه دهد.
- به مریض یا پیاویش توصیه شود که تمام مستحضرات آهن جذب Tetracycline, Sulphonamides و Trimethoprim را نپي مینماید. بنابراین آهن نباید همراه با این دوا ها یکجا مصرف شود.
- احتیاط: مصرف بیش از حد آهن می تواند باعث امراض جدی شود. این دوا باید در یک محل مصون و دور از دسترس اطفال نگهداری شود.

۱۰۲ تالاسمی (Thalassemia)

شرح

تالاسمی نشاندهنده از یک طیف کمخونی هایست که بنیه فامیلی (ارثی) داشته و در نتیجه کاهش و غیر نارمل بودن گلوبولین (نوعی از پروتین که سبب انتقال اکسیجن در کریوات سرخ خون میگردد) بوجود میاید. تالاسمی به دو شکل است:

- تالاسمی کبیر (Thalassemia-major) توأم با امراض جدی به شمول کمخونی شدید بوده و توقع حیات در آن کمتر میباشد.
- تالاسمی صغیر یا ناقل صحتمند (Thalassemia-minor) - مریضان اغلباً بدون اعراض بوده، که تشخیص آن با در نظر داشت تاریخچه فامیلی و شواهد کریوات سرخ microcytic (کوچک) در نمونه خون صورت میگيرد.

تشخیص

تالاسمی زمانی در نظر گرفته شود که:

- تاریخچه فامیلی تالاسمی موجود باشد
- طفل مصاب به کمخونی Hypochromic microcytic بوده که با تداوی آهن (Folate) جواب ندهد.
- کمخونی شدید نزد اطفال سبب عدم تحمل فعالیت فزیکي، عدم رشد فزیکي بدن و ضخامه طحال میگردد.
- طفل مصاب به کمخونی با تغییرات در عظام مانند برجسته شدن عظم پیشانی (Bossing " برجسته گی محدبی"، فرورفته گی عظام بینی، و شکستگی های پتولوژیک تظاهر مینماید.
- آزمایش نمونه خون (در صورت امکان) ممکن برای تشخیص ضرورت باشد.
- احتیاط: عدم تداوی تالاسمی کبیرمنتج به اختلالات چون عدم کفایه قلبی، مشکلات کبدی، و مستعد بودن به انتانات میشود.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

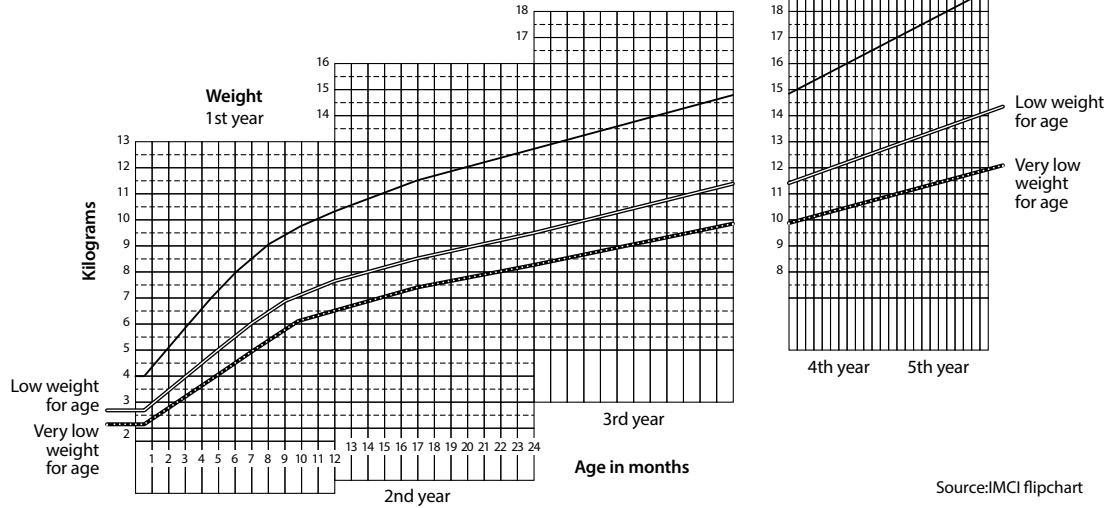
مریضان مشکوک به تالاسمی برای بررسی بیشتر و تداوی به شفاخانه رجعت داده شوند.

۱۰۳ سوء تغذی و تقریط تغذی (Malnutrition and Under-nutrition)

شرح

سوء تغذی یک سندروم کلینیکی بوده که در نتیجه عدم تعادل بین گرفتن غذا و نیاز مندی بدن بوجود میاید. این حالت اغلباً از اثر کمبود مقداری (مقدار کیلوکالوری فی روز) و کیفی غذا (ویتامین ها، مواد معدنی و غیره) ایجاد می شود. اختلالات آن قویاً تهدید کننده حیات است. بیشتر از ۵۰ فیصد مرگ و میر اطفال ناشی از سوء تغذی بوده و ۱۰ فیصد آن توأم با سوء تغذی شدید است. سوء تغذی خفیف و متوسط عمده ترین عامل مرگ میر اطفال کمتر از ۵ سال

- است. سوء تغذی به دو شکل میباشد: فرط تغذی و تفریط تغذی. در اینجا فقط تفریط تغذی تحت بحث قرار میگیرد.
- تظاهرات کلینیکی تفریط تغذی و تصنیف آن به شرح ذیل بوده (شکل ۱۰،۳ مشاهده شود) و عبارتند از:
- سوء تغذی متوسط (کم وزن) - فیصدی وزن بر قد ۷۰ الی ۷۹ فیصد
 - سوء تغذی شدید (کم وزن بسیار شدید) فیصدی وزن بر قد کمتر از ۷۰ فیصد
- Marasmic (ذوب عضلات): ضیاع قابل توجه کتله عضلی و شحم تحت الجلدی که منتج به تظاهر اسکلیت مانند میگردد.
- Kwashiorkor (شکل اذیمایی): اذیما دو طرفه اطراف سفلی، اذیما وجه که اغلباً با علایم جلدی همراه است (جلادار شدن یا ترکیدگی جلد، تظاهرات مانند سوختگی، شکنندگی و تغییر رنگ موها)
- Marasmo- Kwashiorkor: هر دو شکل یکجا موجود میباشد طوریکه عضلات اطراف علوی ذوب شده و اذیمای اطراف سفلی دیده میشود.
- اسباب مرگ در کاهش تغذی (Under-nutrition) شامل کاهش درجه حرارت بدن (Hypothermia)، کاهش گلوکوز خون (Hypoglycemia)، عدم تعادل الکترولیت ها، ضیاع مایعات عضویت (Dehydration)، انتان (مانند شاک انتانی Septic) و عدم کفایه ویتامینها و مواد معدنی میباشد.



منبع: فلپ چارت IMCI

شکل ۱۰۳ چارت وزن بر سن

تشخیص

- ضیاع خفیف عضلات (ابتدا در اطراف علوی، بعداً در اطراف سفلی)
- ادیما در اطراف سفلی
- سایر موارد
- اسهال حاد و معند
- تکرر انتانات (انتانات صدری، سینه وبغل "Pneumonia") بعضی اوقات به علت عدم موجودیت تب و اعراض مشخص تشخیص آن مشکل است
- کاهش حرارت بدن (اطراف سرد)
- بی اشتهاپی
- کمخونی

اهتمامات و تدابیر معالجوی

سوء تغذی متوسط

- توصیه به تداوی خانگی، یا در صورت موجودیت به مرکز متمم تغذی رجعت داده شود.
- ارزیابی تغذی طفل و مشوره با مادر یا مواظبت کننده در مورد تغذیه: وقت کافی را جهت ارزیابی و مرور تغذی طفل با مادر یا مواظبت کننده وی در نظر گیرید "توصیه تغذی در دوران مریضی و سلامتی" مطابق به فلپ چارت IMCI و ملاقات های تعقیبیه ۵ روز بعد و بعداً ۳۰ روز بعد اجرا گردد تا از تغذی مناسب در خانه مطابق به هدیایات داده شده اطمینان حاصل شود. در روز سی ام طفل را وزن کنید اگر طفل وزن گرفته بود به مادر یا مواظبت کننده تبریک گفته، و توصیه های تغذی جهت تقویت دانش جدید در مورد تغذی دوباره مرور گردد. اگر در روز سی ام طفل هنوز هم نظر به سن وی بسیار کم وزن باشد، با مادر یا مواظبت کننده طفل در مورد مشکلات دریافت شده تغذیه طفل مشوره نموده و به وی گفته شود که طفل را هر ماه جهت وزن نمودن بیاورند.

- در صورتیکه طفل مریض باشد (سینه وبغل، پیچش، اسهال معند، انتانات حاد یا مزمن گوش یا سایر امراض) به مادر یا مواظبت کننده توصیه شود تا در هنگام مریضی برای طفل مایعات بیشتر داده و تغذی کافی را ادامه دهد. از وی بخواهید تا در جریان ۲ الی ۵ روز طفل را جهت تعقیب و معاینه و یا در صورت وخامت وضعیت طفل (قادر به نوشیدن یا خوردن شیر نباشد، شدت مریضی طفل بیشتر شود، تب بوجود بیاید، تنفس سریع گردد، عسرت تنفس ایجاد شود، خون در مواد غایطه دیده شود) هرچه زودتر بیاورند.
- در صورتیکه نوزاد کمتر از ۶ ماه باشد: عمل شیردهی بررسی گردد: تماس مناسب طفل با مادر ارزیابی شود، اطمینان حاصل شود که تغذیه با شیر مادر حداقل ۸ بار در ۲۴ ساعت صورت میگیرد (بشمول شب)، از مادر بخواهید در صورت که طفل را با سایر مواد غذایی یا نوشیدنی تغذی مینماید آنرا کاهش دهد. به وی پیشنهاد نمائید که ملاقات های تعقیبیه در روز دوم و چهاردهم صورت گیرد.
- اگر حدس میزنید که تغذی طفل بهبود نخواهد یافت، و یا اگر در ملاقات های تعقیبیه طفل وزن خود را از دست داده طفل را رجعت دهید.
- اگر طفل یک سال یا بزرگتر باشد یک دوز Mebendazole در صورتیکه در جریان ۶ ماه گذشته اخذ نکرده باشد تجویز گردد.
 - ۲۵۰ میلی گرم در صورتیکه طفل کمتر از ۲ سال باشد
 - ۵۰۰ میلی گرم در صورتیکه طفل ۲ ساله یا بزرگتر باشد
- برای تداوی سایر اسباب احتمالی (مانند سینه وبغل، اسهال حاد یا معند، یا کاهش کلوگوز خون) به امراض مشخص آن مراجعه گردد.

سوء تغذی شدید

- تمام اطفال مصاب به سوء تغذی شدید، باید به یک بخش تغذی معالجوی یا شفاخانه رجعت داده شوند.
- قبل از رجعت دهی-
- یک دوز ویتامین A تجویز شود (بخش ۱۰.۴ "کمبود ویتامین A" مشاهده شود)

- طفل را جهت جلوگیری از پائین شدن گلوکز خون تداوی نمائید:
 - شربت آب را با حل نمودن ۴ قاشق چای خوری شکر (۲۰ گرم) در ۲۰۰ میلی لیتر آب پاک در یک گilas تهیه نمائید.
 - اگر طفل قادر به بلع نیست، در آنصورت ۵۰ میلی لیتر شیر یا شربت آب را از طریق تیوب انفی-معدوی تجویز نمائید.
- در صورت موجودیت اعراض و علایم انتانی نزد مریض دوز اول انتی بیوتیک را تجویز نموده (مانند Amoxicillin, Co-trimoxazole یا Ampicillin) و رجعت دهید. (فلپ چارت IMCI مشاهده شود). به ضمیمه الف جهت مشاهده دوزهای معیاری انتی بیوتیک ها مراجعه شود. در صورت حساسیت به مقابل Penicillin، از Erythromycin استفاده شود. در ضمیمه الف به جدول الف ۱۲ جهت مشاهده دوزهای معیاری انتی بیوتیک ها مراجعه شود.
- در جریان انتقال برای جلوگیری از کاهش درجه حرارت بدن: طفل را به تماس صمیمی بدن مادر (روش کانگرو) نگه داشته و از کمپل استفاده کنید.

وقایه

- وزن نمودن منظم تمام اطفال کمتر از ۵ سال.
- اطمینان از ایجاد فاصله بین ولادت ها، ملاقات جهت مراقبت های قبل از ولادت و تغذیه مناسب (غذای کافی) برای خانم های حامله.
- اجتناب از ازدواج های قبل از وقت
- شروع مقدم تغذی با شیر مادر الی ۶ ماهگی نوزاد. ادامه تغذیه با شیر مادر الی سن ۲ سالگی، و شروع نمودن مواد غذایی متمم از ۶ ماهگی.
- تعارف غذاهای جامد و نیمه جامد در سن ۶ ماهگی. افزایش تطابق، تنوع، و دفعات تغذی به منظور رشد طفل.
- مراجعه به "توصیه تغذی در دوران مریضی و سلامتی" فلپ چارت IMCI.
- ادامه تغذیه اطفال مریض و تجویز مایعات بیشتر.
- تشویق به مکمل نمودن واکسیناسیون اطفال کمتر از ۲ سال با توجه به برنامه EPI (فصل ۱۹ "معافیت" مشاهده شود).
- جستجوی تعلیمات صحی از طریق مراکز صحی یا کارمندان صحی جامعه. جمع آوری اطلاعات در رابطه به اختلالات و عوارض ناشی از سوء تغذی و اهمیت یک رژیم غذایی متوازن.

۱۰۴ کمبود ویتامین A

شرح

کمبود ویتامین A، اکثرأ جلد، مخاط و چشم را متأثر ساخته و نزد اطفال ۱ الی ۵ سال بیشتر شایع است. کمبود ویتامین A ممکن با سرخکان، اسهال، یا سوء تغذی همراه بوده و میتواند مرگ و میر ناشی از این امراض را افزایش دهد. در صورت عدم تداوی سبب از بین رفتن بینایی نزد اطفال میگردد.

تشخیص

- شب کوری، که اکثرأ شکایات مریض از افتادن یا اصابت نمودن با اشیا در هنگام شب میباشد.
- تغییرات در چشم
 - لکه ها کف آلود و سفید در چشم (Bitot's spots)
 - خشکی چشم و پلک ها
 - قرنیه چین خورده و مکدر
 - قرنیه نرم و برجسته گردیده که منجر به کوری غیر قابل برگشت میگردد.
- تغییرات در جلد

- ظاهر شدن چمکی در جلد
- درشت و خشک شدن جلد
- فولیکول های مو در اثر کراتین دو شق میشوند
- تغییرات مرتبط به رشد، در بعضی از مناطق جهان که کمبود ویتامین A موجود است، رشد ضعیف دیده میشود.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دواایی

- افزایش اخذ غذاهای غنی از ویتامین A (جدول الف ۱۰.۴ مشاهده شود).

جدول الف ۱۰.۴ منابع مهم ویتامین A

عمدتاً بشکل Retinol	بشکل کاروتین
○ شیر مادر - فله (Colostrum) مشخصاً خیلی غنی از ویتامین A است. ○ جگر حیوانات، پرندگان، و ماهی، به خصوص ماهی های کوچک که یکجا با جگر آن خورده میشود ○ گرده ○ تخم مرغ ○ مسکه و روغن حیوانی	○ روغن خرما (کاروتین سبب سرخی روغن میگردد) ○ میوه جات نارنجی و زرد رنگ و ام ○ سبزیجات نارنجی مانند زردک و کدو ○ برگ های سبز تیره، مانند پالک ○ جواری و کيله

دواایی

- تداوی تمام اطفال که کپسول ویتامین A در روزهای ملی کمپاین واکسیناسیون (NIDS) (مثلاً در جریان ۳۰ روز گذشته) اخذ نکرده و تشوشت ذیل نزد شان موجود باشد تجویز میگردد:
- خشکی چشم (Xerophthalmia): شامل امراض چشم است که در اثر کمبود حاد ویتامین A بوجود آمده و شامل شب کوری، خشکی چشم، نرم شدن قرنیه (Keratomalacia) و ذوب شدن قرنیه (Corneal melting) میباشد. (جدول ب ۱۰.۴ مشاهده شود)
 - سایر امراض مشخص که مریض را تحت خطر قرار میدهند- سرخکان در اطفال، اطفال مصاب به سوء تغذی شدید، اطفال مصاب به اسهال مزمن (جدول ج ۱۰.۴ مشاهده شود).
 - یادداشت: متوجه باشید که کپسول ویتامین A را در خانه تجویز نکنید بلکه آنرا در کلینیک تجویز نموده و اطمینان حاصل کنید که طفل آنرا بلع نموده است.

جدول ب ۱۰.۴ جدول زمانی برای تداوی خشکی چشم (Xerophthalmia) در اطفال

دوز	زمان تجویز	زمان بندی بر اساس سنین مختلف	مقدار ویتامین A
اول	فوراً بعد از تشخیص	کمتر از ۶ ماه	۵۰۰۰ واحد بین المللی
		۶ الی ۱۲ ماه	۱۰۰۰۰ واحد بین المللی
		بزرگتر از ۱۲ ماه	۲۰۰۰۰ واحد بین المللی
دوم	روز بعدی		دوز معین در عین سن
سوم	۲ هفته بعد		دوز معین در عین سن

خطر کمبود ویتامین A در تمام اطفال مصاب به سرخکان، سوء تغذی شدید پروتئین و انرژی، و اسهالات مزمن زیاد است. امراض فوق الذکر سبب تقلیل ذخایر ویتامین A بدن گردیده و باعث کاهش ویتامین A در اطفال شده، و بالاخره میتوانند شدت این انتانات را ازدیاد بخشد. مسموم ویتامین A برای یک طفل مبتلا به سرخکان به طور چشمگیر باعث کاهش عوارض و مرگ و میر ناشی از سرخکان میشود.

جدول ۱۰۴ جدول زمانی برای تداوی امراض که سبب کمبود ویتامین A میگرددند

امراض و گروپ سنی	مقدار	زمان بندی
۶ الی ۱۲ ماه بزرگتر از ۱۲ ماه تا ۵ سال	۱۰۰۰۰۰ واحد بین المللی ۲۰۰۰۰۰ واحد بین المللی	سن - دوز معین برای روز اول، روز دوم، و روز چهارده ام (مجموعاً ۳ دوز)
سوء تغذیه شدید کمتر از ۶ ماه ۶ الی ۱۲ ماه بیشتر از ۱۲ ماه تا ۵ سال	۵۰۰۰۰ واحد بین المللی ۱۰۰۰۰۰ واحد بین المللی ۲۰۰۰۰۰ واحد بین المللی	سن - دوز معین برای روز اول، روز دوم، و روز چهارده ام (مجموعاً ۳ دوز)
اسهالات مزمن کمتر از ۶ ماه ۶ الی ۱۲ ماه بیشتر از ۱۲ ماه تا ۵ سال	۵۰۰۰۰ واحد بین المللی ۱۰۰۰۰۰ واحد بین المللی ۲۰۰۰۰۰ واحد بین المللی	یک دوز برای هر سن مشخص

رجعت دهی

تمام مریضانی که اعراض چشم، سوء تغذی شدید یا سایر اختلالات را دارند.

وقایه

تمام اطفال بزرگتر از ۵ سال باید متمم ویتامین A را هر ۶ ماه بعد مطابق به جدول D ۱۰۴ اخذ نموده و خانمها یکبار بعد از ولادت اخذ نمایند.

جدول د ۱۰.۴ برنامه مقدار وقایوی ویتامین A

سن	مقدار مصرف ویتامین A	کپسول ویتامین A		
		۲۰۰۰۰ واحد	۱۰۰۰۰ واحد	۵۰۰۰ واحد
بیشتر از ۶ الی ۱۲ ماه	۱۰۰۰۰ واحد هر ۶ ماه بعد	نیم کپسول	یک کپسول	دو کپسول
۱۲ ماه تا ۵ سال	۲۰۰۰۰ واحد هر ۶ ماه بعد	یک کپسول	دو کپسول	چهار کپسول
بعد از ولادت: معمولاً ۴۸ ساعت بعد از ولادت حداقل در هفته ششم بعد از ولادت، اما بعد از روز چهل دوم پس از ولادت تجویز نشود	۲۰۰۰۰ واحد	یک کپسول	دو کپسول	چهار کپسول

هدایات به مریض

- همه اطفال کمتر از ۵ سال باید برنامه ملی وقایه از کمبود ویتامین A را دنبال نموده و برنامه وقایوی متمم ویتامین A را تعقیب نمایند.
- تمام خانم هایکه در مرحله بعد از ولادت قرار دارند باید ملاقات بعد از ولادت را اجرا نمایند.
- برای جلوگیری از کمبود ویتامین A، غذاهای غنی از ویتامین A استفاده شده و هر زمان که اعراض یا علایم از کمبود ویتامین A به نظر برسد با داکتر مشوره نمائید.

۱۰.۵ کمبود ویتامین D و ریکتس

شرح

- ویتامین D در بدن در اثر مواجه شدن به نور آفتاب تولید شده و منابع غذایی آن شامل ماهی، جگر، روغن، زردی تخم مرغ، مسکه، برخی از حبوبات، و شیر میباشد. ازینکه ویتامین D نقش مهمی در متابولیسم کلسیم و فسفات دارد بناء برای تقویه عظمی ضروری است.
- کمبود ویتامین D ممکن منجر به تضعیف و کاهش منرالها و کلسیم عظام شده و باعث امراض ذیل گردد:
- ریکتس (Rickets) - بیماری دوران طفولیت بوده که متصف است با نرمی عظام، اختلالات رشد و سؤ شکل عظام طولیه.
 - نرمی عظام (Osteomalacia) - نازک شدن غیرنارمل عظام بوده که در بزرگسالان رخ میدهد و با ضعف عضلات قریبه (Proximal) و شکننده گی عظام همراه است.
 - پوکی عظم (Osteoporosis) - تضعیف و کاهش منرالها در عظام انکشاف یافته همراه با شکننده گی عظام است (بخصوص در افراد مسن)

تشخیص

- اعراض خفیف آن غیر وصفی بوده تا اینکه تغییرات در عظام رخ میدهد. تشخیص کمبود ویتامین D در اطفال کوچک که اختلال در رشد یا سؤ شکل عظام دارند و تداوی مقدم آن از معیوبیت دایمی جلوگیری مینماید.
- ریکتس - اغلباً در سنین ۶ الی ۲۴ ماهگی دیده میشود.
- **Craniotabes** نرم شدن عظام جمجمه که باعث کروی شدن (توپ پینگ پانگ)، و متباز شدن عظم جبهی (Frontal) میگردد.
- درد، سوشکل، و تاخیر در رشد عظم
- تاخیر در تشکیل دندان
- سؤ شکل اسکلتی
- انحنایی شدن پاها ("bowlegs" یا "Knock knees")
- نودول ها در اضلاع (برجسته گی های مشابه به دانه های تسبیح در اضلاع "Rachitic rosary")
- بیرون برآمدگی عظم قص (صدر مشابه به کبوتر "Pigeon chest")
- انحنای ستون فقرات - **kyphosis, scoliosis** و یا هر دو
- در اکسری ممکن است نهایت ایی فیز وسیع شده یا نهایت عظم عریض به نظر میرسد (به خصوص نهایت بعبده عظم زند و کعبه "Radius & ulna")
- پوکی عظم و نرمی عظم در بزرگسالان
- تضعیف و کاهش منرال های عظمی در اکسری
- شکننده گی عظم که معمولاً با فشار کوچک رخ میدهد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

تداوی باید به تعویض مناسب ویتامین D، کلسیم و فاسفورس متمرکز گردد.

تداوی غیر دواپی

- میزابه گذاری (Splinting) و فیزیوتراپی در واقعات پیشرفته نرمی عظم ممکن مفید باشد
- یادداشت: تغییرات موجود در عظم در مراحل ابتدایی ریکتس با تداوی مناسب به سرعت عادی میگردد.
- متمم غذایی
 - ویتامین D (موارد ذیل مشاهده گردد)
 - کلسیم از محصولات لبنیات و سبزیجات سبز
- قرار گرفتن در معرض نور آفتاب به قدر کافی

تداوی دواپی

زمانیکه موجود باشد:

- تجویز ویتامین D.
 - ۵۰۰ الی ۱۰۰۰ واحد بین المللی روزانه برای یک ماه
 - بعداً ۴۰۰ واحد بین المللی روزانه به طور وقایوی
- تجویز متمم کلسیم.
 - تجویز مایکرونترینت ها و یا تابلیت مولتی ویتامین به شکل روزانه
 - منابع غذایی - محصولات لبنیات و سبزیجات سبز

رجعت دهی

تمام موارد مشکوک به نرمی عظم یا پوکی شدید عظم باید برای معاینات لابراتواری، تایید اکسری و تداوی رجعت داده شود.

وقایه

اخذ مقادیر کافی ویتامین D و کلسیم از طریق رژیم غذایی (موارد فوق الذکر مشاهده شود)

هدایات به مریض

- مرور بر هدایات داده شده (تسهیلات رجعت دهی) برای تجویز مسمات و تداوی مناسب
- هدایت به مراجعه دوباره در صورتیکه تغییرات در ظرف ۲ هفته بهبود نیابد.

۱۰.۶ کمبود آیودین**شرح**

تشوشت ناشی از کمبود آیودین شامل طیف وسیع از تاثیرات آن در رشد و انکشاف میباشد. جاغور (Goiter) اندیمیک، تأخر عقلی (Cretinism) اندیمیک، و اختلال در فعالیت های ذهنی اطفال و کاهلان می تواند تظاهرات کمبود آیودین باشند.

تشخیص

- کمبود آیودین در مادر ممکن منتج به سقط جنین و تولد جنین مرده شود.
- سؤ اشکال ولادی، تشوشت عصبی و کریتیزم Myxedematous (مانند تأخر عقلی، کوتاهی قد، زبان بزرگ، جلد خشک، موهای نازک، بطن برجسته)، جاغور، و نقایص حرکی - روانی در دوران نوزادی تظاهر می نماید. کمبود آیودین در اطفال ممکن منجر به جاغور، کاهش فعالیت غده درقیه (Hypothyroidism) نزد نوجوانان، اختلال در فعالیت ذهنی و عقب ماندگی رشد جسمی و جنسی شود.

تداوی و وقایه

کمبود آیودین را می توان با استفاده از نمک آیودین دار از طریق برنامه ملی وقایه کرد.

فصل یازدهم امراض طرق بولی و کلیوی Urinary Tract and Renal Conditions

۱۱.۱ انتانات طرق بولی (Urinary Tract Infection)

۱۱.۱.۱ پیلونفریت حاد (Acute Pyelonephritis)

شرح

پیلونفریت حاد عبارت از انتان پارانشیم و حویضه کلیه است. این حالت اغلباً در نتیجه انتانات صعود کننده از مجرای بولی توسط باکتری های گرام منفی (معمولاً باکتری *E. coli*) و یا باکتری های گرام مثبت (*Enterococcus*، *Staphylococcus*) بوجود میآید. در صورتیکه این حالت به درستی تداوی نشود، می تواند در نتیجه سپتیمی، التهاب پریتون، یا هر دوی آن تهدید کننده حیات باشند. مریضان مبتلا به پیلونفریت حاد رجعت داده شوند.

تشخیص

- تب، لرزه یا هر دو، معمولاً همراه با دلبدی و استفراغ
- درد بغل (موجودیت حساسیت با قرع)
- سوزش و تکرر ادرار
- ادرار مکرر یا خون دار یا ممکن نارمل به نظر برسد
- در معاینه Dipstick ادرار کرویات سفید و نایتريت ها دیده میشوند
- در معاینه میکروسکوپی ادرار ممکن کرویات سفید و سرخ خون توأم با باکتری ها دیده شود.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

تشویق به گرفتن زیاد مایعات

دوايي

- تجویز Paracetamol برای تب و درد. جهت مشاهده دوز های معیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- تجویز آنتی بیوتیک
- اطفال
- Ampicillin برای ۱۰ روز. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۴ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- یا
- در موارد حساسیت به Erythromycin، Penicillin استفاده شود. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- همراه با
- Gentamicin برای ۷ روز. جهت مشاهده دوز های معیاری به جدول الف ۱۳ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- یا
- Ceftriaxone ۸۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن روزانه برای ۱۰ روز در صورت موجودیت (در شفاخانه های ولسوالی موجود است)
- کاهلان
- Ampicillin (ویال یک گرامه) - یک گرام زرق وریدی هر ۶ ساعت برای ۱۴ روز
- یا

در موارد حساسیت به Erythromycin، Penicillin استفاده شود. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه شود.

همراه با

▪ Gentamicin (آمیول ۴۰ میلی گرم فی میلی لیتر) ۶۰ میلی گرم (۱.۵ میلی لیتر) زرق آهسته وریدی یا عضلی هر ۸ ساعت بعد برای ۷ روز

یا

- بشکل بدیل، Ceftriaxone (ویال ۵۰۰ میلی گرمه) - ۱ گرم زرق عضلی هر ۲۴ ساعت بعد برای ۱۰ روز
- خانم های حامله
- تجویز Ceftriaxone مانند سایر مریشان کاهلان.

رجعت دهی

- تمام مریشان مشکوک به پیلونفریت حاد برای اهتمامات و تدابیر معالجوی رجعت داده شوند.
- دوز اول تداوی با انتی بیوتیک قبل از رجعت دهی تجویز شود.

هدایات به مریض

- گرفتن مایعات به اندازه کافی
- تداوی مقدم انتانات طرق بولی جستجو و اجرا گردد
- تعقیب و رجعت دهی مطابق به هدایات داده شده
- اجرای معاینه التراسوند در صورت عود انتانات طرق بولی و کلیوی جهت رد نمودن سنگ کلیوی یا سایر حالات غیر نارمل

۱۱.۱.۲ التهاب مثانه و احلیل (Cystitis and Urethritis)

شرح

التهاب مثانه و احلیل بالترتیب انتانات مثانه و احلیل میباشد. موارد غیر اختلاطی التهاب مثانه و احلیل ممکن در دوران عادت ماهوار نزد خانم های که طرق بولی نارمل دارند، مشاهده گردد. سایر موارد (نزد مردان، اطفال و خانم های مصاب به انتانات متعدد نکس کننده) نگرانی را برای انتانات اختلاطی طرق بولی افزایش داده و نیاز به ارزیابی بیشتر دارد.

• اغلباً ناشی از باکتری های گرام منفی و یا فلورای امعا (E. coli) میباشد

• ممکن ناشی از باکتری های گرام مثبت باشد

• یا ممکن همراه با موارد ذیل باشد:

○ سنگ مثانه

○ احتباس ادرار

○ ضخامه پروستات نزد مردان کاهل

○ موجودیت Valve در احلیل اطفال

تشخیص

- احساس درد یا سوزش در هنگام ادرار کردن
- تکرر ادرار
- در موارد شدیدتر، درد یا حساسیت ناحیه عجان
- یادداشت: پیلونفریت، امراض التهابی حوصله، و یا سایر منابع بطنی رد گردد.
- در اطفال، امراض نا مشخص (مانند اسهال، اعراض طرق تنفسی علوی)
- ادرار مکدر یا خون دار
- در معاینه Dipstick ادرار، لوکوسیت ها مثبت است.

- در معاینه Dipstick ادرار، ممکن نیترات ها مثبت باشد.
- در معاینه میکروسکوپی ادرار، لوکوسیت ها و ممکن باکتری ها نیز مشاهده شود.
- با امراض ذیل تشخیص تفریقی صورت گیرد:
- امراض التهابی حوصله و یا التهاب مهبل در خانم ها
- التهاب پروستات در مردان

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

مریض را به گرفتن مایعات کافی تشویق نمائید.

دوايي

• اطفال

- Amoxicillin برای ۵ روز. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۳ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- یا
- در موارد حساسیت به Erythromycin, Penicillin استفاده شود. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- یا
- Co-trimoxazole برای ۵ روز. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۸ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- کاهلان
- Nitrofurantoin (تابلیت ۱۰۰ میلی گرام): ۱۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت برای ۵ روز
- یا
- Amoxicillin برای ۵ روز. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۳ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- یا
- Co-trimoxazole برای ۵ روز. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۸ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- یا
- Ciprofloxacin ۵۰۰ میلی گرام هر ۱۲ ساعت بعد برای ۵ روز
- احتیاط: Ciprofloxacin در خانم های حامله مضاد استطباب است.

رجعت دهی

- عدم پاسخ در برابر تداوی
- انتانات عود کننده

وقایه و هدایات به مریض

- مراعات نمودن حفظ الصحه خوب ناحیه مقعدی و تناسلی
- گرفتن مایعات به قدر کافی

۱۱.۲ گلومیرولونفریت حاد (Acute Glomerulonephritis)

شرح

گلومیرولونفریت حاد (Acute Glomerulonephritis) یک سندروم سیستم معافیتی (Immunologic syndrome) اطفال و کاهلان بوده، که معمولاً به شکل ثانوی در نتیجه انتانات تداوی ناشده سترپتوکوک (مانند Impetigo, Tonsillitis) یا Pharyngitis) بوجود آمده، و منجر به التهاب حاد گلومیرول ها میگردد. احتباس سودیم و مایعات تهدید کننده

حیات (ادیمای حاد ریه یا ادیمای دماغ) بوده میتواند، اما نتایج آن معمولاً قناعت بخش بوده که علائم کلینیکی آن در جریان چند روز کاهش یافته و پروتئین یوری و هیمآچوری در جریان چند هفته تا چند ماه از بین میرود.

تشخیص

- شروع احتباس نمک و مایعات سریع بوده که با پندیدگی اطراف چشم و ادیمای نرم و بدون درد پاها (که با فشار دادن انگشت بالای پاهای متورم نشان انگشت در محل تحت فشار باقی میماند) تظاهر مینماید.
- ادرار ظاهراً مشابه به رنگ کولا بوده که تاریک شدن آن نشانه هیمآچوری است.
- موجودیت فرط فشار خون نشان دهنده عدم کفایه قابل ملاحظه کلیه ها میباشد.
- کاهش حجم ادرار (Oliguria) توأم با ادرار غلیظ موجود است.
- احتیاط: برای مریضان که اولیگوری دارند مایعات زیاد تا زمانیکه گلومیرولونفریت حاد منحیث سبب رد نشده، تجویز نگردد.
- گلومیرولونفریت حاد در اطفال ۵ تا ۱۲ سال معمول بوده در حالیکه در اطفال کمتر از ۳ سال غیر معمول است.
- مریضان اکثراً از یک تاریخچه گلودردی یا انتان جلدی (Pyoderma) ناشی از سترپتوکوک حکایه مینمایند.
- موجودیت انتانات فعال سترپتوکوک گلو و جلد ارزیابی شود.
- ضعف، بی حالی، درد بطن یا ناحیه پهلوی و تب علائم اختصاصی دیگر اند.
- معاینه ادرار نشان دهنده کریوات سرخ خون (RBC)، کرسنل های کریوات سرخ خون، پروتئین یوری و کریوات سفید با هسته های چند شکلی (Polymorphonuclear) است. کرسنل های کریوات سرخ به گلومرولونفریت دلالت مینماید.
- اختلالات حاد گلومیرولونفریت اساساً در نتیجه فرط فشار خون و احتباس سودیم و مایعات بوجود میآید.
- فرط فشار خون در ۶۰ فیصد از مریضان دیده می شود و در ۱۰ فیصد واقعات ممکن با تشوشات دماغی ناشی از فرط فشار خون (Hypertensive Encephalopathy) همراه باشد.
- سایر اختلالات شدید مرض، عدم کفایه قلبی همراه با ادیمای ریه و اختلاج به علت ادیمای دماغی می باشد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دواایی

تغییر رژیم غذایی باید توصیه شود. محدود نمودن مصرف پروتئین، سودیم (نمک)، پتاشیم (مانند کیله، بادنجان رومی، و سایر منابع غذایی حاوی پتاشیم)، و مایعات در واقعات فرط فشار خون.

دواایی

- هرگونه انتانات مشخص سترپتوکوک جلدی و یا گلو با Penicillin و یا بدیل آن تداوی گردد. (بخش ۴، ۵، ۲)
- "التهاب باکتریایی لوزه ها" و بخش ۱۳، ۱ "امپتیگو" مشاهده شود)
- فرط فشار خون شناخته شده تداوی گردد. (بخش ۶، ۱ "فرط فشار خون سیستمیک" مشاهده شود)
- تداوی اختلالات گلومیرولونفریت حاد مثل ادیمای ریه (بخش ۱۶، ۱ "ادیمای حاد ریه" مشاهده شود)، عدم کفایه قلبی (بخش ۶، ۲ "عدم کفایه قلبی" مشاهده شود) و اختلاج (بخش ۷، ۱ "صرع" مشاهده شود)

رجعت دهی

تمام مریضان به شفاخانه برای ارزیابی بیشتر و تداوی رجعت داده شود.

وقایه

تشخیص مقدم، تداوی مناسب و پیگیری انتانات سترپتوکوک

فصل دوازدهم

امراض سیستم غدوات افراز داخلی

Endocrine System Disorder

۱۲.۱ دیابت شکر (Diabetes Mellitus)

شرح

دیابت یا مرض شکر یک تشوش استقلایی عضویت بوده که با بلند بودن معند سویه گلوکوز خون متصف است. دیابت ممکن از اثر عوامل متعدد ارثی و محیطی که منجر به عدم کفایه افراز انسولین از حجرات پانکراس یا مقاومت در برابر انسولین (ویا هر دو حالت) میگردد، بوجود میاید.

دیابت ممکن منجر به حالات حاد ذیل توأم با گیجی، کوما و شاک گردد:

- بلند بودن سویه گلوکوز خون (Hyperglycemia) با یا بدون کیتو اسیدوزس (به بخش ۱۲.۲ بلند بودن سویه گلوکوز خون و کیتو اسیدوزس مراجعه شود).
- پائین بودن غیر نارمل سویه گلوکوز خون (Hypoglycemia) (به بخش ۱۶.۸ پائین بودن سویه گلوکوز خون مراجعه شود).

دیابت بعد از چندین سال ممکن سبب اختلالات مزمن ذیل شود:

- امراض قلبی، کلیوی و وعایی.
- کاهش وظایف سیستم معافیتی.
- زخم های مزمن.
- ضیاع قوه رویت.
- معمولاً سه نوع دیابت موجود است:
- دیابت تایپ-۱

○ ممکن در هر سن واقع گردد اما بطور معمول اکثراً در اطفال و نوجوانان با شیوع بیشتر در سنین قبل از مکتب دیده میشود.

○ تمایل به تظاهر اعراض ابتدایی بشکل بسیار شدید دارد. ("تشخیص" در ذیل مشاهده شود).

○ یک تشوش کتا بولیک با عدم موجودیت انسولین در داخل دوران و بلند رفتن گلوکاگون در پلازما میباشد.

○ اغلباً نیاز به تداوی با انسولین غرض احیای این حالت کتا بولیک دارد.

• دیابت تایپ-II

○ به صورت وصفی در کاهلان و جوانان (نادراً در اطفال دیده میشود) موجود میباشد

○ اغلباً ارتباط به چاقی داشته که این خود نقش بارزی را در تشدید مرض بازی می نماید.

○ اعراض ابتدایی آن بشکل تدریجی ظاهر شده، مریضان اکثراً با اختلالات مزمن ناشی از دیابت قبل از تشخیص مرض شناسایی میگردند.

○ مرض شناسایی میگردند.

• دیابت زمان حاملگی (Gestational diabetes): با بلند رفتن گلوکوز خون در زمان حاملگی آشکار می شود.

○ اغلباً در معاینات قبل از ولادت (با معاینه نمودن گلوکوز خون) دریافت می شود.

○ ایجاب تداوی دقیق را تحت نظر تیم داکتران داخله و متخصصین ولادی نموده و ضرورت است تا مریض رجعت داده شود.

○ ممکن بعد از ولادت تداوم نموده و یا در دوران حیات دوباره تظاهر نماید.

تداوی دواپی دیابت شکر محدود به تسهیلات مجموعه خدمات اساسی شفاخانه پی (EPHS) می باشد.

• تمام مریضان ایجاب رجعت دهی را می نمایند.

• در مراکز صحتی مجموعه خدمات صحتی اساسی (BPHS) ممکن ضرورت به اقدامات ذیل باشد:

○ واقعات عاجل دیابت شکر تداوی شود. (بخش ۱۲.۲ هایپرگلاسمی و کیتواسیدوزس و بخش ۱۶.۸

هایپوگلاسمی مشاهده شود).

- کمک و حمایت مریضان مزمن که تداوی شان در تسهیلات صحتی EPHS جریان دارد.

تشخیص دیابت

- دیابت تایپ-۱ با دریافت های کلینیکی شدید و برجسته تظاهر می نماید، گرچه اعراض وعلایم ذیل ممکن در تمام انواع دیابت موجود باشد:
 - Polyuria اطراح متکرر ومقدار زیاد ادرار.
 - تشنگی و نوشیدن آب به مقدار زیاد
 - ادرار شبانه
 - ضعف و خستگی
 - باختن وزن بدون موجب، یا در اطفال تناقص رشد و عدم گرفتن وزن.
 - تشوشات رویت
 - تکرر انتانات مانند آبسه های جلدی، انتانات طرق بولی، التهاب مهبلی-فرجی، خارش های جلدی وسایر انتانات فنگسی.
 - شواهد اختلالات مزمن
 - نیوروپتی های محیطی
 - شواهد بر امراض وعایی
 - امراض اسکیمیک قلبی
 - سکنه های قلبی
 - قرحات در پاها
 - تاریخچه اختلالات ولادی (دیابت زمان حاملگی)
 - عقامت
 - نوزاد بزرگ
 - تکرر ولادت های مرده
- دریافت های لابراتواری
 - گلوکوز خون (در صورت که Strip test یا Glucometer موجود باشد)
 - سویه گلوکوز خون در حالت فاقگی (بیشتر قابل اطمینان است): در صورتیکه بیشتر از ۱۲۶ mg/dl در بیشتر از یک آزمایش باشد، موجودیت دیابت تثبیت میگردد.
 - سویه گلوکوز خون بشکل تصادفی (Random): گلوکوز بیشتر از ۲۰۰ میلی گرام فی دیسی لیتر
 - تعیین گلوکوز در ادرار توسط Dipstick: گلوکوز بیشتر از ++ (دو مثبت)
 - تظاهرات عاجل مترافق با دیابت عبارتند از:
 - بلند بودن سویه گلوکوز خون از حد نارمل (Hyperglycemia)
 - مرضانی که دیابت کنترل نشده یا تشخیص نشده دارند ممکن با ضیاع مایعات، گیجی، کوما و شاک ظاهر شوند (ذیلا مشاهده گردد).
 - مرضانی که دیابت طویل المدت دارند بیشتر مستعد به امراض قلبی، سکنه های دماغی (Stroke)، انتانات یا از دست دادن بینایی میباشند.
 - کم بودن گلوکوز خون از حد نارمل (Hypoglycemia)
 - مرضانی که اثر گرفتن مقدار زیاد انسولین یا ادویه فمی برای کنترل دیابت، هایپوگلاسمی دارند، ممکن با تغییر در مزاج، گیجی یا کوما مراجعه نمایند (بخش ۱۶.۸ " کم بودن سویه گلوکوز در خون" مشاهده شود).

اهتمامات و تدابیر معالجوی

اهداف برای کارمندان BPHS شامل موارد ذیل اند:

- شناسایی مرض و رجعت دهی.

- تداوی واقعات عاجل دیابت و رجعت دهی
- فراهم نمودن کمک در مراقبت از واقعات مزمن.

غیر دواایی

- اطمینان از اینکه مریض دواي داده شده توسط مرکز صحت را بشکل درست اخذ مینماید.
- کمک در باختن وزن (برای مریض چاق) و گرفتن رژیم غذایی مناسب. به مریض توصیه گردد تا:
 - تا از مصرف شکر پروسس شده اجتناب نمایند
 - غذای منظم (۳ بار در روز) و متوازن بگیرند
 - از نوشیدن الکل اجتناب ورزند
 - تمرینات منظم فیزیکی را اجرا نمایند
 - از کشیدن سگرت اجتناب نمایند
- وقایه نمودن اختلالات طویل المدت
 - بررسی انتانات
 - کنترل نمودن فشار خون
 - بررسی مشکلات رویت و چشم
 - کمک در مراقبت از جلد و حفظ الصحت، تداوی سریع جروحات
 - اجتناب از ترضیض پاها

دواایی

- دیابت تایپ - I: تداوی با Insulin قسمیکه در تسهیل صحتی EPHS آغاز خواهد گردید.
- دیابت تایپ - II: کنترل رژیم غذایی با یا بدون ادویه قوی برای کنترل دیابت قسمیکه در تسهیل صحتی EPHS آغاز می گردد.
- واقعات عاجل دیابت: گیجی، کوما و ضیاع مایعات
 - در حالات مشکوک به هایپوگلیسمی همراه با کیتواسیدوزس، احیای مجدد با اعاده مایعات و رجعت دهی. (بخش ۹.۱۶ "شاک" احیای مجدد توسط اعاده مایعات مشاهده شود)
 - در حالات مشکوک به هایپوگلیسمی، گلوکوز قوی یا زرق وریدی تجویز شده و رجعت داده شود. (بخش ۸.۱۶ "هایپوگلیسمی" و بخش ۹.۱۶ "شاک" مشاهده شود)
 - اگر مریض در کوما بوده و سوبه گلوکوز خون وی معلوم نباشد، هایپوگلیسمی تداوی گردیده (مثلاً گلوکوز تجویز گردد) و مریض رجعت داده شود (بخش ۸.۱۶ "هایپوگلیسمی" مشاهده شود).

رجعت دهی

- تمام مریضان مشکوک به دیابت (مرض شکر) باید جهت معاینات لابراتواری و تداوی مناسب به یک تسهیل صحتی EPHS رجعت داده شوند.
- مریضان دارای دیابت زمان حاملگی، ممکن از خدمات مراقبت های خاص قبل از ولادت، اگر موجود باشد، (مثلاً التراسوند) استفاده نمایند.
- حالات عاجل را قبل از رجعت دهی تداوی نموده و در صورت امکان مریض با کارکن صحتی انتقال داده شود. (بخش ۸.۱۶ "هایپوگلیسمی" مشاهده شود)

وقایه

- دیابت تایپ - II ممکن در بعضی مریضان با در نظر داشت موارد ذیل وقایه یا تداوی شود:
 - کنترل نمودن وزن (مثلاً کم کردن وزن در مریض چاق)
 - رژیم غذایی مناسب
 - تمرینات فیزیکی منظم

- اختلالات دیابت را میتوان با در نظر داشت موارد ذیل وقایه یا کاهش داد:
 - کنترل شکر خون
 - وقایه از انتانات
 - حفظ الصحه خوب
 - مراقبت درست جلد مخصوصا پاها
 - استفاده از بوت های مناسب (برابر پاها) جهت جلوگیری از ترضیضات موضعی

هدایات به مریضان

- بازدید و تحت مشاهده قرار دادن مریض که ادویه تجویز شده توسط مرکز صحتی را طبق هدایت بگیرد.
- بازدید و تحت مشاهده قرار دادن مریض که فعالیت های نظارت خودی توصیه شده، توسط مرکز صحتی را انجام میدهد، مانند استفاده از Glucometer و شناخت اعراض Hypoglycemia و اینکه چطور باید این اعراض را کنترل نماید.
- ارزیابی و ارائه سفارشات در مورد رژیم غذایی و تمرینات فیزیکی
- از مریض تقاضا گردد تا کارت خود را همراه با تشخیص دیابت، دوز انسولین (در صورتیکه مشخص شده باشد)، نام و شماره تلفن داکتر خانوادگی با خود داشته باشد.
- آگاه نمودن مریض در مورد اینکه بعضی اوقات دیابت در خانواده ها نیز مشاهده می شود. بناً اعراض دیابت را در اعضای خانواده بررسی نماید.

۱۲.۲ هایپرگلاسیمی و کیتواسیدوزس (Hyperglycemia and ketoacidosis)

شرح

کیتواسیدوزس دیابتی یک واقعه عاجل طبی و تهدید کننده حیات می باشد. کیتواسیدوزس دیابتیک ممکن تظاهرات ابتدایی دیابت تایپ-I بوده و در نتیجه ازدیاد ضرورت به انسولین در زمان مواجه شدن به انتانات، ترضیضات، احتشای قلبی و یا جراحی بوجود بیاید.

در مریضان تایپ-II کیتواسیدوزس ممکن در نتیجه یک فشار شدید روحی (سترس) مانند انتانات یا ترضیض انکشاف نماید.

تشخیص

- تشخیص کیتواسیدوزس متکی به اعراض خفیف قبل از اینکه اعراض و علائم عاجل این واقعه ظاهر شود، میباشد.
- اعراض خفیف
 - پولی یوری (مثلاً اطراح متکرر و مقدار زیاد ادرار)
 - تشنگی و نوشیدن مقدار زیاد آب
 - دلبدی، استفراغات
 - کرمپ های ساق پاها.
 - ضعیفی و خستگی
 - ضیاع وزن از سبب نا معلوم، یا در اطفال ناتوانی در گرفتن وزن یا نمو
 - خیرگی رویت
 - درد بطنی
 - اعراض و علائم حالات عاجل
 - کیتواسیدوزس دیابتیک- که در تایپ-I دیابت دیده می شود، با اعراض و علائم وصفی دیابت ظاهر شده و همراه با موارد ذیل است:
 - ضیاع شدید مایعات با چشمان فرو رفته، جلد خشک و برگشت آهسته جلد به حالت اولی بعد از چندک گرفتن (Skin turgor)
 - کاهش فشار خون (از باعث کم شدن حجم خون)

- تنفس سریع و عمیق با بوی اسیتون
- نبض سریع و ضعیف
- کاهش درجه حرارت بدن از حد نارمل (Hypothermia)
- گیجی
- خواب آلودگی، کوما یا هر دو
- بلند رفتن گلوکوز خون (هایپرگلاسیمی بیشتر از ۱۱ mmol/L یا بیشتر از ۲۰۰ mg/dl)
- مقدار گلوکوز در ادرار بوسیله Dipstick: ++ یا بیشتر از آن
- مقدار کیتون ها در ادرار بوسیله Dipstick: ++ یا بیشتر از آن
- اسیدوزس با pH خون کمتر از ۷,۳
- حالت دیابتیک Hyperosmolar nonketotic، که در تایپ II- دیابت دیده شده، دارای اعراض و علائم مشابه به کیتواسیدوزس دیابتی بوده به استثنای اینکه کیتون ها در معاینه Dipstick ادرار موجود نیست.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- تداوی کیتواسیدوزس عبارت از اصلاح دیهیدریشن میباشد (بخش ۱۶,۹ "شاک" و جدول ج ۱۶,۹ مشاهده شود). و مریض را جهت تجویز انسولین رجعت دهید (در شفاخانه های ولایتی و حوزوی موجود است).
- تداوی نباید تا هنگام معلوم شدن نتیجه گلوکوز یا رجعت دهی تاخیر گردد.
- هرگاه تشخیص بین هایپرگلاسیمی و هایپوگلاسیمی واضح نباشد در قدم نخست هایپوگلاسیمی تداوی گردد (بخش ۱۶,۸ "هایپوگلاسیمی" مشاهده شود).
- احتیاط: سویه پایین شکر خون نشان دهنده خطر فوری حیات میباشد.
- حالت هایپر گلاسیمی و هایپرآسمولر (با یا بدون کیتواسیدوزس) یک واقعه عاجل بوده و ایجاب احیای مجدد مایعات و رجعت دهی فوری را می نماید.

فصل سیزدهم امراض جلدی Skin Conditions

۱۳۰۱ مُردار دانه (Impetigo)

شرح

Impetigo یک انتان سطحی جلدی بسیار ساری بوده که اکثراً عامل آن Streptococci و Staphylococci میباشند. در اطفال معمول بوده، ممکن در کاهلان نیز اتفاق بیافتد. ممکن درماتوزهای خارش دار موجود (مانند اکزیما، درماتوز جلدی ناشی از شیش، آب چیچک و تب خال) را اختلاطی سازد. اختلاطات نادر امپیتیکو عبارت اند از آبسه، پیودرمی، التهاب اوعیه لمفاوی، سپتیمیسی و گلومیرولونفریت حاد متعاقب انتانات سترپتوکوکال.

تشخیص

- زخم های (Erosion) کوچک ارچق دار، اکثراً به رنگ زرد طلایی
- ویزیکول یا آبله ها با مایع زرد رنگ یا خفیفاً مکدر
- مصابیت ابتدایی وجه؛ منتشر شونده به گردن، بازوها و ساق پا ها
- خارش (بعضی اوقات)
- زخم های دردناک
- ضایعات جلدی یا Lesions (ممکن تا روز ها یا هفته ها تعند نماید)

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیردوایی

- هر نوع ضایعات جلدی پاک نگهداشته شود.
- زخم ها را با آب و صابون شسته و قبل از تطبیق تداوی موضعی ارچق را به آهستگی برطرف نمایید.
- دستها را طور منظم با صابون بشوید.

دوایی

- در امپیتیکو موضعی، تداوی موضعی را روز دو بار بالای زخم ها و مناخر انف تطبیق نمایید:
 ○ Gentian violet ۰.۵ فیصد
 یا
 ○ Neomycin sulfate مرهم
 یا
 ○ مرهم Bacitracin و Neomycin (در شفاخانه های ولسوالی موجود است)
- برای امپیتیکو وسیع جلدی از تداوی سیستمیک ضد میکروبی استفاده گردد (مثلاً بیشتر از سه ضایعه یا Lesion جلدی، مصابیت چندین ناحیه عضویت، مرض بولوز، آبسه، یا تب)
 ○ تداوی خط اول پنسیلین است:
- Phenoxyethyl Penicillin (Penicillin-v) فمی تجویز گردد برای هفت روز. جهت مشاهده دوز معیاری برای اطفال و کاهلان به جدول الف ۱۶ در ضمیمه الف مراجعه شود.
 یا
 ▪ زرق عمیق عضلی Penicillin benzyl procaine برای هفت روز.
 - اطفال کمتر از ۳۰ کیلو گرام: ۶۰۰۰۰ واحد
 - اطفال و کاهلان بیشتر از ۳۰ کیلو گرام: ۱،۲ میلیون واحد

- تداوی خط دوم Cloxacillin فمی میباشد.
- اطفال: ۱۰ الی ۱۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر شش ساعت بعد برای هفت روز.
- کاهلان: ۲۵۰ الی ۵۰۰ میلی گرام هر ۶ ساعت بعد برای ۷ روز
- یا
- برای مریضان که با Penicillin حساسیت دارند، Erythromycin Ethylsuccinate برای ۷ روز تجویز شود.
- اطفال: جهت مشاهده دوز های معیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- کاهلان: ۸۰۰ میلی گرام (دو تابلت ۴۰۰ میلی گرام) هر شش ساعت بعد

رجعت دهی

- خون در ادرار، پروتین در ادرار یا گلو میرولونفریت مشکوک (بخش ۱۱،۲ "گلو میرولونفریت حاد" مشاهده شود).
- عدم بهبودی بعد از یک هفته تداوی

وقایه

- پاک نمودن هر نوع انتان جلدی با آب پاک و صابون
- کوتاه و پاک نگهداشتن ناخن ها و اجتناب از خاریدن
- مراعات نمودن حفظ الصحه روزمره و استفاده از آب پاک و صابون
- شستن دست ها بعد از تطبیق موضعی کریم بالای ضایعات یا Lesion جلدی

۱۳.۲ انتانات فنگسی جلد و اندفاعات ناشی از پارچه یا تکه زیرپوش قنداق (Napkin rash)

شرح

انتانات فنگسی جلد و رأس اکثر اوقات از سبب درماتوفیت ها (Tinea) و Candida albicans بوجود میاید. تمام قسمت های عضویت میتواند مصاب گردد، اما نواحی که بشکل طویل المدت در معرض رطوبت قرار دارند یا به نسبت اتانومی موضعی شان (مثل التوات جلدی بین انگشتان کلان پا و ناحیه مغبنی) یا از سبب فکتور های محیطی (مثلا اقلیم مرطوب، پوشش کامل) زیادتز متاثر میشوند.

اندفاعات ناشی از تکه زیرپوش قنداق یک التهاب جلدی تخریش شده نواحی زیرپوش طفل (اطفال کمتر از یکسال) میباشد که ممکن بصورت ثانوی توسط فنگس (اکثرا توسط کاندیدیا) یا باکتری منتن شود. انواع انتانات فنگسی قرار ذیل اند:

- Tinea pedis: انتان فنگسی نوع درماتوفیت پاها مخصوصا بین انگشتان پا.
- Tinea cruris: انتان فنگسی نوع درماتوفیت ناحیه مغبنی (کشاله ران).
- Ringworm: انتان فنگسی نوع درماتوفیت جلدی (Tinea)
- Tinea capitis (Scalp ringworm): انتان فنگسی نوع درماتوفیت ناحیه رأس که اکثرا اطفال را مصاب می سازد.
- Candidiasis: انتان فنگسی که التوات جلدی را مصاب میسازد (مثلا ناحیه مغبنی، ثدی، تنه، دهن و مهبل)
- بعضاً انتان فنگسی ناخن ها

تشخیص

تظاهرات مرض در تمام انواع انتانات فنگسی مشابه است:

- انتان فنگسی هر ناحیه عضویت بصورت وصفی با تفلسات سرخ کمرنگ یا سفید ظاهر گردیده که خفیفاً متبازز از سطح جلد بوده و توأم با سوزش و خارش میباشد.
- Ringworm به اشکال ذیل تظاهر مینماید:
- اکثرا ضایعات یا Lesion های جلدی مدور با کنار های ضخیم
- Ringworm رأس که ممکن با نقاط مو رفتگی همراه باشد
- انتانات کاندیدایی بطور وصفی بیشتر سرخ رنگ بوده و ممکن بشکل مرطوب، خام و جلا دار ظاهر شوند.
- ویزیکول ها ممکن در واقعات التهابی ظاهر شوند.

- انتانات باکتریایی ثانوی ممکن با دریناز و قیج مترافق باشد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوائی

- پاک و خشک نگهداشتن ساحه، اساسی ترین اقدام در تداوی میباشد (بخصوص در اندفاعات ناشی از زیرپوش قنداق).
- در Tinea capitis تراشیدن موهای رأس ناحیه مصاب کمک کننده است.

دوائی

- تطبیق Gentian violet دوبار در روز برای سه هفته. این تداوی اکثراً برای تمام انتانات فنگسی جلد مؤثر می باشد، مخصوصاً اگر ناحیه مرطوب بوده و افرازات داشته باشد.
- یا
- استفاده از کریم های موضعی Benzoic acid + Salicylic acid (۶ فیصد+۳ فیصد) دو بار روزانه برای سه هفته (برای اکثریت انتانات فنگسی جلدی مؤثر است)
- احتیاط: کریم های موضعی Benzoic acid + Salicylic acid (۶ فیصد+۳ فیصد) برای اطفال زیر یک سال که اندفاعات جلدی ناشی از زیرپوش قنداق دارند و برای تمام افراد در نواحی قابضه جلد تجویز نگردد، زیرا ممکن سبب تخریش شود.
- همراه با-
- تجویز Nystatin برای کاندیدیازس فمی، مری، معایی، مهیلی و جلدی.
- یادداشت: کریم موضعی Nystatin (۱۰۰۰۰۰ واحد) روز دوبار برای دو هفته در اندفاعات جلدی ناشی از زیر پوش قنداق که توسط Gentian violet و تداوی غیر دوائی بهبود نیافته، تطبیق شده می تواند.
- مستحضرات Nystatin شامل اشکال تابلیت چوشیدنی (۱۰۰۰۰۰ واحد)، شیاپ (۱۰۰۰۰۰ واحد)، تابلیت (۱۰۰۰۰۰ و ۵۰۰۰۰۰ واحد) و سوسپنشن های فمی (۱۰۰۰۰۰ واحد فی میلی لیتر) است.
- مقدار Nystatin:
- در کاندیدیازس فمی، برای اطفال (بزرگتر از یکماه) و کاهلان Nystatin فمی ۱۰۰۰۰۰ واحد هر شش ساعت بعد از غذا معمولاً برای هفت روز (یا برای ۴۸ ساعت بعد از بین رفتن ضایعات یا Lesion ها ادامه داده شود).
- در کاندیدیازس مهیلی، برای کاهلان شیاپ Nystatin تجویز گردد. برای مریض هدایت داده شود که ۱ الی ۲ شیاپ مهیلی را هنگام شب در مهبل حد اقل برای دو هفته تطبیق نماید.
- یا
- توصیه کریم موضعی Zinc oxide برای اندفاعات جلدی ناشی از زیرپوش قنداق (در شفاخانه ولسوالی موجود است).

رجعت دهی

- واقعاتی که در جریان تداوی وخیم تر میگردند.
- عدم بهبودی بعد از سه هفته تداوی
- تب ویا قیج واضح
- مصاب شدن ناخن ها

وقایه

- اساس وقایه از انتانات فنگسی جلوگیری از مواجهه شدن با رطوبت طویل المدت نواحی جلدی می باشد. به مریض مشوره داده شود تا:
- نواحی مساعد به خطر را دوبار در روز پاک و خشک نماید.
- نواحی در معرض خطر بدن زمانیکه مرطوب شده یا معروض به آب میگردند باید خشک شوند
- از شریک نمودن لباس، روی پاک و سایر لوازم به خصوص برس و شانه جداً خودداری نماید

- از چپلی بوت یا سرپایی در جریان ماه های گرم تابستان استفاده نماید.
- از استفاده غیر ضروری انتی بیوتیک ها خوداری شود چون خطر انتانات فنگسی را افزایش می دهد.

هدایات به مریض

- تاکید بالای خشک و پاک نگهداشتن نواحی مصاب شده
- تغییر دادن منظم زیرپوش قنداق اطفال، و در صورت امکان معروض ساختن نواحی مصاب به هوا و شعاع آفتاب.
- مراجعه مریض بعد از ۳ هفته برای ارزیابی (یا زودتر در صورت وخیم شدن مرض).

۱۳.۳ دمل (Furunculosis)

شرح

یک دمل یا Boil یک انتان موضعی فولیکول های مو و جلد ماحول آن است و معمولاً توسط ستافیلوکوک های طلائی بوجود می آید. یک carbuncle شامل دو یا بیشتر از دو فورانکل یکجا شده با سر های مجزا میباشد، که بعضی اوقات با تب و بزرگ شدن عقدات لمفاوی موضعی مترافق است.

تشخیص

- مریض پلاک های مدور، سرخ، و جلد متورم حساس در اطراف مو ها دارد.
- نواحی مستعد آن پشت گردن، زیر بغل (ابط) و نواحی سرین (Buttock) می باشد اما فورانکل ها میتوانند در هر قسمت از عضویت واقع شوند.
- اکثراً دمل ها به آبسه های کوچک تبدیل میشوند. این ها به نکروز مرکزی منتج گردیده و از طریق جلد تمزق مینمایند، که با افزایش تقيحي وبقايای نکروتیک همراه میباشد.
- مریض ممکن اعراض عمومی از قبیل تب و ضخامه عقدات لمفاوی را تبارز دهد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیردوایی

- شستن جلد با آب و صابون
- تطبیقات گرم به صورت موضعی روزانه سه مرتبه در نواحی التهابی جهت پختگی فورانکل و تا زمانی خارج شدن افرازات فورانکل ادامه داده شود. تا زمان پختگی فورانکل نباید به آن سوزن زده و یا شق گردد (بشکل یک آبسه دربیاید).
- فورانکل که به پختگی رسیده باشد (آبسه) میتواند توسط خود مریض شق و تخلیه شود. از گاز معقم برای خارج نمودن جوف آبسه و پانسمان استفاده گردد. (در صورت ضرورت بخش ۱۶، ۱۱ "آبسه ها" مشاهده گردد).

دوایی

- هنگامیکه زخم های جلدی ابتدایی، حاد و التهابی میباشد از شق نمودن اجتناب گردیده و تطبیقات مرطوب گرم اجرا شود.
- در صورت موجودیت اعراض عمومی (مانند تب، ضخامه عقدات لمفاوی) یا اینکه دمل در لب بالایی، کانال گوش یا بینی موقعیت داشته باشد، انتی بیوتیک استعمال گردد:
- تابلیت Erythromycin فمی تجویز گردد. جهت مشاهده دوز معیاری برای اطفال و کاهلان به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه شود.

یا

- کپسول Cloxacillin فمی تجویز شود:

- اطفال: ۱۰ الی ۱۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۶ ساعت بعد برای ۷ روز
- کاهلان: ۲۵۰ الی ۵۰۰ میلی گرام هر ۶ ساعت بعد برای ۷ روز

همراه با

- در واقعات فورانکل کانال گوش خارجی، لب بالایی و بینی، بر علاوه انتی بیوتیک سیستمیک، مرهم موضعی انتی بیوتیک نیز تطبیق شود. همچنان تطبیقات گرم محلول سالین را وسیعاً استعمال نمایند.

رجعت دهی

- وخیم شدن اعراض
- ظاهر شدن اعراض عمومی در جریان تداوی

وقایه

- رعایت حفظ الصحه خوب جلد و شستن دست ها
- پاک نمودن و مراقبت از زخم و شق های جلدی

هدایات به مریض

- هیچگاهی بالای فورانکل با دست فشار وارد ننمایید بخصوص در وجه، به دلیل خطر انتشار انتانات جدی و خطرناک
- جهت تعقیب و ارزیابی بعد از سه روز یا در صورت وخیم شدن وضعیت دوباره مراجعه گردد.
- با آغاز تداوی، لباس و رو جایی مریض روزانه شسته شود.

Sycosis ۱۳.۴

شرح

Sycosis vulgaris یک انتان ستافیلوکوکی مزمن و تقيحي اطراف فولیکول ها در نواحی مشعر بوده که متصف است با پوستول ها و پاپول های التهابی. این مرض اساساً نزد مرد ها اتفاق افتیده و در نزد خانم ها نادر است. این یک مرض شدید بوده که چندین هفته را تا شفایابی در بر میگیرد و تمایل به عود دارد.

تشخیص

- این مرض با سرخی، سوزش و خارش خفیف آغاز گردیده و معمولاً لب بالایی نزدیک بینی را مصاب میسازد. ممکن در نواحی مشعر زنج و نادرا در سایر نواحی مشعر نیز مشاهده گردد.
- در یک یا دو روز یک یا چند پوستول سنجاقی مانند که توسط موها سوراخ شده انکشاف مینماید.
- این پوستول ها بعد از تراشیدن یا شستن تمزق نموده و یک لکه سرخ رنگ از خود بجا میگذارد. که بعداً یک محل مناسب برای پوستول جدید بوده میتواند. به این شکل انتان مقاومت نموده و تدریجاً منتشر میگردد.
- درین مدت ممکن انتان عمیقاً به فولیکول موی توسعه یابد. که در نتیجه منتج به بوجود آمدن یک ندبه کوچک بدون مو که توسط پوستول و ارجق احاطه شده است، میگردد.
- در حالات شدید ممکن التهاب پلک چشم همراه با التهاب منظمه چشم موجود باشد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

- به مریض توصیه شود که:
- ساحات مصاب شده را با استفاده از صابون ضد میکروب (دیتول Dettol) و آب پاک سه بار در روز شستشو نماید.
- اجازه داده شود تا پوستول های سطحی خودبخود تمزق نموده و تخلیه شوند.
- در صورت ضرورت توسط عمل جراحی زخم های عمیق جلدی و آبسه های شناخته شده تخلیه گردد. (نادراً)

دوايي

- با استفاده از کریم انتی - سیپتیک، کریم ضد میکروبی یا هر دو که مربوط به موجودیت آن است، بشکل موضعی تداوی نمائید.

- تجویز Silver sulfadiazine (در شفاخانه های ولسوالی موجود است) و تطبیق آن در ناحیه مصاب شده دو بار در روز
- یا
- تجویز Gentian violet ۰.۵ فیصد و تطبیق آن در ناحیه مایوفه دو بار در روز
- در صورتیکه مریض انتان انساج رخوه یا سلولیت داشته باشد یک کورس کوتاه مدت انتی بیوتیک سیستمیک قرار ذیل تجویز نمایند:
- تداوی خط اول: Cloxacillin ۵۰۰ میلی گرام (در صورت موجودیت) هر ۶ ساعت بعد برای ۷ روز.
- تداوی خط دوم:
- Chloramphenicol ۲۵۰ میلی گرام هر ۶ ساعت بعد برای ۷ روز.
- یا
- Ciprofloxacin ۵۰۰ میلی گرام هر ۱۲ ساعت بعد برای ۷ روز
- احتیاط: Ciprofloxacin برای زنان حامله مضاد استطباب بوده و در صورت امکان از تجویز آن برای اطفال نیز اجتناب شود.
- در صورتیکه پلک و یا ابروی مریض مصاب باشد مرهم چشم Tetracycline یک فیصد، سه بار در روز برای ۷ روز تجویز گردد.

رجعت دهی

- وخیم شدن حالت با وجود تداوی. یادداشت: Sycosis معمولاً به مقابل تداوی دوایی مقاوم میباشد.
- تشکل آبسه های عمیق. جهت مشوره دهی در مورد جراحی و تخلیه آبسه رجعت داده شود.
- حالات مترافق با امراض سیستمیک یا تشوش سیستم معافیتی عضویت.

وقایه

- اطمینان از پاک بودن وسایل تراشیدن موها
- مراعات نمودن حفظ الصحه خوب جلد

هدایات به مریض

- مراجعه دوباره در صورت وخیم شدن حالت مریض
- شریک نمودن وسایل تراشیدن موها با دیگران

۱۳.۵ پت (Urticaria)

شرح

پت یک عکس العمل وعایی جلد بوده که با پاپول های خارش دار و اذیمایی جلدی متصف است. ممکن از سبب ادویه، غذا، گرده نباتات، وخذه حشرات و سایر مخرشات بوجود بیاید (تداوی غیر دوایی مشاهده شود).

تشخیص

- تظاهر برجستگی ها (Wheal) که بوسیله یک حلقه سرخ رنگ نامنظم احاطه شده است، مشاهده شود.
- مریض ممکن حساسیت های چون خارش شدید، سوزش، درد و سوزنک زدن را حکایه نماید.
- شفاف شدن قسمت مرکزی برجستگی ها، که در آن ممکن اندفاعات با هم پیوسته و یک منظره چندین حلقوی را نشان دهد، مشاهده گردد.
- از مریض در باره فکتور های تشدید کننده پرسیده شود (تداوی غیر دوایی مشاهده شود)
- شاک انافیلاکتیک و تفریط فشار خون مراقبت گردد (بخش ۱۶.۹ "شاک" مشاهده شود)

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دواایی

- محتاطانه اسباب این حالت به همکاری مریض شناسایی شده و مریض توصیه به اجتناب از فکتور های سببی ممکنه ذیل گردد:
 - احتمالاً ادویه اسباب عمده پت حاد محسوب می گردد، اکثر اوقات خاندان پنیسیلین ها و آسپرین
 - غذا ها مکرراً اسباب پت حاد را تشکیل میدهند. غذا های حساسیت زا عبارتند از: چاکلیت، ماهی، حبوبات، مغزیات، بادنجان رومی، توت زمینی، خربوزه، پنیر، سیر، پیاز، تخم، شیر، مرچ و مساله باب.
 - انتانات ممکن به پت ارتباط داشته باشد. پت حاد ممکن با انتانات طرق تنفسی علوی توأم باشد. کرم ها هم میتوانند سبب اورتیکاریا شوند (مانند Echinococcus و Ascaris).
 - اسباب روحی میتواند سبب پت کولینرژیک (Cholinergic Urticaria) شود.
 - اسباب انشاقی مانند گرده نباتات، گرد و خاک خانه ها، حشرات، پر پرندگان، گرد و خاک پنبه، گرد حیوانات، وسایل آرایشی یا قطرات هوایی نیز سبب پت میگردد.
- توصیه به مریض تا جهت تسکین خارش از تطبیقات سرد یا گرم و یا گرفتن حمام استفاده نماید.

دواایی

- برای تسکین خارش از ادویه ذیل استفاده گردد:
 - تابلیت فمی Chlorphenamine maleate (جهت مشاهده دوز های معیاری برای کاهلان و اطفال به جدول الف ۷ در ضمیمه الف مراجعه شود)

جمع

- برای تسکین عرضی محلول موضعی Calamine lotion خارجاً استعمال شود (در شفاخانه های ولسوالی موجود است)
- جهت تداوی عکس العمل های شدید به شمول انافیلاکسی بخش ۱۶،۹ "شاک" مشاهده شود.

رجعت دهی

- عدم موفقیت تداوی در ۲۴ الی ۴۸ ساعت
- پت مزمن (Chronic Urticarial)
- اعراض عمومی

هدایات به مریض

- از حالات و وسایل که باعث تشدید پت میگردد، اجتناب شود.
- Chlorpheniramine ممکن سبب گنگسیت شود بناء هنگام رانندگی، استفاده از ماشین آلات یا کار کردن در گرما، اجتناب گردد.

۱۳.۶ آلودگی با شپش (Pediculosis)

شرح

Pediculosis عبارت از آلوده شدن قسمت های مشعر یا پوشیده بدن با شپش میباشد. شپش سر نزد اطفال معمول بوده که در پوست سر جایگزین میگردد. و شیش عانه در قسمت عانه موقعیت دارد. شپش بدن در لباس ها پیدا شده و به بدن جهت تغذیه مینماید. یادداشت: شپش بدن ممکن سبب تب Typhus گردد.

تشخیص

- مریضان از یک خارش شدید در ناحیه ماووف شاکی میباشند

- تخم های کوچک و سفید آنها که در مو ها چسبیده ممکن قابل شناسایی باشند
- علائم گزیدگی بالای جلد قابل مشاهده بوده مخصوصاً در واقعات شیش بدن
- پوستک شدن جلد (ناشی از خارش) و انتانات ثانوی ممکن ناحیه گزیدگی را اختلاطی نمایند (Impetigo ثانوی، تورم عقدات لمفاوی گردن ناشی از شیش سر یا در ناحیه مغبنی ناشی از شیش عانه دیده میشود).
- در موارد شیش عانه منطقی خواهد بود تا انتانات مقاربت جنسی را رد نموده و در صورت ضرورت در مورد تماس جنسی مریض پرسان گردد، گر چه انتان با شریک نمودن بستر خواب یا سایر تماس های نزدیک به آسانی سرایت نموده میتواند.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

- تراش نمودن موهای سر و یا نواحی مافوه مشعر سبب شفایابی گردیده زیرا چنین عملکرد زمینه زنده ماندن شیش و تخم هایش را از بین میبرد.
- تنها استفاده از شامپوی ضد شیش (Anti-lice) سبب شفایابی در ۴۰ فیصد واقعات میگردد.
- یادداشت: شانه نمودن با یک شانه دندانه دار پلاستیکی یا فلزی مناسب یک اقدام ضمیموی موثر میباشد.
- شستن لباس و بستر خواب با آب گرم (۶۰ درجه سانتی گرید) و اتو نمودن یا خشک نمودن لباس ها تحت شعاع آفتاب شیش های بدن موجود در لباس ها را از بین برده و از منتشر شدن و نکس آنها به هنگام تماس جلوگیری مینماید.
- در واقعات شیش عانه، معالجه اشخاصی که به تماس نزدیک هستند، اهمیت دارد.

دوايي

- استفاده از شامپوی ضد شیش
- تداوی خط اول: کریم ۱ Permethrin فیصد برای شستشو (در حال حاضر در تسهیلات BPHS موجود نیست).
- تداوی خط دوم: محلول Lindane موضعی (۱ فیصد). تعقیب پروسه های ذیل:
 - استفاده از شامپو در ساحه مافوه "مثلاً راس یا ناحیه عانه" و شستن با آب و صابون و گذاشتن تا خشک شدن کامل
 - استفاده از شامپوی Lindane در همان ناحیه مافوه و گذاشتن آن در ساحات مودار برای مدت ۱۵ دقیقه.
 - شستن مکمل نواحی مو دار.
 - شانه نمودن موها جهت برطرف شدن شیش های مرده
- احتیاط: Lindane نادرا متراقی با تشنج یا سایر اعراض عصبی میباشد. از اینرو باید از استعمال آن نزد اطفال پایین تر از دو سال، زنان حامله و شیرده و اشخاص دارای معافیت ضعیف خود داری شود. از استعمال آن بالای غشای مخاطی یا جلد تخریش شده جلوگیری شود. Lindane باید طبق هدایت استفاده گردد. برای جلوگیری از خطر اختلاطات عصبی، از تکرر تداوی الی ۶ ماه اجتناب شود.
- انتانات ثانوی با تجویز انتی بیوتیک در صورت ضرورت تداوی گردد (به بخش ۱۳،۳ "Furunculosis" مراجعه شود).

رجعت دهی

- واقعات اختلاطی
- واقعات مقاوم به مقابل تداوی

وقایه

- به مریض توصیه شود تا لباس خود و یا کسی که با او به تماس نزدیک است، غرض جلوگیری از نکس مرض، بشویند (در فوق مشاهده گردد).
- توصیه به اقدامات عادی صحت عامه زمانیکه اپیدیمی آلودگی به شیش در مکاتب رخ دهد.
- جابجا نمودن کلاه، دستمال گردن و جاکت هر طفل در محلات جداگانه.

- فهماندن اطفال در مورد شریک نکردن لباس های شان با دیگران.
- توصیه به بخش صحنی مکاتب برای عرضه تعلیمات در مورد شیش و بررسی جهت تسهیل تداوی افراد آلوده به شیش.

هدایات به مریض

- در صورت مصاب بودن مژه گان چشم یک لایه ضخیم واسلین میتواند دو بار روزانه برای ۸ روز تطبیق شده که سبب برطرف شدن تخم های باقیمانده شیش بطور میخانیکی میگردد.
- در هنگام استفاده از Lindane تمام پروسه ها دقیقاً تعقیب و اقدامات وقایوی در نظر گرفته شود.

۱۳.۷ اسکابیس (Scabies)

شرح

Scabies از سبب *Sarcoptes scabiei* (که سبب خارش میشود) به وجود میاید. جنس مؤنث القاح شده آن طبقه سطحی جلد معمولاً نواحی قات شده را سوراخ نموده و تخم هایش را در التوات جلدی جایجا مینماید. Scabies به سهولت توسط تماس مستقیم، و یا از طریق زیر پیراهن و لباس های منتن انتقال مینماید و عموماً بیشتر از یک شخص را در خانواده متأثر می سازد.

تشخیص

- مریض از خارش متداوم که هنگام شب شدیدتر میشود، شاکی میباشد.
- ارزیابی دقیق موجودیت سوراخ های کوچک (Burrows) را در نواحی التوائی جلد نشان می دهد. نواحی انتخابی شامل پرده های بین انگشتان، مچ دست، ناحیه ابط (زیر بغل)، قسمت های اطراف نوک پستان، ناف، قسمت های سفلی بطن، نواحی تناسلی و سرن می باشد. در اطفال شیرخوار ضایعات یا Lesion های جلدی معمولاً در تمام سطح جلد موجود می باشد.
- Burrows (سوراخ های ایجاد شده توسط Scabies) بشکل خطوط موج خفیفاً متباز، خاکی رنگ بالای جلد ظاهر می شوند. یک آبله یا پوستول حاوی حشره یا عامل Scabies در آخر سوراخ قابل مشاهده می باشد، بخصوص نزد شیر خواران و اطفال.
- خارش جلد ممکن خراشیده گی و انتانات ثانوی را بیشتر تحریک نماید.
- جهت شناسایی Burrows یک قطره Gentian violet را در ناحیه مافوه انداخته و بعد آنرا با الکل پاک نمائید.
- سوراخ های نازک و نخ مانند رنگ را در خود حفظ می کند.
- ممکن Lichenification, Impetigo و فورانکل های جلدی موجود باشند.
- در خانم ها خارش نوک پستان با اندفاع پاپولر خارش دار همراه می باشد.
- در مردها پاپولر های خارش دار بالای سفن و قضیب وصفی می باشد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوائی

- تمام اشخاص که با مریض تماس نزدیک دارند باید همزمان تداوی شوند (مانند اعضای یک فامیل)
- به مریض توصیه نمائید که:
 - ناخن های انگشتان خود را کوتاه نموده و پاک نگهدارند.
 - در صورت امکان رخت خواب و زیرپیراهنی های خود را باید با آب گرم (۶۰ درجه سانتی گرید) بشوید.
 - لباس ها و رخت خواب خود را باید در معرض شعاع مستقیم آفتاب قرار دهد.
 - بدن خود را با آب و صابون بشوید.
 - ناحیه مافوه با برس و یا یک پارچه پاک خشک گردد.
 - بعد از تطبیق دوا لباس های پاک و خشک بپوشد.

دوایی

۶
۷
۸
۹

- تجویز ادویه کشنده اسکابیس (Scabicide)-
- محلول موضعی Lindane ۱٪
- یا
- کریم Permethrin ۵٪ (تا حال در تسهیلات BPHS موجود نیست) ، اما برای اطفال پائین تر از دو سال، زنان حامله و شیرده دواي مصنون است.
- به مريضان توصیه گردد که مراحل ذیل را در هنگام تطبیق ادویه کشنده Scabies در نظر داشته باشند:
- بدن را با آب و صابون شسته شده و بگذارید تا کاملاً خشک شود.
- ادویه کشنده اسکابیس را مستقیماً بالای جلد از قسمت سفلی عنق الی پاها مالش داده (به شمول کف پا)، به چین خورده گی های اطراف مقعد، اطراف سره، کنار آزاد ناخن ها و چین خورده گی های بدن بیشتر توجه گردد.
- کریم را از طرف شب تطبیق نموده و ۸ الی ۱۰ ساعت بعد شسته شود (مثلاً صبح)
- احتیاط:** متیقن شوید که ادویه کشنده اسکابیس باید قبل از ۱۲ ساعت شسته شود تا از بوجود آمدن سمیت آن جلوگیری شود. بالای وجه و گردن نباید تطبیق شود. از استعمال Lindane برای اطفال پائین تر از دو سال، زنان حامله و شیرده یا اشخاص با سیستم معافیت ضعیف نباید استفاده گردد.
- یادداشت:** خارش ممکن بعد از تداوی با ادویه کشنده اسکابیس برای مدت ۲ الی ۳ هفته ادامه یابد.

رجعت دهی

- موجودیت انتان شدید ثانوی

وقایه

- جدا نمودن مريض
- شستن لباس های مريض با آب گرم و اتو نمودن لباس ها
- قرار دادن رخت خواب مريض در معرض مستقیم شعاع آفتاب
- تداوی تمام افرادی که در تماس نزدیک با مريض قرار دارند. تأخیر در تداوی افراد با تماس نزدیک مريض ممکن
- منتج به تداوی تعداد کثیر گردد.
- امراض انتانی مقاربت جنسی ارزیابی گردد.

هدایات به مريض

- توصیه مريض به در نظر گرفتن موارد ذیل:
- شستن و اتو نمودن لباس ها و رخت خواب
- اجتناب از تماس به چشم ها
- توصیه به مريض که در حالات ذیل ادویه کشنده اسکابیس را استفاده ننمایند:
- زخم ها و یا نواحی صدمه دیده جلد
- در گردن یا وجه
- به مريضان توصیه گردد که اعضای متأثر شده در فامیل به تداوی همزمان نیاز دارد تا از عود مرض جلوگیری شود.
- هشدار دهی به مريضان در مورد اینکه "ادویه کشنده اسکابیس سمی بوده و نباید بلع شود".

فصل چهاردهم امراض اسکلتی عضلی Musculoskeletal Conditions

۱۴۰۱ التهاب مفاصل (بند ها) (Arthritis) و درد مفاصل (بند ها) (Arthralgia)

شرح

التهاب و درد مفاصل تشوشت مفصلی اند.

- Arthralgia درد مفاصل را گویند که ممکن از اثر ترضیضات کوچک (مثل کش شدن و تاب خوردن ساده) یا استفاده بیش از حد بوجود آمده و توأم با تورم، سرخی، گرمی یا تب نیست.
 - Arthritis عبارت از وتیره التهابی و احتمالاً تخریب مفصلی بوده، که اغلباً تنها با درد (Arthralgia) شروع شده و با گذشت زمان علائم مرضی بیشتر میشود.
 - Osteoarthritis یا التهاب عظمی مفصلی عبارت از التهاب مفصلی است که در اثر تخریب تدریجی سطح مفصلی چند سال بعد به تعقیب ترضیض و فرسایش مزمن ایجاد میشود.
 - بطور وصفی افراد مسن را متأثر میسازد.
 - اغلباً با یک درد عادی در یک مفصل آغاز شده؛ اما با گذشت زمان ممکن پیشرفت نموده منجر به ضیاع حرکت، تورم، سؤ شکل و ماوف شدن سایر مفاصل گردد.
 - مفاصل بزرگ (مثل مفصل زانو و مفصل حرقفی-فخدی) بیشتر متأثر شده و همچنان مفاصل بعیده انگشتان ماوف میشوند.
 - التهاب عظمی مفصلی سبب محدود شدن حرکت مفصلی و شخی صبحانه شده که معمولاً کمتر از ۳۰ دقیقه طول میکشد.
 - Rheumatoid "Autoimmune" Arthritis یک مرض التهابی مزمن سیستمیک با سیر متغیر بوده که بسیاری از اعضا خصوصاً مفاصل را ماوف میکند.
 - اغلباً چندین مفصل، خصوصاً پاها، آرنج ها، بند دست و مفاصل قریبه انگشتان را ماوف می نماید.
 - این مرض با درد شروع شده و با گذشت زمان با از دست دادن تحرکیت، تورم و سوء شکل مفصلی پیشرفت مینماید. (انحراف بند دست و انحراف انگشتان بطرف عظم زند [Ulnar] علائم کلاسیک اند).
 - ممکن در برگیرنده تظاهرات خارج مفصلی یا سایر اجزای سندروم های سیستم معافیته مانند ذوب عضلی (Muscle wasting)، Neuropathy، التهاب قرنئ منضمی (Kertatoconjunctivitis) یا التهاب صلبیه، التهاب پریکاردا، انصباب پلورا، یا نودول های روماتوئید باشد.
 - شخی صبحانه (در مفاصل) بیشتر از ۳۰ دقیقه طول میکشد.
 - گرچه این مرض هر دو جنس و تمام گروپ های سنی را متأثر میسازد، اما نزد خانم ها نسبت به مردها ۳:۱ متبازرتر است.
 - ممکن بنیه فامیلی داشته باشد.
 - Septic Arthritis یا التهاب انتانی مفاصل عبارت از انتان باکتریایی یا توپرکلوزیک مفصل است، که بطور وصفی (تقریباً در ۹۰ فیصد واقعات) فقط یک مفصل مصاب می گردد.
 - شروع درد ناگهانی بوده که با حرکت افزایش یافته و با تورم، سرخی و گرمی همراه است.
 - در ۵۰ فیصد واقعات با یک تاریخچه ترضیض کوچک همراه است.
 - اغلباً عدم موجودیت تب نزد مریضان
 - انتان توپرکلوزیک تمایل به پیشرفت آهسته داشته و یافته های فزیکائی آن کمتر معمول است.
 - ممکن همه گروپ های سنی را مبتلا سازد.
 - ممکن با اوستیومالیته حاد، مخصوصاً در اطفال، همراه باشد (بخش ۱۴،۲ "اوستیومالیته" مشاهده شود).
- احتیاط: التهاب انتانی مفصل یک واقعه عاجل جراحی است. مشکوکین التهاب انتانی مفصل فوراً رجعت داده شوند.

Gout or pseudo-gout نقرس یا نقرس کاذب عبارت از رسوب کرسنل های یوریک اسید در داخل مفصل بوده که با شروع حاد توأم با تورم، درد و اغلباً سرخی یا گرمی در یک مفصل مآوفه میباشد. معمولاً مفصل میتاتارس انگشتان بیشتر مآوف میگردد. احتیاط: جهت تشخیص تفریقی نقرس و نقرس کاذب از التهاب انتانی مفاصل ضرورت است تا رجعت دهی فوری صورت گیرد. سایر اسباب نادر درد منتشر مفاصل شامل انتانات یا التهابات سیستمیک است (بخش ۱۵.۷ "بروسلوزس" مشاهده شود)

تشخیص

هدف تشخیص تعیین نمودن خفیف یا مزمن بودن درد است که آیا میتواند در مرکز صهی تداوی شود و یا هم شدید و حاد است که ضرورت به رجعت دهی دارد.

- گرفتن تاریخچه در مورد ترضیضات جدید و یا سابقه (بشمول ترضیضات نافذه بالای مفصل) ؛ سرعت شروع درد، شواهد تورم، سرخی و حرارت موضعی.
- در نظر گرفتن تب روماتیزمل در اطفال که سابقه التهاب بلعوم (Pharyngitis)، درد یا هردو را دارند که با مآوفیت چندین مفصل دیگر پیشرفت نموده است (بخش ۶.۱ "تب روماتیک" مشاهده شود).
- سایر تظاهرات مفصلی و خارج مفصلی چنانکه در بالا توضیح داده شد و در التهاب روماتیزمل و اوتوایمیون مفصلی مشاهده گردید، ارزیابی گردد.
- معلوم کنید که آیا اعراض و علایم مرض مربوط به التهاب انتانی مفاصل است یا خیر (در فوق مشاهده شود)، در صورت مشکوک بودن، فوراً تداوی را آغاز نموده (بخش "رجعت دهی" مشاهده گردد) و در مورد انتقال مرضی به بخش جراحی آمادگی بگیرید.

یادداشت: تظاهر درد مفاصل با شروع حاد و لنگیدن در اطفال به التهاب انتانی مفاصل یا اوستیومیالیت حاد مشکوک شوید.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

هدف اساسی استفاده از اهتمامات مناسب بر اساس نوعیت التهاب مفصلی میباشد (بخش "تشخیص" مشاهده گردد).

- مواردیکه مریضان اعراض و علایم التهاب انتانی مفاصل یا نقرس (یا هم نقرس کاذب) را نشان دهند، هر چه زودتر رجعت داده شوند. (بخش "رجعت دهی" ذیلاً مشاهده گردد).
- مواردیکه مریضان اعراض و علایم خفیف التهاب عظمی مفصلی یا التهاب روماتیزمل مفصل را نشان دهند، تداوی تسکین درد به سویه کلینیک صهی آغاز گردد. جهت مراقبت از این مریضان، نکات آتی مدنظر باشد:

- کاهش درد
- کاهش التهاب
- بهبود یا حفظ فعالیت های وظیفوی
- جلوگیری از تخریبات طویل المدت مفاصل
- کنترل مآوفیت سیستمیک

غیر دواوی

- تطبیقات گرم موضعی جهت تسکین
- حرکات آهسته و تمرینات با فشار کم جهت تامین تحرکیت، به استثنای موارد التهاب عظمی مفصلی.
- به مریض توصیه نمایند تا از آوردن فشار سنگین به مفاصل اجتناب نمایند.

دواوی

- تجویز ادویه تسکین درد یا ضد التهاب.
- خط اول تداوی: Paracetamol فمی. جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف

مراجعه شود.

- خط دوم تداوی: Ibuprofen فمی
 - اطفال: ۵ الی ۱۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۸ ساعت بعد تا دوز روزانه اعظمی ۶۰۰ میلی گرام
 - کاهلان: ۲۰۰ تا ۴۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد
- یادداشت: در صورت امکان، دوره تداوی تا ۱ الی ۲ هفته محدود شود.
- احتیاط: از تجویز Ibuprofen نزد مریضان دارای سابقه خونریزی معدی معایی، سایر مشکلات معدی معایی، امراض کلیوی، یا تشوشات خونریزی اجتناب گردد.

رجعت دهی

- تمام مریضانی که مشکوک به تشخیص التهاب انتانی مفصل یا نقرس (یا نقرس کاذب) هستند برای تشخیص فوری و اهتمامات جراحی رجعت داده شوند.
- تجویز اولین دوز انتی بیوتیک، قبل از رجعت دهی.
 - تداوی خط اول: Ampicillin همراه با Gentamicin
 - Ampicillin (جدول الف در ضمیمه الف مشاهده شود). در موارد حساسیت یا الرژی در مقابل Penicillin، از Erythromycin استفاده شود. (جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه شود).
 - مقدار امپیسیلین نزد اطفال: ۵۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن از طریق زرق عضلی
 - کاهلان: ۱ گرام زرق عضلی
 - همراه با
 - Gentamicin
 - اطفال: ۵ الی ۷٫۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن از طریق زرق عضلی
 - کاهلان: ۳۲۰ میلی گرام از طریق زرق عضلی
 - یا
 - تداوی خط دوم ویال Ceftriaxone (که در شفاخانه های ولسوالی موجود است):
 - اطفال: ۸۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن زرق عضلی
 - کاهلان: ۲ گرام زرق عضلی
- مریضانی که مشکوک یا معروض به التهاب توپر کلوزیک مفاصل هستند، رجعت داده شوند.
- مریضانی مشکوک به التهاب روماتیزمل (اتوایمیون) مفاصل، برای مراقبت اختصاصی رجعت داده شوند.
- احتیاط: بعضی مریضانی مصاب به التهاب روماتیزمل مفاصل ممکن ققرات گردن شان نیز ماوف بوده و عدم ثبات داشته باشند، بنأ با احتیاط انتقال داده شوند.
- جهت معاینات بیشتر و گزینه های دیگر تداوی برای مریضانی که شروع جدید مرض، سؤشکل شدید، یا درد عود کننده و طاقت فرسا دارند، و یا هم به تشخیص آن مشکوک هستید، ضرورت است به مراکز صحتی رجعت داده شوند.
- مریضانی را که چندین عضو شان ماوف است رجعت داده شوند.
- رجعت دهی تمام افرادیکه درد مزمن دارند (داشتن درد بیش از یک هفته نزد اطفال و بیش از ۲ هفته نزد کاهلان)

وقایه

- به مریضان چاق که از درد مفصل رنج میبرند، کاهش وزن توصیه میگردد.
- اطمینان از تداوی مناسب شکستگی ها و بیجا شدگی ها جهت کاهش التهاب مفصلی بعد از ترضیض

هدایات به مریض

- توصیه مریض بر متکی بودن به طریقه های تداوی غیردوایی تا از استفاده طولانی مدت دوا ها و عوارض جانبی شان اجتناب گردد. به مریض هدایت داده شود تا فقط در هنگام ضرورت از ادویه مسکن استفاده نماید.
- راه های مناسب گرفتن ادویه را با مریض در میان بگذارید (مثلا گرفتن Ibuprofen با غذا تا سبب کاهش گاستریت گردد).
- مریض را رهنمایی کنید تا یک هفته بعد از شروع تداوی برای معاینه مجدد مراجعه نماید. اگر اعراض و علائم مرض

با گذشت زمان سریعاً بیشتر شود و با مفاصل جدید ماف گردد در آن صورت مریض رجعت داده شود.

۱۴.۲ اوستیومیلیت (Osteomyelitis)

شرح

اوستیومیلیت که تشخیص آن در مراحل ابتدایی مشکل است، یک انتان جدی عظمی ناشی از باکتری ها بوده و ضرورت است تا مریض به شفاخانه راجع گردد. اغلباً باکتری ها توسط جریان خون از ساحه منتن انتقال میابند. بعضی اوقات عظم از طریق جروحات جلدی منتن میشود. مرض با حملات حاد شروع شده اگر مداوی نشود، ممکن مزمن گردد. معمولاً عوامل مرضی استافیلوکوک های طلایی و سترپتوکوک های هیمولاتیک میباشد. توپرکلوز ممکن با سرعت کمتر سبب اعراض و علایم مرض گردد. عظام ران و ساق پا بیشتر متأثر می گردند.

تشخیص

- در صورت داشتن علایم ذیل نزد مریض به اوستیومیلیت حاد فکر شود:
 - تب بلند با لرزه، اگر انتان ناشی از جروحات جلدی بالای عظم باشد ممکن لرزه موجود نباشد.
 - درد و حساسیت موضعی عظم که اغلباً بالای میتافیز موقعیت دارد.
 - بعضی اوقات موجودیت جراحت قابل رویت بالای عظم ماف
 - انتان قبلی، اغلباً انتان گلو، یا جروحات قبلی جلد
 - محدود شدن حرکات مفاصل مجاور عظم ناشی از درد، که اکثراً بعضی حرکات منفعیل ممکن بدون درد باشد.
- در صورت داشتن علایم ذیل نزد مریض به اوستیومیلیت مزمن فکر شود:
 - موجودیت درد و حساسیت قبلی در عین عظم همراه با تب
 - عدم موجودیت تب بلند
 - تورم، درد و حساسیت عظم مافوه
 - آبسه یا خارج شدن قیج اغلباً سبب کاهش تورم و درد میگردد.
 - تشخیص تفریقی آن شامل التهاب انتانی مفاصل، التهاب انساج رخوه (Cellulitis) بالای جلد منتن، التهاب انتانی عضلات (Pyomyositis) و ترضیض موضعی.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دواایی

- بدون حرکت نگه داشتن طرف مافوه
- رجعت دهی فوری تمام موارد مشکوک به اوستیومیلیت به نزدیکترین شفاخانه

دواایی

- قبل از رجعت دهی اولین دوز زرق عضلی Ampicillin همراه با Gentamicin را تجویز نمائید.
- Ampicillin (به جدول الف ۴ در ضمیمه الف مراجعه نمایید):
 - اطفال: ۵۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز، ۴.۵ میلی لیتر آب مقطر را به ویال حاوی ۵۰۰ میلی گرام پودر Ampicillin (۱۰۰ میلی گرام فی میلی لیتر) اضافه نموده و در عضله قدامی ران زرق کنید. دوز را مطابق به سن یا وزن عیار سازید.
 - کاهلان: ۱ گرام زرق عضلی یا وریدی هر ۶ ساعت بعد (رجعت دهی بعد از تطبیق اولین دوز)
- یا
- در صورت موجودیت لرژی یا حساسیت در مقابل Penicillin، از Erythromycin استفاده کنید. برای دوزهای معیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه نمایید.
- همراه با
- Gentamicin (به جدول الف ۱۳ در ضمیمه الف مراجعه نمایید):

- اطفال: ۵ الی ۷٫۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن زرق عضلی یا وریدی یک بار در روز
- کاهلان: ۳۲۰ میلی گرام زرق عضلی یا وریدی یک بار در روز

رجعت دهی

همه واقعات را به نزدیکترین شفاخانه جهت بررسی بیشتر (در صورت موجودیت اکسری و آزمایش‌های لابراتواری)، تداوی با زرقیات وریدی در مراحل حاد، یا عملیات جراحی در مراحل مزمن (مانند تخلیه، و برداشتن انساج مرده) و تداوی های مورد نیاز ارتوپیدی، رجعت دهید.

وقایه

- تداوی تمام انتانات باکتریایی (بخش ۴، ۵، ۲ "التهاب باکتریایی لوزه ها") با انتی بیوتیک مناسب
- پاک کاری و ضدعفونی نمودن تمام زخم‌های جلدی.
- رجعت دهی فوری شکستگی‌های باز عظام که نیاز به پاک کاری توسط عملیه جراحی و برداشتن انساج مرده دارند.

هدایات به مریض

- متقاعد نمودن مریض به مراجعه هر چه زودتر به نزدیکترین شفاخانه.
- به مریض توصیه گردد اینکه: عدم تداوی مناسب اوستیومیالیت ممکن منتج به اختلالات جدی و معلولیت دایمی گردد.

فصل پانزدهم

امراض انتانی، پرازیتی، و کرمهای معایی

Infection Disease, Parasitic Diseases, and Helminthic Infestations

۱۵.۱ سیاه سرفه (Pertussis or Whooping Cough)

سیاه سرفه یک مرض خیلی ساری دوران طفولیت بوده که توسط باکتریای *Bordetella Pertussis* بوجود آمده و از طریق قطرات کوچک هوایی انتشارمینماید. نشانه برازنده انتان، سرفه های شدید بوده با تطبیق واکسین قابل وقایه است. سیاه سرفه ممکن توسط انتانات ثانوی (مانند پنومونیا، التهابات گوش، و فعالیت توبرکلوز مخفی) اختلاطی شده و سبب اختلاج، سوء تغذی یا مرگ گردد.

تشخیص

تشخیص سیاه سرفه معمولاً با سایر انتانات طرق تنفسی مغالطه میگردد، لهذا تشخیص آن باید نزد اطفال که واکسین نشده اند، در نظر گرفته شود. به تعقیب دوره تفریح ۶ الی ۱۲ روز، سیاه سرفه به طوری وصفی به سه مرحله تقسیم میگردد:

- مرحله نزلوی (Catarrhal phase): دوام آن ۱ الی ۲ هفته
 - افزایش انگی (نزله)
 - تب
 - سرفه غیر وصفی
- مرحله پر صدا (Whooping phase): دوام آن ۳ تا ۴ هفته
 - سرفه های شدید تشنجی وصفی (سرفه با صدای بلند)
 - سرفه وصفی سبب استفراغ، مشکلات تغذی، و سوء تغذی میگردد.
 - سرفه وصفی سبب سیانوز، هایپوکسیا و حملات اپنی (خصوصاً در اطفال خرد سال) میگردد
- مرحله نقاهت (Convalescent phase): دوام آن ۱ الی ۴ هفته
 - بعضی اوقات مرحله سرفه چندین هفته دوام میکند

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دواایی

- سوء تغذی را وقایه نمائید. طفل را در بین وقفه های سرفه های تشنجی حتی اگر میل هم نداشته باشد، تغذیه نمائید.
- نزد اطفال نوزاد تغذیه با شیر مادر را ادامه دهید.
- مایعات اضافی تجویز نموده و ضیاع مایعات را نظارت نمائید.

دواایی

- برای سیانوز اکسیجن تطبیق گردد (در صورت ضرورت و موجودیت)
- تجویز انتی بیوتیک: Erythromycin (Ethylsuccinate) برای ۲ الی ۴ هفته. برای دوز معیاری به جدول الف ۱۲ ضمیمه الف مراجعه نمائید.
- تجویز Paracetamol برای تب ۳۸.۵ درجه سانتی یا بلند تر از آن. برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۵ ضمیمه الف مراجعه نمائید.
- در صورت ضرورت Salbutamol بشکل نیبولایزر برای ۲۴ الی ۴۸ ساعت تطبیق گردد. برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۷ ضمیمه الف مراجعه نمائید.

رجعت دهی

- اطفال کمتر از یک سال. نوزادان در خطر شدید حملات توقف تنفس (Apnea) بوده و ضرورت به نظارت متداوم دارند.

- اطفال مصاب به سوء تغذی و اطفال دارای سایر مشکلات قابل ملاحظه طبی
- میزانی که به شکل دوره بی حملات سیانوز و توقف تنفس دارند.

وقایه

- تطبیق واکسین DPT برای تمام اطفال (فصل ۱۹ "معافیت" مشاهده گردد). ادامه واکسین DPT مطابق به تقسیم اوقات بعد از بهبودی برای وقایه از دیفتری و تیتانوس.
- مریضان مصاب به سیاه سرفه را از سایر اشخاصیکه واکسین نشده اند از شروع سرفه الی مدت ۴ هفته (دوره سرایت مرض) در صورتیکه مریض با آنتی بیوتیک تداوی نشده باشد، مجزا نگهدارید. در غیر آن مریضانی که تحت تداوی با آنتی بیوتیک اند باید در جریان ۵ روز اول تداوی مجزا گردند.

هدایات به مریض

- تاکید بر اهمیت تغذیه متممه و جلوگیری از سوء تغذی. توصیه به گرفتن غذا به مقادیر کم و دفعات زیاد و رژیم حاوی مواد پروتئینی
- تاکید بر اهمیت ادامه واکسین ها به شمول DPT
- نظارت از سوء تغذی در جریان مریضی و یک ماه بعد از از بین رفتن اعراض

۱۵.۲ دیفتری (Diphtheria)

شرح

دیفتری یک انتان حاد و شدید بلعوم و طرق تنفسی بوده که از اثر توکسین باکتری به نام *Corynebacterium Diphtheria* بوجود میاید. انتقال مرض از شخص منتن به شخص سالم از طریق قطرات کوچک هوایی صورت میگیرد. دیفتری دارای میزان بلند مرگ و میر بوده ولی میتواند که با تطبیق واکسین وقایه گردد.

تشخیص

موارد ذیل جستجو گردد:

- تب
- سردردی و کسالت
- التهاب لوزه ها و التهاب بلعوم (Pharyngitis) ممکن خفیف یا شدید بوده و توام با لکه های خاکستری سفید رنگ وصفی در گلو باشد.
- التهاب غشای مخاطی انف (Rhinitis) اغلباً یک طرفه
- ممکن توام با علایم سایر امراض شدید باشد:
- اذیمای عنق و Stridor
- خونریزی (پرپورا، خونریزی های بیره، خون بینی)
- زخم های جلدی
- التهاب عضله قلبی (Myocarditis) ممکن که با اریتمی های یکجا باشد
- نادراً پونومونیا، کم شدن مقدار ادرار (Oliguria) و نیوروتی ها

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوائی

- طرق تنفسی را برای دریافت علایم انسداد و ستریدور نظارت نمائید.
- از تطبیق مقدار کافی غذا و اعاده مایعات اطمینان حاصل گردد. به سبب مشکلات در بلع (عسرت بلع Dysphagia) بعضی اوقات برای تغذیه ضرورت به تطبیق تیوپ انفی معدوی میباشد.
- مریضان را از اشخاصیکه واکسین نشده اند مجزا سازید.

دوایی

- تطبیق انتی توکسین دیفتری (در شفاخانه ولایتی و حوزه وی موجود است)
- تجویز انتی بیوتیک

O Penicillin V (Phenoxymethylpenicilli) ۷ الی ۱۰ روز

- اطفال: برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۶ ضمیمه الف مراجعه نمایند.
- کاهلان: ۵۰۰ میلی گرام هر ۶ ساعت بعد

یا

O Erythromycin Ethylsuccinate (برای اشخاص که در مقابل پنسلین حساسیت دارند) ۷ الی ۱۰ روز

- اطفال: برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۲ ضمیمه الف مراجعه نمایند.
- کاهلان: ۴۰۰ الی ۸۰۰ میلی گرام هر ۶ ساعت بعد
- برای کاهش درد و تب Paracetamol توصیه گردد. برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۵ ضمیمه الف مراجعه نمایند.

رجعت دهی

تمام واقعات وخیم و اختلاطی باید رجعت داده شوند، خصوصاً اطفال کمتر از ۱۵ سال که پنومونیا و میوکاردیت داشته باشند.

وقایه و هدایات به مریض

- از واکسین شدن تمام اطفال اطمینان حاصل گردد.
- مطمئن شدن از تطبیق واکسین نزد اشخاصی که در تماس نزدیک با مریض اند. تکمیل نمودن هر سه دوره واکسین یا تطبیق یک دوز تقویتی واکسین برای اشخاصیکه از واکسین ایشان بیشتر از یک سال سپری شده است.
- مریض را برای ۱ الی ۷ روز تجردی نمایند.
- اشخاص در تماس نزدیک مریض در خانواده را در صورت ضرورت نظارت و تداوی نمایند.
- بعد از دوره مریضی واکسین DPT مریض را تکمیل نمایند، زیرا این مرض همیشه سبب تولید انتی توکسین نمی شود تا مریض را از منتن شدن دوباره محافظت نماید.

۱۵.۳ تیتانوس (Tetanus)

شرح

تیتانوس از باعث نیورو توکسین به نام تیتانوسپازمین (Tetanospasmin) که توسط Clostridium tetani تولید میشود، بوجود میاید. نزد اشخاص که واکسین نشده باشند در هر جرحه جلدی یا غشای مخاطی (تصادم، قطع شده گی، جراحی، گزیده گی، حین ولادت طفل، ختنه، قرحات) احتمال خطر انتان در صورتیکه C. tetani ملوث باشد، موجود است. Clostridium tetani در خاک، مواد فاضله موجود بوده و سپور های آن درمقابل بسیاری مواد ضد عفونی مقاومت دارند. این مرض با تطبیق واکسین کاملاً قابل وقایه بوده و واکسین آن شامل برنامه معیاری پروگرام معافیت کتلی و واکسینشن قبل از ولادت میباشد.

تشخیص

- یک تاریخچه جروحات جلدی در شرایط نا پاک ممکن موجود بوده، اما مریض اغلباً این حادثات را فراموش میکند.
- پیشرفت مرض قرار ذیل صورت میگیرد:
 - O اولین علامه تیتانوس شخی عضلات فک است که با مشکلات هنگام جویدن شروع شده و با بسته شدن فک تعقیب میگردد (به این معنی که مریض دهن خود را باز کرده نمیتواند).
 - O بعداً سبب شخی سایر عضلات وجه، به تعقیب آن عضلات گلو و عنق گردیده، که باعث مشکلات بلع میشود.
 - O پیشرفت مرض از ۲ روز الی ۳ هفته میباشد. مریض از یک سپازم عضلی به شکل دوامدار و دردناک، قوسی شدن

و شخی پشت، بازو های قیض شده ، و پاهای بسط شده شاکی میباشد: یک تنبه بسیار جزئی سبب سپازم های عود کننده گردیده در حالیکه مریض حالت شعوری خوب دارد. مریض در این وضعیت برای چندین هفته باقی میماند. (به صورت اوسط ۳ هفته).

- نوزادان شیر را مکیده نتوانسته و سره شان منتن میباشد. طفل بدن شخ داشته، و نزدش تخرشیت، تشنج، قبیضیت، و حملات سیانوز موجود میباشد. تیتانوس نزد نوزادان از طریق سره با وسایل نا معقم یا پانسمان ملوث انتقال میکند.
- مرگ از باعث اختلاطات: اسفکسی از سبب سپازم بلعوم یا حلقوم یا استنشاق استفرغ و اسپاریشن پنومونیا بوجود میاید. مرگ نزد نوزادان از سبب ناتوانی تغذی بوجود میاید.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

تمام مریضان جهت تطبیق ایمونوگلوبولین ضد تیتانوس (در شفاخانه ولسوالی موجود است) و حمایه هرچه زودتر رجعت داده شوند. به جدول ۱۵.۳ برای معیارهای مشخص تداوی جهت وقایه از تیتانوس در زخم ها با خطر بلند یا پائین مراجعه نمایند.

غیر دواایی

- باز نگهداشتن طرق تنفسی
- فراهم نمودن مقدار کافی مایعات و غذا، چون سپازم های تیتانوس منتج به تقاضا برای بلند رفتن استقلاب و حالت کتابولیک میشود. تقویت تغذی امکانات زنده ماندن را بیشتر میسازد.
- زخم را ارزیابی نمایند.
- زخم هایکه ریسک کمتر برای مبتلا شدن به تیتانوس را دارند شامل زخم های بسیار سطحی با ضایعات نسجی کمتر که سابقه بیش از ۶ ساعت ندارند، میباشد.
- زخم های با خطر بلند شامل جروحات جنگی، زخم های عمیق پاره شده، زخم ها با ضیاع قابل ملاحظه انساج، سوخته گی های وسیع، اجسام اجنبی و نکروز که سابقه بیش از ۶ ساعت دارد، اند.
- ترویج مراقبت درست زخم ها و وقایه تیتانوس
- برطرف نمودن اجسام اجنبی از زخم
- پاک نمودن، ضد عفونی کردن و پانسمان زخم

دواایی

- اولین دوز انتی بیوتیک از طریق زرق وریدی تجویز گردیده و بعد به شفاخانه رجعت داده شوند:

Penicillin G (Penicillin benzyl) ○

- اطفال: ۵۰۰۰ واحد فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۶ ساعت بعد برای ۱۰ روز
- کاهلان: ۲ تا ۴ میلیون واحد فی دوز از طریق وریدی هر ۶ ساعت بعد برای ۱۰ روز

یا

- نزد مریضانیکه در مقابل پنسلین حساسیت دارند، Metronidazole تجویز گردد:

▪ اطفال: ۷.۵ میلی گرام/ فی دوز هر ۸ ساعت بعد برای ۱۰ روز

▪ کاهلان: ۵۰۰ میلی گرام زرق وریدی هر ۸ ساعت بعد برای ۱۰ روز

- تجویز Diazepam برای تسکین تشنجات، در صورت ضرورت، در هنگام انتقال
 - اطفال: ۰.۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن از طریق مقعد، در صورت ضرورت هر ۶ ساعت بعد تکرار گردد.
 - کاهلان: ۵ میلی گرام از طریق فمی یا مقعد، در صورت ضرورت هر ۶ ساعت بعد تکرار گردد.
- احتیاط: عسرت تنفسی را نظارت کنید.

وقایه

تیتانوس با واکسین نمودن فعال کاملاً قابل وقایه بوده که واکسین آن شامل برنامه معافیت دهی دوره طفولیت پروگرام

معافیت کتلوی میباشد:

- تشویق به تکمیل نمودن واکسین تمام اطفال به شمول اطفال مریض یا ضعیف
 - سه واکسین قبل از سن ۱ سالگی
 - دوز تقویتی بعد از یک سال دوز سوم
 - دوز دوم تقویتی ۵ سال بعد از دوز تقویتی اول
 - دوز تقویتی هر ۱۰ سال بعد
- وضعیت معافیت تمام مریضان و اطفال که به مرکز صحتی به هر علت مراجعه مینمایند، معاینه شده و طبق آن واکسین گردد (فصل ۱۹ "معافیت" مشاهده گردد)
- وضعیت معافیت تمام مادران حامله را که به مرکز صحتی به هر علت مراجعه نموده اند، معاینه شده و طبق آن واکسین نمایند (فصل ۱۹ "معافیت" مشاهده گردد)
- مطمئن شدن از تطبیق حد اقل پنج دوز واکسین تیتانوس نزد خانم های در سن باروری.
- ترویج ولادت تحت نظر یک ناظر با مهارت و آموزش دیده در مرکز صحتی. در صورت عدم امکانات، ولادت بشکل پاک با در نظر داشت حفظ الصحة و مراقبت قطع سره صورت گیرد.
- ترویج مراقبت درست از زخم و وقایه تیتانوس (جدول ۱۵.۳ مشاهده شود).

۱۵.۳ اقدامات مشخص برای وقایه زخم از تیتانوس

وضعیت معافیت مریض		ارزیابی خطر جرحه یا زخم
		پائین
		بلند
مریض کاملاً واکسین شده (سه دوز یا زیادت) و دوز اخیر واکسین را گرفته		
کمتر از ۵ سال قبل		هیچ
زیادتر از ۵ سال و کمتر از ۱۰ سال قبل		هیچ
بیشتر از ۱۰ سال قبل		تقویتی
		انتی بیوتیک ها ^a
		انتی بیوتیک ^a
		TT تقویتی ^b
		ایمونوگلوبولین تیتانوس ^c
		رجعت دهی
		انتی بیوتیک ها ^a
		شروع یا تکمیل نمودن واکسین
		ایمونوگلوبولین تیتانوس ^c
		رجعت دهی

a: تداوی با انتی بیوتیک توسط Phenoxyethylpenicillin (Penicillin V) فمی صورت میگیرد. برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۶ ضمیمه الف مراجعه نمایند. در واقعات حساسیت یا الرژی به مقابل پنسلین از Erythromycin استفاده کنید. برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۲ ضمیمه الف مراجعه نمایند.

b: دوز تقویتی TT: یک دوز ۰.۵ میلی لیتر TT را از طریق عضلی و در بازوی دیگر مریض سیروم را تطبیق کنید (در ذیل مشاهده شود). از مریض خواهش کنید تا غرض گرفتن و مکمل نمودن دوز های تقویتی مراجعه نماید.

c: سیروتراپی: توصیه ایمونوگلوبولین تیتانوس ۵۰۰ واحد بین المللی، عضلی. مریض را رجعت دهید زیرا این سیروم صرف در شفاخانه و لسوالی موجود است.

۱۵.۴ فلج اطفال (Poliomyelitis)

شرح

پولیومیالیت یک مرض حاد ویروسی بوده که توسط ویروس پولیو (Poliovirus) بوجود میاید. این مرض اکثرأ در اثر ضعیفی یا فلج نرم خصوصاً در پا های اطفال شناسایی میگردد.

- انسان ها یگانه منبع این ویروس بوده بناءً انتقال مستقیم یا غیر مستقیم آن توسط انسان ها صورت میگیرد.
- مستقیم: طرق مدفوعی فمی. ویروس آن در مواد غایطه اشخاص منتن برای دو هفته (قبل از ۸ هفته از شروع مرض) اطراح میگردد.
- غیر مستقیم: خوردن و استفاده از غذا و آب ملوث
- دوره تفریخ مرض ۷ الی ۱۴ روز میباشد.
- مرض با تطبیق درست واکسین قابل وقایه میباشد (فصل ۱۹ "معافیت" مشاهده گردد)

تشخیص

بسیاری از انتانات پولیو میالیت بدون عرض بوده یا اعراض خفیف دارند. در بیشترین واقعات تشخیص مرض با فلج نرم یک طرفه مشخص میگردد که در نزد کمتر از ۱ فیصد اشخاص منتن رخ میدهد. اعراض دو نوع انتان شامل موارد ذیل اند:

- شکل غیر فلجی پولیو میالیت
 - تب
 - سردردی
 - شخی گردن
 - درد عضلات
- شکل فلجی پولیو میالیت
 - فلج (در یک تعداد کم مریضان رخ میدهد) ، که میتواند هر کدام از عضلات اسکلتی بدن را به شمول عضلات تنفسی متأثر سازد. فلج یکطرفه بوده که بیشتر اطراف سفلی را با پیشرفت صعود کننده متأثر میسازد.
 - پیشرفت فلج
 - عضلات نرم میگردند
 - ریفلکس ها کاهش می یابد
 - احساس سالم باقی می ماند

احتیاط: فلج تهدید کننده حیات بوده در صورتیکه عضلات تنفسی را مصاب سازد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

چون این یک مرض ویروسی است کدام تداوی مشخص برای آن موجود نیست. در صورت مشکوک شدن مریض به داشتن پولیو هر چه عاجل تر مریض را راجستر نموده و به شخص مسئول (Focal-point) اطلاع داده و مریض را به نزدیکترین مرکز پولیو رجعت دهید.

وقایع و هدایات به مریض

- واکسین نمودن ۴ دوز واکسین فمی پولیو (OPV) مطمئناً از انتان جلوگیری مینماید.
- از واکسین شدن منظم تمام اطفال مطابق به تقسیم اوقات برنامه معافیت کتلوی خود را مطمئن سازید (فصل ۱۹ "معافیت" مشاهده گردد)
- هر واقعه مشکوک را گزارش دهید. متعاقباً کمپاین واکسین را مطابق به پروتوکول ملی آغاز نمائید.
- اطمینان از جابجا نمودن مناسب مواد فاضله
- اطمینان از منابع مصئون آب آشامیدنی و غذا
- حالت صحی تمام اعضای فامیل و اشخاص در تماس موارد مشکوک ارزیابی گردد.
- توصیه مریضان به مراجعه نمودن هر چه زودتر به مرکز صحی در صورت بوجود آمدن اعراض مشابه به زکام و رشد ضعیفی و فلج

۱۵.۵ سرخکان (Measles)

فلپ چارت IMCI را برای اطفال کمتر از ۵ سال مشاهده نمائید.

شرح

سرخکان یک مرض ویروسی نهایت ساری با اختلالات ممکنه شدید و در نزد اطفال مصاب به سوء تغذی یا سایر امراض کشنده میباشد. در اطفال کمتر از ۳ ماه نادر است. این مرض بیشتر نزد اطفال بین سنین ۶ ماه تا ۳ سال که به صورت مکمل و مؤفقا نه واکسین های خویش را اخذ نموده اند، بوقوع میپیوندد.

تشخیص

- گرفتن تاریخچه مریض در مورد داشتن تماس به واقعه سرخکان ۱ الی ۲ هفته قبل از بوجود آمدن اعراض
- اولین عرض ممکنه آن مشابه به سرما خورده گی یا زکام میباشد: تب خفیف یا متوسط که اغلباً با سرفه مداوم، آب بینی، چشمان متورم (مانند التهاب منضمه) و گلودردی تعقیب میگردد.
- در مراحل ابتدایی ۲ تا ۳ روز بعد از بوجود آمدن اولین اعراض عمومی نقاط کوچک و سر سوزن مانند سفید رنگ که اطراف آن احمراری بوده در قسمت داخل غشای مخاطی رخسار ها مشاهده میگردد (Koplik's spots).
- رش های وصفی ۳ الی ۱۰ روز بعد از اعراض ابتدایی بوجود آمده که شامل نقاط سرخ رنگ کوچک که اغلباً کمی برجسته گی داشته و بشكل گروپی به چلد منظره لکه سرخ را میدهند. رش ها از قسمت های بیخ مو شروع شده و به طرف وجه، عنق، صدر، بطن، و بعداً به طرف بازوها و پاها ادامه میابد. با بوجود آمدن رش ها مریض تب بلند (۳۸.۵) درجه سانتی گرید یا بیشتر) داشته که با رسیدن رش ها به پا ها از بین میرود.
- نزد تمام اطفال مشکوک کمتر از ۵ سال اعراض عمومی خطر ذیل معاینه گردد:

○ پرسیده شود که آیا طفل-

- توانایی مکیدن شیر، خوردن و نوشیدن را دارد
- هر چیز را استفرغ مینماید
- اختلاج داشته است

○ خواب آلودگی یا حالت غیر شعوری و یا داشتن اختلاج را در طفل ارزیابی نمائید.

احتیاط: سرخکان میتواند که به اختلالات سینه یغل، انتانات چشم، التهاب گوش متوسط، زخم های جوف فم، اسهالات یا ضیاع مایعات، یا سوء تغذی شدید خصوصاً نزد اطفال با تغذی ضعیف یا داشتن امراض ضمیموی بانجامد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

- مطمئن شدن از ادامه تغذیه و نوشیدن. رژیم غذایی یکی از بخش های اساسی اهتمامات بوده زیرا اطفال مبتلا به سرخکان زودتر مصاب به سوء تغذی میگردد. طفل را منظمآ وزن نموده و ثبت نمائید. تغییرات وزن طفل را تعقیب کنید.

- چشم مریض را با آب پاک (مثلاً آب جوشانده سرد شده) یا محلول نارمل سالین (۰.۹ فیصد) به آهستگی روزانه سه مرتبه پاک کنید.

دوایی

- در صورتیکه طفل در طی سه ماه اخیر ویتامین A نگرفته باشد یک کیپسول ویتامین A برایش توصیه نمائید (جدول ۱۰.۴C مشاهده گردد). دوز اول را در کلینیک تجویز نموده و دوز های روز دوم و روز چهاردهم را به مواظبت کننده مریض بدهید.
- در صورتیکه طفل تب، درد، ناراحتی و سابقه اختلاج ناشی از تب داشته باشد Paracetamol فمی تا ۴ مرتبه در روز الی کاهش تب توصیه نمائید. برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۵ ضمیمه الف مراجعه نمائید.
- در صورت انکشاف قرحات فمی برای پایواز مریض توصیه نمائید که روزانه ۴ مرتبه دهن مریض را با محلول نمکی (یک گیلان آب پاک با نیم قاشق چایخوری ۲-۳ cc نمک) بشوید. در قرحات شدید از محلول Gentian violet ۰.۵ فیصد روز دو مرتبه تا بهبودی مریض استفاده شود.
- برای مادر طفل توصیه نمائید که تغذیه و اعاده مایعات را برای طفل ادامه دهد.
- برای مادر یا مواظبت کننده مریض هدایت دهید که طفل را بعد از ۲ روز غرض تعقیب بیاورد.
- قبل از رجعت دهی اختلالات احتمالی طفل را مطابق به فلپ چارت IMCI تداوی نمائید.
- انتان چشم را با مرهم Tetracycline یک فیصد چشمی تداوی کنید (بخش ۵.۱ التهاب منظمه [سرخي چشم] مشاهده گردد)
- ضیاع مایعات را وقایه و تداوی نمائید (بخش ۲.۱ "اسهال و ضیاع مایعات" مشاهده گردد)
- سینه بغل (بخش ۳.۳ "سینه بغل در اطفال و کاهلان" مشاهده گردد) و التهاب گوش متوسط (بخش ۴.۲ "التهاب حاد گوش متوسط" مشاهده گردد) را تداوی نمائید.
- اختلاج را تداوی نمائید (بخش ۱۷.۱ "اختلاج ناشی از تب" مشاهده گردد)
- در صورت موجودیت اختلالات شدید سرخکان دوز اول تداوی را قبل از رجعت دهی مریض تجویز نمائید (قرنیه مکدر و قرحات عمیق فمی):
- تجویز یک دوز ویتامین A
- و تجویز دوز اول Ampicillin همراه با Gentamicin (به جدول ۴A و جدول الف ۱۳ در ضمیمه الف مراجعه نمائید)
- در صورت موجودیت مکدریت قرنیه یا خارج شدن قیح از چشم مرهم Tetracycline یک فیصد چشمی را تطبیق نمائید.
- به مادر طفل توصیه نمائید که تغذیه طفل را ادامه داده و مریض را رجعت دهد.

رجعت دهی

- اطفالیکه علائم خطر و اختلالات شدید دارند
- سینه بغل شدید (Stridor، فرو رفته گی صدر)
- ضیاع شدید مایعات
- مریضان شناخته شده استما
- سوء تغذی یا مریضان مصاب به انحطاط سیستم معافیتی و امراض ضمیموی (مانند ویروس کاهش سیستم معافیتی [HIV]، توبرکلوز)

وقایه و هدایات به مریض

- مریض مصاب به سرخکان را از افراد سالم مجزا نگهدارید (مثلاً در کودکان ها، مکاتب)
- برای تمام اطفال واکسین سرخکان تطبیق شود (زرق اولی آن در ۹ ماهه گی و زرق دوم آن در ۱۸ ماهه گی)
- توجه به حفظ الصحه دهن و چشم
- طفل بعد از دو روز برای تعقیب در مرکز صحی آورده شود.
- به مادر یا مواظبت کننده توصیه نمائید که تغذیه درست طفل میتواند که اختلالات مرض را محدود سازد.

یادداشت: سرخکان یک مرض قابل گزارش میباشد.

۱۵.۶ سپسیس (Sepsis)

شرح

سپسیس عبارت از تهاجم میکروب ها یا توکسین های آنها در خون، اعضا و سایر نقاط معقم بدن میباشد. عوامل عمده آن معمولاً باکتری های گرام منفی میباشند. سپسیس شامل طیف از امراض بوده که از اعراض مشابه به زکام تا حالات تهدید کننده حیات چون شاک و عدم کفایه اعضا را دربر میگیرد.

تشخیص

- تاریخچه و شواهد انتان قبلی یا فعلی
- تاریخچه اجرای عملیه های طبی (مانند عملیات دندان و ولادی)
- طیف از اعراض و علائم از خفیف تا شدید
 - بلند رفتن (۲۸.۵ درجه سانتی گرید یا بلند تر) یا کاهش (۳۵.۵ درجه سانتی گرید یا کمتر) درجه حرارت بدن
 - ضعیفی
 - لرزه
 - ازدیاد تنفس (بیشتر از ۲۰ فی دقیقه در کاهلان)
 - ازدیاد ضربان قلب (اضافه تر از ۹۰ در یک دقیقه نزد کاهلان)
 - کاهش فشار خون
 - شاک
- اختلالات وظیفوی و عدم کفایه اعضا

احتیاط: سندروم عکس العمل سیستمیک التهابی (Systemic inflammatory response syndrome) یک حالت فزیولوژیک بوده که سپسیس را تمثیل می کند اما ممکن از سبب یک تعداد حالات طبی دیگر به استثنای انتانات چون التهاب پانکراس، سوخته گی های شدید، ترضیضات یا سرطان های خبیث بوجود آید.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

شناسایی و از بین بردن هر نوع منبع انتان

دوايي

- شروع انتی بیوتیک وسیع الساحة قبل از رجعت دهی. تجویز Gentamicin, Ampicillin و در صورت مشکوک بودن به انتانات معدی معایی یا غیر هوازی تجویز Metronidazole.
 - Ampicillin
 - اطفال: برای دوز های معیاری به جدول الف ۴ ضمیمه الف مراجعه نمایند.
 - کاهلان: یک گرام از طریق زرق وریدی هر ۶ ساعت بعد
 - یا
- در صورت موجودیت حساسیت یا الرژی در مقابل پنسلین، از Erythromycin استفاده نمایند. برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۲ ضمیمه الف مراجعه نمایند.
- همراه با
 - Gentamicin
 - اطفال: برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۳ ضمیمه الف مراجعه نمایند
 - کاهلان: ۸۰ میلی گرام از طریق زرق وریدی هر ۸ ساعت بعد

همراه با

- زرق وریدی Metronidazole، در صورت مشکوک بودن به انتان معدی معایی یا غیر هواری
- اطفال: ۷.۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن از طریق زرق وریدی هر ۸ ساعت بعد
- کاهلان: ۵۰۰ میلی گرام از طریق زرق وریدی هر ۸ ساعت بعد

رجعت دهی

- تمام واقعات شدید سپسیس را رجعت دهید.
- در موارد شک سپتیک، قبل از رجعت دهی شک را تداوی نمائید (بخش ۱۶.۹ "شاک" مشاهده گردد)

وقایه

- محراق انتان را به موقع به صورت دقیق تداوی نمائید تا از بوجود آمدن سپسیس جلوگیری گردد.
- سپسیس میتواند با کاهش تعداد پروسیجرهای مداخلوی و محدود کردن استفاده (کاهش مدت استفاده) کتیتزهای اوعیه و مثانه جلوگیری شود.

۱۵.۷ ملاریا (Malaria)

فلپ چارت IMCI را در مورد اطفال کمتر از ۵ سال مشاهده نمائید.

شرح

- ملاریا یک مرض پرازیتی بوده که عامل سببی آن Plasmodium میباشد. پرازیت ملاریا از طریق گزیدن پشه منتن انتقال میکند. پلازمودیم ویواکس (Plasmodium vivax) و پلازمودیم فالسیپارم (Plasmodium falciparum) دو نوع بسیار معمول ملاریا در افغانستان میباشد.
- پلازمودیم ویواکس بیش از ۹۰ فیصد واقعات ملاریا را در افغانستان تشکیل میدهد و معمولاً سبب واقعات شدید (مثلاً تهدید کننده حیات) نمیکردند. حتی بعد از تداوی پرازیت پلازمودیم ویواکس در کبد باقی مانده و زمینه ساز حملات بعدی بدون گزیدن دوباره پشه میگردد.
 - پلازمودیم فالسیپارم در افغانستان معمول نبوده اما زمینه ساز برای حملات شدید مرض میباشد.
 - در افغانستان فقط بعضی از مناطق دارای خطر واقعات ملاریا اند (جدول ۱۵.۷ مشاهده گردد). همیشه نزد مریض که تب داشته و در ساحه مساعد به ملاریا زنده گی میکند یا در جریان ۴ هفته قبل به آن ساحات سفر داشته باشد، به ملاریا مشکوک شوید.

جدول ۱۵.۷ خطر موجودیت ملاریا در افغانستان نظر به ولایت

طبقه بندی	سویه خطر	ولایات
اول	خطر متوسط تا شدید برای انتقال مرض	بدخشان، بادغیس، بلخ، فاریاب، هرات، هلمند، کندهار، خوست، کتر، کندز، لغمان، ننگرهار و تخار
دوم	خطر کم برای انتقال مرض	دایکندی، فراه، جوزجان، کابل، کاپیسا، لوگر، نیمروز، ارزگان، پکتیا، پکتیکا، پروان، سمنگان، سرپل، وردک و زابل
سوم	خطر بسیار کم برای انتقال مرض	سطوح مرتفع بغلان مرکزی، بامیان، غزنی و غور

تشخیص

- تظاهرات کلاسیک حملات متناوب تب، لرزه و عرق با دوره های بدون عرض بودن در بین حملات، موثق نیست. در صورتیکه مریض در ساحه مساعد به ملاریا زنده گی میکند یا در آن ساحات سفر داشته است، همیشه نزد مریض که از اعراض ذیل شاکی است مشکوک به ملاریا باشید.

- تب
- لرزه
- عرق
- سردردی
- درد عضلات
- دلبدی

- مریضانیکه بدون کدام دلیل واضح با تب مراجعه نموده باید ملاریا نزد شان مدنظر گرفته شود.
- در صورتیکه مریض کمتر از ۵ سال سن داشته باشد فلپ چارت IMCI "موجودیت تب نزد طفل" را برای رد نمودن علائم خطر و سایر امراض استفاده ننماید.
- همیشه علایم احتمالی ملاریای شدید (تهدید کننده حیات) را بررسی ننماید.

- ضیاع مایعات
- حالت شعوری خراب، سر گنگسی، هذیان یا حالت غیر شعوری
- ناتوانی (مثلا ضعیفی عمومی که در آن مریض بدون کمک راه رفته و نشسته نتواند)
- تنفس عمیق، دیسترس تنفسی
- تشنج
- کولاپس جریان خون یا شاک؛ فشار سیستولیک خون کمتر از ۷۰ میلی متر ستون سیماب در کاهلان و کمتر از ۵۰ میلی متر ستون سیماب در اطفال

- یرقان
- ادرار تاریک (به رنگ چای سیاه تیره) که نشاندهنده خون یا هیموگلوبین در ادرار است
- نرف یا خونریزی های بالنفسهی غیر نارمل
- تائید لابراتوار را در زمینه بدست آرید. تا حد امکان تمام مشکوکین ملاریا باید با معاینه سریع Dipstick، معاینه میکروسکوپی نمونه خون، یا هردو قبل از شروع تداوی، تائید گردند.
- معاینه میکروسکوپی نمونه خون یک معیار برای تائید لابراتواری بوده و حتی میتواند که نوعیت ملاریا را نیز دریافت نماید درستی آن ارتباط به تجربه تکنیشن دارد.
- معاینات سریع Dipstick برای ملاریا در افغانستان قابل دسترس است.
- بیشترین تست های سریع Dipstick فقط میتوانند که ملاریای نوع پلازمودیم فالسیپارم را شناسایی نمایند بنا مریض که مصاب به ملاریای پلازمودیم وایوکس باشد با این معاینه نتیجه منفی را نشان میدهد.
- بعضی تست های سریع Dipstick میتوانند که پلازمودیم فالسیپارم و سایر انواع را شناسایی نمایند بنا بهتر است خود را در مورد تست استفاده شده توسط کارکن صحتی در لابراتوار مطمئن سازید.
- اگر هیچ کدام وسیله تائیدی لابراتواری ممکن نباشد مریض را بر اساس شواهد کلینیکی وی تداوی کنید.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

- از ضیاع مایعات جلوگیری کنید. گرفتن مایعات را برای کاهلان و اطفال و تغذی اطفال با شیر را تشویق ننماید.
- تب (در صورتیکه بلند تر از ۳۸.۵ درجه سانتی گرید باشد) را با برطرف کردن لباس های مریض و تطبیقات سرد کاهش دهید.

دوايي

- در صورت امکان، سعی نمائید تا تشخیص ملاریا را با معاینات لابراتواری (نمونه میکروسکوپی خون، تست های

- سریع نوار Dipstick ، یا هردو) تائید کنید.
- به یاد داشته باشید: پلازمودیم ویواکس تقریباً ۹۰ فیصد واقعات را در افغانستان تشکیل میدهد.
- برای تب Paracetamol تجویز نمائید. برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۵ ضمیمه الف مراجعه نمائید.

۱۵.۷.۱ دواوی خط اول

واقعات تائید شده (لابراتواری) ملاریا

- پلازمودیم ویواکس. اگر تشخیص پلازمودیم ویواکس توسط معاینات لابراتواری مثبت تائید گردد و مریض کدام علامه تهدید کنند حیات نداشته باشد دواوی به اساس رهنمود ملی "ملاریای پلازمودیم ویواکس تائید شده غیر اختلاطی" صورت گیرد. (جدول الف ۱۵.۷.۱ برای اطفال و جدول ب ۱۵.۷.۱ برای کاهلان مشاهده گردد). برای اطفال بیشتر از ۴ سال و کاهلان Chloroquine (دوز مکمل ۲۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن، دوز اعظمی ۱۵۰۰ میلی گرام در سه دوز کسری) به یک دوز در جریان سه روز، همراه با Primaquine (۰.۲۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی روز، دوز اعظمی ۱۵ میلی گرام) به یک دوز روزانه برای ۱۴ روز (تابلیت های ۱۵ میلی گرام در مراکز صحتی جامع و شفاخانه های ولسوالی موجود است) توصیه میگردد.

احتیاط: Primaquine به مریضان ذیل نباید توصیه گردد:

- خانم های حامله
- مادران شیرده، به استثنای حالات که تحت نظارت طبی قرار داشته باشند.
- اطفال کمتر از ۴ سال (فلپ چارت IMCI برای دواوی ملاریا مشاهده شود)
- آنهاپکه مشکوک به کمبود انزایم گلوکوز-۶-فاسفیت دیهایدروجیناز اند.

جدول الف ۱۵.۲.۱ تداوی اطفال با Chloroquine به اساس سن و وزن بدن

دوز و شکل دوايي	۳ الى کمتر از ۶ کیلوگرام (نوزادان الى کمتر از ۳ ماه)	۶ الى کمتر از ۱۰ کیلوگرام (۳ ماه الى کمتر از ۱ سال)	۱۰ الى کمتر از ۱۵ کیلوگرام (۱ سال الى کمتر از ۳ سال)	۱۵ الى کمتر از ۲۰ کیلوگرام (۳ سال الى کمتر از ۵ سال)	۲۰ الى ۲۹ کیلوگرام (۵ الى ۱۰ سال)
فمی: یکبار در روز • شکل: تابلیت ۱۵۰ میلی گرام • مدت: سه روز • دوز: ۱۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن در روز اول و دوم، ۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن در روز سوم	-	روز اول: نیم تابلیت	روز اول: یک تابلیت	روز اول: یک و نیم تابلیت	روز اول: یک و نیم تابلیت
	-	روز دوم: نیم تابلیت	روز دوم: یک تابلیت	روز دوم: یک و نیم تابلیت	روز دوم: یک و نیم تابلیت
	-	روز سوم: نیم تابلیت	روز سوم: نیم تابلیت	روز سوم: یک تابلیت	روز سوم: یک تابلیت
• شکل: ۵۰ میلی گرام فی ۵ میلی لیتر شربت	روز اول ۵ میلی لیتر	روز اول: ۷.۵ میلی لیتر	روز اول: ۱۵ میلی لیتر	-	-
	روز دوم ۵ میلی لیتر	روز دوم: ۷.۵ میلی لیتر	روز دوم: ۱۵ میلی لیتر	-	-
	روز سوم ۲.۵ میلی لیتر	روز سوم: ۵ میلی لیتر	روز سوم: ۱۰ میلی لیتر	-	-

جدول ب ۱۵.۷.۱ تداوی کاهلان با Chloroquine

روز سوم	روز دوم	روز اول
۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن	۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن	۱۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن دوز ابتدایی جمع ۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن ۶ تا ۸ ساعت بعد
یا		
۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن = ۲ تابلیت ۱۵۰ میلی گرامه	۱۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن = ۴ تابلیت ۱۵۰ میلی گرامه	۱۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن = ۴ تابلیت ۱۵۰ میلی گرامه

- پلازمودیم فالسیپارم، اگر در تشخیص لابراتواری پلازمودیم فالسیپارم مثبت تأیید گردیده باشد و مریض کدام علامه تهدید کننده حیات نداشته باشد تداوی به اساس رهنمود ملی "ملاریای پلازمودیم فالسیپارم تأیید شده غیر اختلاطی" صورت گیرد. (جدول ۱۵.۷.۱ c برای اطفال مشاهده گردد). برای کاهلان (Sulfadoxine+Pyrimethamine (Fansidar) ۲۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن، دوز اعظمی سه تابلیت به دوز واحد همراه با Artesunate (۴ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن، دوز اعظمی ۲۰۰ میلی گرام در روز) یکبار در روز برای سه روز توصیه میگردد.
- پلازمودیم ویواکس و پلازمودیم فالسیپارم بشکل مختلط. تداوی مانند پلازمودیم فالسیپارم و به اساس رهنمود ملی صورت گیرد. (جدول ۱۵.۷.۱ c برای اطفال). برای کاهلان (Sulfadoxine+Pyrimethamine (Fansidar) ۲۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن، دوز اعظمی آن سه تابلیت به دوز واحد (همراه با Artesunate (۴ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن، دوز اعظمی ۲۰۰ میلی گرام در روز) یکبار در روز برای سه روز توصیه میگردد.

جدول ج ۱۵.۷.۱ تداوی با Sulfadoxine+Pyrimethamine همراه با Artesunate در اطفال

تابلیت ۵۰ میلی گرام Artesunate			تابلیت Sulfadoxine+Pyrimethamine (۲۵ ملیگرام+۵۰۰ ملیگرام) برای یک روز	وزن به کیلوگرام	سن به سال
روز سوم	روز دوم	روز اول			
۱	۱	۱	½	کمتر از ۱۰ Kg	کمتر از یک سال
۱	۱	۱	۱	۱۰ الی ۱۴ Kg	یک الی کمتر از ۳ سال
۲	۲	۲	۱	۱۷ الی ۱۹ Kg	۳ الی کمتر از ۵ سال
۳	۳	۳	۲	۲۰ الی ۳۵ Kg	۵ الی ۱۱ سال
۴	۴	۴	۳	بیشتر از ۳۶ Kg	بیشتر از ۱۲ سال

ملاریای تائید نشده

در صورتیکه تائید لابراتواری ممکن نباشد و شواهد کلینیکی قابل ملاحظه باشد، یا در صورت موجودیت هردو حالت، تداوی بر اساس رهنمود های ملی "ملاریای تائید نشده" صورت گیرد.

- Chloroquine (دوز مجموعی ۲۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن، دوز اعظمی ۱۵۰۰ میلی گرام به سه دوز کسری) روزانه برای سه روز (جدول الف ۱۵.۷،۱ برای اطفال و جدول ب ۱۵.۷،۱ برای کاهلان مشاهده گردد) توصیه نمائید.
- Primaquine را برای ملاریای تائید نشده توصیه نمائید. تا اینکه پلازمودیم و یواکس توسط معاینات لابراتواری تائید نشده باشد تداوی را با Primaquine انجام ندهید. در صورتیکه شما مشکوک به پلازمودیم و یواکس هستید، مریض را جهت تائید تشخیص و مراقبت تعقیبی رجعت دهید.

ملاریای شدید

در موارد ملاریای شدید یا تهدید کننده حیات، در صورتیکه تشخیص تائید یا مشکوک باشد، در صورت امکانات مریض رجعت داده شود. در صورت عدم موجودیت امکانات یا مصئونیت رجعت دهی تداوی بر اساس رهنمود های ملی صورت گیرد.

- Artemether (۳،۲ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن، دوز اعظمی ۱۶۰ میلی گرام فی روز) یکبار زرق عضلی در روز اول، بعداً ۱،۶ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن (دوز اعظمی ۸۰ میلی گرام در روز) زرق عضلی روزانه برای ۵ روز توصیه گردد.

یا

- در صورتیکه مریض تداوی فمی یا حد اقل دو روز بعد از تداوی با Artemether را تحمل نموده میتواند، کورس مکمل تداوی Artesunate همراه با Sulfadoxine-Pyrimethamine را از طریق فمی تجویز نمائید.
- تمام خانم های حامله با ملاریای شدید باید در صورت امکان هرچه زودتر به شفاخانه رجعت داده شوند.

ملاریا در زمان حاملگی

- برای ملاریای پلازمودیم و یواکس تائید شده یا مشکوک، ملاریای غیر اختلاطی، تداوی را به اساس رهنمود های ملی انجام داده و در صورت امکان جهت تائید لابراتوار رجعت دهید.

○ Chloroquine (دوز مجموعی ۲۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن، دوز اعظمی آن ۱۵۰۰ میلی گرام به سه دوز کسری) روزانه برای سه روز (جدول ب ۱۵.۷،۱ برای کاهلان مشاهده گردد) توصیه نمائید.

احتیاط: Primaquine به خانم های حامله، مادران شیرده، اطفال کمتر از ۴ سال و آنهاییکه مشکوک به کمبود گلوکوز-۶-فاسفیت دی هایدروکسیناز اند، نباید توصیه گردد.

- در ملاریای تائید شده پلازمودیم فالسیپارم در زمان حاملگی به اساس رهنمود های ملی تداوی صورت گیرد.
- ترایمستر اول: Quinine (۶۰۰ میلی گرام) هر ۸ ساعت بعد برای ۷ روز جمع Clindamycin (۱۰۰ میلی گرام) هر ۱۲ ساعت بعد برای ۷ روز. یادداشت: Clindamycin شامل مجموعه خدمات اساسی صحتی و لست ادویه اساسی (BPHS/EDL) نمیشد. روی این ملحوظ مریض باید رجعت داده شود.
- ترایمستر اول با ملاریای شدید (تهدید کننده حیات): ممکن ضرورت به گرفتن یک دوز Quinine از طریق زرق وریدی مطابق به رهنمود ملی باشد.

○ ترایمستر دوم و سوم: Sulfadoxine-Pyrimethamine همراه با Artesunate همانند تداوی مریضان غیر حامله تجویز گردد.

احتیاط: تمام خانم های حامله مصاب به ملاریا، در صورت امکانات رجعت داده شوند.

ملاریا نزد اطفال کمتر از ۵ سال

به فلپ چارت IMCI مراجعه نمائید.

۱۵.۷.۲ تداوی خط دوم

از تداوی خط دوم فقط در صورت تائید پلازمودیم و یواکس یا پلازمودیم فالسیپارم توسط معاینات لابراتواری

پرازیتولوژی، استفاده نمائید. تداوی خط دوم را در واقعات ذیل در نظر بگیرید:

- مریضانی که بعد از دو روز تداوی خط اول بهبودی را نشان نمیدهند.
- مریضانی که بعد از ۳ الی ۲۸ روز اعراض معند و عود کننده مرض شان موجود باشد.
- خانم های حامله مصاب به پلازمودیم فالسیپارم در ترامستر اول
- اطفال کمتر از دو ماه (فلپ چارت IMCI را برای تداوی ملاریا مشاهده نمائید)
- مریضانی که در تمام دوره تداوی اعراض وخیم تر را نشان میدهند.
- مریضانی که در مقابل Sulfadoxine-Pyrimethamine الرژی واضح داشته باشند.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

دوایی

ادویه ذیل را برای ۷ روز توصیه نمائید.

- Quinine (فمی) ۱۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن (دوز اعظمی ۶۰۰ میلی گرام) هر ۸ ساعت بعد همراه با
- Doxycycline (۳.۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن) روزانه
- احتیاط: Doxycycline برای خانم های حامله و اطفال کمتر از ۸ سال توصیه نگردد.
- یا
- Clindamycin (۱ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن) هر ۱۲ ساعت بعد

رجعت دهی

- واقعات شدید (تهدید کننده حیات) ملاریا در صورت امکان
- در صورت امکان مریض با کارکن صحي انتقال داده شود.
- قبل از انتقال مریض دوز اول تداوی ملاریا تجویز گردد.
- مراقبت های حمایتی در صورت ضرورت قبل و در جریان انتقال فراهم گردد (مانند اکسیجن، مایعات وریدی)
- خانم های حامله مصاب به ملاریا، در صورت امکان
- مریضانی که ضرورت به تداوی خط دوم دارند
- عدم پاسخ به تداوی
- مریضانی که با وصف تداوی در مدت دو روز بهبودی کسب ننمایند
- مریضانی که در جریان تداوی وضعیت شان وخیم تر شود.
- مریضانی که نزد شان اختلالات شدید ناشی از ملاریا موجود است.

وقایه

کیمیای

- استفاده از جالی های مغطوس شده با ادویه حشره کش دارای تاثیرات طویل المدت یا جالی های دارای ادویه حشره کش استفاده نماید.
- ازسپری در داخل خانه استفاده نمائید
- برای محافظت شخصی از سپری های دفع کننده، استفاده نماید

فزیک

- برای کاهش از خطر گزیدن پشه ها ساحات تخم گذاری و بود باش انها را محو نمائید.
- پوشیدن لباس های محافظی جهت جلوگیری از گزیدن پشه، خصوصا در جریان شام که خطر گزیدن بیشتر میباشد
- ساحات که پشه در آن تخم گذاری مینماید مانند آب های استاده، کناراب ها، یا تخلیه گاه های آب را از بین برید.
- هدف از بین بردن آب جاگزین ساختن سنگ و خاک -درساحات تخم گذاری میباشد.

هدایات به مریض

- به مریض یا مواظبت کننده به صورت واضح در مورد مقدار روزانه ادویه به اساس سن یا وزن که در جدول فوق تذکر داده شده است، هدایت دهید. از مریض یا مواظبت کننده تقاضا نمائید تا هدایات داده شده را تکرار نماید.
- تطبیق دوز اول دوا را بررسی کنید. مریض را برای ۳۰ دقیقه نظارت نموده و در صورت استفراغ دوز اول را دوباره تکرار کنید.
- در صورتیکه تداوی با Primaquine صورت گیرد (تجویز شده باشد) پیشنهاد نمائید که مریض آنرا با غذا صرف نماید زیرا در معده خالی سبب ناراحتی های بطنی میگردد.
- تب بلندتر از ۳۸٫۵ درجه سانتی گرید را با Paracetamol (۱۰ تا ۱۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۶ ساعت بعد تا بهبودی تب) و تطبیقات سرد تداوی نمائید.
- از ضیاع مایعات جلوگیری نمائید. کاهلان و اطفال را به گرفتن مایعات تشویق نموده و شیردهی در اطفال شیرخوار ادامه داده شود.
- در مورد علائم خطر ملاریای شدید به فامیل مریض هدایت دهید و توصیه نمائید که در صورت بوجود آمدن علائم خطر مریض را فوراً به مرکز صحتی انتقال دهند.
- به فامیل مریض هدایت دهید که در صورت عدم بهبودی در ظرف دو روز مریض را دوباره بیاورند.

۱۵.۸ هیپاتیت یا التهاب کبد (Hepatitis)

شرح

- هیپاتیت عبارت از التهاب و اتان کبد از اثر اسباب مختلف ذیل میباشد:
- ویروسی (بیشتر معمول است)
 - هیپاتیت A,B,C,D,E ویروس های مشخص (متماثل به کبد) تا به حال شناخته شده اند. این ویروس ها میتوانند که از طریق مدفوعی-فمی، یا از طریق زرقی یا از طریق مایعات عضویت (جدول ۱۵.۸ مشاهده گردد) انتقال نمایند.
 - سایر ویروس ها ممکن سبب التهاب کبد گردند (مانند Herpes, Cytomegalovirus, Epstein-Barr که مسئول Mononucleosis میباشد، Parvovirus, Enterovirus, Adenovirus, Varicella).
 - مواد
 - ادویه ضد ملاریا (Chloroquine, Paracetamol) (دوز های بلند)، مواد انسستیزی
 - الکول
 - امراض معافیتی (Autoimmune)
- هیپاتیت ممکن با امراض ناگهانی اختلاطی گردد، همچنان تخریب حجرات کبد ارتباط به سیروز، عدم کفایه کبد و کارسینومای حجرات کبدی دارد.

جدول ۱۵.۸ مشخصات ویروس های متمایل به کبد که سبب هیپاتیت میگردند

نوع ویروس		هیپاتیت A RNA	هیپاتیت B DNA	هیپاتیت C RNA	هیپاتیت D RNA	ویروس هیپاتیت E RNA
دوره تفریخ (به اساس روز)		۱۵ الی ۴۰	۶۰ الی ۱۸۰	۱۴ الی ۱۶۰	۲۱ الی ۴۲	۲۱ الی ۶۳
انتقال	از طرق زرقی	نادر	بلی	بلی	بلی	نخیر
	مدفوعی - فمی	بلی	نخیر	نخیر	نخیر	بلی
	تماس جنسی	نخیر	بلی	بلی	بلی	نخیر
	قبل از تولد	نخیر	بلی	نادر	بلی	نخیر
	انتان مزمن	نخیر	بلی	بلی	بلی	نخیر
	امراض ناگهانی	نادر	بلی	نادر	بلی	بلی

تشخیص

گرچه شدت مرض و میزان اختلالات هیپاتیت ویروسی نظر به اسباب آن مختلف است اما اعراض و علایم عمومی اشکال مختلف هیپاتیت مشابه اند. تظاهرات انتانی ممکن متباز (مثلاً غیر عرضی، نارمل بودن انزایم های کبدی) غیرقابل تشخیص (مثلاً غیر عرضی با بلند بودن انزایم های کبدی)، بدون یرقان (عرضی بدون موجودیت یرقان) و یرقانی (موجودیت یرقان یا تظاهرات که به طرف یرقان پیشرفت مینماید) نباشد. اعراض معمول آن شامل موارد ذیل اند:

- خسته گی، تب، اعراض مشابه به زکام از یک هفته الی یک ماه قبل از بوجود آمدن یرقان در صورتیکه تظاهر نماید بی اشتها، دلبدی، استفراغ
- حساسیت ربع علوی طرف راست بطن یا بدون کبد قابل جس
- خارش
- با پیشرفت مرض ممکن یرقان نمایان گردد
- بررسی سریع معاینات هیپاتیت نوع C و B (در مراکز صحتی با بانک خون) ممکن معروض شدن قبلی را به این انواع (مثلاً شناسایی موجودیت انتی بادی ها) نشان دهد، اما فعال بودن یا موجودیت مرض را تأیید نمیکند.
- اختلالات شدید ذیل ممکن نشان دهنده مرض ناگهانی، سیروز، یا عدم کفایه کبد باشد: التهاب نسج دماغ (Encephalopathy)، حبن (Ascites)، کوما، خونریزی یا کاهش سویه گلوکوز خون (Hypoglycemia)

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دواایی

- برای هیپاتیت نوع A کدام تداوی مشخص موجود نیست، مراقبت های حمایتی توصیه میگردد.
- مراقبت های حمایتی شامل موارد ذیل اند:
 - اعاده مایعات وریدی به اساس ضرورت
 - استراحت بستر تا زمانیکه سویه ترانس آمیناز (Transaminase) بلند است.
 - تغذی خوب با رژیم های غنی از کاربوهایدرت ها و مقدار کافی پروتین باید داده شود.

O گرفتن شحمیات محدود گردد اما ضرور نیست که قطع گردد.

دوایی

در صورت امکان از تداوی دوایی در مرحله حاد مرض خودداری شود، زیرا میزان جذب دوا ممکن مختل شده یا دوا سبب شدید شدن مرض کبدی گردد.

رجعت دهی

- تمام مریضان دارای اختلالات مانند یرقان شدید، التهاب نسج دماغ، کوما، خونریزی، و کاهش سویه گلوکوز خون
- خانم های حامله که مصاب به شکل فعال هیپاتیت B هستند جهت در نظر گرفتن تداوی نوزاد با ایمونوگلوبولین هرچه عاجل تر بعد از ولادت رجعت داده شوند.
- تمام مریضان که نزد شان تست های سریع هیپاتیت HBV و HCV مثبت است، جهت معاینه تعقیبی.

وقایه و هدایات به مریض

- از گرفتن واکسین به اساس پروگرام معافیت کتلوی مطمئن شوید (واکسین هیپاتیت B بخشی از واکسین های پنجگانه "Pentavalent" است)، (فصل ۱۹ "معافیت" مشاهده گردد).
- توصیه به شستن مکرر دستان برای اشخاص که با مریض در تماس اند.
- توصیه به استفاده کاندوم برای مریضان مشکوک ناقل هیپاتیت
- استفاده از سرنج های یک بار مصرف و وسایل معقم در عملیات جراحی یا معاینات اندوسکوپی (از محلول های کلورین برای معقم سازی استفاده گردد)
- به مریض رهنمایی نمائید که در صورت وخامت اعراض دوباره مراجعه نماید.
- به مریض رهنمایی نمائید که هر دو هفته بعد الی بهبودی وضعیت مریضی به مرکز صحتی مراجعه نماید.
- مادران شیرده میتوانند شیردهی را ادامه دهند.

۱۵.۹ تب محرقه (Typhoid or Enteric Fever)

شرح

تب محرقه از اثر مصرف (از طریق مدفوعی- فمی) غذا یا آب ملوث با باکتری سلمونلا تایفی (Salmonellatyphi) بوجود میآید. باکتری بالای جدار امعا حمله ور شده و میتواند که از طریق جریان خون به تمام عضویت منتشر گردد. محرقه اغلباً بشکل مریضی غیر وصفی و تب شروع شده که میتواند منجر به یک مریضی جدی و اختلالات چون پرتونیت، التهاب نسج دماغ، و مرگ گردد. نزد مریض که تب مداوم بیشتر از ۷ روز داشته و ملاریا ی وی رد گردیده باشد، تب محرقه مد نظر باشد.

تشخیص

- تب بلند و عود کننده که شروع غیر واضح و آهسته داشته و برای هفته ها دوام کند.
- سرعت نبضان پائین تر از حد متوقع میباشد
- خواب الوده گی
- تغذی نادرست
- قبضیت در مراحل ابتدایی، اسهالات در مراحل بعدی، استفراغ
- سرفه (اکثراً خشک)
- درد بطنی و انتفاخ بطنی
- سردردی
- احتمالاً شخی گردن
- سرگنگسی و اختلال روانی، اختلاج ممکن نزد اطفال رخ دهد

- لکه های سرخرنگ در بالای جلد بطن در نزد اطفال با جلد روشن
- ضخامه طحال و کبد
- اختلالات آن شامل خونریزی های معایی که با موجودیت خون تاریک یا تازه در مواد غایبه نمایان میشود، تثقب امعا، التهاب کیسه صفرا، التهاب گرده ها، التهاب سحایا، التهاب عضله قلب، التهاب مفاصل، و التهاب عظام میباشد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

- تجريد مريض
- تجویز مایعات برای جلوگیری از ضیاع مایعات (بخش ۲،۱ "اسهال و ضیاع مایعات" مشاهده گردد)
- ادامه تغذی کافی از طریق فمی (مانند غذای ساده و نرم)
- نظارت بر خونریزی، کم خونی، التهاب پریتون، اختلاج، شاک، یا سایر اختلالات شناخته شده تب محرقه

دوايي

- تجویز یک دواي ضد تب الی بهبودی تب: Paracetamol. برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۵ ضمیمه
- الف مراجعه نمائید.
- تجویز انتی بیوتیک
- O تداوی خط اول: Chloramphenicol برای ۱۴ روز
 - اطفال: برای دوز های معیاری به جدول الف ۵ ضمیمه الف مراجعه نمائید.
- احتیاط: از دادن Chloramphenicol برای اطفال قبل المعیاد خودداری نموده و مریض را رجعت دهید.
- کاهلان: ۲ کپسول ۲۵۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد

- یا -

- O تداوی خط دوم: Amoxicillin برای ۱۴ روز
 - اطفال: برای دوز های معیاری به جدول الف ۳ ضمیمه الف مراجعه نمائید.
 - کاهلان: ۵۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد
- یادداشت: توصیه Amoxicillin برای خانمهای حامله و شیرده ترجیح داده میشود.
- یا
- O تداوی خط سوم (برای واقعات مشکوک مقاوم، ممکن ضرورت به رجعت دهی مریض باشد زیرا در مراکز صحتی جامع و شفاخانه ولسوالی موجود است): Ciprofloxacin برای ۱۴ روز
 - اطفال: ۱۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۱۲ ساعت بعد
 - کاهلان: ۵۰۰ میلی گرام هر ۱۲ ساعت بعد
- احتیاط: Ciprofloxacin برای خانم های حامله مضاد استطباب بوده و باید تا حد ممکن از توصیه آن برای اطفال جلوگیری شود.

رجعت دهی

- تمام مریضان وخیم
- تمام مریضان خورد سن و بسیار مسن یا خانم حامله
- واقعات اختلاطی توام با مشکوک بودن به تثقب امعا و التهاب پریتون
- O هر چه عاجل تر به مرکز جراحی که نظارت و تداوی مناسب در آن موجود باشد
- O باز نمودن ورید، اعاده مایعات، و تجویز انتی بیوتیک وریدی قبل از رجعت دهی

وقایه و هدایات به مریض

- حفظ الصحه خوب و شستن دستان بعد از تماس
- مراعات حفظ الصحه محیطی و معیارات حفظ الصحوي

شرح

توبرکلوز یک انتان باکتریایی بوده که توسط مایکوباکتریوم توپرکلوزس (*Mycobacterium tuberculosis*) بوجود میاید. اکثر مردم با انتان ابتدایی باکتری منتن شده که ممکن هیچ وقت توپرکلوز فعال نداشتن انکشاف نکنند. در یک فیصدی کم مردم انتان ابتدایی رشد نموده و به شکل فعال در ریه ها باقی میمانند که سبب مریضی شده و توانایی انتشار مرض را به دیگران دارد. انتان اکثراً از طریق قطرات هوایی ذریعه سرفه مریضیکه مصاب توپرکلوز ریوی فعال باشد، انتشار میکنند.

اکثر واقعات توپرکلوز شامل انتانات ریه میباشد (مانند توپرکلوز ریوی). سایر اشکال معمول مرض شامل انتانات عظام (که ستون فقرات ساحه مناسب است)، عقدات لمفاوی، مفاصل، سحایا، یا بطن ویا یک انتان منتشر (مانند Miliary TB) اند. مریضانیکه سیستم معافیت ضعیف از باعث سن خورد و کهولت، فقر تغذی، یا مشکلات طبی زمینه ساز دیگر به شمول ویروس عدم کفایه معافیتی انسانی (Human immunodeficiency virus) بیشتر در معرض انکشاف توپرکلوز فعال قرار دارند. بعضی اوقات نزد این مریضان امکان فعال شدن اشکال غیر فعال توپرکلوز موجود است.

انتان فعال توپرکلوز به اشکال ذیل تصنیف شده است:

- نمونه بلغم مثبت (SS+) برای توپرکلوز: این نشان دهنده توپرکلوز ریوی بوده که خیلی ساری میباشد یعنی تا دو هفته اول تداوی شدیداً ساری است.
- نمونه بلغم منفی (SS-) برای توپرکلوز: این نماینگر اینست که تشخیص توپرکلوز ریوی نزد مریض توسط داکتر به اساس اعراض موجود صورت گرفته با وصف داشتن سه نمونه بلغم با نتیجه منفی. این مریضان ممکن کمتر ساری باشند اما هنوز هم میتوانند که مرض را منتشر سازد تا اینکه دو هفته تداوی شان ختم شود.
- توپرکلوز خارج ریوی توسط داکتر تشخیص شده و نشان دهنده مصاب بودن مریض به توپرکلوز فعال خارج ریه ها میباشد. کلید کاهش توپرکلوز در افغانستان تشخیص مقدم و تداوی تمام اشخاص مصاب به توپرکلوز فعال میباشد. تمام کارمندان صحت باید توپرکلوز را در هر مریض که سرفه بیش از دو هفته دارد در نظر گیرند. تمام مریضان در افغانستان که مصاب به توپرکلوز اند باید تداوی آن به اساس پروگرام DOTS صورت گیرد، که مقصد آن اطمینان از گرفتن ادویه ضد توپرکلوز به شکل متداوم و منظم در مدت زمان تداوی و جلوگیری از بوجود آمدن مقاومت در برابر ادویه ضد توپرکلوز و جلوگیری از قطع تداوی میباشد.

تشخیص

تشخیص توپرکلوز باید توسط یک داکتر ماهر به اساس معیارات ذیل صورت گیرد:

- تظاهرات کلینیکی (اعراض و علایم)
- معاینه میکروسکوپی بلغم (اولویت نخست)
- کشت (در صورت موجودیت)
- در وقت تشخیص توپرکلوز خارج ریوی، قضاوت داکتر عمده ترین عنصر بر علاوه تظاهرات کلینیکی است.
- موارد ذیل را در وقت تشخیص و تصنیف توپرکلوز در نظر گیرید.
- تمام اشخاص که سرفه بیشتر از دو هفته دارند مشکوک به توپرکلوز ریوی اند.
- سایر علایم و اعراض توپرکلوز ریوی ممکن شامل موارد ذیل باشد:

- کاهش وزن
- تب (بشکل وصفی به درجه پائین)
- عرق شبانه
- موجودیت خون در سرفه (Hemoptysis)
- ضعیفی، از دست دادن اشتها
- درد صدری
- نفیس کوتاهی

- تشخیص توبرکلوز ریوی مشخصاً نزد اطفال کوچک بسیار مشکل است زیرا اعراض وصفی را نشان داده نمیتوانند (خصوصاً اطفال مصاب به سوء تغذی). نزد تمام اطفال کوچک که موارد ذیل را دارند باید به توبرکلوز ریوی مشکوک شد.
 - سرفه بیش از دو هفته
 - مواجه بودن یا تماس با اعضای خانواده یا اجتماع که توبرکلوز فعال دارد.
 - تاریخچه سوء تغذی که با وجود رژیم های ممتعمه بهبود نیافته است.
 - تاریخچه رشد ضعیف یا وزن گرفتن ضعیف
 - تب مزمن (نادراً بیشتر از ۳۸ درجه سانتی گرید) ، بیحالی، بی اشتها
- یادداشت: واکسین BCG ممکن چانس و شدت توبرکلوز را در اطفال محدود سازد، اما وقایه مرض را تضمین نمی کند. اغلباً معاینات فیزیکی نزد مریضان مصاب به توبرکلوز نارمل میباشد گرچه بعضی دریافت ها ممکن موجود باشد که مربوط به عضو مافوقه است.
 - توبرکلوز ریوی- کاهش آواز های تنفسی، آواز تنفسی شکل تیبولار، کراکل ها
 - توبرکلوز خارج ریوی- جدول الف ۱۵.۱۰ را مشاهده نمایید.
- معاینات لابراتواری میتوانند که تشخیص را تأیید نماید:
 - تلوین نمونه بلغم برای توبرکلوز (Acid fast bacilli) - سه نمونه بلغم برای تمام مریضان مشکوک به توبرکلوز که قادر به تهیه بلغم اند، ضرورت است.
 - آکسری صدری- در صورتیکه نمونه بلغم منفی باشد، توسط داکتر درخواست میگردد.
 - سایر آکسری ها- برای دریافت توبرکلوز خارج ریوی توسط داکتر درخواست میگردد.
 - بیوپسی انساج- برای دریافت توبرکلوز خارج ریوی توسط داکتر درخواست میگردد.

جدول الف ۱۵.۱۰ تظاهرات کلینیکی انواع توبرکلوز خارج ریوی

تشخیص احتمالی توبرکلوز خارج ریوی	تظاهرات کلینیکی
توبرکلوز عقدات لمفاوی	ضخامه یا دریناز عقدات لمفاوی، خصوصاً در نواحی عنق؛ بعضی اوقات فستول ها (مثلاً خارج شدن افرازات از عقده لمفاوی متورم بروی جلد)
توبرکلوز پلورا	درد صدری پلورایی، تب، زجرت تنفس
توبرکلوز کلیوی	درد عقب، تکرر ادرار، عسرت ادرار، یا موجودیت خون در ادرار بدون درد
توبرکلوز فقرات که به نام مرض Pott's نیز یاد میشود.	کیفوزس (مانند قبض شدن جسم فقرات که در ستون فقرات سبب تشکیل زاویه به طرف خارج میشود) درد پشت، تورم در مجاورت فقرات، حساسیت بالای جسم فقره یا آبسه بارد "cold" بالای فقره
توبرکلوز فقرات	ضعیفی یا فلج اطراف سفلی
توبرکلوز مفاصل	مفاصل متورم

تورم موضعی یا خارج شدن مایع از سینوس عظام طولیه	اوستیومیالیت توپرکلوزیک
تورم بطن یا درد خفیف، تب، عرق شبانه، کاهش وزن، اسهالات، کتله بطنی، فستول های مقعدی، حبن	توپرکلوز معدوی بطنی، شکل بسیار معمول آن التهاب توپرکلوزیک پریتون
سررددی، و شخی گردن، تغییرات روانی و گنگسیت، تب خواب الوده گی و بیحالی	التهاب توپرکلوزیک سحای یا آبسه ها

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوابی

- تمام مشکوکین توپرکلوز باید در راجستر مرکز صحن و اسناد نظارت توپرکلوز ثبت گردند (مرکز صحن ولابراتوار)
- تمام مریضان که دارای بلغم مثبت توپرکلوز اند جهت تداوی به پروگرام DOTS رجعت داده شوند.
- تمام مریضان مشکوک به توپرکلوز بدون بلغم مثبت، جهت ارزیابی منفی بودن بلغم توسط داکتر، رجعت داده شوند.
- تمام مشکوکین به توپرکلوز خارج ریوی به داکتر غرض ارزیابی، رجعت داده شوند.
- تمام مریضان باید به استراحت کافی، گرفتن رژیم غنی از پروتئین، قرار گرفتن در یک محیط با تهویه خوب، و معروض شدن به شعاع آفتاب تشویق گردند.
- تمام اعضای فامیل مریض و کسانی که در جامعه با وی در تماس هستند باید بررسی گردند خصوصاً مریضان که در معرض خطر بیشتر اند مانند اطفال خورده سال، اشخاص مسن، اطفال مصاب سوء تغذی، یا آنها که مصاب به امراض مزمن اند (به شمول HIV)، چون این اشخاص در معرض خطر بیشتر کسب توپرکلوز فعال اند.

دوابی

- تمام مریضان که تشخیص توپرکلوز نزد شان تائید میشود باید تحت پروگرام DOTS تداوی گردند.
- ادویه ضد توپرکلوز
 - مهمترین ادویه که برای تداوی توپرکلوز استفاده میگردند شامل (R) Pyrazinamide، (H) Isoniazid، (E) Ethambutol، (S) Streptomycin، (Z) Pyrazinamide میباشد.
 - بعضی ادویه به شکل دوز های ثابت ترکیبی موجود اند مانند (Rifampicin، Isoniazid) RH و (Rifampicin، Isoniazid، Ethambutol) RHE و (Rifampicin، Isoniazid، Ethambutol) RHE
 - به صورت عموم دو شکل تداوی توپرکلوز موجود است:
 - کنگوری اول: (Rifampicin، Pyrazinamide، Ethambutol، Isoniazid) ۲RHZ برای دومه و (Rifampicin، Isoniazid) RH ۴ برای ۴ ماه (جدول ب ۱۵.۱۰ مشاهده گردد)
 - این کنگوری برای تمام واقعات توپرکلوز (مانند ریوی، خارج ریوی، SS و SS-) به شمول اطفال و آنها که تداوی توپرکلوز را حد اقل یک ماه قبل نگرفته باشند، قابل تطبیق است.
 - DOTS برای هر دو مرحله تداوی لازم است.
 - مدت تداوی ۶ ماه میباشد: ۲ ماه مرحله ابتدایی با Rifampicin، Pyrazinamide، Ethambutol و Isoniazid و Isoniazid روزانه (۵۶ دوز) که با مرحله تعقیبی ۴ ماه با Rifampicin و Isoniazid (۱۱۲ دوز) روزانه ادامه داده میشود.
 - کنگوری دوم: (Rifampicin، Pyrazinamide، Ethambutol، Isoniazid) ۲SRHZ برای دومه/ (Rifampicin، Pyrazinamide، Ethambutol، Isoniazid) RHZE ۱ برای یک ماه / (Rifampicin، Ethambutol، Isoniazid) RHE ۵ برای ۵ ماه. جدول ج ۱۵.۱۰ را مشاهده نمائید.
 - کنگوری دوم برای تمام واقعات تداوی دوباره (مانند عود، تداوی بعد از قطع دوابی با مثبت بودن باکتریولوژیک و ناکام تداوی کنگوری اول وغیره) قابل تطبیق است.

- پروگرام DOTS در هر دو مرحله تداوی لازم است.
- مدت تداوی ۸ ماه میباشد: مرحله ابتدایی ۳ ماه بوده که با تجویز Rifampicin, Pyrazinamide, Isoniazid و Ethambutol شروع شده که در دو ماه اول آن Streptomycin بشکل روزانه اضافه میگردد. مرحله تقییبی ۵ ماه توسط Rifampicin, Ethambutol و Isoniazid ادامه داده میشود.

جدول ب ۱۵.۱۰ کتگوری اول: دوز های ترکیبی ثابت (FDC) روزانه بر حسب فی کیلوگرام وزن بدن برای کاهلان و اطفال بالاتر از ۱۰ سال

مرحله تعقیبی (۴ ماه یا ۱۱۲ دوز)	مرحله ابتدایی (دوماه یا ۵۶ دوز)	وزن بدن مریض (کیلوگرام)
روزانه تحت DOTS (به استثنای روز های جمعه و رخصتی)	روزانه تحت DOTS (به استثنای روز های جمعه و رخصتی)	
دوز ترکیبی ثابت FDC RH- (۱۵۰ میلی گرام + ۷۵ میلی گرام)	دوز ترکیبی ثابت FDC RHZE- (۱۵۰ میلی گرام + ۷۵ میلی گرام + ۴۰۰ میلی گرام + ۲۷۵ میلی گرام)	
۲	۳	۳۰ الی ۳۹
۳	۳	۴۰ الی ۵۴
۴	۴	۵۵ الی ۷۰
۵	۵	۷۱ و بلندتر از آن

جدول ج ۱۵.۱۰ کتگوری دوم: دوز های ترکیبی ثابت (FDC) روزانه بر حسب فی کیلوگرام وزن بدن برای کاهلان و اطفال بالاتر از ۱۰ سال.

مرحله تعقیبی (۱۴۰ دوز)	مرحله ابتدایی (سه ماه یا ۸۴ دوز) ۵۶ دوز RHZE + Streptomycin		وزن بدن مریض (به کیلوگرام)
۵ ماه بعدی	ماه های اول و دوم	ماه های اول، دوم و سوم	
	روزانه تحت DOTS (به استثنای روز های جمعه و رخصتی)	روزانه تحت DOTS (به استثنای روز های جمعه و رخصتی)	
FDC یا دوز ترکیبی دوز ثابت RHE (۱۵۰ میلی گرام + ۷۵ میلی گرام + ۲۷۵ میلی گرام)	دوز زرقی Streptomycin (به میلی گرام)	دوز ترکیبی ثابت FDC - RHZE (۱۵۰ میلی گرام + ۷۵ میلی گرام + ۴۰۰ میلی گرام + ۲۷۵ میلی گرام)	

۳۰ الی ۳۹	۲	۵۰۰	۲
۴۰ الی ۵۴	۳	۵۰۰	۳
۵۵ الی ۷۰	۴	۱ گرم*	۴
۷۱ یا بلند تر	۵	۱ گرم*	۵

* ۷۵۰ میلی گرام برای مریضان بلندتر از سن ۶۰ سال
جدول D ۱۵.۱۰ و E ۱۵.۱۰ در ذیل برای معلومات شما داده شده اند اینکه تمام واقعات توپرکلوز را باید به مراکز DOTS تعقیب و تداوی نمایند.

جدول د ۱۵.۱۰ دوز روزانه فی کیلوگرام وزن بدن دوا های خط اول تداوی ضد توپرکلوز برای اطفال و کاهلان

دوا	دوز های پیشنهاد شده روزانه	
	دوز و حدود (میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن)	دوز اعظمی (میلی گرام)
Isoniazid	۵ (۴ الی ۶)	۳۰۰
Rifampicin	۱۰ (۸ الی ۱۲)	۶۰۰
Pyrazinamide	۲۵ (۲۰ الی ۳۰)	-
Ethambutol ^a	۲۰ (۱۵ الی ۲۵)	-
Streptomycin	۱۵ (۱۲ الی ۱۸)	-

a Ethambutol برای اطفال با دوز ۲۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن (حدود ۱۵ الی ۲۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن) بشکل روزانه مصون است.

جدول ه ۱۵.۱۰ دوز روزانه فی کیلوگرام وزن بدن دوا های ضد توپرکلوز برای اطفال

مرحله ابتدایی			مرحله تعقیبی		وزن بدن (به کیلوگرام)
RHZ	E	S	RH	E	
۶۰/۳۰/۱۵۰) میلی گرام)	۱۰۰) میلی گرام)	۱۰۰۰) میلی گرام)	۶۰/۳۰) میلی گرام)	۱۰۰) میلی گرام)	
۱/۲	۱/۲	۵۰ میلی گرام (۰,۲۵ میلی لیتر)	۱/۲	۱/۲	کمتر از ۴

۱	۱	۱۰۰ میلی گرام (۰.۵ میلی لیتر)	۱	۱	۴ الی ۶
۲	۱½	۱۵۰ میلی گرام (۰.۷۵ میلی لیتر)	۲	۱½	۷ الی ۹
۲½	۲	۲۰۰ میلی گرام (۱) میلی لیتر)	۲½	۲	۱۰ الی ۱۲
۳½	۳	۲۷۵ میلی گرام (۱.۴ میلی لیتر)	۳½	۳	۱۳ الی ۱۸
۵	۴	۳۵۰ میلی گرام (۱.۷۵ میلی لیتر)	۵	۴	۱۹ الی ۲۴
۶	۵	۴۵۰ میلی گرام (۲.۳ میلی لیتر)	۶	۶	۲۵ الی ۲۹

رجعت دهی

- تمام مریضان ذیل رجعت داده شوند-
- نمونه بلغم مثبت به تداوی DOTS
 - تمام مشکوکین به توبرکلوز با داشتن نمونه بلغم منفی جهت ارزیابی توسط داکتر و اجرای معاینات اختصاصی مانند اکسری و سایر معاینات لابراتواری
 - داشتن توبرکلوز خارج ریوی به شمول توبرکلوز جاورسی یا توبرکلوز سحایا، یا داشتن اختلالات توبرکلوز (مانند مصابیت چندین عضو بدن به توبرکلوز یا عدم کفایه تنفسی)
 - مشکوک شدن به عود مرض و عدم پاسخ به تداوی
 - امراض و حالات طبی زمینه ساز دیگر (مانند اچ آی وی، سوء تغذی، یا مراحل اخیر دیابت) جهت تداوی و قیایوی در مقابل توبرکلوز
 - موجودیت خطر مصاب شدن به مرض بعد از معروض شدن با مریض مصاب به توبرکلوز فعال (مانند اطفال خورد سال، اشخاص مسن، مصابین به سوء تغذی و امراض مزمن)
 - موجودیت عوارض جانبی شدید در مقابل ادویه ضد توبرکلوز

وقایه

- برای فرد
 - واکسین نمودن اطفال نوزاد یا اولین تماس با مرض ممکن میزان یا شدت توبرکلوز را کاهش دهد اما نمیتواند وقایه را تضمین نماید.
 - تداوی وقایوی (INH) برای کسانیکه در معرض بلند خطر اند.
 - کشف مقدم، تشخیص و تداوی
- برای جامعه

- دریافت مقدم مشکوکین و تدای به موقع کلید اساسی برای کاهش توپرکلوز در افغانستان است.
- بلند بردن آگاهی جامعه در مورد توپرکلوز
- بلند بردن آگاهی در مورد نزاکت های اجتماعی سرفه در بین مردم و جامعه
- معاینه و بررسی تماس های نزدیک مریضان توپرکلوز فعال
- تشویق به حفظ الصحه و تغذی خوب
- سعی برای دور نگهداشتن مشکوکین به توپرکلوز و مصابین جدیداً تشخیص شده از مواجه شدن به فامیل یا افراد جامعه، خصوصاً کودکان خردسال یا آنهایکه در معرض خطر مصاب شدن توپرکلوز اند.
- تدای مقدم مریضان توپرکلوز- زیرا زنجیره انتشار مرض از طریق تنفس به صورت نارمل بعد از ۲ هفته تدای محو میگردد.

هدایات به مریض

- به مریض یادآوری نمائید که توپرکلوز قابلیت شفایابی را در صورتیکه مریض دوی خود را به صورت درست گرفته و تمام کورس تدای را تکمیل نماید، دارد.
- شامل پروگرام DOTS شده و تمام ادویه را با دوره مکمل آن اخذ نمائید.
- به مریض خاطر نشان سازید که تشخیص و تدای توپرکلوز رایگان میباشد.
- به مریض هدایت دهید که -
 - در حین سرفه و عطسه زدن دهن و بینی خود را بپوشاند تا از انتشار مرض به دیگران جلوگیری گردد.
 - هیچ وقت روی زمین تف نکند و در عوض از یک قطی یک بار مصرف دارای سرپوش استفاده نماید.
 - تغذی خوب را ادامه دهد.
 - به قدر کافی استراحت نماید.
 - از سگرت کشیدن خودداری ورزد.
- به مریض توصیه نمائید که تدای توپرکلوز بعضی اوقات ممکن سبب عوارض جانبی گردد. به مریض تفهیم نمائید که در وقت بوجود آمدن موارد ذیل هرچه زودتر به مرکز صهی که تدای خود را اخذ میدارند مراجعه نماید.
 - یرقان (زردی)
 - امراض جلدی
 - اختلالات شنوایی
 - تشوشات دید

۱۵.۱۱ آب چیچک (Chickenpox)

شرح

آب چیچک یک مرض معمول و ساری دوره طفولیت بوده که توسط ویروس Varicella zoster بوجود میاید. انتان بصورت خودبخودی (بالنفسهی) بعد از مدت تقریباً یک هفته بهبود میاید. تظاهرات انتان ۲ الی ۳ هفته بعد از معروض شدن ظاهر میشود.

تشخیص

- در مورد معروض شدن احتمالی پرسیان نموده و موارد ذیل را نزد مریض جستجو نمائید:
 - تب خفیف، سردردی، و کسالت قبل از بوجود آمدن رش های جلدی، از بین رفتن تب در اخیر هفته اول
 - بوجود آمدن اندفاعات مشخص و آبله ها که در نواحی تنه و وجه شروع شده و بعداً به طرف بازوها و پاها انتشار می یابد.
 - لکه های جلدی (Papules, Macules و آبله ها (Vesicles) بشکل گروپی
 - آبله های مختلف که در مراحل مختلف انکشاف، به زخم ها تحول مینمایند. طیف وسیع از زخم ها ممکن که در تمام اوقات موجود باشد.
- خارش

آب چیچک در نزد اطفال خورده سال، کاهلان و مریضان که انحطاط سیستم معافیتی داشته باشند با شدت بیشتر میباشند. اختلاطات نادر آن که بیشتر نزد کاهلان معمول است سینه و بغل، التهاب سحایا (Meningitis) یا التهاب نسج دماغ (Encephalitis) میباشند.

اهتمامات و تدابیر معالجوی غیر دوائی

از گرفتن مقدار کافی مایعات و تغذی مطمئن شوید.

دوائی

- اکثرا تب به درجه پائین بوده و میتواند با پاراسیتامول تداوی شده تا زمانیکه تب از بین برود. برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۵ ضمیمه الف مراجعه نمائید.
- احتیاط: به اطفال کمتر از ۵ سال آسپرین را توصیه نه نمائید زیرا خطر سندروم ری (Reye's syndrome) نزد شان موجود است.
- ممکن که با تطبیق موضعی محلول Calamine خارش های شدید جلدی بهبود یابند.
- برای خارش های شدید از تابلیت های Chlorphenamine maleate استفاده نمائید. برای دوز های معیاری به جدول الف ۷ ضمیمه الف مراجعه نمائید. احتیاط: برای اطفال قبل از وقت و کمتر از یک ماه توصیه نگردد.
- از انتی بیوتیک ها فقط در صورت موجودیت انتان ثانوی استفاده کنید (التهاب انساج رخواه یا قیح)
- Cloxacillin برای ۷ روز (در کلینیک های جامع صحن و شفاخانه ولسوالی موجود است)
- اطفال: ۱۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۶ ساعت بعد
- کاهلان: ۵۰۰ میلی گرام هر ۶ ساعت بعد

یا

- O برای مریضان که در مقابل پنسلین الرئی دارند Erythromycin Ethylsuccinate برای ۷ روز توصیه گردد.
- برای دوز های معیار به جدول الف ۱۲ ضمیمه الف مراجعه نمائید.

رجعت دهی

- مریضانی که انحطاط سیستم معافیتی داشته و شدت مرض نزد شان زیاد باشد
- عدم بهبودی در مدت ۷ روز بعد از تداوی
- مریضان با وضعیت بسیار وخیم
- موجودیت اختلاطات سینه و بغل، التهاب سحایا یا التهاب نسج دماغ
- اطفال کمتر از ۶ ماه
- خانم های حامله
- عود آب چیچک

وقایه

تجرید نمودن مریض در مرحله ساری بودن مرض که ۶ روز بعد از تظاهر قرحات یا ستر شدن تمام قرحات با ارجق بوجود میاید.

هدایات به مریض

- تکرار هدایات دوا: از مریض یا مواظبت کننده مریض تکرار هدایات دوا پرسیده شود.
- به مریض یا مواظبت کننده موارد ذیل را توصیه نمائید:
 - جلد تان را پاک نگه دارید. اغلباً با صابون و آب استحمام نمائید.
 - ناخن ها را قطع کنید و از تخریش قرحات خودداری نمائید زیرا ممکن منتن گردند.
 - معیارات عمومی حفظ الصحه را مراعات نمائید.

شرح

رایبیز یک التهاب ویروسی (Rhabdo-virus) نسج دماغ بوده که ذریعه لعاب دهن حیوانات منتن انتقال میابد. انتان میتواند از طریق گزیدن حیوان یا لیسیدن ساحات تخریش شده جلد یا غشای مخاطی توسط حیوان، انتقال کند. سرایت مرض از حیوانات منتن ۱۴ روز قبل از تظاهر علائم آن نزد حیوان میتواند به انسانها صورت گیرد. به صورت عموم مرض سگ دیوانه کشنده میباشد مگر اینکه تدای آن به موقع صورت گیرد.

تشخیص

در افغانستان گزیدن هر حیوان (مانند سگ، پشک یا حیوانات وحشی) الی ثابت نشدن Rabies نزد حیوان باید Rabies تلقی شده و تدای گردد. اگر حیوان مشکوک (مانند سگ، پشک، گاو، گوسفند، بز) غشای مخاطی یا جلد ساحات تحت خطر را بلیسد، تماس متذکره باید Rabies تلقی گردیده و الی ثابت نشدن Rabies نزد حیوان باید تدای گردد. در صورت امکان حیوان را دستگیر نموده و برای ۱۵ روز تحت مراقبت نگهدارید.

- مرضی اکثرًا از یک تاریخچه گزیدن حیوان حکایت نموده، اما گزیدگی ممکن معلوم نبوده یا فراموش شده باشد زیرا دوره تفریح آن اکثرًا ۳ الی ۱۲ هفته میباشد.
- سندروم های مقدماتی آن عبارت از درد و کرختی در ساحه گزیده شده توام با تب، کسالت، سردردی، دلبدی، و استفراغ بوده که این مرحله در ظرف چند روز اختتام میابد.
- در مرحله حاد مرضی میتواند موارد ذیل را نشان دهد:

- تهیج (Agitation)
- تحریک پذیری بیش از حد (مثلاً جلد در مقابل جریان هوا حساس میباشد)
- سیازم دردناک حنجره در هنگام نوشیدن (مانند ترس از آب یا Hydrophobia)
- ازدیاد بیش از حد لعاب دهن (Hypersalivation)
- فلج صعودی و تشنجات

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- بعد از بوجود آمده تظاهرات کلینیکی Rabies تدای موجود نبوده و ممکن مرضی فوت نماید. تدای بعد از مواجه شدن میتواند از انکشاف مرض جلوگیری نموده و اهمیت حیاتی دارد.
- احتیاط: در واقعات پر خطر، زخم ناشی از Rabies با ایمونوگلوبولین Rabies ارتشاح گردد.
- حیوان را جهت بررسی علائم Rabies تحت مشاهده قرار دهید. در صورت امکان حیوان را برای ۱۴ روز نظارت نمائید.
- مراقبت زخم
 - ساحه گزیدگی را با آب پاک و صابون شستشو نمائید.
 - ساحه گزیدگی را با مواد ضد عفونی (محلول Chlorhexidine plus cetrimide) حد اقل برای ۱۵ دقیقه شستشو نمائید.
 - برای گزیده گی های خفیف، مرضی را برای گرفتن واکسین هر چه زودتر رجعت دهید.
 - در گزیده گی های شدید مرضی را برای گرفتن ایمونوگلوبولین های رایبیز هر چه زودتر رجعت دهید.
- واکسین ضد تیتانوس را برای مرضی زرق مجدد نمائید: ۰.۵ میلی لیتر از طریق زرق عضلی (بخش ۱۹ "معافیت" را مشاهده نمائید)
- استفاده از تدای و قایوی بعد از مواجه شدن به Rabies، که میتواند از نتایج کشنده انتان جلوگیری نماید. به تسهیلات مجموعه خدمات اساسی شفاخانه یی برای واکسین کردن یا بدون ایمونوگلوبولین های رایبیز مراجعه نمائید.

رجعت دهی

تمام مشکوکین گزیده گی را به مراکز دارای واکسین یا بدون ایمونوگلوبولین ها برای Rabies رجعت دهید.

وقايه

- از رجعت دهی مکمل برای تداوی بعد از مواجهه شدن مطمئن شوید.
- جامعه را برای کنترل حیوانات مشکوک تشویق نمائید.

هدایات به مریض

- اطمینان حاصل نمائید که مریض از نتایج کشنده Rabies در صورت عدم تداوی تفهیم گردیده و به تداوی بعد از مواجهه شدن که یگانه راه وقایه است پابند میباشد.
- جامعه را برای کنترل حیوانات مشکوک تشویق نمائید.

۱۵.۱۳ لشمانيازس يا سالدانه (Leishmaniasis)**شرح**

لشمانيازيس عبارت از يك گروپي از امراض اند که عامل سببي آن پرازيت های Leishmania میباشد. انتان ذریعه گزیدن یک نوع پشه کوچک (Sand flies) انتقال مینماید. به صورت عموم لیشمانیازیس سه نوع تظاهرات کلینیکی عمده را دارا است:

- لشمانيای جلدی یا سالدانه (در افغانستان معمول است) که شامل زخم انفرادی یا متعدد در بالای ساحات غیر پوشیده بدن بوده اغلباً شروع آن به شکل پیول بوده که بعداً زخم های ارجق دار را میسازد.
- لشمانيای حشوی یا Kala-azar (در افغانستان به ندرت دیده میشود) ممکن دارای علایم سیستمیک چون تب، ضخمه طحال، ضیاع وزن، یا ضخمه عقدات لمفاوی باشد.
- لشمانيای مخاطی جلدی (مشخصاً در افغانستان دیده نمیشود) زمانی رخ میدهد که زخم ها به غشای مخاطی منتشر شده و سبب تخریبات و سوء اشکال گردد.

تشخيص

- لشمانيای جلدی (سالدانه)

○ نزد مریض که یک یا چند علامه ذیل در ظرف بیشتر از ۱۴ روز بوجود بیاید باید به لشمانيای جلدی مشکوک گردید:

- یک پیول سرخ رنگ (مثلاً یک برجسته گی کوچک و دایروی بالای جلد) بیشتر در بالای ساحات برهنه بدن. این پیول بدون درد بوده اما بعضاً خارش دارد. پیول متذکره وسیع تر و عمیق تر شده که حلقه سرخ رنگ به اطراف ساحه توسعه یافته و جلد ناحیه ضخیم میگردد.
- زخم خشک با ارجق سخت بالای سرخی متورم که اندازه آن ۲ تا ۳ سانتی متر بوده و اطراف آن غیر منظم میباشد، بوجود میاید.
- زخم مرطوب با اگزودات که اغلباً توسعه یافته و سکار های عمیق از خود به جا میگذارد.
- به صورت وصفی مریض درد ندارد بعضی اوقات خارش موجود میباشد. زخم به مرور زمان بعد از گذشت چندین ماه به صورت بنالنفسهی التیام میاید اما یک سکار سطحی با رنگ نارمل جلد از خود به جا میگذارد.
- لشمانيای حشوی
 - در صورت عدم تداوی میتواند کشنده باشد
 - در مریض که دارای تب، طحال ضخاموی، ضیاع وزن یا عقدات لمفاوی ضخاموی باشد به لشمانيای حشوی مشکوک شوید.
 - ممکن در مریض علایم دیگر موجود باشد: خونریزی، ضخمه کبد، کمخونی، و اسهالات

اهتمامات و تدابیر معالجوی**غیر دوايي**

قرحه را پاک نگهدارید.

اهتمامات دواایی

مریض را برای تداوی لشمانيه به یک مرکز اختصاصی رجعت دهید.

رجعت دهی

تمام مریضان مشکوک به لشمانيه جلدی را غرض ارزیابی و تداوی به مرکز لشمانيه رجعت دهید. به رفتن مریض به این مراکز پافشاری نموده و به مریض بفهمانید که تداوی وقت گیر خواهد بود.

وقایه

وقایه لشمانيه جلدی عموماً محدود نمودن مواجه شدن به پشه ها بوده که بیشترین اوقات گزیدن آنها، شروع آفتاب نشست تا اولین ساعات شب میباشد. به مریض توصیه نمائید که:

- در وقت آفتاب نشست از لباس های استفاده کنید که کمترین قسمت های بدن برهنه بماند.
- از جالی مگس گیر در کلکین ها استفاده شود.
- از پرده های الوده با مواد حشره کش، جالی های خواب و پرده ها استفاده کنند
- زیر جالی های مغطوس با مواد حشره کش با دوام بیشتر که زمینه مواجه شدن با گزیدن پشه ها را کم میسازد، بخوابید.
- اطمینان از کنترل ناقلین مرض و محو حیوانات میزبان
- تشخیص و تداوی به موقع مریضان منتن، انتقال مرض و منتن شدن را کاهش میدهد.

هدایات به مریض

- متقاعد نمودن تمام مریضان با زخم های جلدی بدون درد برای مدت بیشتر از ۱۴ روز جهت معاینه به مرکز تشخیص لشمانيه
- پافشاری براینکه تشخیص و تداوی به موقع میتواند از تشکل سکار و منتن ساختن سایر اعضای فامیل جلوگیری مینماید.

۱۵.۱۴ اسکار یازس (کرم های مدور) (Roundworm)

شرح

اسکار یازس یک مرض پرازیتی خیلی معمول بوده که اغلباً غیر عرضی بوده انتقال آن از طریق مدفوع و فمی میباشد. اسکار یازس ممکن سبب کاهش تغذی، توسع بطن یا انسداد امعا گردد.

تشخیص

- مرحله معدی معایی- ناشی از موجودیت کرم ها در امعا
 - درد، ناراحتی، تخرشیت
 - توسع بطن
 - اسهالات
 - رشد ناقص در اطفال، کاهش تغذی
 - قابل مشاهده بودن کرم ها به صورت قسمی یا مکمل در مواد غایطه
 - نادراً خارج شدن کرم از طریق دهن (با استفراغ) ، یا بینی
 - نادراً استفراغ، یا انسداد واضح طرق صراوی یا امعا (توسط کرم اسکاریس) از سبب کتله کرم ها
 - تشخیص به اساس مشاهده تخم های مشخص کرم ها که در معاینه میکروسکوپی مواد غایطه صورت میگیرد (جایکه چنین معاینات موجود است)
- متبازر بودن ایزونوفیل ها در مواد غایطه در مرحله مهاجرت مقدم کرم ها (مثلاً اسکار یازس ریوی)
- معاینات التراسوند ممکن موجودیت کرمهای بالغ را در امعا یا مجرای پانکراس و صفرا نشان دهد.

- مرحله مهاجرت- زمانیکه لاروا از ساحه مصاب به طرف ریه ها مهاجرت میکند.
- در مرحله ابتدایی بعد از مواجه شدن، نادراً اعراض قابل مشاهده است.
- علایم الرژی
 - در جلد: خارش، احمرار، و یورتیکاریا (پت)
 - در ریه
- سرفه خشک، ویزنگ، اعراض مشابه استما (سندروم لوفلر)
- ارتشاح ریوی

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

شواهد موجودیت کمخونی و سوء تغذی را جستجو نمائید.

دوايي

- Mebendazole فمی (تابلیت ۱۰۰ میلی گرام) برای سه روز توصیه گردد:
 - اطفال یک الی دو سال: ۵۰ میلی گرام فی دوز هر دوازده ساعت بعد
 - کاهلان و اطفال بلند تر از دو سال: ۱۰۰ میلی گرام فی دوز هر ۱۲ ساعت بعد
- تدای بدیل با Albendazole (در شفاخانه ولسوالی موجود است)
 - اطفال یک الی دو سال: ۲۰۰ میلی گرام به یک دوز واحد
 - کاهلان و اطفال بلند تر از دو سال: ۴۰۰ میلی گرام به یک دوز واحد
- احتیاط: Mebendazole و Albendazole در جریان ترایمستر اول حامله گی و شیردهی توصیه نمی گردد.
- احتیاط: در صورتیکه مریض شواهد انسداد امعا داشته باشد اسکاریازس را با دوا تدای نکنید، بلکه مریض را رجعت دهید.
- کمخونی را در صورت ضرورت با Ferrous sulfate فمی (تابلیت ۶ میلی گرام آهن) برای ۳۰ روز تدای نمائید:
 - اطفال کمتر از ۱۲ سال: ۱.۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۱۲ ساعت بعد (از ۶۰ میلی گرام روزانه تجاوز ننماید)
 - کاهلان: ۱ تابلیت (۶۰ میلی گرام) هر دوازده ساعت بعد

رجعت دهی

- در صورت عدم جواب در مقابل تدای برای معاینات تشخیصیه بیشتر
- شواهد بر موجودیت حساسیت شدید بطنی، انسداد امعا، یا انسداد طرق صفراوی

وقایه و هدایات به مریض

- برای مریض هدایت بدهید تا:
 - حفظ الصحه و شستن مناسب دستان را مراعات نماید (مثلاً قبل از خوردن غذا و بعد از رفع حاجت دستان را با آب و صابون بشوید)
 - برای اطفال حفظ الصحه و شستن مناسب دستان را بیاموزانید.
 - توجه به بهبودی در تسهیلات تشناب
 - حفظ الصحه خوب تهیه غذا را مراعات نمایند (مثلاً شستن و خوب پخته شدن غذا)
 - کوتاه نمودن ناخن ها

۱۵.۱۵ کرم کدودانه (Taenia Saginata) و کرم های یهن یا هیمنولپس نانا (Hymenolepis Nana)

شرح

انسانها با کرم کدودانه از طریق خوردن گوشت گاو خام یا نیم پخته منتن میگردند. انتقال هیمنولپس نانا از طریق مدفوع و فمی صورت میگیرد.

تشخیص

اکثریت اشخاص منتن، بدون عرض میباشند، اما درد مبهم بطنی، اسهالات، و ضیاع وزن ممکن موجود باشد. شکایت اطفال ممکن است به صورت غیر وصفی مانند دلبدی، درد بطنی، و اسهالات باشد. اکثراً تشخیص به اساس دریافت تخم های مشخص یا قطعات کرم ها (Proglottids) در مواد غایطه صورت گرفته که ضرورت به معاینات مستقیم مواد غایطه یا مشاهدات میکروسکوپی دارد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دواایی

در صورت موجودیت اسهال ابتدا آنرا تداوی نمائید (فصل ۲،۱ ضیاع مایعات و اسهالات مشاهده گردد). سوء تغذی را معالجه نموده و از ضیاع مایعات جلوگیری نمائید.

دواایی

بعد از تائید تشخیص کرم کدودانه، Niclosamide را تجویز نمائید. (در صورت موجودیت در مارکیت، زیرا در لست ادویه اساسی موجود نیست)

- برای کرم کدودانه

- اطفال دارای وزن ۱۱ الی ۳۴ کیلوگرام: ۱ گرم در یک دوز واحد جویده شود (در صورت ضرورت میتوان تداوی را بعد از ۷ روز تکرار نمود)
- اطفال دارای وزن بیشتر از ۳۴ کیلوگرام: ۱،۵ گرم در یک دوز واحد جویده شود (در صورت ضرورت میتوان تداوی را بعد از ۷ روز تکرار نمود)
- کاهلان: ۲ گرم در یک دوز واحد (در صورت ضرورت میتوان تداوی را بعد از ۷ روز تکرار نمود)
- برای کرم های هیمنولپس نانا (H. nana)
 - اطفال دارای وزن ۱۱ الی ۳۴ کیلوگرام: ۱ گرم در روز اول جویده شود. بعداً ۵۰۰ میلی گرم یک بار در روز برای ۶ روز بعدی. در صورت ضرورت میتوان تداوی را بعد از ۷ تا ۱۴ روز تکرار نمود.
 - اطفال دارای وزن بیشتر از ۳۴ کیلوگرام: ۱،۵ گرم در روز اول جویده شود. بعداً ۱ گرم یک بار در روز برای ۶ روز بعدی. در صورت ضرورت میتوان تداوی را بعد از ۷ تا ۱۴ روز تکرار نمود
 - کاهلان: تابلیت های ۱ گرامه روز دو مرتبه برای ۷ روز. در صورت ضرورت میتوان تداوی را بعد از ۷ تا ۱۴ روز تکرار نمود.

وقایه

- از پخته شدن گوشت گاو مطمئن شوید.
- اقدامات عمومی وقایوی را مراعات نمائید.
 - معاینه گوشت گاو
 - جابجا و دفع نمودن مواد فضلہ انسانها به صورت درست
 - از مواد فضلہ انسانها من حیث کود استفاده نگردد

۱۵.۱۶ سیاه زخم (Anthrax)**شرح**

آنتراکس یک انتان توکسیک بوده که توسط *Bacillus anthracis* حیوانات گیاه خوار یا Herbivores (مثلاً در گوسفندها، گاو ها، بزها، خوک) بوجود میاید. انتقال مرض ذریعه تماس جلدی (آنتراکس جلدی)، استنشاق (آنتراکس ریوی) یا بلع (آنتراکس معایی) صورت میگیرد. آنتراکس جلدی در افغانستان معمول بوده که انتقال آن از طریق سپور میکروب صورت گرفته که حتی حیوانات مرده و پوست آنها مرض را انتقال نموده میتوانند.

تشخیص

- افت ابتدایی یک پپول احمراری بوده که یک ویزیکول خارش دار را میسازد که بعداً قرحوی شده و منظره یک سکار سیاه را میدهد.
- سکار متذکره بدون درد بوده اما اطراف آن اذیمایی، توام با التهاب اوعیه لمفاوی و تورم عقدات لمفاوی میباشد.
- افات اکثراً در نواحی معروض بدن مانند دستان، بازو ها، عنق، راس، پاها و رانها موجود میباشند.
- علائم عمومی (به شکل تب، کسالت، التهاب اوعیه لمفاوی، و تورم عقدات لمفاوی) تظاهر میکند.
- در صورت عدم تداوی درست اذیما توسعه یافته و ممکن سپتیمی انکشاف کند.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

برای تداوی ساده آنتراکس جلدی

- اسکار موجوده را پوست نکرده و باز نکنید. همه روزه پانسمان پاک و خشک بالای آن بگذارید.
- از Doxycycline فمی برای ۱۰ روز استفاده کنید. برای دوز های معیاری آن به جدول الف ۱۰ در ضمیمه الف مراجعه نمائید.

احتیاط: Doxycycline را برای اطفال کمتر از ۸ سال و خانمهای حامله و شیرده توصیه نکنید.

یا

- Amoxicillin فمی توصیه نمائید برای دوز های معیاری آن به جدول الف ۳ در ضمیمه الف مراجعه نمائید.

یا

- برای اطفال کمتر از ۸ سال، خانم های حامله و شیرده و مریضان که در مقابل پنسلین حساس بوده و الرژی دارند از Erythromycin فمی استفاده کنید. برای دوز های معیاری آن به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه نمائید.

رجعت دهی

- تمام مریضان که آفات در راس و عنق دارند
- تمام مریضان با علائم عمومی
- مریضان مشکوک به آنتراکس ریوی و معایی

وقایه

دفن نمودن یا سوختاندن اجساد تمام حیوانات که از سبب آنتراکس میمیرند.

هدایات به مریض

- اطمینان از تفهیم درست مریض در مورد کشنده بودن آنتراکس و مکمل ساختن دوره تداوی با انتی بیوتیک ها
- ارزیابی طویله ها، شناسایی مرض و کنترل انتشار آن

شرح

بروسیلوز یک انتان گرام منفی سیستمیک بوده که ممکن مزمین گردد. انتقال مرض به انسان از طریق تماس با گوشت منتن (مثلاً در بین کسانی که در مسلخ کار میکنند) خوردن گوشت خام، شیر، یا پنیر منتن یا تماس جلد تخریش شده با مواد منتن و حیوانات صورت میگیرد.

تشخیص

- تشخیص مرض به علت غیر وصفی بودن و نوسانات علایم آن مشکل است.
- بروسیلوز را در شرایط ذیل باید مد نظر داشت:
 - تموج تب نزد مریض (مثلاً گاهی بالا گاهی پائین) که بیشتر از ۱۰ روز دوام نموده و توام با عرق شبانه، لرزه، یا بیحالی عمومی با یا بدون درد مفاصل و عضلات باشد. در صورت موجودیت سندروم مشابه به زکام که بیشتر از یک هفته دوام کند باید به بروسیلوز مشکوک شد.
 - در ساحات مستعد به ملاریا، موجودیت بروسیلوز را در مریضیکه با وصف گرفتن دوی ضد ملاریا هنوز هم تب مقاوم دارد مد نظر بگیرید.
 - اختلالات بروسیلوز را جستجو نمائید:
 - در صورتیکه تداوی نگردد، درد عظام و مفاصل برجسته تر شده و التهاب سحایا و نسج دماغ ممکن رخ دهد باید این نوع مریضان رجعت داده شوند.
 - بروسیلوز ممکن با درد خفیف عظام و مفاصل همراه با علایم عصبی سحایایی به طرف مزمین شدن پیشرفت نماید.
 - در صورت موجودیت لابراتوار معاینات لابراتواری را انجام دهید. تشخیص اغلباً با تست های سیرولوژیک صورت میگیرد. بلند رفتن سویه معاینات سیرولوژیک یا بلند رفتن مطلق سویه اگلوتنیشن بیشتر از ۱ به نسبت ۱۶۰ برای تشخیص کمک میکند.
 - موارد ذیل در تشخیص تفریقی در نظر گرفته شود، گرچه ممکن تشخیص بدون معاینات لابراتواری سیرولوژیک مشکل باشد.
 - تب محرجه
 - توبرکلوز
 - انتان کاهش سیستم معافیت انسان (HIV)
 - ملاریا

اهتمامات و تدابیر معالجوی

دوایی

- برای مریضان بیشتر از ۸ سال ادویه ذیل تجویز گردد:
 - Doxycycline فمی (۱۰۰ میلی گرام) هر ۱۲ ساعت بعد برای ۶ هفته
 - احتیاط: Doxycycline را برای اطفال کمتر از ۸ سال و خانمهای حامله و شیرده توصیه نکنید.
 - همراه با
 - Rifampicin فمی (۱۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن) دوز اعظمی ۶۰۰ میلی گرام یک بار در روز برای ۶ هفته
 - برای اطفال کمتر از ۸ سال:
 - Co-trimoxazole برای ۶ هفته. برای دوز های معیاری به جدول الف ۸ ضمیمه الف مراجعه نمایند.
 - همراه با
 - Gentamicin زرقی یک بار در روز (۷.۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن) برای ۲ هفته
 - یادداشت: رژیم ترکیبی با دو یا سه دوا بسیار موثر است.

رجعت دهی

- چون تشخیص بروسیلوز بسیار مشکل بوده و ضرورت به تداوی طولیل المدت دارد تمام مریضان را برای معاینات سیرولوژیک و تأییدی در صورت امکان رجعت دهید.
- همچنان واقعات ذیل را رجعت دهید:
- تمام واقعات اختلاطی مانند میوکاردیت، التهابات مفاصل، اوستومیالیت، و التهاب سحایا
- تمام خانم های حامله

وقایه

- خودداری از خوردن پنیر غیر پاستوریزه، شیر ناجوش، یا گوشت نیم پخته (گوشت سرخ)
- شستن دستان با آب و صابون بعد از تماس با حیوانات یا محصولات حیوانی

۱۵.۱۸ کله چرک (Mumps)**شرح**

کله چرک یک مرض حاد، ساری ویروسی بوده که با ضخامه دردناک غدوات لعابیه خصوصاً غده بزاقی (Parotid) که در عقب گوش و زاویه فک موقعیت دارد، میباشد. نادراً سبب مصابیت خصیه ها (Orchitis) که سبب عقامت میگردد، میشود.

تشخیص

- دوره تفریخ مرض ۱۴ تا ۲۴ روز است.
- بیشتر مریضان اعراض کمتر به استثنای تورم یکی از غدوات لعابیه را نشان میدهند.
- تورم اغلباً با درد همراه است.
- ادیمای کام نرم (Softpalate) و بلعوم ممکن دیده شود.
- مریض ممکن که تب نداشته یا تب پائین داشته باشد.
- در مدت ۳ تا ۷ روز تورم تدریجاً کاهش میابد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- عموماً تداوی حمایتی صورت میگیرد.
- دواي مشخص ضد ویروسی برای آن موجود نیست.
- گرفتن مایعات را تشویق نموده و از ضیاع مایعات خودداری صورت گیرد.
- گرفتن رژیم غذایی نیمه جامد یا مایع ممکن در هنگام جوییدن درد را کاهش دهد.
- ممکن ضرورت به استراحت بستر باشد.
- حمایه موضعی (بلند نگهداشتن) میتواند که در صورت التهاب خصیه ها توصیه گردد.
- توصیه Paracetamol تب و درد را کاهش می بخشد. برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۵ ضمیمه الف مراجعه نمایند.

رجعت دهی

- تب بلند
- سردردی شدید
- درد بطنی
- خصیه های دردناک یا Orchitis
- مشکوکین التهاب پانکراس و التهاب نسج دماغ
- عدم بهبودی در ظرف ۱۰ روز

وقایه و هدایات به مریض

- تجرید مریضان از سایرین در مرحله ساری (مثلاً ۳ روز بعد از تورم غده پاروتید و ۷ روز بعد از شروع شدن مرض)
- توصیه استراحت بستر در مرحله تب
- اطفال میتوانند که بعد از یک هفته از تورم ابتدایی به مکتب باز گردند

۱۵.۱۹. انتانات انتقال کننده از طریق مقاربت جنسی (Sexually Transmitted Infections)

شرح

انتانات انتقالی از طریق مقاربت جنسی (STI) توسط طیف وسیع پتوجن ها بوجود آمده و دارای میزان بلند مصابیت فیزیکی و روحی-اجتماعی میباشد. انتانات بیشتر معمول آن باکتری ها و ویروس ها بوده که شامل Gonorrhea, Syphilis, و ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)، ویروس عدم کفایه معافیتی انسانی (HIV) و نوع دوم ویروس تب خال (Herpes simplex virus-2) میباشد.

تشخیص

- ویروس پاپیلومای انسان و زخ های نواحی تناسلی خارجی
 - اکثر این زخ ها بدون عرض بوده ولی تظاهرات از نظر زیبایی دارند.
 - خارش، سوزش، نزف، افرازات مهیلی یا احلیلی، مجامعت دردناک
 - رنگ گرفتن جلد به رنگ های گلایی، سرخ و نصولی
 - نواحی مستعد:
 - در مردها: Frenulum, Corona, حشفه قضیب، غلاف قدامی قضیب، Shaft، سفن
 - در زنها: شفتان، کلیتورس، اطراف احلیل، کانال مقعدی، نواحی مقعدی، فوچه احلیل، احلیل، مثانه، نواحی فمی بلعوی
- ویروس تب خال و تب خال ناحیه تناسلی
 - تب خال ابتدایی ناحیه تناسلی
 - بیشتر اشخاص با انتان ابتدایی بدون عرض اند.
 - کسانی که اعراض را نشان میدهند گزارشات از تب، سردردی، کسالت، درد عضلات که در جریان ۳ تا ۴ روز پس از بوجود آمدن قرحات به حد اعظمی آن رسیده و در جریان ۳ الی ۴ روز بعدی تسکین میابد، را ارائه مینمایند.
 - سایر اعراض معمول که بیشتر ارتباط به ناحیه مافوقه دارد شامل درد، خارش، عسرت تبول، رادیکولیت ناحیه قطنی، افرازات مهیلی یا احلیلی میباشد.
 - در جریان هفته های دوم و سوم ضخامه عقدات لمفاوی ناحیه مغبنی و حساسیت آن بوجود میاید.
 - تظاهر قرحات جلدی غشای مخاطی: پلاک های احمراری که بزودی گروپ های ویزیکول ها را ساخته و بعد از شاریده شدن قرحات را میسازند.
 - نواحی مستعد:
 - در مردها: حشفه قضیب، سفن، بین ران ها و نواحی سرین
 - در زنها: شفتان، ناحیه عانه و بین ران ها
- سفلیس
 - سفلیس ابتدایی
 - نودول های سرخ رنگ تاریک که به طرف تشکل قرحات انکشاف میابد (شانکرها).
 - قاعده آنها دارای رنگ گلایی کم رنگ که نواحی اطراف آن بیشتر سرخ رنگ میباشد.
 - نواحی مستعد:
 - در مردها: غلاف قدامی قضیب، حشفه قضیب، در نزد همجنس گرایان، نواحی اطراف مقعد و مقعد
 - در زنها: مهبل یا عنق رحم، Labia, Clitoris, نواحی اطراف مقعد و مقعد

- در هردو جنس: محراقات در نواحی تناسلی خارجی: لب‌ها، زبان، کام، انگشتان
- سفلیس ثانوی
 - یک تعداد رش‌های جلدی و غشای مخاطی توام با سفلیس ثانوی غیر قابل تصور موجود میباشند. رش‌های سفلیس ثانوی اکثراً بدون خارش اند.
 - تغییرات سیستمیک شامل ضخامه عقدات لمفاوی، التهاب گلو میرو ل های کلیوی، التهاب سحای میباشند.
- سفلیس ثالثی
 - سفلیس با پیپول های برجسته: گروپ پیپول ها به رنگ های سرخ نصواری و نودول ها که در اغلب واقعات در نواحی بالای بازوها، عقب و وجه تظاهر میکنند.
 - اختلاطات آن شامل:
 - امراض عضلی اسکلتی
 - امراض قلبی وعایی
 - امراض سیستم عصب مرکزی
- سفلیس ولادی
 - سفلیس ولادی مقدم: محراقات آن در دو سال اول حیات بوجود میآیند.
 - موجودیت در وقت ولادت: کم وزن بودن طفل هنگام ولادت، بزرگ بودن غیرنارمل پلاستنا، ضخامه طحال و کبد، قرحات اکثراً در کف دستان و پاها
 - در ماه های اول نزد نوزادان تداوی نشده انکشاف میابد: ریزش مزمن انف اکثراً خون آلود، امراض سیستم عصب مرکزی، التهاب گلو میرو ل کلیوی توام با سندروم نفروتیک.
 - سفلیس ولادی مؤخر: محراقات آن اکثراً بعد از سال دوم حیات ظاهر میشوند.
- التهاب بین الحجروی قرنیه
- کری طرق حسی
- سفلیس عصبی
- بینی زین اسپ مانند
- ساق پای شمشیر مانند (Saber shins)
- انصباب به داخل مفاصل بزرگ
- کام کمتر انکشاف یافته (Gothic palate)
- دندان های هوچنسن (Hutchinson)
- شانکروئید
- عامل انتان حاد انتقالی از طریق مقاربت جنسی با قرحات دردناک و ضخامه عقدات لمفاوی *Haemophilus ducreyi* میباشد.
- نواحی مستعد:
 - در مردها: حشفه قضیب، Frenulum، سطح داخلی غلاف قدامی قضیب
 - در خانم ها: نواحی اطراف مقعد، عنق رحم، و شفتان
- ضخامه عقدات لمفاوی: بشكل جاد و دردناک، اکثراً یک طرفه بوده که در ۵۰ فیصد واقعات بعد از هفته های اول و دوم انکشاف میابد، مشخصاً این حالت سبب تشکل اَبسه ها شده که بعد از تمزق قستول ها را تشکل میدهند.
- قرحات نرم دردناک
- گونوریا (سوزاک)
- در مردها
 - افزادات احلیلی که از قطرات شفاف کوچک شروع تا به شکل قیچی و کتلوی ادامه میابد.
 - اذیمما: در نواحی فوحه خارجی، غلاف قدامی قضیب، یا قضیب
 - ساختمان های عمیق: التهاب پروستات (Prostatitis)، التهاب اپی-دیدیم (Epididymitis)، التهاب مثانه (Cystitis)
- در خانم ها
 - اذیمای اطراف احلیل، التهاب احلیل

- افرازات قیچی عنق رحم در عدم موجودیت التهاب مهبل.
- در خانم های قبل از سن بلوغ، التهاب فرجی مهبل، آبنه های غدوات بارتولین
- ساختمان های عمیق: امراض التهابی حوصله و التهاب طبقه اندومتر
- نواحی مقعدی: التهاب دردناک و مملو از افرازات مقعد
- بلعوم: التهاب بلعوم واحمرار آن
- گرانولومای مغبنی (گرانولوم زهروی)
- بدون درد، پیشرفت کننده با آفات قرحوی نواحی تناسلی و اطراف مقعد بوده که این آفات با کوچکترین تماس خونده می باشد.
- نواحی مستعد:
- در مردان: غلغه (غلاف قدامی قضیب) یا راس قضیب، Peniles haft، سفن
- در خانم ها: شفتان صغیره، Mons veneris، التوای شفتان یا Fourchette
- در هر دو جنس: آفات نواحی خارجی تناسلی: دهن، لب ها، گلو، وجه، طرق معدی معایی، و عظام
- لیمفو گرانولومای زهروی
- در آفات ابتدایی ساحات شاریده ۵ تا ۸ میلی متر وسعت داشته و بدون درد میباشند، که در مدت چند روز التیام میابند.
- در این حالت ضخامه عقدات لمفاوی متبازز بوده به شکل دو طرفه هردو نواحی علوی و سفلی ناحیه مغبنی را فرا میگیرد. اغلباً ریچریا تمزق نموده که سبب تشکل فستول میگردد. بدون تداوی در ظرف ۲ تا ۳ ماه التیام میابد.
- انتان مقعد در نزد مردان همجنس گرا و خانم ها بیشتر معمول بوده که با افرازات نرزی و درد همراه است.
- انتان فمی شامل ضخامه عقدات عنق بوده که بعداً به عقدات نواحی ابطی و صدی نیز سرایت میکند. باید با لمفوما تشخیص تفریقی گردد.
- اعراض سیستمیک در مرحله حاد مرض شامل تب، سردردی، درد عضلات بوده و یافته های جلدی آن شامل سرخی نودول مانند Enanthems, (Erthema-nodosum) و حساسیت در مقابل نور می باشد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- مصابین ویروس تب خال و ویروس پپیلومای انسانی را رجعت دهید.
- مصابین سفلیس-
 - برای سفلیس ابتدایی ادویه ذیل تجویز گردد:
 - Benzathine Penicillin زرقی (۲.۴ میلیون واحد) زرق عضلی بشکل دوز واحد یادر واقعات الرژی در مقابل پنسلین ها از Erythromycin برای دو هفته برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۲ ضمیمه الف مراجعه نمایند.
 - یا
 - Doxycycline ۱۰۰ میلی گرام هر دوازده ساعت بعد برای ۲ هفته
 - احتیاط: Doxycycline را برای اطفال کمتر از ۸ سال و خانمهای باردار و شیرده توصیه نکنید.
 - برای سفلیس مؤخر ادویه ذیل تجویز گردد:
 - Benzathine Penicillin زرقی (۲.۴ میلیون واحد) زرق عضلی در روز های اول، هشتم و پانزدهم
 - یا
 - Doxycycline ۱۰۰ میلی گرام هر دوازده ساعت بعد برای ۲۸ روز. در صورتیکه سفلیس عصبی
 - Doxycycline ۲۰۰ میلی گرام هر دوازده ساعت بعد برای ۲۸ روز
 - یا
 - Erythromycin ۵۰۰ میلی گرام هر ۶ ساعت بعد برای ۲ هفته تجویز گردد.
 - سفلیس ولادی را رجعت دهید.
 - برای شانکروئید ادویه ذیل تجویز گردد:
 - Ceftriaxone (۲۵۰ میلی گرام) زرق عضلی واحد

یا

- Erythromycin فمی برای یک هفته. برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۲ ضمیمه الف مراجعه نمایید.

• برای گونوریا ادویه ذیل تجویز گردد:

O Ceftriaxone (۲۵۰ میلی گرام) زرق عضلی دوز واحد

یا

O Ciprofloxacin ۵۰۰ میلی گرام به دوز واحد (فقط در مراکز صحتی جامع و شفاخانه ولسوالی موجود است ممکن ضرورت به رجعت دهی گردد)

• برای گرنولومای مغبنی و زهروی ادویه ذیل تجویز گردد:

O Tابلیت Co-trimoxazole کاهلان (۴۸۰ میلی گرام) دو تابلیت هر ۱۲ ساعت بعد برای سه هفته

یا

O Erythromycin فمی ۵۰۰ میلی گرام هر ۶ ساعت بعد برای سه هفته

رجعت دهی

- واقعات جدیداً تشخیص شده ویروس کاهش سیستم معافیت (HIV) (فصل ۲۰ "انتان HIV و ایدز" مشاهده گردد).
- مریضان دارای انتان معند، متکررو عود کننده انتان انتقالی از طریق مقاربت جنسی خصوصاً وقتی که به مقاومت دواپی مشکوک باشید.

وقایه و هدایات به مریض

- تمام واقعات را به مقامات صحتی محلی گزارش دهید.
- تجرید تمام نوزادان و اطفال قبل از بلوغ مصاب به انتان گونوکوک جهت تداوی زرقی مؤثر ضد میکروبی و تطبیق آن در ظرف ۲۴ ساعت
- واکسین نمودن و معافیت
- دریافت تماس ها و منابع انتان و تداوی تماس ها
- خودداری از تطبیق غیر ضروری خون
- بررسی دقیق تمام خون دهندگان که غرض هدیه خون حاضر شده اند.
- شستن دستان با آب و صابون خصوصاً بعد از تماس با مایعات عضویت و زخم ها
- استفاده از دستکش های محافظی و لباس ها زمانیکه خطر تماس با خون یا سایر مایعات منتن مطرح باشد.
- راه اندازی شیوه های مصنئون جهت دفع ضایعات یا Lesion ها و مواد مانند سوزن و سایر وسایل برنده و نوک تیز به صورت درست.
- اطمینان از دسترسی به مشوره دهی و معاینه برای تمام کارمندان صحتی
- استفاده از کاندوم توسط مردان تا از انتقال انتان انتقالی از طریق مقاربت جنسی به شمول HIV جلوگیری گردد.

فصل شانزدهم واقعات عاجل و ترضیفات Emergencies and Trauma

۱۶.۱ ادیمای حاد ریه (Acute Pulmonary Edema)

شرح

ادیمای حاد ریه یک واقعه عاجل و تهدید کننده حیات بوده که توام با نفس تنگی ناشی از تجمع غیر نارمل مایعات در ریه ها میباشد. سبب معمول آن احتشای حاد میوکارد است. (فصل ۶،۵ "احتشای حاد میوکارد")

تشخیص

مریض از موارد ذیل شاکی است:

- مشکلات تنفسی که اکثراً به صورت آنی بوجود آمده و ارتباط به فشار (Stress) ندارد
- سریع شدن تنفس
- سریع شدن نبضان
- علائم سیانوز
- اکثراً هیجان و تعرق
- توسع وریدهای عنق یا سایر علائم امراض قلبی یا عدم کفایه قلبی آن
- اغلباً فرط فشارخون

اصفا ریه ها نمایانگر ترق و تروق (Crackles) و ویزنگ در هر دو ریه میباشد.
یادداشت: اخذ تاریخچه مریض جهت رد نمودن حمله حاد استما (فصل ۳،۱ "استما" مشاهده گردد)

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- تدای عاجل غرض بهبود اعراض حاد مرض و بعد تدای سببی اجرا گردد. مریض در نهایت رجعت داده داده شود.
- سهولت بخشیدن تنفس مریض با وضعیت دادن مریض به حالت نیمه نشسته
- در صورت امکان تطبیق اکسیجن توسط ماسک غرض نگهداشت فشار اکسیجن به ۷۶۰ میلی متر ستون سیماب
- تطبیق Furosemide بصورت فوری از طریق وریدی:
 - اطفال: ۱ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز
 - یادداشت: در صورتیکه در ظرف ۳۰ دقیقه دیوریز صورت نگیرد و فشار خون ثابت باشد دوز Furosemide وریدی را به اندازه ۲ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن تکرار ننماید.
 - کاهلان: ۴۰ میلی گرام فی دوز، و نظارت بر دیوریز مریض که باید در جریان ۱۵ الی ۲۰ دقیقه تعقیب گردد.
 - یادداشت: در صورت که در جریان ۳۰ دقیقه دیوریز صورت نگیرد و فشار خون ثابت باشد Furosemide وریدی را به دوز ۸۰ میلی گرام تطبیق ننماید.
- در صورتیکه مریض کدام بهبودی را نشان ندهد ۲ Morphine میلی گرام با زرق آهسته وریدی (۱ میلی گرام در فی دقیقه) تطبیق ننماید. مورفین در شفاخانه ولسوالی موجود است.
- احتیاط: از تطبیق Morphine در مریضان مصاب به استما و تغریط فشار خون اجتناب گردد.
- در صورت مشکوک بودن به احتشای حاد میوکارد (فصل ۶،۵ "احتشای حاد میوکارد") یک تابلیت ۳۲۵ میلی گرام Aspirin را به مریض تجویز نموده و مریض را هر چه عاجل به شفاخانه (مجموعه خدمات اساسی شفاخانه یی) (EPHS) که در آنجا ادویه ذیل موجود اند راجع سازید.
 - برای کاهلان، تابلیت های ۰.۵ میلی گرام Nitroglycerine تحت لسانی ۲ تا ۳ تابلیت هر ۴ دقیقه بعد تجویز ننماید (در شفاخانه حوزه وی موجود است)
 - اگر مریض فرط فشار خون شدید دارد از تابلیت ۲۵ میلی گرام استفاده نماید (در شفاخانه حوزوی

موجود است)

رجعت دهی

تمام مریضان را به شفاخانه جهت دریافت و تداوی سببی رجعت دهید. در صورت امکان در حین انتقال تطبیق اکسیجن را ادامه دهید.

۱۶.۲ درد حاد بطن (Acute Abdominal Pain)

شرح

درد بطن یک مشکل معمول، اکثراً بشکل خود به خود بهبود یافته و غیر جدی است. درد حاد بطن یا بطن حاد عبارت از درد شدید و آنی (کمتر از ۲۴ ساعت) بطن بوده که اکثر این واقعات ضرورت به مداخله عاجل جراحی را مینمایند. درد حاد بطن در نزد طفل یا مریضان مسن همیشه یک عرض پر خطر میباشد. بسیاری امراض توأم با درد بطن اند فلهاذا ضرور است تا در ارزیابی دقیق بود تا تصمیم گرفت که کدام واقعات باید به صورت عاجل رجعت داده شوند. در حالات مشکوک مریض را به شفاخانه برای ارزیابی جراحی رجعت دهید. امراض جراحی که معمولاً سبب درد حاد بطن میگرددند در بخش های ۱۶،۲،۱ تا ۱۶،۲،۷ بیان گردیده اند.

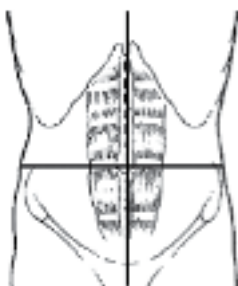
تشخیص

- علایم واقعات عاجل را مشاهده نمائید.
 - ابتدا بالای علایم عاجل تهدید کننده حیات تمرکز نمائید
 - حامله گی را نزد خانم های سن باروری رد نمائید
 - در جستجوی درد شدید باشید
 - علایم شاک را مشاهده نمائید (مثلاً تکی کاردی، تفریط فشار خون، تعرق بیش از حد، گیجی). (فصل ۱۶،۹ "شاک" را مشاهده نمائید)
 - علایم التهاب پریتون را مشاهده نمائید (مثلاً درد زنده، درد ثابت، بدتر شدن با تحرکیت).
 - با معاینه انتفاخ بطنی را متوجه شوید. یک تاریخچه دقیق اخذ نموده سوالات ذیل را مطرح نمائید.
 - درد در کجا موقعیت دارد (شکل ۱۶،۲ را مشاهده نمائید).
- احتیاط: اطفال به صورت دقیق محل درد را نشان داده نمیتوانند

Right or Left Upper Quadrant
Acute pancreatitis
Myocardial ischemia
Pneumonia of lower lobe

Right Upper Quadrant
Liver: Hepatitis, liver abscess,
congestive hepatomegaly
Gallbladder: cholecystitis,
biliary colic
Perforation of duodenal ulcer

Left Upper
Quadrant
Abscess of spleen
Rupture of spleen
Gastritis



Right Lower
Quadrant
Appendicitis
Constipation

Left Lower
Quadrant
Sigmoid
diverticulitis

Right or Left Lower Quadrant
Gynecological pelvic pain: PID, ectopic
pregnancy, endometriosis, dysmenorrhea
Kidney stones, ureter colic, urinary tract
infections
Inguinal hernia
Inflammatory bowel disease

Diffuse Abdominal Pain

Gastronenteritis	Acute pancreatitis
Peritonitis	Intestinal obstruction
Typhoid fever	Beginning appendicitis

شکل ۲.۱۶ موقعیت درد بطن و اسباب ممکنه آن

- درد به چی میماند؟ (اسباب ممکنه آن در داخل قوس ذکر شده است)
 - موجه های درد زنده تقبزی " تنفس رامشکل می سازد " (کولیک های کلیوی و صفراوی)
 - موجه های درد مبهم توأم با استفراغ (انسداد امعاء)
 - درد کولیکی یکنواخت (التهاب اپندکس، انسداد اختناقی امعاء، اسکیمی مساریقه)
 - درد ثابت و زنده که با حرکت دادن شدیدتر میگردد (التهاب پريتوان)
 - درد پاره کننده (انوریزم انشقاقی)
 - درد مبهم (التهاب اپندکس، التهاب رتج "Eiverticulitis"، پیالونفریت)
- آیا درد مشابه را قبلاً داشتید؟
 - در صورت بلی، عود مشکلات قبلی مانند مرض قرحه پپتیک، کولیک سنگ های صفراوی، التهاب رتج (Eiverticulitis، یا Mittelschmerz (درد تخمه گذاری یا درد میانه دوره تحيض) را در نظر بگیرید
- آیا شروع درد آنی بود؟
 - در صورت بلی، " مانند سوچ کردن چراغ" که تثقب قرحه پپتیک، سنگ های کلیوی، تمزق حمل خارج رحم، تاب خورده گی تخمدان یا بیضه ها یا بعضی اوقات تمزق انوریزم ها مد نظر باشد
 - در صورت نخیر، سایر اسباب را مد نظر بگیرید
- شدت درد به چی اندازه بود؟
 - درد شدید (تثقب احشای داخلی، سنگ های کلیوی، التهاب پريتوان، التهاب پانکراس)
 - درد خارج از ساحه معاینه فزیکي (اسکیمی مساریقه)
- چی نوع ادویه مسکن را اخذ نموده اید؟
 - مسکنات قوی میتواند که در ارزیابی شدت درد مداخله نماید اما برعلايم التهاب شديد پريتوان تغيير وارد نمیکند.
- آیا درد به سایر اعضای بدن انتقال میکند؟
 - عظم کتف طرف راست (درد سنگ کیسه صفرا)
 - ساحه شانه چپ (پاره گی طحال، التهاب پانکراس)
 - ساحه عانه یا مهبل (درد کلیوی)
 - عقب شانه (پاره شدن انوریزم ابهر)
- چی سبب بهبودی درد میگردد؟
 - انتاسید ها (امراض قرحه پپتیک)
 - وضعیت گرفتن به شکل خمیده بالای زانو ها (التهاب پريتوان)
- کدام اعراض دیگر با درد توأم است؟
 - استفراغ که باعث درد شده و با اسهالات تعقیب میگردد (Gastro-enteritis)
 - استفراغ مؤخر، عدم موجودیت حرکات امعاء، و عدم موجودیت نفخ و باد شکم (انسداد حاد امعاء، یا دور بودن ساحه انسداد، مدت زمان تاخیر بیشتر میگردد)
 - استفراغ شديد قبل از درد شديد در ناحیه شروفيه، طرف چپ صدر یا درد شانه، وجود دارد (پاره شدن مری داخل بطني در اثر استفراغ)
- معاینه فزیکي دقيق را انجام داده و موارد ذیل را جستجو نمائید
 - تعین علايم حیاتی.
 - سرعت تنفس ممکن نشان دهنده سینه و بغل باشد
 - تکی کاردی و تفریط فشار خون نشان دهنده شاک اند
 - درجه حرارت بدن در تثقیات معدی معایی بلند رفته و اکثراً در انسداد امعاء نورمال میباشد
 - در خانم ها، حامله گی را تا وقت تائید شدن آن در نظر داشته باشید. در صورت امکانات، تست حامله گی را انجام دهید.
 - آواز های امعاء را گوش کنید.
 - عدم موجودیت آواز ها علامه التهاب پريتوان یا انسداد اليوم است.
 - طنین بلند آواز ها نشان دهنده انسداد است.

- بطن را جس نمائید
 - شروع از فاصله دورتر از ساحه درد
 - تومور ها و كتلات را معاینه نمائید
 - ساحه دارای شدیدترین حساسیت را شناسایی نمائید
 - سختی بطن را معاینه کنید
- موارد ذیل را همیشه در معاینه مد نظر گیرید:
 - ناحیه مغبنی را برای فتق التصاقی
 - مقعد برای علایم ترضیض، آبسه، و در خانم ها حمل خارج رحم، توسع جوف دوگلاس
 - معاینه حوصله در خانم های که از درد سفلی بطن شاکی اند (درصورت موجودیت کارمند صحتی زنانه و یا موجودیت محرم وی)
 - هر عضو دیگر بدن که ارتباط به آن دارد (مثل سیستم های تنفسی و قلبی و عایی)
- توسع بطن را متوجه باشید: برای تفکیک نمودن گازات از مایعات قرع را اجرا نمائید
- اجرای سایر معاینات لابراتواری در صورت موجودیت
- تعداد کربوات سفید خون در التهابات احشای داخل بطنی بلند میروند
- معاینه ادرار- برای موجودیت کلوگوز، کیتون ها و حشرات سفید خون
- تست حامله گی برای تمام خانم های که در سن باروری قرار دارند.

اهتمامات و تداوی معالجوی

غیر دوايي

- از دادن غذا از طریق دهن به مریض خودداری کنید
- تیوپ انفی معدوی را به مریض که استفراغ شدید دارد یا علایم انسداد امعاء نژدش موجود است یا وضعیت عمومی مریض خوب نبوده خطر اسپایریشن نژدش زیاد است، تطبیق گردد.

دوايي

- تطبیق آکسیجن به صورت مناسب
- شروع نمودن مایعات داخل وریدی در واقعات شک (بخش ۱۶،۹ "شاک" را مشاهده نمائید) خون مریض را Cross-match نموده و سایر تست ها را انجام دهید.
- از انتی بیوتیک های سیستمیک در واقعات Sepsis، التهاب پریتون، انتانات شدید طرق بولی، یا پیالونفریت استفاده نمائید. تداوی خط اول را از Ampicillin همراه با Gentamicin شروع نمائید. مریض را بعد از تطبیق اولین دوز ادویه رجعت دهید.
- اطفال:

- Ampicillin برای مشاهده دوز های معیاری به جدول الف ۴ ضمیمه الف مراجعه نمائید
- یا در واقعات حساسیت در مقابل Penicillin از Erythromycin استفاده نمائید. به جدول ۱۲a در ضمیمه الف برای دوز های معیاری مراجعه نمائید

جمع

- Gentamicin ۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن به صورت زرقی در روز
- کاهلان
- Ampicillin یک گرام زرق وریدی هر شش ساعت بعد
- یا
- Gentamicin ۳۲۰ میلی گرام در یک زرق داخل وریدی روزانه
- از دادن ادویه ضد درد به علت تحت پوشش قرار دادن اعراض پیشرونده خود داری صورت گیرد.

رجعت دهی

- Stable یا ثابت نمودن وضعیت عمومی بیمار
- برای معاینات بیشتر و در صورت ضرورت به عمل جراحی رجعت دهید

وقایه

رجعت دهی بیمار که به بطن حاد مشکوک است جهت ارزیابی و مراقبت به مرکز صحت که سهولت عملیات جراحی در آن موجود باشد.

هدایات برای بیمار

- عدم تجویز ادویه ضد درد به بیمار با بطن حاد قبل از تشخیص یا بدون اجازه داکتر
- جلوگیری از تجویز ادویه سنتی در تمام واقعات درد بطنی

۱۶.۲.۱ التهاب حاد پریتون (Acute Pritonitis)

شرح

التهاب پریتون یا پریتونیت عبارت از یک مرض حاد تهدید کننده حیات بوده که از اثر ملوث شدن جوف پریتون توسط باکتری ها یا مواد کیمیایی بوجود میاید. تداوی التهاب پریتون بر مبنای تداوی مرض زمینه ساز میباشد. بیشترین واقعات التهاب پریتون از اثر التهاب اپندکس، ثقب قرحه پیتیک، اختناق امعاء، التهاب پانکراس (Pancreatitis)، التهاب کیسه صفرا، ابله های داخل بطن، ثقب امعاء ناشی از محرقه، التهاب نفیرها یا انتانات بعد از ولادت بوجود میاید.

تشخیص

- درد زننده بطن که با حرکت و سرفه شدیدتر میگردد
- انتفاخ بطنی
- حساسیت بطن و شخی عضلات آن (Guarding)
- محو یا کاهش آواز های امعاء
- حساسیت در وقت معاینه مقعد و مهبل (التهاب پریتون حوصلی)

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

- توقف تغذی و تداوی از طریق دهن
- تطبیق تیوب انفی معدوی

دوايي

- جهت ریهایدريشن مایعات Ringer's lactate یا Normal Saline ۰.۹ فیصد برای بیمار شروع گردد.
- شروع انتی بیوتیک های وریدی:
- Ampicillin (۲ گرم) همراه با
- Gentamicin (۵ میلی گرم فی کیلوگرام وزن بدن) همراه با
- Metronidazole (۵۰۰ میلی گرم) (در مراکز صحتی جامع و شفاخانه ولسوالی موجود است)

رجعت دهی

تمام مریضان را بعد از Stable یا باثبات نمودن وضعیت عمومی ایشان و تطبیق اولین دوز انتی بیوتیک رجعت دهید. رجعت دهی میتواند که در تشخیص عامل سببی مرض و تدای جراحی مفید باشد.

۱۶.۲.۲ التهاب حاد اپندکس (Acute Appendicitis)**شرح**

التهاب حاد اپندکس عاجل ترین واقعه جراحی بوده که بیشتر معمول میباشد. اقدام به موقع مداخله جراحی نتیجه خوب میدهد.

تشخیص

- شروع درد از ناحیه اطراف سره و تغییر موقعیت آن به ناحیه حفره حرقفی طرف راست در ظرف چند ساعت
- دلدی و بی اشتهاهی
- مریض از نظر ظاهری خوب معلوم نشده و بالای بستر آرام میباشد
- احساس بیشتر درد و حساسیت به صورت معمول در ناحیه مک برنی (Mc-Burney's) می باشد (با کشیدن خط مستقیم از قسمت قدامی علوی زروه حرقفه به سره، درد در ۱/۳ آن موجود است)
- هر حرکت به شمول سرفه یا دراز نمودن پای راست ممکن سبب ازدیاد درد گردد.
- در بسیاری مریضان معاینات لابراتواری نشان دهنده بلند بودن تعداد کربوات سفید خون و برازنده بودن تعداد نetrophil ها (بیشتر از ۷۵ فیصد) میباشد

اهتمامات و تدابیر معالجوی

تدای آن جراحی میباشد.

۱۶.۲.۳ التهاب حاد کیسه صفرا (Acute Cholecystitis)**شرح**

التهاب حاد کیسه صفرا معمولاً توام با سنگ های کیسه صفرا بوده که در اثر بندش مجرای قنات صفراوی توسط سنگ های صفراوی بوجود میآید.

تشخیص

- شروع حاد مرض اغلباً با گرفتن مقدار زیاد غذای چرب توام میباشد
- حمله مرض با درد شدید و ثابت در ناحیه شرسوفیه (Epigastrium) یا هایپوکندر (Hypochondrium) طرف راست شروع شده که به طرف ربع علوی راست RUQ انتشار دارد.
- تب، دلدی و استفراغ موجود میباشد.
- حساسیت ربع علوی طرف راست تقریباً همیشه موجود بوده که توام با تشنج عضلی و حساسیت برگشتی (Rebound tenderness) موجود است.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

تدای انتخابی آن برداشتن مقدم کیسه صفرا توسط عمل جراحی (در ظرف ۲۲ ساعت) یا تدای محافظه کارانه همراه با جراحی مؤخر برداشتن کیسه صفرا میباشد (بعد از ۶ تا ۱۰ هفته).

تدای محافظه کارانه

- توقف تغذی از طریق دهن

- شروع تغذی با مایعات وریدی
- تجویز انتی بیوتیک وریدی
- Ampicillin ۱ تا ۲ گرم هر شش ساعت بعد برای ۱۰ الی ۱۴ روز همراه با
- Metronidazole ۵۰۰ میلی گرم هر شش ساعت بعد برای ۱۰ الی ۱۴ روز
- برای از بین بردن درد (در صورت موجودیت) تجویز Morphine

۱۶.۲.۴ تشقب قرچه پپتیک (Perforated Peptic Ulcer)

شرح

تشقب قرچه یک حالت جدی بوده که در آن اسید معده و مواد غذایی به داخل جوف بطن سرازیر میگردد.

تشخیص

- شروع حملات ناگهانی و شدید درد بطنی
- سوزش شدید در قسمت فوقانی بطن بعد از حملات حاد درد
- شدید شدن درد با تغییر وضعیت
- حساسیت شدید و شخی بطن
- محو یا کاهش آواز امعا
- موجودیت هوای آزاد در جوف بطن با اکسری بطنی
- انکشاف شک انتانی در مراحل بعدی

اهتمامات و تدابیر معالجوی

تداوی آن جراحی عاجل میباشد.

۱۶.۲.۵ انسداد امعا (Bowel Obstruction)

شرح

- انسداد امعا میتواند که به طور میخانیکی یا غیر میخانیکی (Paralytic ileus) باشد.
- انسداد میخانیکی میتواند که از اثر باند های به هم چسپیده (Adhesion bands)، فتق مختنق، تاب خوردن امعای رقیقه یا Volvulus، سرطان ها، تغلف امعا (Intussusception) خصوصاً در اطفال، یا اسکیمی امعا بوجود بیاید.
 - انسداد غیر میخانیکی از اثر التهاب پریتون، جروحات نخاع، ادویه مخدر یا دواهای دیگر و یا کاهش سویه پتاشیم خون (Hypokalemia) بوجود بیاید.

تشخیص

- درد بطن به شکل کولیکی
- در انسداد امعای کوچک درد در قسمت وسطی بطن
- در انسداد امعای بزرگ درد در تحت سره
- استفراغ که با شدید بودن انسداد امعا، تکرار استفراغ بیشتر میشود
- قبضیت و Obstipation (عدم موجودیت حرکات معایی و نفخ و باد شکم)
- انتفاخ بطنی، هر قدر ناحیه انسداد دورتر قرار داشته باشد به همان اندازه توسع بطنی بیشتر میباشد.

انسداد امعا از نظر کلینیکی میتواند که تشخیص گردد اما معاینات ایکسری ساده به وضیعت ایستاده میتواند که این تشخیص را زیاد کمک کند. لوپ های متوسع شده امعای کوچک با سویه های هوا و مایع نشاندهنده انسداد امعای

رقیق‌ه است و توسع امعا با خطوط Haustral نشان‌دهنده انسداد امعای بزرگ است

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- توقف تداوی و تغذی از طریق دهن (هیچ چیز را از طریق دهن توصیه نکنید)
- شروع مایعات از طریق وریدی
- تطبیق تیوب انفی معدوی
- برای معاینات بیشتر و عمل جراحی، مریض را رجعت دهید.

۱۶.۲.۶ پاره شدن حمل خارج رحمی (Ruptured Ectopic Gestation)

شرح

برای تشریحات به بخش ۹.۶ " حمل خارج رحمی" مراجعه گردد
خطر عمده حمل خارج رحم پاره شدن آن میباشد که سبب خونریزی داخل جوف بطن، شک و مرگ میگردد. پاره شدن حمل خارج رحمی یک واقعه عاجل جراحی است.

تشخیص

- تاریخچه عدم موجودیت عادت ماهوار
- درد شدید و زننده ناحیه تحت سره
- ضعف، کولاپس همراه با استفراغ در خانم های سن باروری
- انتشار درد به شانه ها در حالت خوابیدن
- در صورت عدم توقف خونریزی فشار خون مریض بشکل تدریجی سقوط میکند
- مثبت بودن تست حاملگی
- معاینه التراسوند ممکن نشان دهنده مایع داخل جوف بطن باشد

اهتمامات و تدابیر معالجوی

تداوی آن عمل جراحی بصورت عاجل میباشد

۱۶.۲.۷ کولیک حالبی (Ureteric Colic)

شرح

کولیک حالبی عبارت از درد توام با خارج ساختن سنگ است. این یک واقعه شدید بوده و ضرورت به تداوی به موقع دارد.

تشخیص

- درد ناحیه کمر که از ناحیه مغبنی شروع شده و به خصیه ها یا میان رانها و Labium انتشار میکند
- درد به اندازه شدید است که مریض را به حرکت واداشته و جهت بهبودی آن تحرکیت را به آرام ننستن یا خوابیدن ترجیح میدهد.
- حساسیت در زاویه کلیوی موجود است
- سرفه سبب درد نميگردد
- تکرر ادرار ممکن موجود باشد
- مریض در تاریخچه خود از خارج ساختن سنگ در ادرار حکایه میکند
- معاینات میکروسکوپی ادرار نشان دهنده کریوات سرخ خون با حجرات چرکی یا قیچی میباشد
- اکسری کلیه، حالب و مثانه تغییرات هایدرونفرتیک (یا سنگ) را نشان میدهد
- معاینات التراسوند در تشخیص کمک کننده است

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- مشکوکین بطن حاد
- مریض از طریق دهن هیچ چیز نخورد
- شروع مایعات وریدی
- در صورت که مشکوک به انتان شدید طرق بولی یا Sepsis عمومی هستید انتی بیوتیک را تجویز نمائید انتی بیوتیک های وریدی معمولاً توصیه میگردد (شرایط را مشاهده نمائید) (بخش ۱۱،۱،۱ "پالونفریت حاد" را مشاهده کنید).
- توصیه یک ادویه ضد سپاسم

رجعت دهی

- واقعات اختلاطی (مانند Sepsis، آنهائیکه با توصیه ادویه بهبودی کسب نمیکند)
- واقعات که ضرورت به معاینات بیشتر دارد
- حالات که ضرورت به جراحی دارد

هدایات برای مریض

بدون توصیه داکتر و قبل از تشخیص بطن حاد هیچگاه از ادویه ضد درد استفاده نکنید.

۱۶.۲ گزیده گی انسان و یا حیوان (Animal and Human Bites)**شرح**

- گزیدگی حیوان ممکن با مواجه شدن با حیوانات اهلی چون سگ، پشک، یا اسب و یا با حیوانات وحشی بوجداید. بیشترین حیوان گزیدگی ها از سبب تحریک نمودن حیوانات بوجود میاید. حیوانات که بدون تحریک شدن قبلی انسان را میگزند خطر انتقال ویروس سگ دیوانه (Rabies) در ایشان بیشتر است.
- انسان گزیدگی بیشتر در جریان منازعات فیزیکی به شمول مشت زدن در دهن شخص که دهنش باز باشد بوجود آمده که در اینجا خطر جروحات انگشتان بیشتر موجود میباشد.
- انسان یا حیوان گزیدگی ممکن که منتج به حالات ذیل گردد:
- انتان، مخصوصاً گزیدن دست یا پا زیرا این نواحی با انتانات هوازی و غیر هوازی ملوث میگردند
 - جروحات در ساختار های حیاتی مانند اوتار، عصب، اوعیه، یا مفاصل و یا جمجمه
 - تیتانوس (بخش ۱۵،۳ تیتانوس مشاهده گردد)
 - مرض سگ دیوانه "Rabis" (بخش ۱۵،۱۲ مرض سگ دیوانه مشاهده گردد)

تشخیص

- زخم های نافذه، جروحات کوفته گی، پاره گی، جروحات ساختمان های حیاتی بدن و موجودیت اجسام اجنبی را در جرحه مشاهده کنید
- اندازه ملوث شدن جرحه یا انتان آنرا به اساس احمرار، حرارت و چرک موجود در آن ارزیابی نمایید.
- مریض را از نظر خطر تیتانوس با در نظر داشت وضعیت معافیت (بخش ۱۵،۳ تیتانوس و فصل ۱۹ معافیت را مشاهده کنید) وی ارزیابی نمائید.
- مریض را با در نظر داشت تاریخچه گزیدگی و نوعیت گزیدگی برای ویروس سگ دیوانه ارزیابی نمائید (بخش ۱۵،۱۲ مرض سگ دیوانه مشاهده گردد)

اهتمامات و تدابیر معالجوی**غیر دواپی**

- اولین قدم که اولویت را در اهتمامات دارد شستن و پاک نمودن زخم غرض جلوگیری از انتان میباشد. ساحه

- مجروح و جلد اطراف آنرا با آب پاک شسته و با سالیन و محلول ایودین خوب و با نرمی تمام بشوئید و پاک نمائید
- اجسام اجنبی را از ساحه مجروحه دور سازید
- به صورت عموم جرحه گزیدگی را نباید خیاطه گذاری نمود زیرا این خیاطه ها احتمال خطر انتان را بیشتر میسازد.
- جروحات بزرگ، عموماً پاره گی های پاک که از نظر وجاحت مهم باشند مانند وجه باید خیاطه گذاری را مد نظر گرفت.
- تداوی گزیدگی های با تأخیر بیش از ۸ ساعت را به صورت مؤخر بسته نمائید (بعد از سه روز باید خیاطه گذاری گردد)
- برای خیاطه گذاری بهتر است که با یک داکتر مجرب مشوره صورت گرفته یا مریض به مرکز صحت رجعت داده شود
- احتیاط: هیچگاهی پاره گی های که بالای مفاصل دست موقعیت داشته باشد خیاطه گذاری نگردد زیرا خطر انتقال انتان به فاصله بین المفصلی بیشتر است.
- تطبیق پانسمان پاک

دوایی

- توصیه Paracetamol برای تسکین درد. په جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف جهت دوز های معیاری مراجعه نمائید
- تطبیق واکسین تیتانوس برای مریضان که قبلاً نگرفته باشند (بخش ۱۵.۳ تیتانوس و بخش ۱۹ معافیت را مشاهده نمائید)
- یک دوز بلند واکسین تیتانوس را به صورت وقایوی (۵، ۰ میلی لیتر) از طریق زرق عضلی در صورت ضرورت
- برای مریضان که معافیت ندارند یا معافیت مکمل نگرفته اند از ایمونوگلوبولین های تیتانوس انسانی (یا انتی سیروم تیتانوس) ۵۰۰ واحد بین المللی از طریق زرق عضلی تجویز نموده یا در صورت ضرورت مریض را به شفاخانه ولسوالی رجعت دهید
- انتی بیوتیک وقایوی را برای ۵ روز برای مریضان ذیل توصیه نمائید (جدول ۱۶.۳ را مشاهده نمائید):
- گزیدگی پشک در هر ساحه که موجود است
- گزیدگی دست که توسط انسان یا سایر حیوانات صورت گرفته باشد
- یادداشت: مریض که قبل از ۲۴ ساعت مواجه به گزیدگی شده و کدام علامه انتانی را نشان نمیدهد ضرورت به تداوی وقایوی به انتی بیوتیک ندارد
- تداوی معالجوی برای مریضان که التهاب انساج رخوه و آبسه دارند توصیه گردد؛ برای زخم های که منتن شده اند انتی بیوتیک ها بهبودی خوبی را نشان داده باید ۲ الی ۳ هفته دوام نماید (جدول الف ۱۶.۳ و B ۱۶.۳ مشاهده گردد).

جدول الف ۱۶.۳ اہتمامات و تدابیر معالجوی انتانات جرحہ در کاهلان بہ تعقیب گزیدگی توسط انسان یا حیوان
یادداشت: ضرورت تداوی برای ۲ الی ۳ ہفتہ مییابد

نوع گزیدگی	انٹی بیوتیک ترجیح دادہ شدہ	انٹی بیوتیک بدیل در صورت حساسیت بہ pencilline
سگ	Amoxicillin/clavulanate: ۲۵۰ الی ۵۰۰ میلی گرام از طریق فمی ہر ۸ ساعت بعد	Clindamycin: ۱۵۰ تا ۳۰۰ میلی گرام ہر ۶ ساعت بعد -ہمراہ با- Co-trimoxazole: ۲ تابلیت (۴۸۰ میلی گرامہ) ہر ۱۲ ساعت بعد یا Ciprofloxacin: ۵۰۰ میلی گرام از طریق فمی ہر ۱۲ ساعت بعد*
پشک	Amoxicillin/clavulanate: ۲۵۰ الی ۵۰۰ میلی گرام از طریق فمی ہر ۸ ساعت بعد	Clindamycin: ۱۵۰ تا ۳۰۰ میلی گرام ہر ۶ ساعت بعد جمع Co-trimoxazole: ۲ تابلیت (۴۸۰ میلی گرامہ) ہر ۱۲ ساعت بعد یا Ciprofloxacin: ۵۰۰ میلی گرام از طریق فمی ہر ۱۲ ساعت بعد*
انسان، بعضاً	Amoxicillin/clavulanate: ۲۵۰ الی ۵۰۰ میلی گرام از طریق فمی ہر ۸ ساعت بعد	Erythromycin: ۵۰۰ میلی گرام ہر ۶ ساعت بعد یا Ciprofloxacin: ۵۰۰ میلی گرام از طریق فمی ہر ۱۲ ساعت بعد*
پرت (پرچ) کردن یا خراش نمودن توسط انسان	این واقعات باید رجعت دادہ شوند.	

* Ciprofloxacin برای خانمہای حاملہ مضاد استطباب بودہ و باید نزد اطفال اجتناب گردد.

جدول ب ۱۶.۳: اهماتامات و تدابیر معالجوی انتانات جرحه نزد اطفال به تعقیب گزیدگی توسط انسان یا حیوان
یاد داشت: ضرورت تداوی برای ۲ الی ۳ هفته میباشد

نوعیت گزیده گی	انتهی بیوتیک	دوز
سگ	Amoxicillin/Clavulanic acid • شربت: ۱۵۶ میلی گرام در ۵ میلی لیتر (۱۲۵ میلی گرام / ۳۱,۲۵ میلی گرام Clavulanic acid / Amoxicillin) -یا- • تابلیت: ۶۲۵ میلی گرام (۵۰۰ میلی گرام Amoxicillin / ۱۲۵ میلی گرام Clavulanic acid)	• اطفال کمتر یا مساوی به یک سال ۰.۸ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن هر ۸ ساعت بعد • اطفال ۱ الی ۶ سال: یک قاشق چایخوری* هر ۸ ساعت بعد • اطفال ۶ الی ۱۲ سال: ۲ قاشق چایخوری* هر ۸ ساعت بعد - یا - • نیم تابلیت ۶۲۵ میلی گرامه هر ۸ ساعت بعد
پشک	Erythromycin: ۱۰ الی ۱۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۶ ساعت بعد • شربت: ۲۰۰ میلی گرام در ۵ میلی لیتر	• اطفال کمتر یا مساوی به ۵ ماه: نیم قاشق چایخوری* هر ۱۲ ساعت بعد • اطفال ۶ ماه الی یک سال: ۱ قاشق چایخوری* هر ۱۲ ساعت بعد • اطفال ۱ الی ۶ سال: یک قاشق چایخوری* هر ۸ ساعت بعد • اطفال ۶ الی ۱۲ سال: ۲ قاشق چایخوری* هر ۸ ساعت بعد
انسان، بعضاً	(Co-trimoxazole + sulfamethoxazole + Trimeth prim) • شربت: ۲۴۰ میلی گرام در ۵ میلی لیتر • تابلیت: ۴۸۰ میلی گرامه	• اطفال ۲ تا ۶ ماه: نیم قاشق چایخوری* هر ۱۲ ساعت بعد • اطفال ۶ ماه الی ۵ سال: ۱ قاشق چایخوری* هر ۱۲ ساعت بعد • اطفال ۶ الی ۱۲ سال: ۲ قاشق چایخوری* هر ۱۲ ساعت بعد -یا- • یک تابلیت ۴۸۰ میلی گرامه هر ۱۲ ساعت بعد
پرت (پرچ) کردن یا خراش نمودن توسط انسان	این واقعات باید رجعت داده شوند.	

* یک قاشق چایخوری مساوی است به ۵ میلی لیتر

رجعت دهی

- در صورت احتمال گزیدگی توسط حیوان که مرض سگ دیوانه دارد (برای واکسین نمودن)
- مریضان توام یا تب بلند، Sepsis و Cellulitis منتشر
- مشکوک به نفوذ در مفاصل، در جرحه بسته (پرت یا پرچ کردن یا خراش نمودن) خطر بیشتر بوده، پاره گی اوتار، کسر عظم، موجودیت اجسام اجنبی، و جروحات شدید دست و پا

وقایه

- حیوانات اهلی یا حیوانات وحشی اسیر شده را برای ۱۴ روز غرض دیدن علایم ویروس سگ دیوانه تحت مشاهده قرار دهید
- جروحات گزیدگی را هر چه زودتر با آب شسته و پاک نگهدارید

هدایات به مریض

- مریض برای ارزیابی زخم و تبدیل پانسمان بعد از ۴۸ ساعت مراجعه نموده و در صورت ظاهر شدن علایم انتان (مانند سرخی، ازدیاد درد، حرارت، تب و قیح) هر چه زودتر باید حاضر گردد.
- گرفتن انٹی بیوتیک مطابق به هدایت داده شده و ادامه آن
- محدود ساختن خطر تحریک حملات و برخورد باحیوانات
- از گذاشتن هرنوع ادویه یونانی و سنتی بالای زخم جلوگیری گردد

۱۶.۴ گزیدن و نیش زدن حشرات (Insect Bites and Stings)**۱۶.۴.۱ نیش زدن زنبور و زنبور عسل (Wasp and Bee Stings)****شرح**

آفت و جرحه از سبب عکس العمل موضعی، زهر و anaphylaxis بوجود میآید. عکس العمل انافلکتیک (Anaphylactic) در مقابل نیش زدن یا گزیدن نسبت به تأثیرات مستقیم زهر بیشتر سبب مرگ میگردد.

تشخیص

- در اشخاص غیر حساس نیش زدن فقط سبب درد، سرخی، حرارت و پندیده گی موضعی میگردد. عکس العمل موضعی زمانی خطرناک است که تورم سبب مسدود شدن طرق تنفسی هوایی گردد (مثلاً به تعقیب نیش زدن زبان). نیش زدن های متکرر (معمولاً بیش از ده بار) میتواند باعث مسمومیت عمومی و سبب مرگ مریض گردد.
- تظاهرات کلینیکی مسمومیت کتلولی عبارت از تفریط فشار خون، استفراغ، اسهال، سردردی و کوما میباشد.
- در یک شخص حساس دقایق بعد از نیش زدن اعراض سیستمیک مانند سوزش جلد راس (Tingling scalp)، جلادار شدن جلد (Flushing)، سرگیجی، اختلالات دید، Syncope، پت (Urticaria)، ویزنگ، کولیک های بطنی، اسهال و تکی کاردی تظاهر مینماید. شاک انافلکتیک میتواند بعد از ۱۵ تا ۲۰ دقیقه ظاهر شود (جدول ج ۱۶،۹ مشاهده گردد)

اهتمامات و تدابیر معالجوی**غیر دواایی**

- نیش برجا مانده را توسط یک فورسپس پاک بیرون کنید.
- ساحه را با آب، صابون و مواد ضد عفونی به آهستگی پاک کنید.

دواایی

- تجویز ادویه ضد درد: Paracetamol برای دوز های معیاری به جدول ۱۵ A در ضمیمه الف مراجعه نمائید

- تجویز ادویه ذیل درخارش های شدید:
○ Calamine lotion (موضعی)
یادداشت: در صورت که چندین گزیدگی در ساعات بیشتر باشد از کلامین استفاده نشود.
- انتی هیستامین های فمی: Chlorpheniramine برای دوزهای معیاری به جدول الف ۷ در ضمیمه الف مراجعه نمائید.
- ضرورت است تا برای عکس العمل های وسیع موضعی تداوی کوتاه مدت Glucocorticoid های عمومی تجویز گردد. زرق آهسته Corticosteroids بشکل وریدی Hydrocortisone (ویال ۱۰۰ میلی گرام).
○ اطفال - نظر به جواب در مقابل دوز ابتدایی تنظیم گردد
 - نوزادان کمتر از ۱ سال: دوز ابتدایی ۲۵ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد
 - اطفال ۱ الی ۵ سال: دوز ابتدایی ۵۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد
 - اطفال ۶ الی ۱۲ سال: دوز ابتدایی ۱۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد
 - اطفال ۱۲ الی ۱۸ سال: دوز ابتدایی ۲۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد
- کاهلان: ۲۵۰ میلی گرام فی دوز هر ۶ ساعت بعد که نظر به ضرورت ۲ الی ۴ مرتبه تکرار شده میتواند.
- تداوی انافلکسی را با زرق تحت جلدی یا عضلی Epinephrine (Adrenaline hydrochloride) ۰.۱ فیصد (یک فی هزار) در ۱ میلی لیترامپول دوز های آن در جدول ج ۱۶،۹ مشاهده گردد.
- احتیاط: مریض باید جهت جلوگیری از تکرر انافلکسی در ظرف ۲۴ ساعت تحت مشاهده قرار گیرد.

رجعت دهی

- تمام مریضان که سابقه حساسیت شدید و عکس العمل انافلکتیک دارند
- واقعات با علائم مسمومیت عمومی
- تمام مریضان که چندین گزیدگی دارند (بیشتر از ۱۰)
- تمام واقعات اختلاطی

هدایات به مریض

- در صورت بوجود آمدن هر نوع اعراض و علائم سیستمیک به کلینیک مراجعه نمائید
- بالای ناحیه نیش خورده هیچ نوع ادویه گیاهی یا سنتی را جابه جا نسازید
- عدم تحریک حشرات خصوصاً آشیانه آنها

۱۶.۴.۲ نیش زدن گژدم (Scorpion Bites)

شرح

افغانستان انواع مختلف گژدم داشته که اغلباً آنها در جاهای تاریک و پوشیده زیست دارند. گژدم در دُم خود یک نیش دارد.

تشخیص

موضعی

- نیش آن در ساحه گزیدگی از خود یک نشان بجا میگذارد
 - ممکن که درد مشقت بار داشته باشد
 - ممکن پندیده گی، سرخی، برجستگی آبله مانند، و نک روز موضعی رخ دهد
- سیستمیک
- ممکن اعراض و علائم سیستمیک ابتدایی شامل درد بطنی، افزاز بیش از حد لعاب دهن، حرکات غیر نورمال چشم، تهرق بیش از حد، بلند رفتن حرارت بدن، استفراغ و اسهالات باشد.
 - ممکن تظاهرات مؤخر آن شامل فرط فشار خون، اریتمی های قلبی، تقبض و اسپازم عضلات، اختلاج، مشکلات

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوائی

- ساحه گزیدگی با آب، صابون و ماده ضد عفونی پاک گردد. در صورت ضرورت پانسمان معقم نیز تطبیق شود.
- در صورت ضرورت عضو مآوفه را بلند نگه داشته و حرکت ندهید.

دوائی

- تجویز ادویه ضد درد جهت کاهش درد: Paracetamol برای دوز های معیاری به جدول a ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه نمایند.
- تجویز انتی هستامینیک مثل Chlorpheniramine maleate: برای دوز های معیاری به جدول a ۷ در ضمیمه الف مراجعه نمایند.
- در صورتیکه مریض واکسین تیتانوس نگرفته باشد واکسین ضد تیتانوس تطبیق نمایند: زرق عضلی ۰.۵ میلی لیتر واکسین ضد تیتانوس (TT).

رجعت دهی

- مریضان که نزد شان علائم عکس العمل های سیستمیک موجود است: مانند سرعت ضربان قلب، فرط فشار خون، ضعیفی یا سیازم عضلی، مشکلات تنفسی، اختلاج رجعت داده شوند.
- نک روز شدید انساج در مریضان ممکن ضرورت به برداشتن این انساج توسط عمل جراحی داشته باشند.
- احتیاط: برداشتن فوری نسج توسط عمل جراحی توصیه نمیشود زیرا ممکن زیان آور باشد.
- مریضان حامله باید معاینه گردند تا از عدم موجودیت مشکل نزد طفل اطمینان حاصل گردد.

هدایات به مریض

- نظارت بر غنغل ها غرض جلوگیری از گزیدن آنها در خانه، محل وظیفه و در ساحات تشناب
- در صورت بوجود آمدن موارد ذیل به مرکز صحت مراجعه نمایند:
- اعراض و علائم عکس العمل های سیستمیک
- علائم انتان موضعی (مانند ازدیاد درد، سرخی، حرارت یا قیح)
- استفاده از سپری (Spray) های ضد حشرات

۱۶.۵ مار گزیده گی (Snake Bites)

شرح

- مارهای زهری مانند مار افعی (Viper)، مار کفچه (Cobra) و مار هندی (Krait) و مارهای غیر زهری مانند مار غیگیو (Python) و مار موش مانند در افغانستان زیست دارند. مار گزیدگی میتواند سبب تخریب انساج رخوه شده و داخل شدن زهر در بدن ممکن که دو نوع سندروم را بار آورد.
- اختلالات عصبی (مار کفچه) و احتمالا کوما، ناتوانی عضلی، متاثر شدن سیستم تنفسی
 - خورنریزی و اختلالات علقه خون (مار افعی) توأم با خورنریزی های بیره ها، انف و امعا

تشخیص

- گرفتن تاریخچه رویداد و نوعیت مار با جزئیات آن به اسرع وقت. این معلومات برای تطبیق اهتمامات برای مریض با اهمیت است.
- زمان وقوع مار گزیدگی را پرسان نمایند. عدم موجودیت اعراض در ظرف ۶ تا ۱۲ ساعت نشان دهنده عدم موجودیت زهر مار بوده یا اینکه مار نتوانسته که زهر خود را داخل بدن نماید.
- نشان دندان یا سوراخ زخم را مشاهده نمایند. گزیدگی مارهای زهری اکثراً با یک یا دو نشان دندان انیاب بالای جلد ظاهر میگردد؛ موجودیت چندین نشان دندان نشان دهنده بی زهری مار است.

- علایم را که نشان دهنده داخل شدن زهر است جستجو نمائید.
- تورم انساج رخوه، درد موضعی، و احتمالاً زخم ها که همه نشان دهنده داخل شدن زهر در بدن است
- خونریزی بیریه ها، انف و امعا نیز داخل شدن زهر را واضح میسازد. در صورت که خونریزی موجود باشد علقه شدن خون را معاینه نمائید. با گرفتن ۲ تا ۵ میلی لیتر خون و الی ۲۰ دقیقه منتظر بوده و موارد ذیل معاینه گردد:
 - علقه مکمل به معنی عدم موجودیت سندروم خونریزی است
 - عدم علقه نمودن خون یا علقه نامکمل به معنی موجودیت سندروم های خونریزی است
- همچنان ضعیفی، مشکلات تنفسی، مشکلات بلع، عدم توانایی برای بلند نگهداشتن پلک ها (Ptosis) یا دو تا دیدن (اختلالات عصبی) نشان دهنده داخل شدن زهر در بدن است
- معاینات را جهت بررسی تاثیرات زهر اجرا نمائید. در صورتیکه زهر داخل بدن شده باشد شدت جرحه وابسته به نوعیت مار، مقدار زهر داخل شده، موقعیت جرحه (گزیدگی در راس و عنق خطرناک تر اند)، جسامت مار، و سن مریض (مار گزیدگی در اطفال جدی تر میباشد) است.
- وضعیت روحی مریض را ارزیابی نمائید. سراسیمه گی یا ناراحتی ممکن نشان دهنده زهری بودن گزیدگی باشد.
- در صورتیکه مریض یا اقارب وی مار را کشته باشند و آنرا به مرکز صحنی آورده باشند آنرا برای تعیین نوعیت معاینه کنید.
- **احتیاط:** در هنگام آوردن مار همراه با مریض به مرکز صحنی محتاط باشید زیرا مار های مرده میتوانند زهر خویش را در راس خود الی یک ساعت نگه داشته و قدرت گزیدن داشته باشند.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دواایی

- زخم را با محلول غیر الکولیک (آب پاک) و صابون به آهستگی پاک کنید.
- از تداوی های سنتی خودداری کنید
- از حرکت دادن مریض و عضو گزیده شده جلوگیری گردد. با استفاده از سیلینت یا اشیای سخت عدم تحرکیت را در ساحة تامین کنید (مانند کاغذ کارتن یا چوب).
- از دست زدن بی مورد در ساحة گزیده گی خودداری نمائید
- در صورت ضرورت تنفس و جریان وعایی را بهبود بخشید
- در صورتیکه علقه شدن خون غیرنورمال باشد به صورت روتین تا نورمال شدن وضعیت، نظارت نمائید
- **احتیاط:** از انجام دادن موارد ذیل جلوگیری گردد:
 - برای مریض از دادن نوشابه های الکولی یا منبهات خودداری گردد.
 - عدم گذاشتن یخ در ساحة گزیدگی
 - عدم استفاده از تورنیکیت
 - از مکیدن ساحة گزیدگی جلوگیری گردد. ترضیضات به ساختمان های تحتانی که زهر داخل شده با مکیدن شخص غیر مسلکی قضاوت درست نبوده زیرا ممکن مقدار زهر کم باشد و بتواند به زودی بهبود یابد.

اهتمامات دواایی

- برای مریض که به صورت مکمل واکسین نشده باشد از واکسین ضد تیتانوس به مقدار ۰.۵ میلی لیتر به شکل زرق عضلی استفاده کنید.
- Paracetamol تجویز گردد. برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه نمائید.
- در صورت ضرورت به مواد ضد زهر (Antivenom)، مریض رجعت داده شود.

رجعت دهی

- در صورت امکان تمام مریضان مار گزیدگی یا مشکوک به مارگزیدگی هر چه زودتر به نزدیکترین شفاخانه برای تطبیق انتی دوت (Antivenom) مشخص آن و در صورت ضرورت به مراقبت های حمایتی برای شاک، خونریزی، نک روز انساج، ضعیفی، یا مشکلات تنفسی رجعت داده شوند.

- جزئیات تاریخچه مریض که نشان دهنده صدمه و نوعیت مار (با توضیحات آن) است در یادداشت رجعت دهی همراه با مریض فرستاده شود.

وقایه

اعضای فامیل و افراد جامعه را در مورد عدم تماس گرفتن با مارها هشدار دهید.

هدایات به مریض

- در صورتیکه مدت مارگزیدگی از ۶ الی ۱۲ ساعت باشد و مریض کدام عرض نداشته باشد ممکن که مار بی زهر بوده یا زهر خود را داخل بدن نکرده باشد.
- گزیدگی مارهای بدون زهر میتواند منتهن گردد بنابراین نزد مریض که علایم تورم، سرخی، ازدیاد درد و تب وجود میاید باید به مرکز صحتی آورده شود.

۱۶.۶ سوختگی‌ها (Burns)

شرح

سوختگی‌ها جروح‌های حرارتی اند که در اثر تماس انسان با مواد و وسایل سرخ و داغ، شعله آتش، مواد کیمیایی سوزنده، برق یا شعاع بوجود می‌آیند. جروح‌های حرارتی توانایی جلد را منحنیت یک مانع در مقابل جروح‌ها و انتانات و منحنیت یک تنظیم کننده حرارت و مایعات بدن به مخاطره مواجه می‌کند.

عمق جرحه سوختگی به اساس درجه سوختگی قسمی در مقابل سوختگی با ضخامت کامل تصنیف میگردد.

- درجه اول - سطحی، ضخامت قسمی
 - ساحه متأثر شده سرخ، دردناک و بدون آبله‌ها می‌باشد.
 - سوختگی به سرعت در ظرف ۵ تا ۷ روز با تشکل نسج اپیتل بدون نسج اسکار التیام می‌آید.
- درجه دوم - عمیق، ضخامت قسمی
 - ساحه متأثر شده لکه دار، سرخ، دردناک بوده و با آبله همراه می‌باشد.
 - سوختگی با تشکل نسج اپیتل در ظرف ۱۴ الی ۲۱ روز توأم با تغییرات در رنگ جلد و بعضاً تشکل سکار التیام می‌آید.
- درجه سوم - ضخامت کامل
 - ساحه متأثره ذغال مانند، پوست کاغذ مانند، بدون درد و احساس با ترومبوز (Thrombosis) اوعیه سطحی می‌باشد.
 - ساحه سوختگی که بشکل ذغال مانند، غیر طبیعی، بدون احساس، منقبض شده و سوختن ضخامت کامل جلد را زخم جلدی یا "eschar" مینامند.
 - این نوع زخم‌ها با تشکل دوباره نسج اپیتل اطراف زخم یا توسط پیوند جلدی التیام می‌آید.

- درجه چهارم - مغلق، ضخامت کامل
 - ساحه متأثره شامل انساج تحتانی، عضلات، عظام یا مغز می‌باشد.
- شدت سوختگی با اساس سطح ساحه سوختگی، عمق و موقعیت سوختگی و جروح‌ها همراه آن با وضعیت صحتی قبلی و سن مریض بررسی میگردد

- خفیف (کوچک)
 - ضخامت قسمی: کمتر از ۱۵ فیصد در کاهلان
 - ضخامت قسمی: کمتر از ۱۰ فیصد در اطفال
 - ضخامت کلی: کمتر از ۲ فیصد متوسط
- ضخامت قسمی: ۱۵ تا ۲۵ فیصد سوختگی در کاهلان
 - ضخامت قسمی: ۱۰ تا ۲۰ فیصد در اطفال
 - ضخامت کلی: ۲ تا ۱۰ فیصد

- بزرگ
 - ضخامت قسمی: بیشتر از ۲۵ فیصد در کاهلان
 - ضخامت قسمی: بیشتر از ۲۰ فیصد در اطفال
 - ضخامت کلی: بیشتر از ۱۰ فیصد
 - سوختگی‌های که وجه، چشم، گوش، پاها، دستان و عجان در آن شامل باشند
 - تمام سوختگی‌های استنشاقی و برقی
 - سوختگی‌های که توام با جروح‌های بزرگ اند و یا تشدید کننده وضعیت سابق صحتی باشند

تشخیص

- یک تاریخچه دقیق با توجه به زمان و نوعیت واقعه گرفته و نکات ذیل را یادداشت نمائید.
 - آیا دود موجود بود
 - آیا واقعه در محیط سر بسته رخ داده بود
 - مریض چی نوع لباس را به تن داشت
 - کدام کمک‌های اولیه عرضه شده بود
- مریض را معاینه نموده و علایم سوختگی استنشاقی را جستجو نمائید:
 - موجودیت دود و کاربن در اطراف دهن و انف مریض
 - تورم انساج دهن و حنجره مریض
 - مشکلات تنفسی و عسرت تنفس
- وسعت و توضع سوختگی سطحی و سوختگی با ضخامت کلی را ثبت نمائید. بهترین رهنما برای تثبیت عمق سوختگی گرفتن تاریخچه دقیق و میکانیزم سوختگی است.
 - سوختگی‌های حرارتی ناشی از گاز اکثراً به شکل سطحی میباشند
 - سوختگی‌های حرارتی ناشی از مایعات اکثراً سبب سوختن عمیق طبقه درم جلد میگردد. آب و روغن‌های جوشانده میتواند که سبب سوختگی‌های با ضخامت کامل گردند (خصوصاً در اطفال)
 - تماس با اجسام جامد داغ و شعله آتش اکثراً میتواند سبب سوختگی‌های با ضخامت کامل گردد.
 - سوختگی‌های برقی اکثراً بشکل سوختگی‌های با ضخامت کامل و از بین رفتن جلد میگردد.
 - سوختگی‌های اشعوی اکثراً به شکل سطحی میباشند.
 - سوختگی‌های کیمیای می‌توانند که سطحی یا عمیق باشند.
- مساحت مجموعی سوختگی بدن را با استفاده از "قانون نه گانه" که در جدول ۱۶.۶ عنوان شده است تخمین کنید.
 - معلومات که در این جدول در مورد فیصدی سطح سوختگی بدن داده شده است و میتواند کارمند مراقبت صحتی را در اهتمامات سوختگی رهنمایی کند (موارد ذیل مشاهده گردد). در سوختگی‌های پراکنده، اندازه کف دست یک فیصد سوختگی بدن را نشان میدهد.
- با معاینه نمودن مریض سایر جروح‌ات و وضعیت صحتی قبلی وی رد گردد.

جدول ۱۶.۶ قانون نه (قانون نه Wallace)

اعضای بدن		کاهلان		اطفال		نوزادان کمتر از یک سال	
راس و عنق		۹ فیصد		۱۸ فیصد		۲۰ فیصد	
قدام صدر و جدار های بطن		۹×۲=		۱۸ فیصد		۱۰×۲= ۲۰ فیصد	
عقب صدر و جدارهای بطن		۹×۲=		۱۸ فیصد		۱۰×۲= ۲۰ فیصد	
اطراف سفلی		۱۸×۲=		۱۳,۵×۲= ۲۷ فیصد		۱۰×۲= ۲۰ فیصد	
اطراف علوی		۹×۲=		۱۸ فیصد		۱۰×۲= ۲۰ فیصد	
عجان		۱ فیصد		۱ فیصد			
مجموع مساحت سطحی بدن		۱۰۰ فیصد		۱۰۰ فیصد		۱۰۰ فیصد	

اهتمامات و تدابیر معالجوی

هدف اهتمامات عبارت اند از:

- ارزیابی شدت سوختگی، فراهم کردن تداوی عاجل و رجعت دهی تمام سوختگی‌ها به استثنای جروحات کوچک ناشی از سوختگی (مثلاً شامل بودن کمتر از ۵ فیصد سطح بدن بشمول دست‌ها، پاها، وجه و عجان).
- به حد اقل رسانیدن خطر منتن شدن سوختگی‌های کوچک در جریان پروسه التیام

غیر دوايي

- مريض را از محل واقعه دور سازيد
- معاینه طرق تنفسی (Airway)، تنفس (Breathing)، جریان خون (Circulation)، معلولیت (Disability) و نهایتاً (Extremities) مريض مطابق پروتوکول ABCDE
- دور کردن لباس‌های مريض و معاینه وی از راس تا شصت پا
- دور کردن تمام زیورات مخصوصاً انگشتر مريض
- کاهش دادن وسعت جرحه با انداختن آب پاک و سرد برای مدت ۲۰ دقیقه بالای ساحه سوختگی در واقعات که سطح سوختگی کمتر از ۲۰ فیصد تمام سطح بدن و مدت سپری شده بالای جرحه کمتر از یک ساعت باشد.
- مريض را با یک پارچه پاک و خشک پیچانیده و مواظب کاهش درجه حرارت بدن مريض باشید.
- بعد از تجویز دوا برای تسکین درد (بخش "تداوی دوايي" در ذیل مشاهده کنید)، ساحه سوختگی را با آب پاک (آب جوشانده سرد) یا محلول سالین (Saline solution) و صابون به آهستگی بشوئید.
- آبله‌های کوچک را نگه‌داشته و آبله‌های بزرگ را که قرار است تمزق کنند، بردارید.
- یک لایه نازک مرهم Silver sulfadiazine یک فیصد را بالای ساحه با پانسمان روزانه تطبیق کنید.
- در صورت مشکوک بودن به سوختگی استنشاقی اکسیجن تجویز نمائید.
- احتیاط: مريضان را که مشکوک به سوختگی استنشاقی اند رجعت دهید.
- برای سوختگی‌های بزرگ (طورمثال، بیشتر از ۲۰ فیصد بدن سوختگی درجه دوم یا سوم)، احیای مريض را با اعاده مایعات قبل از رجعت دهی شروع کنید (چون این حالت همراه با ضیاع شدید مایعات است).

- ورید مریض را با سیت داخل وریدی باز نموده و مایعات داخل وریدی را شروع کنید (Ringer lactate یا Glucose ۵ فیصد یا گلوکوز ۵ فیصد با سالین ۰.۹ فیصد و یا نیم از Normal Saline یا Glucose ۵ فیصد).
- ضرورت مایعات بدن را با در نظر داشت حفظ مایعات مورد نیاز محاسبه کنید (۱۰۰ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن برای ۱۰ کیلوگرام نخست، بعد ۵۰ میلی لیتر برای ۱۰ کیلوگرام ثانوی، سپس ۲۵ میلی لیتر برای وزن باقیمانده به اساس فی کیلوگرام وزن بدن) جمع اعاده مایعات اضافی مورد ضرورت (حجم مساوی به ۴ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن برای هر یک فیصد سطح سوختگی). محاسبه نمونه یی قرار ذیل صورت میگیرد:
- به طور مثال طفل که ۲۰ کیلوگرام وزن داشته و ۲۵ فیصد سطح بدن وی سوختگی دارد، مقدار مایعات مورد

ضرورت قرار ذیل محاسبه میگردد:

$$\text{ml } 1500 = \text{Kg } 10 \text{ ml } \times 50 + \text{Kg } 10 \text{ ml } \times 100$$

جمع مایعات معاوضی

$$\text{ml } 2000 = \text{سطح بدن } 25 \text{ Kg } \times 20 \text{ ml } \times 4 \text{ فیصد}$$

- که در مجموع ۳۵۰۰ میلی لیتر مایعات در جریان ۲۴ ساعت ضرورت است. نیم از این حجم مایعات (۱۷۵۰ میلی لیتر) در ۸ ساعت اول و متباقی در ۱۶ ساعت بعدی برای جروح سوختگی های شدید تجویز گردد.
- به طور مثال کاهل که ۷۰ کیلوگرام وزن داشته و ۲۰ فیصد سطح بدن وی سوختگی دارد، مقدار مایعات مورد

ضرورت قرار ذیل محاسبه میگردد:

$$\text{ml } 2750 = \text{Kg } 50 \text{ ml } \times 25 + \text{Kg } 10 \text{ ml } \times 50 + \text{Kg } 10 \text{ ml } \times 100$$

جمع مایعات معاوضی

$$\text{ml } 5600 = \text{سطح بدن } 20 \text{ Kg } \times 70 \text{ ml } \times 4 \text{ فیصد}$$

- که در مجموع ۸۳۵۰ میلی لیتر مایعات در جریان ۲۴ ساعت ضرورت است. نیم از این حجم مایعات (۴۱۷۵ میلی لیتر) در ۸ ساعت اول و متباقی در ۱۶ ساعت بعدی تجویز گردد.
- در جریان ۲۴ ساعت دوم ۱/۲ تا ۳/۴ حصه حجم مایعات مورد ضرورت روز اول را برای مریض تجویز نمود و نبضان، سرعت تنفس، فشار خون و اطراح ادرار مریض را نظارت نمایند.
- جهت ارزیابی تکافو مایعات معاوضی و حجم ادرار اطراح شده، Foley catheter تطبیق گردد.
- مریضانی که سوختگی با جروحات کوچک دارند روزانه پانسمان پاک برای شان در مرکز صحتی ابتدایی تطبیق گردد.

دوایی

- تدای مناسب دوایی شامل موارد ذیل است:

○ ادویه ضد درد کافی

- تجویز Paracetamol فمی: برای دوز های معیاری به جدول ۱۵ A در ضمیمه الف مراجعه نمائید.

یا

■ تابلیت Ibuprofen فمی

- اطفال: ۵ الی ۱۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۸ ساعت بعد هنگام ضرورت
- کاهلان: ۲۰۰ الی ۴۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد هنگام ضرورت
- احتیاط: جرحه سوختگی ممکن خطر التهابات معده (Gastritis) یا قرحات ناشی از فشار روحی (Stress ulcer) را زیاد سازد. تجویز نهی کننده آخذه های H_2 (مثل Ranitidine ۱۵۰ میلی گرام هر ۱۲ ساعت بعد) که در مرکز صحتی جامع و شفاخانه ولسوالی موجود است، تجویز گردد.
- در صورتیکه تطبیق و قایوی واکسین ضد تیتانوس ضرورت باشد یا وضعیت معافیتهی مریض نامعلوم باشد، ۰.۵ میلی لیتر واکسین تیتانوس (TT) از طریق زرق عضلی تجویز میگردد.
- خارش جلدی یک شکایت معمول مریضان که زخم های سوختگی شان التیام میابد، میباشد. تدای خارش های شدید خیلی مشکل است.
- تجویز Chlorpheniramine maleate ممکن برای بهبود خارش کمک کننده باشد. برای دوز های معیاری به جدول ۷ در ضمیمه الف مراجعه نمائید.
- احتیاط: تجویز Chlorpheniramine maleate برای نوزادان قبل از وقت (Premature) و کمتر از یک

ماه خودداری گردد.

- تطبیق کریم های مرطوب کننده نیز در بهبود خارش کمک کننده است.
- انتی بیوتیک ها به شکل وقایوی برای مریضان سوختگی تجویز نگردد، بلکه استفاده آن بعد از رجعت دهی مریض صورت گیرد.
- **یادداشت:** انتی بیوتیک های سیستمیک برای سوختگی های کوچک نادراً استطبیب دارد زیرا ممکن که زمینه را برای انتانات فرصت طلب مانند باکتری ها، فنگس ها و ویروس ها مهیا سازد.

رجعت دهی

- سوختگی های متوسط و بزرگ (تصنیف سوختگی مشاهده گردد)
- تمام سوختگی های درجه دوم و سوم که بیش از ۵ فیصد سطح بدن یا نواحی حساس بدن مانند دستان، پاها، وجه، عجان یا مفاصل در آن شامل باشند. در جریان رجعت دهی مسکن و مایعات معاوضوی تجویز گردد.
- تمام واقعات سوختگی استنشاقی
- سوختگی های کوچک اختلاطی مانند منتن شدن یا از دست دادن تحرکیت

وقایه

- بیش از ۹۰ فیصد سوختگی ها با قضاوت درست و احتیاط لازم قابل جلوگیری اند.
- تمام وسایل آتش زا (مانند بالون های گاز، تجهیزات تیل، صندلی "جاق ذغالی"، تجهیزات برقی، و کیمیای) باید به صورت دقیق استفاده شده و از دسترس اطفال دور نگهداری شود. با پای برهنه در زمستان گشت و گذار نشود.
- مراقب اطفال در اطراف آتش، آب جوش و بخاری باشید.

هدایات به مریض

- به تمام بیماران توصیه گردد تا اساسات حفاظت و پاک نگهداشتن زخم سوختگی را الی التیام آن مد نظر گیرند.
- مراقبت های تعقیبیه روزانه شامل موارد ذیل اند:
 - شستشوی زخم با صابون ملایم و آب پاک (آب جوشانده سرد)
 - نوازش زخم با پارچه نظیف و خشک
 - تطبیق ورقه نازک Silver sulfadiazine یک فیصد بالای جرحه در صورت موجودیت
- به مریض هدایت دهید تا از استفاده مواد کیمیای قوی مانند Mafenide acetate (Sulfamylon) یا Betadine (Povidone-iodine) بالای زخم های سوختگی خودداری نمایند زیرا این مواد سبب تاخیر در التیام زخم می گردند.
- به صورت عادی، تداوی تعقیبیه در مرکز صحنی به صورت هفته وار الی التیام مکمل سوختگی در حالیکه نزد مریض کدام شواهد بر اختلاطی شدن موجود نباشد، صورت گیرد. در صورتیکه کدام سوال در مورد وسعت یا عمق سوختگی موجود باشد جهت اطمینان مریض یا فامیل وی تداوی تعقیبیه میتواند روزانه صورت گیرد.
- التیام سوختگی را در جریان تداوی تعقیبیه مشاهده نموده و ضرورت مریض را به پیوند جلدی یا فزیوتراپی ارزیابی نمائید.

۱۶.۷ جروحات چشم (ترضیض، اجسام اجنبی و سوختگی ها) (Eye Injuries)

شرح

- جروحات چشم و ساختمان های اطراف آن سبب ضیاع رویت، کاهش حرکات، یا سبب کوری کامل میگردد. جروحات اسباب مختلف دارند:
- ترضیضات کند- بیشتر اوقات از اثر تصادمات ترافیکی بالای سرک یا حمله با یک وسیله یا مشت زدن
 - ترضیضات نافذ (با یا بدون جسم اجنبی)
 - سطحی- محدود به پوشش های کره عین (مانند منظمه، صلیبه و قرنیه)
 - عمیق- نفوذ به کره عین

- جروحات سوختگی
 - جروحات مستقیم حرارتی (مانند آب جوش یا شعله آتش)
 - معروض شدن به مواد کیمیایی
 - مواد القلی-مواد که معمولاً در پاک کاری استفاده میگرد. القلی ها ممکن باعث تخریبات انساج تا یک مدت مدید بعد از اولین بار مواجه شدن شود.
 - تیزاب- شامل محتویات داخل بطری موثر بوده و در صنایع استفاده میشود.

تشخیص

ترضیضات چشم ممکن که توام با درد، اشک ریزی، سرخی، ترس از روشنی، تشوش رویت، یا احساس موجودیت جسم اجنبی در داخل چشم، یا تخریش چشم باشد. اولویت در ارزیابی جروحات چشم کوشش برای کاهش تخریبات طویل المدت است. تمام ساختمان های چشم و انساج اطراف آنرا به شکل ذیل معاینه نمایند:

- کره عین و پوشش های آن

- همیشه قوه رویت را معاینه کنید. ضیاع رویت یا کوری ضرورت به رجعت دهی فوری دارد.
 - از چارت Snellen چشم استفاده کنید، یا از مریض بخواهید که شماره ها را خوانده و شناسایی نماید نتایج را در هر دو چشم مقایسه کنید.
 - دوبینی را معاینه کنید (مانند دو عدد دیدن)
- کره عین و ساختمانهای قدامی آنرا برای موجودیت علایم جرحه تفتیش نمایند
 - مکرر شدن قرنیه ممکن نشان دهنده شدت جرحه یا سوختگی باشد که ضرورت به رجعت دهی فوری مریض دارد.
 - موجودیت قرحه در قرنیه نشان دهنده جرحه شدید بوده که ضرورت به رجعت دهی فوری مریض دارد
 - کره عین را به آهستگی جس نموده و یکی را با دیگر آن مقایسه نمایند
 - اگر یک کره عین نسبت به دیگری نرمتر به نظر برسد به جرحه نفوذی که به کره عین وارد شده و سبب ضیاع مایع زجاجی گردیده، مشکوک شوید. ضرورت است تا مریض فوراً رجعت داده شود.
 - اگر یک کره عین نسبت به دیگری سخت تر به نظر برسد به گلوکوما ی حاد یا خونریزی داخل کره عین مشکوک شده و هرچه زودتر مریض را رجعت دهید.
 - شواهد موجودیت جسم اجنبی (مانند چوب، فلز، کثافت، یا مایعات و یا پودر های کیمیایی) معاینه گردد.
 - از مریض در مورد واقعات اخیر پرسیده شود.
 - منظمه را به شمول ساحه سطحی پلک برای موجودیت جرحه یا یک جسم اجنبی معاینه کنید.
 - شواهد موجودیت خون را معاینه کنید
 - یک لکه خون در سفیدی چشم ممکن خونریزی تحت المنضمی که اغلباً با کسر جوف حجاج همراه است نشان دهد.
 - خون در قدام چشم ممکن در بیت قدامی (مانند Hyphema) باشد و میتواند که سبب ضیاع رویت گردد
- انساج رخوه اطراف چشم را معاینه کنید:
 - پاره گی، تورم، یا جسم اجنبی پلک ها را معاینه کنید
 - عضلات کره عین با حرکات نارمل چشم معاینه شوند. ضیاع حرکات نورمال چشم ممکن نشان دهنده جرحه عضلات یا کسر جوف حجاج، احتمالاً با گیر ماندن عضلات باشد.
 - جدار جوف حجاج، جوف عظمی حجاج و رخسار، جهت دریافت کسر جس گردد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

هدف تداوی حفظ قوه رویت و حرکات چشم میباشد.

غیر دوابی

- مواد کیمیای یا اجسام اجنبی را میتوان با شستن چشم دور کرد.
- جروح‌ات کیمیای ناشی از مواد مایع یا پودر ممکن سبب تخریب دائمی چشم بعد از مواجه شدن گردد. پس این مواد باید هرچه زودتر دور گردد. در صورت شواهد بر موجودیت مایع یا پودر های کیمیای در چشم یا اطراف آن پروسیجر های ذیل غرض دور نمودن آن اجرا گردد:
 - قبل از شستشو مواد کیمیای اطراف چشم را به آهستگی توسط یک پارچه پاک دور نمائید.
 - در صورت مشکوک بودن بر موجودیت جسم اجنبی یا سوختگی کیمیای چشم را با محلول سالین یا آب پاک مقطر به آهستگی شستشو دهید.
- احتیاط: سوختگی های کیمیای ضرورت به شستشو برای مدت حد اقل ۲۰ دقیقه دارد؛ در صورت مشکوک بودن به سوختگی ناشی از القلی به مدت حد اقل ۴۰ دقیقه شستشو نمائید. سوختگی های القلی (ناشی از محصولات پاک کننده) سبب تخریبات دوامدار بعد از مواجه شدن ابتدایی آن میگردد و ضرورت به شستشوی طویل‌المدت جهت کاهش تخریبات دارد.
 - چشم مریض را به آهستگی باز نگهداشته و تمام ساحات آنرا بشوئید.
 - به مریض هدایت دهید تا چشم خود را به جهات مختلف حرکت دهد.
 - از شستشوی تحت پلک ها خود را مطمئن سازید.
 - احتیاط گردد تا آب از یک چشم به چشم دیگر جریان پیدا نکند.
- اگر جسم اجنبی شناخته شده و با وصف شستن بیرون نگیرد، کوشش نمائید که با استفاده از یک چوب سواب آنرا بیرون کنید.
 - متوجه باشید که حین استفاده از چوب سواب خراشیده گی به چشم وارد نگردد.
 - اگر قادر به بیرون کردن جسم اجنبی نیستید مریض را رجعت دهید.

اهتمامات دوابی

- برای مریض مشکوک به تخریش سطحی یا جرحه سطحی چشم مرهم های انتی بیوتیک میتواند موثر باشند. مرهم Tetracycline یک فیصد چشم را هر ۸ ساعت بعد برای ۷ روز تجویز نمائید. از فامیل مریض بخواهید تا طرق تطبیق را به شیوه ذیل مشاهده نماید.
 - از مریض بخواهید که به طرف بالا نگاه کند.
 - پلک پائینی مریض را به آهستگی توسط انگشت خود کش کنید.
 - یک نوار مرهم را در قسمت پائینی فورنیکس تطبیق کنید.
 - به مریض هدایت دهید تا چشم خود را جهت انتشار مرهم حرکت دهد.
- بعضی مریضان ممکن با بسته کردن Patch بالای چشم برای چندین روز احساس راحتی کنند (در اثر ترس از روشنائی)، Patch را به شکل ذیل تطبیق کنید:
 - از مریض بخواهش کنید تا چشم خود را به آهستگی بسته کند.
 - Patch را با فشار کافی اما با ملایمت بالای چشم بسته تطبیق کنید، اما فشار به اندازه نباشد که چشم را تحت فشار قرار بدهد.
- تجویز Paracetamol فمی: برای دوز های معیاری به جدول ۱۵A در ضمیمه الفمراجعه نمائید.

رجعت دهی

- تمام مریضان که کاهش قوه دید را نشان میدهند.
- تمام مریضان مشکوک به جروح‌ات عمیق یا گلوکومای حاد اند
- در حالات ذیل مریض هر چه زودتر رجعت داده شود:
 - در صورت عدم توانایی به خارج نمودن جسم اجنبی (اجسام اجنبی فرورفته)
 - دریافت تغییرات حاد در قوه دید هر دو چشم (۶/۱۲ یا کمتر از آن در معاینه چارت سنیلین)
 - تشخیص دو بینی (Diplopia)

- مشاهده اذیما یا پاره گی پلک
- موجودیت تورم بیش از حد که مانع معاینه درست گردد
- مشاهده پاره گی یا تثقب قرنیه یا صلبیه
- دریافت خون در بیت قدما می یا خونریزی داخل کره عین
- مشاهده شواهد بر خونریزی متداوم تحت المنضمی
- دریافت توسع بعد از ترضیض یا سؤ شکل و عکس العمل آهسته حدقه (Pupil)
- نواقص قرنیه یا مکدریت قرنیه یادداشت گردد
- دریافت محدود شدن حرکات چشم
- تشخیص Enophthalmos (کره چشم به شکل غرق شده یا فشرده شده معلوم میگردد) که ممکن نشان دهنده کسر کف جوف حجاج باشد.

وقایه

- از عملکرد های مصنئون برای جلوگیری از جروحات چشم کار بگیرید:
- از کمربند امنیتی موتر حین موتر سواری استفاده کنید
- تمام مواد کیمیای را در جای مصنئون، بی خطر، دور از دسترس اطفال نگه داشته و لبیل گذاری درست نمایند.
- از عینک های محافظوی حین استفاده از ماشین آلات استفاده کنید

هدایات به مریضان

- به مریض توصیه نمایند که:
- از مرهم مطابق به هدایت استفاده کند. استفاده درست آن توسط کارمندان صحتی نشان داده شود.
- بعد از دو روز دوباره مراجعه نماید.
- در صورت ازدیاد درد، تورم یا از دست دادن قوه رویت هرچه زودتر مراجعه نماید.
- در وقت معاینه یا تطبیق دوا در چشم یا اطراف آن دستان خود را پاک نموده یا از پارچه پاک استفاده کند.

۱۶.۸ کاهش شکر خون (Hypoglycemia)

شرح

پائین بودن گلوکوز خون از حد نارمل آن (۶۰ میلی گرام فی دیسی لیتر) میتواند که با تظاهرات خفیف، متوسط یا شدید که به سرعت سبب حالت غیر شعوری و تخریبات غیر قابل برگشت دماغ میشود، گردد. عوامل خطر برای کاهش شکر خون شامل موارد ذیل اند:

- مریضان دیابت که تحت تداوی قرار دارند:
 - کمتر غذا میخورند
 - تمرین بیشتر میکنند
 - اشتباه در تداوی یا تطبیق انسولین به دلایل ذیل مینمایند:
 - نواقص در دریافت مقدار گلوکوز به طور منظم
 - عدم آگاهی در مورد کاهش گلوکوز خون
- یادداشت: عدم آگاهی کافی ممکن سبب کاهش گلوکوز خون از طرف شب گردد
- نوزادان یا اطفال قبل از وقت
- اطفال مریض یا مصاب سوء تغذی یا آنهایکه درخون شان پرازیست موجود است (مانند ملاریا)
- مریضان مصاب به امراض انتانی
- اشخاص مسن
- مریضان مصاب به آفات کلیوی و کبدی (عدم کفایه کبدی)
- مریضان مصاب به اختلاجات، حالت غیر شعوری یا شاک

- مریضان که مقدار بیش از حد الکل مینوشند
- مریضان مصاب به اختلالات غیر مشخص غدد افراز داخلی (Addison's disease) یا تومور های غدد افراز داخلی (Insulinoma).

تشخیص

- اعراض و علائم مرتبط به شدت کاهش گلوکوز خون است. زمانیکه سویه گلوکوز در خون از ۶۰ میلی گرام فی دیسی لیتر کاهش میابد، اعراض خفیف رونما میگردد. تظاهرات کلینیکی شامل موارد ذیل اند:
- گرسنگی، خسافت، اضطراب، ، دلبدی، و تشوش رویت
 - اختلالات در تمرکز، سردردی، تخرشیت، رفتار غیر نورمال، سرگیجی و کاهش هماهنگی
 - تعرق، لرزه، سریع شدن حرکات قلب (Tachycardia) و درد بطنی
 - اختلاج
 - کوما
 - اشخاص ذیل اعراض کمتر نشان دهند: -
 - اشخاص مسن، سوء تغذی، یا مریضان خیلی بیمار
 - مریضانیکه برای مدت مدید دیابت دارند
 - مریضانیکه از بیتا بلاکر ها یا سایر ادویه که سبب اختلال در سیستم عصب اتونوم میگردد، استفاده میکنند.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

گرفتن نمونه خون برای تعیین سویه گلوکوز توسط گلوکومتر یا Dextrostix ممکن برای اثبات واقعه و بهبودی مفید باشد، اما تداوی نباید الی دریافت نتیجه سویه گلوکوز خون به تاخیر بیافند. موفقیت نتیجه تداوی با پاسخ به موقع و بهبودی کامل میتواند که در ظرف ۱۰ تا ۱۵ دقیقه صورت گرفته و تشخیص را حتی بدون دانستن سویه گلوکوز خون تأیید نماید.

غیر دوايي

- مریضان که شعور کامل و اعراض خفیف دارند، با گرفتن غذا خصوصاً ناشایسته و شکر به خوبی جواب میدهند.
- برای کودکان که از شیر مادر تغذیه میشوند، شیر مادر توصیه میگردد.
 - برای کاهلان و اطفال گرفتن شیر، پنیر، Crackers (کلهچه یا بیسکویت)، برنج، چای شیرین توصیه میشود.

اهتمامات دوايي

مریضان دارای حالت شعوری که اعراض قابل ملاحظه دارند باید از منابع سرشار گلوکوز استفاده نمایند. آنهایکه حالت نیمه شعوری دارند، ضرورت است تا برایشان از طریق وریدی گلوکوز تطبیق گردد.

- مریضان با حالت شعوری
 - اطفال: دو قاشق چایخوری گرانول های شکر یا عسل از طریق دهن. در صورت عدم بهبودی بعد از ۱۰ دقیقه تکرار گردد
 - کاهلان: ۳ قاشق چایخوری گرانول های شکر یا عسل از طریق دهن. در صورت عدم بهبودی بعد از ۱۰ دقیقه تکرار گردد
- مریضان با حالت غیر شعوری
 - اطفال: Dextrose ۱۰ فیصد، ۵ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن زرق داخل وریدی به سرعت (جدول ۱۶.۸ مشاهده گردد) بعداً Dextrose ۱۰ فیصد ۳ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن فی ساعت تا اینکه مریض توانایی خوراک نارمل را پیدا کند.
 - کاهلان: Dextrose ۵۰ فیصد (یا گلوکوز ۵۰ فیصد) ۵۰ میلی لیتر در ظرف سه دقیقه زرق وریدی، بعداً محلول Dextrose ۱۰ فیصد (یا گلوکوز ۱۰ فیصد) ، ۵۰۰ میلی لیتر زرق وریدی هر ۴ ساعت بعد تا اینکه مریض توانایی خوراک نارمل را پیدا کند.

یادداشت: مریض الکولیک باید ۱۰۰ میلی گرام تیامین (Vit B1) (در صورت موجودیت) داخل وریدی همراه با Dextrose ۵۰ فیصد به شکل انفیوژن اخذ نماید.

یادداشت: در نزد مریضانی که تطبیق زرقیات وریدی ممکن نباشد یا عدم موجودیت محلول (Dextrose) Glucose، نیاز است تا برای مریض از طریقه های ذیل گلوکوز تطبیق گردد:

- تیوب انفی معدوی: به اندازه ۴ قاشق شکر (۲۰ گرم) را در داخل یک گیلان ۲۰۰ میلی لیتر آب پاک یا شیر مخلوط کنید.
- جابه جا ساختن مقدار کم شکر در Sulcus buccal
- تجویز شربت شکر یا عسل (۳۰ میلی لیتر) از طریق رکتل؛ نظر به گزارشات این شیوه میتواند موفق باشد.

جدول ۱۶.۸ حجم محلول گلوکوز ۱۰ فیصد بر حسب سن و وزن اطفال مصاب به کاهش گلوکوز خون (Hypoglycemia)

سن (وزن)	حجم محلول ۱۰ فیصد گلوکوز که به شکل وقفه بی توصیه میگردد (۵ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن)
کمتر از ۲ ماه (کمتر از ۴ کیلوگرام)	۱۵ میلی لیتر
۲ تا کمتر از ۴ ماه (۴ تا کمتر از ۶ کیلوگرام)	۲۵ میلی لیتر
۴ تا کمتر از ۱۲ ماه (۶ تا کمتر از ۱۰ کیلوگرام)	۴۰ میلی لیتر
۱ تا کمتر از ۳ سال (۱۰ تا کمتر از ۱۴ کیلوگرام)	۶۰ میلی لیتر
۳ تا کمتر از ۵ سال (۱۴ تا کمتر از ۱۹ کیلوگرام)	۸۰ میلی لیتر

رجعت دهی

- تمام واقعات با حملات جدید یا کاهش غیر واضح گلوکوز خون
- مریضانی که اختلال شعوری دوامدار دارند
- مریضان دارای نواقص عصبی
- مریضان با وضعیت صحی جدی
- مریضانی که ضرورت به عیار کردن یا ارزیابی دوباره رژیم دیابت یا دوا دارند.

وقایه و هدايات به مریض

- از عیار بودن درست ادویه ضد دیابت مطمئن باشید.
- برای مریضان دیابت که تحت تداوی قرار دارند توصیه نمائید که همیشه یک منبع شکر با خود داشته باشند (چاکلیت، تابلت های پوره یا جوس شیرین) تا در اولین تظاهرات کاهش سویه گلوکوز خون به موقع از آن استفاده نمایند.
- به مریض مصاب به دیابت در مورد مرض ایشان، استفاده از دوا، رژیم غذایی مناسب و رژیم ورزشی مشوره دهید.
- اطمینان از نظارت درست سویه گلوکوز مریضان تحت خطر

۱۶.۹ شاک (Shock)

شرح

شاک یک حالت تهدید کننده حیات بوده که در اثر عدم کفایه دوران خون و توزیع ناکافی خون جهت تامین اکسیجن و مواد غذایی مورد ضرورت انساج و خارج ساختن مواد سمی و استقلایی بوجود میآید. در صورتیکه به موقع تشخیص و

تداوی نگردد جریان ناکافی خون (شاک) سبب عدم کفایه اعضای حیاتی و مرگ میگردد.
کنگوری های عمده و اسباب شاک:

• Hypovolemic shock

- کاهش حجم خون: ترضیضات، خونریزی های معدی معایی
- ضیاع شدید مایعات: اسهالات، کیتواسیدوز ناشی از بلند رفتن گلوکوز خون، سوختگی های شدید
- شاک قلبی یا انسدادی (Cardiogenic or obstructive)
- فعالیت های ناکافی عضله قلبی: احتشای قلبی، امراض دسامی قلب، عدم کفایه قلب، Contusion قلبی، توکسین ها، امبولیزم ریوی، تمپوناد های قلبی، کشش پنوموتورکس (Pneumothorax)
- شاک انتانی (Septic shock)
- تهاجم انتان ابتدایی که بتواند فعالیت سیستم معافیتی را مختل سازد (مثلاً مسینجر های بیو- کیمیکل ممکن سبب توسع اوعیه و کولاپس دورانی گردد)
- شاک عصبی (Neurogenic shock)
- آسیب نخاع شوکی که سبب مختل شدن تحریکات عصب سیمپاتیک اوعیه شده و باعث توسع اوعیه و کولاپس دوران میگردد.
- آنافیلاکتیک شاک (Anaphylactic shock)
- در این نوع شاک یک انتی جن سبب تحریک عکس العمل الرژیک میگردد که ممکن منتج به کاهش مقاومت اوعیه سیستمیک و سبب کولاپس دورانی گردد.
- ممکن توام با انسداد طرق تنفسی از باعث ادیمای حنجره باشد.

تشخیص

- شاک عمومی دارای اعراض و علائم ذیل اند:
 - تفریط فشار خون (فشار سیستولیک کمتر از ۸۰ میلی متر ستون سیماب)
 - کاهش نبضان اطراف
 - نهایات خافس، اغلباً سیانوز توأم با پر شدن ناکافی اوعیه شعریه (پر شدن دوباره آن بیشتر از ۳ ثانیه را دربر میگیرد)
 - تکی کاردی (سریع شدن حرکات قلب)
 - سریع شدن تنفس
 - کاهش اطراح ادرار
 - تعرق شدید
 - کسالت، گیچی و بیحالی
- سایر اعراض و علائم نظر به نوعیت شاک مشخص میگردد (جدول الف ۱۶،۹ مشاهده گردد)

جدول الف ۱۶.۹ اعراض و علائم مشخص بر اساس نوعیت شاک

نوعیت شاک	جلد و نہایات	اورده عنق	نبض	تنفس و معاینہ صدر	سایر علائم
شاک هایپوولیمیک	خاسف، سرد، مرطوب	ہموار	ضعیف		
شاک با منشا قلبی	سرد، مرطوب، عرق آلود	برجستہ		زجرت تنفس، نفس کوتاہی، درد صدر، فشارصدری، رال ہا، ویزنگ، آواز های مبہم در قاعدہ شش ہا، S۳ گالوپ	
شاک انتانی	گرم، جلادار، بلند بودن حرارت، پائی ن بودن حرارت، Purpura، و Petechial rashes		قوی		
شاک انفالکتیک	گرم، جلادار، رش، پورٹیکاریا		تکی کاردی	گرفتگی گلو، آواز های مخرش، ویزنگ	
شاک عصبی	فلج شل		تفریط فشار احتمالاً با برادی کاردی		ازدست دادن مقویت مقعد

اهتمامات و تدابیر معالجوی

هدف اهتمامات شک اعاده نمودن دوباره جریان خون و اکسیژن به انساج محیطی میباشد. در ابتدا باید نوعیت و عامل سببی شک شناسایی گردد.

• وظایف ذیل جهت باثبات یا Stable ساختن ابتدایی مریض و معاوضه سریع مایعات اجرا گردیده و از باز بودن طرق تنفسی هوایی و تهویه خود را مطمئن سازید بعداً:

○ باز نمودن یک ورید بزرگ

یادداشت: حد اقل دو ورید باز شود (با استفاده از سوزن ۱۶-۱۸ گیج)

○ معاوضه مایعات در شک های غیر قلبی هایپوولیمیک یا تفریط فشار خون بعد از اینکه اسباب شک قلبی رد گردید. مقدار

◊ اطفال: تجویز ۲۰ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن (جدول ب ۱۶.۹ مشاهده گردد) نارمل سالین ۰.۹، فیصد) یا رینگر لکتات با سرعت حتی الامکان و معاینه دوباره. علایم بهبودی را مشاهده نمائید: نبض آهسته، بلند رفتن فشار سیستولیک خون و نورمال شدن اطراح ادرار. در صورت عدم بهبودی مقدار محاسبه شده را میتوان الی سه مرتبه تکرار نمود و بعد از هر تطبیق دوباره ارزیابی کرد. احتیاط: برای اطفال سوء تغذی دوز را به ۱۵ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن کاهش دهید (بخش ۱۰.۳ "سوء تغذی" مشاهده گردد)

◊ در صورت بهبودی طفل با معاوضه مایعات، تداوی ضیاع شدید مایعات با رینگر لکتات یا نارمل سالین ۰.۹، فیصد) توصیه شود: ۷۰ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن در ظرف ۵ ساعت برای اطفال کمتر از ۱۲ ماه و در ظرف دو نیم ساعت برای اطفال ۱ الی ۵ سال همراه با

◊ تجویز محلول ORS (تقریباً ۵ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن فی ساعت) هرچه زودتر بعد از اینکه طفل قادر به نوشیدن شود. بعد از ۶ ساعت دوباره معاینه نموده و ضیاع مایعات را دوباره تصنیف نموده و پلان A، B و C برای ادامه تداوی انتخاب گردد (بخش ۲.۱ "اسهالات و ضیاع مایعات" مشاهده گردد).

◊ کاهلان: به مقدار یک لیتر Normal Saline (۰.۹ فیصد) یا Ringer lactate به سرعت تطبیق گردیده و دوباره معاینه شود. علایم بهبودی را جستجو نمائید: آهسته شدن نبض، افزایش فشار سیستولیک به بیش از ۱۰۰ میلی متر ستون سیما، و نارمل شدن اطراح ادرار. در صورت عدم بهبودی مقدار متذکره را میتوان الی ۳ مرتبه تکرار نموده و بعد از هر تطبیق دوباره ارزیابی کرد.

■ در صورتیکه مریض با وصف ۴ بار تطبیق محلولات کرسنالوئید بهبودی حاصل ننماید، برایش خون تجویز گردد در صورتیکه موجود باشد (۲۰ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن در ظرف ۳۰ دقیقه).

○ کنترول خونریزی با وارد نمودن فشار مستقیم بالای جرحه یا وارد نمودن فشار با انگشت بالای اوعیه پروکسیمال یا نبضانی

○ تطبیق اکسیژن

○ تطبیق Foley catheter برای ارزیابی اطراح ادرار

○ بلند نگه داشتن پاهای مریض

○ گرم نگه داشتن مریض

○ در صورت ضرورت عدم تحرکیت کسر

■ استفاده از اسپلنت برای عظام طولیه

■ استفاده از بالشت و رو جایی برای کسر های حوصلی

■ استفاده از تخته سخت و هموار با گردن بند، بالشت یا خریطه ریگ برای کسر های نخاعی

• برای اهتمامات مشخص انواع شک به جدول ج ۱۶.۹ مراجعه نمائید.

جدول ب ۱۶.۹ حجم مایعات وریدی بر حسب سن و وزن در اعاده مایعات عضویت اطفال که مصاب به سوء تغذی شدید نیستند

سن (وزن)	حجم محلول Normal Saline یا Ringer lactate (۲۰ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن)
کمتر از ۲ ماه (کمتر از ۴ کیلوگرام)	۷۵ میلی لیتر
۲ الی کمتر از ۴ ماه (۴ الی کمتر از ۶ کیلوگرام)	۱۰۰ میلی لیتر
۴ الی کمتر از ۱۲ ماه (۶ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرام)	۱۵۰ میلی لیتر
۱ الی کمتر از ۳ سال (۱۰ الی کمتر از ۱۴ کیلوگرام)	۲۵۰ میلی لیتر
۳ الی کمتر از ۵ سال (۱۴ الی ۱۹ کیلوگرام)	۳۵۰ میلی لیتر

جدول ج ۱۶.۹: اهتمامات و تدابیر معالجوی انواع مشخص شک

نوع شک	تداوی	ملاحظات
شک هایپوولیمیک	• دریافت منبع ضیاع مایعات • توقف دادن خونریزی با وارد نمودن فشار مستقیم بالای جرحه یا فشار با انگشت بالای اوعیه قریبه یا نبضانی • معاوضه دوباره مایعات (هدایات لازمه را در فوق و جدول ب ۹.۱۶ مشاهده نمائید) • مریض را جهت تداوی اختصاصی هرچه سریعتر رجعت دهید.	تعداد کثیر مریضان از سبب ترضیضات (مانند خونریزی ها) یا اسهالات (مانند ضیاع مایعات) در شک میباشند
شک با منشأ قلبی	• وریدمریض را باز سازید. • مقدار قلیل مایعات را تجویز نمائید • احتیاط: عدم تجویز مایعات معاوضوی برای مریض مصاب به شک قلبی • رجعت دهی هرچه عاجل تر مریض	• بخش های ۶.۲ «عدم کفایه قلبی» و ۶.۵ "احتشای میوکارد" • را مشاهده نمائید. • مریضان شک قلبی ضرورت دارند تا جهت تداوی به مراکز اختصاصیکه دواي آن موجود است، رجعت داده شوند.
شک انتانی	• شروع نمودن معاوضه مایعات کرسئالوئید هر چه مقدم تر (هدایات لازمه را در فوق و جدول ب ۱۶.۹ مشاهده نمائید) • مقدار مایعات را بر حسب اطراح ادرار عیار نمائید: ○ اطفال: ۰.۵ الی یک میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن فی ساعت ○ کاهلان: بیشتر از ۳۰ میلی لیتر فی ساعت • شروع تداوی ضد میکروبی هرچه مقدمتر. ساحه منتن رادر نظر گرفته شدن و قبل از رجعت دهیدوز ابتدایی را تجویز نمائید ○ دوز Ampicillin برای انتانات شدید - به جدول الف ۴ در ضمیمه الف برای دوز های معیاری مراجعه نمائید.	بخش ۶.۱۵ «Sepsis» مشاهده گردد

ادامہ شاک انتانی	ہمراہ با O دوز Gentamicin برای انتانات شدید- بہ جدول الف ۱۳ در ضمیمہ الف برای دوز ہای معیاری مراجعہ نمایند ہمراہ با O تجویز Metronidazole در صورت مشکوک بودن بہ انتان معدی معایی- بہ جدول الف ۱۴ در ضمیمہ الف برای دوز ہای معیاری مراجعہ نمایند • رجعت دہید	
شاک عصبی	• فراہم نمودن تداوی محافظوی • با ثبات سازی یا تثبیت نخاع • تجویز مایعات معاوضی (ہدایات لازمہ را در فوق و جدول ب ۱۶،۹ مشاہدہ نمایند)	یادداشت: در ترخیصات شدید تعداد از مریضان با جروحات نخاع شوکی از سبب جروحات کہ بہ آن توجہ نشدہ و موجودیت خونریزی داخلی از اثر ترخیصات ساحات دیگر، در شاک میباشند تداوی شان مانند شاک هایپوولیمیک صورت میگیرد.
شاک انافلکٹیک	• کاهش عکسل العمل های حساسیتی عضویت پاسخ الرژیک عضویت O تجویز محلول ۱:۱۰۰۰ یک فی یک ہزار Epinephrine (Adrenaline). (ویال های ۱ میلی لیتر ۱ فیصد حاوی ۱ میلی گرام Epinephrine) ■ زرق تحت جلدی: ۰،۰۱ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز (دوز اعظمی ۰،۵ میلی لیتر)؛ در صورتیکہ نبض مریض کمتر از ۱۴۰ باشد دوز فوق الی ۳ مرتبہ در فواصل ۱۰ دقیقہ بی تکرار شود یا ■ زرق عضلی: ۰،۰۱ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز؛ با در نظر داشت فشارخون، نبض و فعالیت های تنفسی ممکن در فواصل ۵ دقیقہ بی تا ۳ مرتبہ تکرار شود. O در صورت ناکافی بودن دوران خون، زرق آہستہ وریدی محلول Epinephrine ۱:۱۰۰۰ (یک میلی لیتر محلول	

ادامه
شاک آنافلکติก

- ۰.۱ فیصد Epinephrine را ۹ میلی لیتر Normal Saline رقیق ساخته و به سرعت یک میلی لیتر در یک دقیقه تطبیق نمایند). دوز آن ۰.۱ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن است.
- Stable یا باثبات سازی فعالیت های حیاتی مریض
 - باز نگهداشتن طرق هوایی تنفسی
 - تجویز اکسیجن توسط ماسک به مریض تا محدودیت تنفسی رفع گردد
 - تحت کنترل آوردن فشار مریض با وضعیت دادن مریض بشکل هموار و بالا نگهداشتن پاهای مریض
 - کاهش التهاب طرق تنفسی و بهبود تنفس مریض با تجویز:
 - انتی هیستامینیک مانند Chlorphenamine (ویال یا امپول های ۱۰ میلی گرم فی میلی لیتر) از طریق زرق وریدی در ظرف یک دقیقه
- نوزادان و اطفال: به جدول الف الف ضمیمه الف برای دوزهای معیاری مراجعه گردد. در صورت ضرورت دوز آن میتواند روزانه الی ۴ مرتبه تکرار گردد (دوز اعظمی ۰.۴ میلی لیتر در ظرف ۲۴ ساعت برای نوزادان و اطفال کمتر از یک سال)
- کاهلان: ۱۰ الی ۲۰ میلی گرم، در صورت ضرورت میتواند تکرار شود (دوز اعظمی ۴۰ میلی گرم در ۲۴ ساعت)

همراه با

- کورتیکواستروئیدها مانند Hydrocortisone از طریق زرق آهسته وریدی:
 - اطفال کمتر از یک سال: ۲۵ میلی گرم
 - اطفال یک الی ۵ سال: ۵۰ میلی گرم
 - اطفال ۶ الی ۱۲ سال: ۱۰۰ میلی گرم
 - کاهلان و اطفال بیشتر از ۱۲ سال: ۱۰۰ الی ۳۰۰ میلی گرم
- در کمبود حجم مایعات بدن (هایپوولیمیا) معاوضه مایعات صورت گیرد (اهدایات لازمه را در فوق و جدول B ۱۶.۹ مشاهده نمایند)

یادداشت: در صورتیکه مریض اعراض مانند استما دارد Salbutamol (۲.۵ الی ۵ میلی گرم) از طریق نیبولايزر یا Aminophylline (۵ میلی گرم فی کیلوگرام وزن بدن) از طریق زرق آهسته وریدی (حد اقل در ظرف ۲۰ دقیقه) تجویز میگردد.

رجعت دهی

- تمام مریضان شک بعد از اخذ مراقبت های عاجل و Stable یا بایات سازی، به تسهیلات سطوح بلند تر جهت تعقیب و تدای و و تدای عامل سببی شک رجعت داده شوند. قبل از انتقال موارد ذیل را انجام دهید:
 - کنترل خونریزی
 - تجویز مایعات
- **احتیاط:** برای مریض شک قلبی از دادن مایعات اجتناب گردد.
 - شروع نمودن آنتی بیوتیک در شک انتانی
 - تثبیت کسور ها
- مریض مصاب به شک قلبی فقط به مراکز که ادویه آن موجود است رجعت داده شود.

وقایه

- تقلیل مصابیت شک با شناسایی به موقع کاهش در حجم دورانی (Hypovolemia) **یادداشت:** در بسیاری از مریضان تا زمانی که ۲۰ فیصد ضیاع در حجم خون موجود نباشد، کاهش فشار خون رخ نمیدهد.
- شک را هرچه زودتر و به موقع تدای نمایند.

هدایات به مریض

- به فامیل مریض در مورد معاونت و نظارت در جریان انتقال هدایت دهید.

۱۶.۱۰ خلع (Dislocation)**شرح**

خلع از دست دادن مکمل ارتباط بین دو نهایت عظم را گویند. بیشترین سبب خلع ترضیضات بوده اما میتواند که از اثر سایر اسباب (مانند خلع مفصل hip به صورت ولادی) نیز واقع گردد. تمام واقعات خلع عاجل بوده و ضرورت به رجعت دهی و تدای به موقع غرض جلوگیری از اختلالات آن دارند. اطفال دارای توانایی چشم گیر در التیام کسور هستند به شرطیکه عظام به صورت درست ارجاع شده باشند.

تشخیص

- تاریخچه ترضیض (طورمثال حادثه ترافیکی)
- درد، سوء شکل، تورم و از دست دادن حرکات مفصل

اهتمامات و تدابیر معالجوی**غیر دواایی**

- در صورتیکه خلع توام با یک کسر باز باشد، جرحه را بایک پانسمان پاک بسته نمایند.
- ساحه متاثره را غیر متحرک ساخته و رجعت دهید.

دواایی

برای بهبود درد ادویه مسکن توصیه نمایند. (مثلاً Paracetamol). برای دوز های معیاری به جدول A ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه نمایند.

۱۶.۱۱ (Abscess)**شرح**

آبسه عبارت از تجمع موضعی قیح در جلد یا انساج رخوه است. معمولاً عامل آن ستافیلوکوکس های طلائی میباشد.

مریضان که سیستم معافیتی ایشان به انحطاط مواجه اند (مثلاً ناشی از دیابت، ویروس عدم کفایه معافیت انسان (HIV)، سوء تغذی یا سرطان) ممکن نزد شان انتان مختلط (گرام مثبت، گرام منفی، غیر هوازی ها) موجود باشد. زخم های پیچیده (مانند گزیدگی، ملوث بودن شدید) نیز ممکن بشکل انتان مختلط باشد. سه نوع آبسه وجود دارد که قرار ذیل اند:

- آبسه های ساده- در طبقه درم جلد، فولیکول های مو، یا غدوات سطحی جلد تشکل میکنند.
- آبسه های مغلق- در انساج عمیق، معمولاً بیشترین واقعات آن در ثدی یا ناحیه عجان بوجود میایند.
- آبسه های بارد (Cold abscess) - ناشی از انتان موضعی توپرکلوز در انساج رخواه

تشخیص

- زمانیکه آبسه سطحی باشد اعراض موضعی به صورت واضح موجود میباشد:
 - درد یا حساسیت
 - گرمی یا حرارت موضعی
 - سرخی
 - جلد جلا دار
 - کتله تموجی در آبسه پخته
- یگانه نشانه آبسه مغلق ممکن موجودیت درد ضربانی بوده و سایر اعراض مشخص در آن موجود نیست
- آبسه بارد ممکن با تورم تموجی بدون درد و سایرعلامیم باشد.
- در صورت مشکوک بودن به تشخیص، موجودیت قیح را با خارج نمودن قیح توسط سوزن ۱۸ گیج تأیید نمائید. احتیاط: فقط برای کتلالت سطحی استفاده شود. از داخل نمودن سوزن در جوف بطن و صدر خودداری گردد.
- مریضان که در تاریخچه خود تکرر آبسه ها را حکایه مینمایند، دیابت یا انحطاط سیستم معافیتی نزد شان بررسی گردد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوائی

- در جریان مرحله ابتدایی تصلبکه از مرحله تقیحی (تجمع تموجی قیح) مقدم تر است تطبیقات گرم در ساحه مافوه هر ۶ ساعت بعد اجرا گردد. ممکن تطبیق کمپرس از تشکل قیح جلوگیری نموده یا سبب تخلیه خود به خودی و یاهر دو گردد.
- باز کردن و تخلیه آبسه پخته. این پروسیجر اساس تداوی میباشد. احتیاط: آبسه های بارد را باز و تخلیه نکرده و رجعت دهید.
- آماده سازی جلد با یک انتی سبتیک، و تطبیق انستیزی مناسب به مریض. استفاده از انستیزی موضعی سبب بلاک شدن عصب ساحه شده (مانند لیدوکائین ۱ فیصد) و از ارتشاح به انساج غیر منتن اطراف آبسه بشکل مؤثر جلوگیری میکند.
- تخلیه ابتدایی با سوزن ۱۸ گیج بزرگ برای تأیید موجودیت قیح.
- باز نمودن شق در یک ساحه متباز آبسه، یا استفاده از سوزن برای رهنمایی ساحه که باز گردد. شق را به صورت کافی باز نموده تا تخلیه مکمل از جوف آبسه صورت گیرد. باز نمودن دریچه کوچک ممکن باعث عود آبسه گردد.
- نوک فورسپس شریانی را در آبسه به آهستگی داخل نموده و آنرا باز کنید. جوف را توسط انگشت تان که ملبس به دستکش میباشد خوب توسعه داده و تمام التصاقات اطراف آنرا قطع نمائید.
- شق را در صورت ضرورت برای تخلیه مکمل توسعه دهید اما انساج سالم و صاف را در اطراف آبسه باز نکنید.
- آبسه را با محلول سالین خوب شستشو و تخلیه نموده بشکل باز پانسمان کنید. هدف آن جلوگیری از بسته شدن اطراف زخم، و اجازه التیام از قسمت های پائینی به طرف بالای جرحه میباشد. با گذاشتن Latex drain پارچه گاز در عمق جوف میتوان تخلیه بهتر را فراهم کرد. پارچه گاز را در اطراف زخم خیاطه نموده و آنرا الی کاهش تخلیه قیح معمولاً برای ۲ تا ۳ روز جابجا سازید.
- جهت جلوگیری از ملوث شدن پانسمان بزرگ را بگذارید. همه روزه پانسمان را در مرکز صحتی تبدیل کنید.

دوایی

- تجویز Paracetamol برای تسکین درد. برای دوز های معیاری به جدول ۱۵A در ضمیمه الف مراجعه نمایید.
- فقط در شرایط معین انتی بیوتیک توصیه نمائید. تداوی آبنه های معمولی مرتبط به باز نمودن و تخلیه قیح آن است نه انتی بیوتیک. استطبایات خاص برای توصیه انتی بیوتیک قرار ذیل است:
 - در مرحله ابتدایی تصلب قبل از توج و جمع شدن قیح
 - در صورتیکه مریض التهاب انساج رخوه ساحات اطراف آبنه را داشته باشد
 - در صورت موجودیت تب یا سایر علائم سیستمیک ناشی از انتان
 - در صورت متورم یا حساس بودن عقدات لمفاوی و یا اینکه تشخیص شما التهاب اوعیه لمفاوی باشد
 - در صورت انحطاط سیستم معافیتی نزد مریض.
- در صورت استطبایب، انتی بیوتیک برای ۷ روز تجویز گردد.
- تابلت Penicillin V برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۶ در ضمیمه الف مراجعه نمائید.

-یا-

- تابلت Erythromycin (برای مریضان که در مقابل پنسلین حساسیت دارند) ، برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه نمائید.

-همراه با-

- در صورت مشکوک بودن به موجودیت انتان غیر هوازی (مثلاً آبنه های اطراف مقعد) ، تابلت Metronidazole تجویز گردد. برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۴ در ضمیمه الف مراجعه نمائید.

رجعت دهی

- رجعت دهی تمام مریضان مشکوک به آبنه های بارد (مثلاً توپرکلوز) بدون تخلیه نمودن آبنه.
- موجودیت آبنه مغلق در ساحات عمیق یا حساس (مانند صدر، جوف بطن، حنجره، عجان)

وقایه

توصیه مریض به مراعات نمودن حفظ الصحه شخصی، بهداشت و تغذی.

هدایات برای مریض

- برای مریض توصیه نمائید که:
- برای پانسمان همه روزه مراجعه نماید.
- از ملوث شدن ساحات بیشتر جلوگیری کند.
- حفظ تغذی خوب

۱۶.۱۲ مسمومیت (Poisoning)

شرح

سم عبارت از ماده است که اگر از طریق بلع (دوا، زهریات، یا سایر مواد خطرناک) تماس جلد (مانند حشره کش ها) یا انشاق (مثلاً دود، بخارات و سپری) داخل بدن گردد، باعث اضرار در بدن میشود. بیشترین تسممات در اطفال تصادفی بوده و قابل پیش گیری میباشد. مسمومیت ممکن قصدی، خودی یا هردو باشد. تاریخچه روحی روانی مریض بررسی گردد. در تمام مریضان که قبلاً سالم بوده اند مشکوک به تسمم شوید.

تشخیص

- تاریخچه معروض شدن مریض به سمیات توسط بلع، انشاق یا تماس جلدی اخذ گردد. جزئیات در معرض قرار گرفتن جستجو شود.
- ماده سمی را شناسایی نموده، مقدار، زمان بلع و معروض شدن سایر اشخاص را مشخص سازید.
- تلاش ورزید تا نوعیت اصلی ماده سمی را از روی محفظه یا لیبل آن در صورت موجودیت شناسایی کنید، از

شاهدان سوال نمائید

- معلومات احتیاطی که در عقب قطعی یا لیبل موجود است بدست آرید
- به منابع دست داشته در مورد مشخصات ماده سمی و انتی دوت آن مراجعه نمائید (کتاب های طبی یا جدول دوا ها)
- اعراض و علائم رامعاینه نموده که نظر به نوعیت ماده سمی متفاوت است
- علائم عاجل را بررسی نمائید (مثلا انسداد تنفس، دستریس شدید تنفسی، سیانوز، کوما، اختلاج، و علائم شک مانند سرد بودن دستان، ضعفی یا نبضان سریع و پر شدن اوعیه شعریه در ظرف بیشتر از سه ثانیه)
- کاهش گلوکوز خون رامعاینه کنید
- سوختگی های جلد اطراف دهن و بینی را که ممکن در تسممات ناشی از مواد سوزنده موجود باشد معاینه کنید.
- مشکلات تنفسی، ستریدور و تغییرات در صحبت کردن را که نشان دهنده انشاق یا تنفس مواد انشافی میباشد معاینه کنید
- تغییرات عصبی، فعال شدن سیستم پاراسیمپاتیک یا هردو را معاینه کنید که ممکن در اثر بلع، در تماس آمدن یا انشاق فاسفیت های عضوی و ترکیبات کاربونیت های که در حشره کش ها موجود میباشد بوجود آمده باشد. موارد ذیل را دریافت کنید:
 - ازدیاد لعاب دهن
 - تفرق
 - اشک ریزی
 - آهسته شدن نبض
 - حركات کوچک
 - تشنج
 - ضعفی عضلات، منقبض شدن عضلات یا فلج آنها
 - اذیمای ریوی
 - انحطاط تنفسی
- بسیاری سمیات بلع شده سبب دلبدی، استفراغ، تغییرات در حالت شعوری یا ترکیب از اینها میگردد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دواایی

تظاهرات ناشی از سمیات نظر به ماده سمی متفاوت است و ارتباط به عامل سببی دارد . گزینش تداوی پیروی از پیشنهادات میباشد که در منابع مختلف در مورد ماده مشخص بالای آن تاکید شده است. در طرز العمل مجموعه خدمات اساسی صحی تاکید بر دور کردن، خنثی نمودن و رقیق ساختن ماده سببی به شکل مصئون، به موقع (جدول الف ۱۶،۱۲ مشاهده گردد) و مراقبت حمایتی و رجعت دهی مریضان مینماید.

در صورتیکه ماده سمی بلع شده باشد معمولاً پاک کاری معده با تولید استفراغ یا لواژ معده در صورت کمک کننده میباشد که بلع ماده در دو ساعت یا ترجیحاً در ساعت اول بلع صورت گرفته باشد. به همین ترتیب خنثی نمودن ماده سمی در صورتیکه مریض در جریان دو ساعت بعد از بلع ماده مراجعه نماید و امکانات استفراغ موجود نبوده و کدام مضاد استطباب برای خنثی سازی موجود نباشد تطبیق میگردد.

یادداشت: اغلباً امکانات محو نمودن یا خنثی نمودن ماده سمی به علت تاخیر رسانیدن مریض به مرکز صحی بیشتر از دو ساعت موجود نیست.

دواایی

- در صورتیکه مریض نفس کوتاهی یا تغییرات در حالت شعوری داشته یا اینکه معروض به کاربن مونو اکساید شده باشد اکسیجن تطبیق گردد.
- انتی دوت مشخص سمیات را بر اساس لیبل و پیشنهادات موجود باید تطبیق نمود. بسیاری واقعات ضرورت به تداوی مشخص و رجعت دهی به مراکز سطوح بلندتر از مجموعه خدمات اساسی صحی دارند زیرا امکانات تداوی در این سطوح موجود نیست.
- برای اهتمامات دواایی سمیات مشخص به جدول ب ۱۶،۱۲ مراجعه کنید

جدول الف ۱۶.۱۲ دور کردن یا محو نمودن مواد سببی تسممات

نوعیت ماده سببی	اهتمامات غیر دواپی	احتیاط و ملاحظات
سمیات بلع شده	غرض دور کردن یا محو مواد سوزنده- • تولید استفراغ با تحریک نمودن قسمت خلفی بلعوم با قاشق نرم یا سیاتول احتیاط: هیچگاه از نمک منخبت ماده تولید کننده استفراغ کار نگیرید میتواند که خیلی خطرناک باشد -یا- • لواژ معده را فقط در شرایط ذیل انجام دهید: ○ کارمندان صحتی با طرزالعمل لواژ معده آشنایی داشته باشند ○ کارمندان صحتی بتوانند آنرا بشکل مصئون انجام دهند ○ مریض نتواند که استفراغ نماید یا استفراغ کردن برایش غیر مصئون باشد. • از لواژ معده فقط در بلع موارد ذیل استفاده کنید- • بلع فقط در ساعات مقدم رخ داده باشد ○ تهدید کننده حیات باشد ○ مواد بلع شده از محصولات پترولیم و مخرش نباشد • قدمه های ذیل را برای اجرای لواژ معده در نظر گیرید- • اطمینان از موجودیت آله سکشن در موقع که مریض استفراغ مینماید. • مریض به طرف چپ وضعیت داده شده طوریکه رأس مریض پائین قرار گیرد. • طول تیوپ را که داخل معده مینماید اندازه نمایند تا از داخل شدن تیوپ به معده مطمئن شوید • لواژ را با نارمل سالین ۰.۹ فیصد ۱۰ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن انجام دهید. مقدار مایع که سکشن میگردد باید به صورت تخمینی همان مقدار باشد که داخل معده شده است. لواژ را تا زمانی ادامه دهید که در مایع سکشن شده کدام پارچه از مواد بلع شده نماند. • برای خنثی سازی مواد بلع شده در صورت موجودیت چارکول (charcoal) از طریق دهن یا تیوپ انفی معدوی تطبیق نمایند. این عمل زمانی اجرا گردد که مریض در جریان دو ساعت از بلع مواد به شما راجع شده یا امکانات تولید استفراغ موجود نبوده و کدام مضاد استطبیب برای آن موجود نباشد.	• احتیاط: هیچ وقت مریض را به استفراغ یا لواژ معده در حالات ذیل مجبور نکنید- ○ متغییر بودن حالت شعوری یا عدم توانایی در محافظت طرق تنفسی بنابر هر علت دیگر ○ بلع مواد سوزنده، مخرش، یا محصولات پترولیم ○ شواهد موجودیت بر سوختگی در اطراف دهن و بینی • مواد سببی را قبل از اقدام برای برانگیختن استفراغ و اجرای لواژ معده، شناسایی کنید. مواد سوزنده شامل مواد ذیل اند: ○ نفت یا سایر محصولات پترولیم ○ اکثر حشره کش ها ○ محلولات و پاک کننده های تیزابی یا القلی ○ تیزاب بطری

ادامه سمیات بلع شده	احتیاط: از چارکول فعال شده فقط زمانی استفاده کنید که کارمندان صحتی با پروسیجر تطبیق آن آشنا باشند ○ در صورت تطبیق از طریق تیوب انفی معدوی، خیلی محتاط باشید که تیوب در داخل معده رسیده باشد ○ در صورت امکان به یک دوز واحد تطبیق گردد، در غیر آن هر ۳۰ دقیقه بعد به دوز های منقسم چارکول را با مقدار ۸ سی سی آب در فی گرام چارکول مخلوط نمائید. ▪ اطفال کمتر از یک سال: یک گرام فی کیلوگرام وزن بدن ▪ اطفال یک الی ۱۲ سال: ۲۵ الی ۵۰ گرام ▪ کاهلان و اطفال بیشتر از ۱۲ سال: ۲۵ تا ۱۰۰ گرام احتیاط: چارکول ممکن سبب تولید دلبدی گردد. توجه نموده و مراقب باشید که ماده بلع شده از جمله مواد سوزنده یا سایر مواد که استفراغ در آن مضاد استطبیب است نباشد. • زمانی که استفراغ تولید گردد یا خنثی سازی با چارکول مضاد استطبیب بوده یا تطبیق آن ممکن نباشد، برای مریض شیر یا آب پاک غرض رقیق شدن مواد بلع شده توصیه نمائید.
معروض شدن جلد و چشم به مواد سمی	• تمام البسه و اجناس مریض را از وی دور کنید • یادداشت: البسه و اجناس دور شده مریض را باید در داخل یک خریطه شفاف نگهداری کرده تا بعداً پاک کاری گردد. • پودر یا مایعات روی جلد مریض را با یک پارچه پاک و خشک، پاک کنید. • تمام ساحات معروض شده را با مقدار وافر آب نیم گرم بشوئید. در صورت مواد چرب از صابون و آب استفاده کنید. • شستشو را برای مدت حد اقل ۲۰ دقیقه ادامه دهید در صورتیکه ماده سمی القلی باشد مدت شستشو را بیشتر سازید زیرا این نوع مواد با گذشت زمان سبب تخریبات بیشتر میگردد. • در صورت معروضیت چشم میتوان آنرا با Normal Saline برای حد اقل ۲۰ دقیقه شستشو کرد (برای مواد القلی ۴۰ دقیقه). متوجه باشید تا جریان آب از یک چشم به چشم دیگر صورت نگیرد (بخش ۱۶.۷ جروحات چشم) • ترضیضات، اجسام اجنبی و سوختگی ها" مشاهده گردد).

کارمندان صحتی موجود متوجه باشند تا غرض جلوگیری از ملوث شدن ثانوی خویش را با پوشیدن پیش بند و دستکش محافظه نمایند.

استنشاق سمیات یا مواد سوزنده	• استنشاق گاز های مخرش ممکن سبب تورم و انسداد طرق تنفسی علوی، سپازم قصبات و بصورت مؤخر سبب سینه و بغل گردد. • ممکن به تطبیق انتوبیشن، تجویز توسع دهنده قصبی، و اجرای تهویه مصنوعی ضرورت باشد
------------------------------	---

جدول ب ۱۶.۱۲ اهماتامات دواپی تسممات مشخص

نوعیت ماده سمی	اهتماتامات دواپی	احتیاط و ملاحظات
ترکیبات مخرش • سودیم هایدروکساید • پتاشیم هایدروکساید • تیزاب ها • مواد سفید کننده • مواد ضد عفونی	• برای رقیق سازی هرچه زودتر باید شیر یا آب توصیه گردد • بعدابه مریض هیچ چیز از طریق دهن ندهید، در صورت ضرورت مریض را به جراحی جهت معاینه تخریبات یا تمزق مری رجعت دهید.	احتیاط: • تحریک به استفراغ نکنید • در صورت بلع ماده سوزنده، چارکول فعال تجویز ننمائید زیرا این عمل سبب تخریب بیشتر دهن، بلعوم، طرق تنفسی، مری و معده میگردد.
ترکیبات پطرولیم • نفت • معاوضه های تورپستن • پطرول	تدای اختصاصی شامل تطبیق اکسیجن در صورت موجودیت دیسترس (Distress) تنفسی نزد مریض.	احتیاط: • تحریک به استفراغ نکنید • چارکول فعال تجویز نکنید زیرا استنشاق این مواد سمی میتواند سبب دیسترس تنفسی با کاهش اکسیجن خون (هایپوکسمیا) از اثر اذیمای ریه یا نومونیا شود. • خطر Encephalopathy نیز موجود است

فاسفیت های عضوی و ترکیبات کاربامیت (Carbamate): • فاسفور های عضوی (مالاتین، پراتیون، TEPP, Mevinphos) • کاربامیت ها از قبیل Methiocarb و Carbaryl (حشره کش ها)	• این مواد میتوانند که از طریق جلد جذب شده، بلغ یا استنشاق گردند. • ماده سمی را در صورت مناسب بودن با شستن چشم یا جلد دور کنید. • در صورتیکه مریض در جریان یک ساعت از بلغ ماده سمی راجع شده باشد چارکول فعال شده تجویز کنید. • در صورتیکه طفل علائم فعال شدن بیش از حد سیستم پاراسیمپاتیک (مانند ازدیاد لعاب دهان، چشمان اشک آلود، تبول و تغوط غیر ارادی، اختلالات معدی و استفراغ) را داشته باشد در صورت موجودیت از اتروپین (ویال) استفاده کنید: ۱۵ تا ۰.۰۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن زرق عضلی (دوز اعظمی یک میلی گرام) • مریض را جهت اخذ Pralidoxime برای ضعیفی عضلی رجعت دهید. این انتی دوت برای تسممات ناشی از مواد کیمیای یا اسپری مضره کش ها (Pesitcides) (حشره) یا دوایکه برای تداوی تشوشات عضلی استفاده میگردد، میباشد.	احتیاط: تحریک به استفراغ نکنید زیرا بیشتر حشره کش ها در ترکیب خود مواد پطرولیم دارند.
Paracetamol	• در صورتیکه مریض الی یک ساعت از بلعیدن معاینه گردد، استفراغ را تحریک کنید. در صورتیکه استفراغ تولید نگردد از لواژ معده یا چارکول فعال شده استفاده کنید. • مریض را جهت اخذ Methionine یا Acetylcysteine غرض جلوگیری از عدم کفایه کبد رجعت دهید. • در صورتیکه مریض به دوز ۱۵۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن یا بیشتر از آن را بلغ نموده باشد، (به شفاخانه حوزه وی) رجعت دهید.	
Acetylsalicylic acid (Aspirin) و سایر Salicylate ها	• بلغ این ماده میتوانند که در اطفال بیشتر خطرناک باشد زیرا اینها به زودترین فرصت خاصیت تیزیابی پیدا نموده و بلاخره میتوانند که از اثر تاثیرات سمی خویش سبب تخریبات شدید در سیستم عصب مرکزی گردند. • اسپرین سبب میشود تا تنفس و استفراغ مریض بشکل اسیدی شده و نزد مریض برنگس گوش (Tinnitus) ها بوجود آید. • استفراغ را تحریک کنید. در صورتیکه استفراغ تولید نگردد از لواژ معده یا چارکول فعال شده استفاده کنید. • در حالات بلند بودن تیزاب عضویت (Acidosis) مایعات بیشتر جهت ازدیاد اطراح ادرار تجویز نمایند. مریض را جهت تداوی بیشتر به شفاخانه رجعت دهید (مثلا جهت اخذ vit K, sodium bicarbonate).	

آهن (Iron)	• تظاهرات کلینیکی سمیت آهن را ملاحظہ نمایند. ○ دلبدی، استفراغ، درد بطنی و اسهالات ○ استفراغ یا اسهال نوصاری یا سیاه رنگ ○ خونریزی های معدی معالی، تفریط فشار، سرگیچی، اختلاج، و در حالات سمیت شدید اسیدوز استقلابی (Metabolic Acidosis) یادداشت: تظاهرات معدی معالی در ۶ ساعت اول رخ میدهد. مریض که تا این زمان بدون عرض باشد ضرورت به تطبیق انٹی دوت ندارد • در صورت گذشتن کمتر از دو ساعت از بلع ماده سمی، تحریک به استفراغ کنید. • مریضان دارای اعراض را برای مدنظر گرفتن آنها غرض تطبیق انٹی دوت به شفاخانه رجعت دهید.	چون چارکول فعال شده نمیتواند که با نمکیات آهن وصل شود، بنا لواز معدہ را در مریضی که مقدار سمی آهن گرفته باشد، قادر به استفراغ نباشد و از سمیت مدت زیاد نگذشته باشد، در نظر گیرید.
کاربن مونو اکساید	اکسیجن ۱۰۰ فیصد جهت دور کردن سریع کاربن مونو اکساید الی از بین رفتن نشانه های هایپوکسیا تطبیق گردد.	مریض ممکن با وصف کم بودن اکسیجن خون (Hypoxemic) گلابی رنگ به نظر رسد.
مواد مخدر (Narcotics): محصولات تریاک (مانند Morphine, heroin, codeine, Tramadol, propoxyphene)	• تظاهرات کلینیکی سمیت مواد مخدر ملاحظہ گردد: ○ تسمم خفیف با خوشی کاذب، سرگنگسی و تقیض حقدقه همراه است ○ تسمم شدید ممکن سبب تفریط فشار خون، برادی کاردی، کاهش درجه حرارت بدن، تشنج، اذیمای ریوی، کوما، و انحطاط و توقف سیستم تنفسی گردد ○ مرگ از اثر توقف تنفس (Apnea) یا داخل شدن محتویات معدہ به ریه (Aspiration Pneumonia) رخ میدهد. • طرق تنفسی را با دادن اکسیجن و تهویه مصنوعی محافظه نمایند • در صورت که برای مریض تولید استفراغ، لواز معدہ و تطبیق چارکول مصنوعی باشد، اقدام به اجرای آن نمایند. • مریض را غرض گرفتن Naloxane که یک انتاگونیسست مشخص محصولات تریاک است (در صورت موجودیت آن در شفاخانه ولسوالی و بلندتر) رجعت دهید. ویال ۴۰۰ مایکروگرام (مساوی به ۰.۴ میلی گرام) فی میلی لیتر. مقدار آن از طریق زرق وریدی: ○ اطفال: ۱۰ مایکروگرام فی کیلوگرام وزن بدن. درصورت عدم پاسخ دوز آن در جریان ۲ دقیقه تکرار گردد.	Naloxane hydrochloride ممکن به عین دوز از طریق زرق عضلی یا تحت جلدی تطبیق گردد، اما فقط در حالات که طرق وریدی ممکن نباشد. زرق داخل عضلی و تحت جلدی دارای تاثیرات بطی تر میباشد.

ادامه مواد مخدر	○ کاهلان: دوز ۰,۴ الی ۲ میلی گرام را به وقفه های ۲ الی ۳ دقیقه تکرار نموده تا به دوز اعظمی ۱۰ میلی گرام برسد. در صورت عدم بهبودی در فعالیت های تنفسی تشخیص تحت سوال قرار میگیرد.
Benzodiazepines	Flumazenil یک انتاگونیست مشخص آخذه های بنزودیازپین است (در شفاخانه ولسوالی و بلند تر از آن موجود است). ۰,۲ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن از طریق زرق وریدی در جریان دو دقیقه تطبیق گردد (الی دوز اعظمی ۲ میلی گرام).

رجعت دهی

- رجعت دهی تمام مریضان مشکوک به سمیت قابل ملاحظه برای مشاهده حد اقل ۶ ساعت. تحت مشاهده بودن
- میتواند که تا ۲۴ ساعت دوام نماید که این ارتباط به معروض بودن به سم، فاصله مرکز صحنی و سایر عوامل دارد
- مریضان که محصولات پتروولیم و مواد سوزنده را بلع نموده اند الی تکمیل نمودن ۶ ساعت به خانه فرستاده نشود.
- مواد سوزنده میتواند سبب سوختاندن مری گردد که تظاهرات آن به زودی معلوم نمیشود. انشاق محصولات پتروولیم میتواند که سبب اذیمای ریه گردند که انکشاف این پروسه چند ساعت را در بر میگیرد.
- مریضان ذیل به شفاخانه سطوح بلندتر در زمان مناسب و با مصئونیت انتقال یابند.
- مریضان بدون حالت شعوری یا مریضانیکه حالت شعوری شان روبه خراب شدن است
- یادداشت: مریضان بدون حالت شعوری را به وضعیت Recovery قرار دهید
- مریضان که گلو و دهن شان سوختگی دارد
- مریضان دیسترس شدید تنفسی
- مریضانیکه مصاب به انحطاط دوران خون اند
- مریضانیکه جروحات قابل ملاحظه کره عین دارند
- تمام مریضانیکه عمداً سمیات را بلع نموده یا قصداً سم داده شده باشند باید رجعت دهی گردند

وقایه

- دواها و سمیات را به صورت درست لیبل گذاری نموده و در قطی های شناخته شده بگذارید
- احتیاط: این مواد را از دسترس اطفال دور نگهدارید
- برای مریضانیکه مشکلات روحی روانی دارند و خطر خودکشی نزد شان محسوس است اقدامات حمایتی روی دست گرفته شود.

هدایات به مریضان

- یافته های موخر و اختلاطات سمیات مشخص را مرور نمایند. در صورت مواجه شدن به علایم خطر به کلینیک مراجعه نمایند
- والدین را در مورد کمک های اولیه در صورت مواجه شدن به مواد سمی در آینده توصیه نمایند
- طفل را در حالات ذیل مجبور به استفراغ نه نمایند-
 - در صورت بلع مواد سوزنده، نفت، پتروول، یا محصولات که بنیه پتروولی دارند توسط طفل.
 - در صورتیکه دهن و گلوی طفل سوختگی داشته باشد
 - طفل که سرگیجی داشته باشد
- اگر طفل ادویه، یا سمیات را بلع نموده باشد کوشش نمایند تا به تحریک نمودن قسمت عقب گلو استفراغ را تولید کنید.
- هر چه زودتر طفل را به مرکز صحنی همراه با جزئیات معلومات در مورد ماده مورد نظر (قطی ماده، لیبل، یا نمونه ماده سمی) انتقال دهید.

فصل هفدهم

اعراض و علائم

Signs and Symptoms

۱۷.۱ اختلاج ناشی از تب (Febrile Convulsion)

اختلاج ناشی از تب عبارت از حملات اختلاجی ناگهانی (Seizure triggered) بوده که در اثر تب بلند (۳۸,۵ درجه سانتی گرید یا بیشتر از آن) بوجود میآید. این اختلاج بدون موجودیت انتان سیستم عصب مرکزی (CNS) به صورت وصفی در بین سنین ۳ ماهه تا ۵ ساله گی رخ میدهد. به صورت عموم اختلاج ناشی از تب دارای انزار خوب میباشد.

- اختلاج ناشی از تب میتواند که ساده یا مغلق باشد.
- اختلاج ساده ناشی از تب
 - یک حمله اختلاجی عمومی منفرد بوده که اکثراً در ابتدای حالات تیدار بوقوع میپیوندد.
 - حملات اختلاجی ۲ تا ۳ دقیقه دوام نموده و همیشه مدت دوام آن کمتر از ۱۵ دقیقه میباشد.
 - با کدام نقیصه عصبی همراه نیست.
 - اغلباً تاریخچه فامیلی حملات اختلاجی ناشی از تب موجود میباشد.
 - معمولاً حملات اختلاجی عود نکرده، دارای انزار خوب بوده و توأم با صرع نمیشد.
- اختلاج مغلق ناشی از تب
 - میتواند محرافی، متکرر یا به هردو شکل باشد
 - حملات اختلاجی بیشتر از ده دقیقه دوام میکند
 - اینارملیتی های عصبی و متعاقباً صرع، و یا هردو حالت موجود میباشد.
 - این حالت توأم با انتانات داخل قحف یا سایر مشکلات سیستم عصب مرکزی میباشد.
- تفکیک نمودن اختلاج ناشی از تب با اختلاجات ناشی از امراض ذیل مشکل میباشد:
 - امراض وخیم داخل قحف (مانند التهاب سحایا)
 - امراض خارج قحف مانند سینه و بغل، امراض ویروسی، ملاریا، یا سایر انتان مشخص مانند انتان طرق بولی و کاهش گلوکوز خون (Hypoglycemia)

تشخیص

- همیشه طفل کمتر از ۵ سال را برای علائم خطر در مطابقت به فلپ چارت IMCI معاینه نمائید.
- درجه حرارت ۳۸,۵ درجه سانتی گرید یا بلند تر از آن را متوجه باشید.
- حملات اختلاجی معمولاً شکل تونیک و کلونیک بوده که ممکن با ضیاع شعور و از دست دادن کنترل ادرار و مواد غایبه همراه باشد.
- عامل ایجاد تب و حملات اختلاجی:
 - انتانات ویروسی (مانند گلودردی ویروسی)
 - انتانات باکتریایی
 - داخل قحف: التهاب سحایا/ التهاب نسج عصبی (Encephalitis) یا آبسه های دماغ
 - خارج قحف: انتانات طرق تنفسی علوی، التهاب حاد گوش متوسط، گلودردی باکتریایی یا انتان طرق بولی
 - استقلایی: کاهش گلوکوز خون
 - ملاریا

اهتمامات و تدابیر معالجوی

هدف تدای باز نگهداشتن طرق تنفسی، توقف حملات اختلاجی، کنترل تب، و شناسایی اسباب تب و تدای آن میباشد.

غیر دواایی

- باز نگهداشتن طرق تنفسی
- وضعیت دادن طفل به یک پهلو به منظور جلوگیری از انشاق مواد به طرق تنفسی
- در صورت کبود بودن زبان و لب ها، باز کردن دهن مریض جهت اطمینان از صاف بودن طرق تنفسی و تطبیق اکسیجن.
- پاک کردن افرازات
- مریض که اختلاج دارد از طریق دهن چیزی نخورد.
- حفاظت از جروحات
- جلوگیری از افتادن یا ترصیضات موضعی
- حفاظت زبان از جویدن
- کاهش تب
- دور کردن لباس طفل
- گذاشتن تکهٔ سرد و نم‌دار (طور مثال مرطوب کردن اسفنج با آب نیم گرم)
- تجویز مایعات زمانیکه حملات اختلاجی مریض بهبود میابد

اهتمامات دواایی

- اولین اقدام: تداوی اختلاج با Diazepam
 - احتیاط: این تداوی فقط در صورتیکه مریض هنوز هم اختلاج داشته باشد، صورت بگیرد. در صورتیکه حملات اختلاجی توقف کرده باشد تب را کنترل نمائید.
 - تجویز Diazepam: ۵، یا نیم میلی گرم فی کیلوگرام وزن بدن از طریق مقعد. تکرار دوز در ظرف ۱۰ دقیقه در صورتیکه حملات ادامه یابد.
 - پروسیجر ذیل را در تطبیق تعقیب نمائید:
 - مقدار مناسب محلول Diazepam را در داخل یک سرنج انسولین یا و سرنج تست توپرکلوز کش نمائید. به جدول الف ۹ ضمیمهٔ A برای دوز های معیاری مراجعه گردد.
 - سوزن سرنج را دور کرده و سرنج (بدون سوزن) را قبل از تخلیه کردن به اندازهٔ ۴ تا ۵ سانتی متر داخل مقعد مریض نمائید.
 - و سرنج بدون سوزن حاوی Diazepam را داخل مقعد مریض تخلیه نمائید.
 - سرنج های مریض را برای ۲ تا ۳ دقیقه بالای یک دیگر فشار دهید.
- اقدام دومی: تداوی تب با توصیهٔ Paracetamol الی بهبودی آن. به جدول الف ۱۵ ضمیمهٔ A برای دوز های معیاری مراجعه گردد.
 - در صورتیکه طفل قادر به خوردن نیست، Paracetamol را از طریق تیوپ انفی معدوی تجویز کنید.
 - احتیاط: برای اطفال کمتر از ۵ سال به علت بوجود آمدن سندروم Reye نباید Aspirin توصیه گردد.
 - اقدام سومی: انتان را که سبب بلند رفتن درجه حرارت گردیده است تداوی نمائید. تداوی با انتی بیوتیک مناسب به اساس تشخیص وضع شده و در صورت مشکوک شدن به امراض باکتریایی یا موجودیت علایم عمومی خطر آن یا کدام علایم خطر ناشی از امراض شدید دیگر، صورت گیرد. در صورت تشخیص انتانات طرق تنفسی علوی یا انتان طرق بولی باشد قرار ذیل تداوی گردد-
 - تجویز Co-trimoxazole به جدول الف ۸ ضمیمهٔ الف برای دوز های معیاری مراجعه گردد.
- یا-
 - در صورتیکه مریض در مقابل کوتریموکسازول حساسی است یا بعد از گذشتن ۴۸ ساعت در برابر تداوی بهبودی حاصل نکرده، گزینهٔ دوم Amoxicillin میباشد. به جدول الف ۳ ضمیمهٔ الف برای دوز های معیاری مراجعه گردد.
- یا-
 - در واقعات حساسیت یا آلرژی در مقابل Penicillin، از Erythromycin استفاده نمائید. به جدول الف ۱۲ ضمیمهٔ الف برای دوز های معیاری مراجعه گردد.

- از کاهش گلوکوز خون (Hypoglycemia) در نزد اطفال جلوگیری نموده وبا توصیه آب شیرین در نوزدان با شیر مادر آنرا تداوی نمائید.

رجعت دهی

- تمام حملات ابتدایی اختلاج و انواع غیر وصفی (به طور مثال حملات مکرر اختلاجی، عدم بازیابی شعور مکمل بعد از حمله اختلاج) آنرا جهت معاینات بیشتر هرچه زودتر به شفاخانه رجعت دهید.
- تمام اطفال کمتر از ۵ سال که بر اساس علایم خطر IMCI مشکوک به التهاب سحای یا Encephalitis اند یا علایم خطر امراض دیگر نزد شان موجود اند بعد از تثبیت و تطبیق دوز های ابتدایی انتی بیوتیک ها: Ampicillin همراه Gentamicin (به جدول الف ۴ و الف ۱۳ ضمیمه الف برای دوز های معیاری مراجعه گردد) باید رجعت داده شوند.

وقایع

- با توصیه تطبیقات سرد توسط اسفنج های مرطوب و Paracetamol خصوصاً نزد آنهایکه تاریخچه قبلی حملات اختلاجی دارند، از بلند رفتن درجه حرارت اطفال (بالاتر از ۳۸,۵ درجه سانتی گرید) میتوان جلوگیری کرد.

هدایات به مریض

- تشویق مادر یا مواظبت کننده طفل برای ادامه تغذی برای اطفال که حالت خوب شعوری دارند
- جلوگیری از تکرر تب با توصیه تطبیقات سرد با اسفنج های مرطوب و Paracetamol
- جابه جا سازی اطفال در محل گرم اما دارای تهویه خوب. بیرون نمودن لباس های اضافی طفل، پوشانیدن طفل با یک لباس یا روجایی نازک. در صورتیکه طفل احساس سردی مینماید پوشانیدن وی با یک روجایی نازک و سبک
- توصیه فامیل طفل برای مراجعه نمودن بعد از دو روز غرض ارزیابی دوباره
- توصیه فامیل طفل برای مراجعه هر چه زودتر در صورتیکه اعراض جدید نزد طفل ایجاد گردیده یا وضعیت طفل خرابتر گردد.

۱۷.۲ سرفه (Cough)

شرح

- سرفه یک عکسه یا عکس العمل سیستم تنفسی بوده که بیشتر اوقات از سبب تخریش سیستم تنفسی توسط انتان، اجسام اجنبی یا امراض مزمن بوجود میاید. سرفه یک علامه معمول نزد اطفال و کاهلان است. سرفه اغلبا خفیف بوده و خود به خود بهبود میاید (سرماخوردگی)، هرچند سرفه میتواند یک علامه امراض شدید یا تهدید کننده حیات باشد. سرفه ممکن علامه یک حالت حاد (طور مثال انتان حاد طرق تنفسی، اجسام اجنبی، سینه ویغل، استما، یا اذیمای ریه ناشی از عدم کفایه قلب) یا علامه یک حالت مزمن (چون توبرکلوز، امراض مزمن انسدادی ریه یا سرطان) باشد.

تشخیص

- گرفتن تاریخچه که نشان دهنده مدت سرفه توام با یافته های دیگر باشد
 - بررسی موجودیت سرفه معند بیشتر از دو هفته
 - جستجوی موجودیت بلغم، تب و استفراغات
 - ارزیابی مشخصات سرفه (چون سرفه های انفرادی، سرفه ثابت، سرفه تشنجی "سیاه سرفه").
 - پرسشی در مورد داشتن تماس با مریض مصاب به توبرکلوز یا سایر امراض ساری
 - دریافت تاریخچه در مورد معافیت مریض (واکسین)
- تمام مریضان خصوصاً اطفال کمتر از ۵ سال را معاینه کنید. به فلپ چارت IMCI مراجعه گردد و علایم خطر امراض شدید و علایم سینه و بغل شدید را قرار ذیل جستجو نمائید.
 - عدم توانایی به نوشیدن و مکیدن شیر
 - استفراغات غیر قابل کنترل

- حملات اختلاجی اخیر
- تخرشیت و از دست دادن شعور
- فرورفته گی صدر
- آواز های ستیریدور در طفل آرام
- سینه و بغل در نوزدان کمتر از دو ماه
- جستجوی سایر دریافت های تنفسی
- زجرت تنفس: هشدار در مورد عدم توانایی تنفس کردن
- تنفس سریع
 - نوزادان ۰ الی ۲ ماه: ۶۰ یا بیشتر از ۶۰ نفس در یک دقیقه
 - نوزادان ۲ الی ۱۱ ماه: بیشتر از ۵۰ نفس در یک دقیقه
 - اطفال ۱ الی ۵ ساله: بیشتر از ۴۰ نفس در یک دقیقه
- سیانوز، خُرْخُر کردن، پرش بینی، پندیدن گردن، آواز های ستیریدور، فرورفته گی قسمت سفلی صدر (نزد اطفال)
- یا عدم توانایی در خوردن
- حالات ضمیموی شامل موارد ذیل اند:
 - سرما خوردگی یا ریزش
 - سینه و بغل: تب، بلغم چرکین، Crackles، کاهش آوازهای تنفسی، اصمیت آوازها با وارد نمودن ضربه
 - "Percussion" (انصباب پلورایی و Empyema باید مد نظر باشد)
 - ویزنگ- ممکن توام با استمیا یا یکی از اختلالات سینه و بغل، التهابات برانشیول ها، گریپ و سایر امراض ریوی، یا مرحله ریوی هجوم کرم ها یا پرازیت ها (مانند سندروم لوفلر) باشد.
 - عدم کفایه قلبی- سبب بوجود آمدن مایعات در ریه و تشدید سرفه میگردد
 - ستیریدور- یک آواز خشن در جریان شهیق به سبب تنگ شدن مجرای بزرگ هوایی از اثر:
 - استنشاق جسم اجنبی یا ترضیض
 - اذیمای ناشی از: وپروس ها (مانند گریپ و سرخکان) دیفتری، سیاه سرفه، ابسه های خلف بلعوم، یا انفالکسی

اهتمامات و تدابیر معالجوی

اسباب سرفه و امراض ضمیموی آنرا دریافت نمائید. مراقبت های فوری و تدابیر برای رجعت دهی مریضانیکه علایم خطر نزد شان تظاهر نموده یا علایم امراض شدید را نشان میدهند، فراهم گردد. خطرات توبرکلوزشناسایی شده و تمام مریضان که بیشتر از دو هفته سرفه دارند برای معاینات توبرکلوز رجعت داده شوند. یادداشت: باید از عدم موجودیت جسم اجنبی، اذیمای حنجره خصوصاً مریضانیکه ستیریدور دارند خود را مطمئن سازید.

غیر دواایی

- مریض را به گرفتن مایعات، تغذی خوب و ادامه تغذی با شیر مادر توصیه نمائید.
- در صورت ضرورت استراحت بستر توصیه گردد.

اهتمامات دواایی

- تجویز آکسیجن در صورت ضرورت.
- تداوی امراض زمینه ساز.

رجعت دهی

- نوزادان کمتر از دو ماه مصاب به سینه و بغل
- تمام مریضان که علایم خطر یا دسترس تنفسی را نشان میدهند و مریضانیکه مصاب به امراض ذیل اند:
 - سینه و بغل شدید
 - استمای شدید

- تمام واقعات تهدید کننده حیات (مانند موجودیت جسم اجنبی)
- تمام واقعات مشکوک که معروض به توپر کلوز بوده یا اعراض آنرا نشان دهند، خصوصاً موجودیت خون در بلغم
- مریض یا سرفه بیشتر از دو هفته
- سرفه توام با کاهش وزن یا رشد ضعیف مریض
- مریضانی که با وصف تداوی ابتدایی بهبود نیافته اند

وقایه

- تجرید مریض که مشکوک به سینه و بغل یا سایر امراض ساری است
- اطمینان از معافیت (واکسین) تمام اطفال (فصل ۱۹ "واکسین ها" مشاهده گردند)

هدایات به مریض

- مراعات نمودن نزاکت سرفه کردن بشکل ذیل:
 - گردانیدن سر دور تر از دیگران در هنگام سرفه
 - استفاده از پارچه های پاک در هنگام سرفه
- گرفتن مایعات و تغذی خوب
- نوشیدن چای، آب گرم، یا شوربا که سبب تسکین گلو و آرام شدن اعراض میگردد
- بازگشت دوباره مریض بعد از ۵ روز جهت بررسی ویا در صورت وخیم شدن وضعیت زود تر مراجعه شود
- از ادویه تسکین کننده سرفه یا دوا های سنتی استفاده نکنید

۱۷.۳ تب (Fever)

شرح

تب یک عرض معمول بوده که اغلباً نه همیشه وابسته به انتان میباشد. تب عبارت است از بلند رفتن درجه حرارت بدن از ۳۸ درجه سانتی گرید (در ناحیه مقعد) یا ۳۷.۵ درجه سانتی گرید (در ناحیه فمی و ابطی) است. قبل از تشخیص یک مرض همیشه به علائم شدید آن توجه نمائید. تب یک عکس العمل طبیعی و در بعضی حالات مفید در مقابل انتان میباشد. تب به تنهایی نمیتواند یک تشخیص را وضع نماید. تب در اطفال میتواند سبب درد، ناراحتی عضلات، ناراحتی مفاصل، سردردی، بی خوابی و اختلاجات گردد.

تشخیص

- مدت و شدت تب مشخص گردد.
- موجودیت علائم انتان موضعی که سبب تب نزد مریض گردیده است، شناسایی شود.
- درجه حرارت را محتاطانه معاینه کنید. در صورتیکه از ترامتر های سیمایی استفاده مینمائید اندازه گیری را حد اقل الی مدت پنج دقیقه ادامه دهید.
- اگر مریض یک طفل کمتر از ۵ سال است فلپ چارت IMCI را تعقیب نموده و متوجه علائم امراض بسیار شدید باشید (مثلاً موجودیت علائم عمومی خطر) مانند:
 - طفل به خوردن و نوشیدن علاقه مند نیست
 - طفل به صورت غیر نارمل خواب آلود بوده و به مشکل بیدار میشود
 - طفل حالت غیر شعوری دارد
 - طفل اختلاجی بوده یا حمله اختلاج را گذرانده
 - طفل استفراغ میکند یا استفراغ معند داشته و خطر ضیاع مایعات نزدش موجود است
- اگر مریض یک طفل کمتر از ۵ سال است فلپ چارت IMCI را تعقیب نموده و متوجه علائم امراض شدید باشید (مثلاً موجودیت علائم عمومی خطر) مانند:

- سریع بودن تنفس (۶۰ نفس یا بیشتر از آن در یک دقیقه) در طفل کمتر از ۲ ماهه
- فرو رفته گی صدر: قسمت های پائین صدر در هنگام تنفس کردن طفل به داخل میرود
- آواز های خشن تنفسی در هنگام نفس کشیدن طفل
- بیحالی، چشمان فرورفته، عدم توانایی نوشیدن، برگشتن آهسته جلد بعد Pinch جلدی
- شخی گردن
- قرنیه مکرر یا قرحات عمیق فمی
- موجودیت پندیدگی حساس در ناحیه خلفی گوش
- کاهش شدید و قابل مشاهده وزن یا اذیمای پاها
- خسافت شدید کف دست
- علایم موضعی را غرض دریافت علت تب و تشخیص درست جستجو نمائید. (تشخیص های احتمالی در داخل قوس ها گنجانیده شده اند)
- سر دردی شدید، شخی گردن، کوما (التهاب سحایا ، التهاب جیوب "Sinusitis")
- درد شدید گلو (گلودردی، آبسه ها)
- درد عظم مستوتید یا گوش و یا موجودیت چرک (التهاب اذن متوسط، التهاب عظم مستوتید "Mastoiditis")
- سرفه، فرو رفته گی قسمت پائینی صدر، تنفس سریع (سینه و بغل)
- سرفه، احساس سردی (انتان ویروسی طرق تنفسی علوی)
- درد بطنی، اسهال، قبضیت (مشکلات طرق معدی معایی، التهاب پريتوان، محرقه)
- درد در هنگام ادرار، درد ناحیه فلانک ها، یا هردو (انتانات طرق بولی)
- درد مفاصل یا اطراف (اوستیومالیته، التهاب انتانی مفاصل)
- درد، تورم یا تموج موضعی (Cellulitis، آبسه)
- اسباب تب را که ممکن با علایم موضعی همراه نباشد، در نظر گیرید.
- ملاریا- زنده گی کردن یا سفر نمودن در ساحت اندیمیک ملاریا در جریان ۴ هفته گذشته، موجودیت تب متکرر، یرقان، کمخونی (تست خون برای ملاریا اجرا شود)
- Septicemia ناراحتی شدید و آشکار بدون برملا بودن اسباب آن (پورپورا، Petechia، شاک در نوزادان، یا اطفال مصاب به سوء تغذی شدید)
- توبرکلوز
- سرطان
- اندوکاردیت، تب روماتیزمل
- بروسیلوز
- اسباب تب توام با رش های جلدی ملاحظه گردند
- سرخکان: با رش های وصفی
- انتان مننگوکوکال: رش های Petechial یا پورپورا مانند
- سندروم ویروسی
- یادداشت: در نوزادان و اشخاص مسن ممکن تب موجود نبوده یا اعراض دیگر مانند سر گیجی، و عدم توانایی در تغذی قبل از آن موجود باشد.
- اهتمامات و تدابیر معالجوی**
- تمام مریضان که تب دارند غرض دریافت اعراض و علایم امراض زمینه ساز که منجر به تب گردیده معاینه شده و تداوی کردند.
- غیر دوايي**
- قرار دادن مریض در یک محل گرم اما با تهویه خوب
- بیرون کردن لباس های اضافی مریض

- پیچانیدن مریض با یک لباس نازک و سبک
- گذاشتن تکه مرطوب بالای بدن مریض با مغطوس کردن آن با آب نیم گرم در اتاق که درجه حرارت آن بلند تر از ۴۰ درجه سانتی گرید است.
- پوشانیدن مریض با لباس نازک و سبک در صورتیکه احساس سردی کرده یا لرزه دارد.
- جلوگیری از ضیاع مایعات، تشویق به گرفتن مایعات از طریق دهن و ادامه تغذی طفل با شیر مادر

دوایی

- اطفال که سن شان از ۵ سال کمتر بوده و علائم امراض بسیار شدید یا امراض شدید را نشان میدهند، باید دوز اول تداوی شان مطابق به فلپ چارت IMCI تطبیق شده و مریض هر چه زودتر به شفاخانه رجعت داده شود.
- تداوی بر اساس اسباب مرض صورت گیرد (در صورت شناسایی)
- در صورت که تب ۳۸.۵ درجه سانتی گرید یا بلند تر باشد، تجویز Paracetamol را الی کاهش تب ادامه دهید.
- به جدول الف ۱۵ ضمیمه A برای دوز های معیاری مراجعه گردد.
- احتیاط: برای اطفال کمتر از ۵ سال به علت بوجود آمدن Reye's syndrome نباید Aspirin توصیه گردد.
- انتی بیوتیک را تنها در صورت ضرورت تجویز نمائید:
- سبب شناسایی شده تب را با انتی بیوتیک مناسب تداوی نمائید.
- اسباب ناشناخته شده تب را با انتی بیوتیک تداوی ننمائید.

رجعت دهی

- تمام نوزادان
- تمام اطفال کمتر از ۵ سال دارای علائم امراض بسیار شدید و یا امراض شدید (درمطابقت به فلپ چارت IMCI نزد شان تثبیت گردد).
- تمام مریضان با علائم امراض ممکنه شدید یا موجودیت تب همراه با علائم التهاب سحای، یرقان، کوما، سرگیچی، اختلاج، یا سرطان را نشان دهند.
- رجعت دهی اطفالیکه با وصف تداوی در مدت سه روز تب شان کاهش نیابد.
- مریضان که دارای علائم سینه و بغل شدید باشند
- مریضان که دارای علائم انتانات عمیق یا آسه اند- ممکن ضرورت به جراحی داشته باشند.
- مریضان توکسیک (طور مثال مریضانیکه خیلی ناراحت به نظر میرسند و یا ناراحت تر میشوند)
- تب عود کننده (طور مثال تب کم شده و دوباره بوجود میاید)
- مریضانیکه درد شدید بطنی داشته یا از معاینه شدن خویش معانت مینمایند (طور مثال علائم پریتونیت)

وقایع

- مراعات نمودن حفظ الصحه شخصی و شستن دستان
- مراعات نمودن نزاکت های اجتماعی سرفه کردن (مانند پوشانیدن دهن و بینی در هنگام سرفه) تا از انتشار امراض توسط قطرات هوایی مانند انتانات طرق تنفسی علوی، سینه و بغل، توبرکلوز یا سرخاکان جلوگیری گردد.

هدایات به مریض

- معاینه درجه حرارت بدن به صورت منظم
- مراجعه دوباره به کلینیک در صورتیکه:
 - اعراض جدید انکشاف نماید
 - با وصف تداوی ابتدایی ادامه تب تا سه روز بعدی
- در صورتیکه امراض زمینه ساز تب دریافت نگردد مریض تا دو روز بعد باید دوباره مراجعه نماید.
- یادداشت: مریضان که توان بازگشت دوباره را ندارند ایشان را تا مدت ۴۸ ساعت تحت نظارت خود در کلینیک نگهدارید.

۱۷.۴ سردردی و نیم سری (Headache and Migraine)

۱۷.۴.۱ سردردی (Headache)

شرح

سردردی ممکن بی خطر یا جدی باشد. سردردی میتواند اسباب زمینه ساز جدی ذیل را داشته باشد:

- التهاب سحایا و التهاب نسج دماغی
- حالات عاجل فرط فشار خون
- سکتة مغزی (Stroke)
- التهاب عظم مستونید و التهاب اذن متوسط
- تومورهای دماغ
- کمخونی

تشخیص

سردردی های ناشی از امراض شدید اغلباً با اعراض و علایم عصبی بشمول موارد ذیل همراه اند:

- اختلال حالت شعوری
- تغییر خلق
- اختلالات بصری
- گیجی
- تغییرات حدقه چشم و تفاوت در اندازه آن ها
- فلج های محراقی
- اختلاجات
- شخی گردن
- استفراغات
- تب

سردردی ناشی از تشنج عضلی و نیم سری (فصل ۱۷,۴,۲ "نیم سری") از جمله سردردی های معمول و بی خطر اند.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

هدف از اهتمامات دریافت عامل اصلی و تداوی آن و به همین شکل فراهم نمودن تداوی عرضی سردردی های معمول و بی خطر میباشد.

- آزمایش شیوه های تسکین دهنده
- توصیه مریض به اخذ مایعات کافی
- تجویز Paracetamol. به جدول الف ۱۵ ضمیمه A برای دوز های معیاری مراجعه گردد.

رجعت دهی

- مشکوکین به التهاب سحایا هر چه زودتر بعد از تطبیق اولین دوز تداوی (فصل ۷,۲ "التهاب نسج دماغی و التهاب سحایا" مشاهده گردد) رجعت داده شوند.
- در صورتیکه سردردی نزد اطفال بیشتر از ۳ روز دوام کند.
- سردردی توام با تظاهرات عصبی
- سردردی کم سابقه که بیش از یک هفته در یک شخص کاهل دوام نماید.

هدایات به مریض

مریض باید به مرکز صحی جهت مشوره گیری مراجعه نماید، زمانیکه سردردی:

- متکرراً بیشتر از حالت معمول بوجود آید.
- نسبت به حالت معمول شدید تر باشد.
- با وصف استفاده مناسب Paracetamol بهبود نیافته یا بدتر شود.
- مریض را از کار کردن، استراحت یا اشتراک در فعالیت های نارمل روزمره باز دارد

۱۷.۴.۲ نیم سری (Migraine)

شرح

سردردی نوع نیم سری یک درد ضربانی جوانب راس بوده که حملات آن به صورت وقفوی به تعقیب شروع مرض در نزد کاهلان و دوره نوجوانی بوجود میاید. گرچه تمام سردردی های ضربانی مشخصه خاص نیم سری نمی باشند.

مریضان اکثراً تاریخچه فامیلی نیم سری را دارا اند. حملات آن ممکن با احساسات و فشار های فیزیکی، کم خوابی یا خواب بیش از حد، فقدان مواد غذایی، غذا های مشخص (مانند چاکلیت)، نوشابه های الکولی، دوره تحیض، یا استفاده از ادویه فمی ضد حمل شدت کسب نماید (فصل ۱۸ "تنظیم خانوادگی" مشاهده گردد).

تشخیص

- سردردی معمولاً ضربانی
- دلبیدی، استغراغ، ترس از روشنی و صدا
- موجودیت اعراض گذری عصبی (معمولاً اعراض بصری)

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

توصیه مریض به دوری از عوامل تشدید کننده.

دوايي

اهتمامات دوايي شامل تداوی وقایوی و تداوی حملات حاد مرض میباشد (مانند تداوی عرضی).

- تداوی حمله حاد مرض
 - Aspirin ۳۰۰ تا ۹۰۰ میلی گرام هر ۴ تا ۶ ساعت بعد در صورت ضرورت احتیاط: برای اطفال کمتر از ۵ سال به علت بوجود آمدن سندروم Reye نباید Aspirin توصیه گردد.
 - یا-
 - تجویز Paracetamol، به جدول الف ۱۵ ضمیمه A برای دوز های معیاری مراجعه گردد.
 - یا-
 - Ibuprofen (تابلیت ۴۰۰ میلی گرام): یک تابلیت هر ۶ ساعت بعد برای کاهلان هنگام ضرورت
 - همراه با-
 - تداوی با تقیض دهنده های وعایی خارج قحفی یا Extracranial vasoconstrictions:
 - Caffeine ۱۰۰ میلی گرام همراه با Ergotamine tartrate یک میلی گرام: یک یا دو تابلیت در شروع سردردی، که با یک تابلیت هر ۳۰ دقیقه بعد، در صورت ضرورت تا ۶ تابلیت در هر حمله یا ۱۰ تابلیت در یک هفته تعقیب میگردد (در مراکز صحتی BPHS موجود نیست).
 - تداوی وقایوی: در صورتیکه تعداد حملات بیشتر از ۲ تا ۳ حمله در یک ماه بوده و زنده گی نارمل شخص را به مخاطره مواجه سازد، تداوی وقایوی ضروری بوده میباشد. تداوی توسط یک متخصص صورت گرفته که ضرورت به رجعت دهی دارد. معمولاً ادویه ذیل تجویز میگرددند:
 - Propranolol دوز معمول آن ۲۰-۴۰ میلی گرام دو مرتبه در روز میباشد. (دوز اعظمی روزانه ۸۰ تا ۲۴۰ میلی گرام

نزد کاهلان) (در شفاخانه ولسوالی موجود است)

- Amitriptyline ۱۵۰ تا ۱۵۰ میلی گرام (در مراکز صحتی جامع و شفاخانه های ولسوالی موجود است)
- imipramine ۱۰ تا ۱۵۰ میلی گرام (در مراکز صحتی مجموعه خدمات اساسی صحتی موجود نیست)

۱۷.۵ یرقان (Jaundice)

شرح

یرقان حالتیست که در آن جلد، کف دستان و چشمان رنگ زرد را به خود میگیرد. این حالت در نتیجه تجمع بیلیروبین در انساج عضویت از اثر افزایش تولید آن (Hemolysis) یا کاهش پروسه اطراح آن (امراض کبدی صفراوی) بوجود میاید. یرقان از نظر کلنیکی قابل شناخت نمیشد تا هنگام که سوبه بیلیروبین بیشتر از ۳ میلی گرام در فی دیسی لیتر نرسد، سوبه نارمل بیلیروبین ۱.۲ میلی گرام در فی دیسی لیتر میباشد. یرقان نزد نوزادان میتواند بشکل فزیولوژیک با رد کردن سایر اسباب بوجود آمده، زمانیکه بشکل خفیف در روزهای ۲ الی ۵ روز اول حیات تظاهر نماید. سایر تظاهرات یرقان نوزادی غرض جلوگیری از اختلالات مثل Kernicterus (مانند بلند رفتن سوبه بیلیروبین خون در مغز) باید رجعت داده شود که این اختلاط سبب اختلالات عصبی یا مرگ میگردد. تمام انواع یرقانات چی در نزد اطفال یا کاهلان باید جهت اجرای تست ها و تداوی ممکنه آن مانند هیپاتیت ها، انسداد یا امراض طرق صفراوی، همولیز یا انتانات شدید رجعت داده شوند.

تشخیص

- یرقان فزیولوژیک نزد بیش از ۵۰ فیصد نوزادان نارمل و بیش از ۸۰ فیصد نوزادان قبل از وقت بوجود میاید. برای تشخیص یرقان فزیولوژیک و خفیف شواهد ذیل باید جستجو گردند:
 - این حالت در روزهای ۲ تا ۵ بعد از ولادت رونما شده و بعد از گذشت ۱۴ روز در حالیکه خیلی خفیف است رفع میگردد.
 - با وارد نمودن فشار توسط انگشت در قسمت پیشانی نوزاد و دور کردن انگشت، در ساحه فشار داده شده چاپ انگشت به رنگ زرد به عوض رنگ سفید دیده میشود.
 - یرقان غیر نارمل یا غیر فزیولوژیک در نوزاد با مشخصات ذیل رونما میگردد:
 - یرقان در جریان ۲۴ ساعت بعد از تولد یا بعد از روز سیزدهم حیات بوجود میاید.
 - زردی بیشتر از دو هفته دوام میکند
 - زردی عمیق در جلد و چشمان بوجود میاید
 - زردی در کف دستان و کف پا ها ناشی از یرقان به خوبی دیده میشود
 - موجودیت اختلاج یا تخرشیت نوزاد نشان دهنده داخل شدن بیلیروبین در مغز میباشد.
 - شواهد موجودیت انتان، علائم خطر یا هردو ممکن موجود باشد.
 - احتیاط: یرقان در نزد غیر نوزادان، اطفال، و کاهلان غیر نارمل است.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

اهتمامات غیر دوائی

تداوی توسط نور ممکن برای یرقان نوزادی (مثلاً یرقان فزیولوژیک) یا تبدیل نمودن خون (در یرقانات شدید) مفید واقع گردد. تا حد ممکن باید مریض برای تشخیص و تداوی رجعت داده شود. تغذی نارمل با شیر مادر باید نزد نوزادان ادامه داده شود.

دوائی

- در صورت مشکوک شدن به انتان دوره نوزادی انتی بیوتیک توصیه نمائید.
- مانند Sepsis تداوی نمائید (فصل ۱۵.۴ "Sepsis")

- رجعت دهید.
- در صورت عدم موجودیت مضاد استطبیب و واضح بودن تشخیص برای تسکین خارش Chlorpheniramine توصیه نمایید.
- اطفال: به جدول الف ۷ ضمیمه الف برای دوز های معیاری مراجعه گردد
- کاهلان: ۴ میلی گرام هر هشت ساعت بعد

رجعت دهی

- تمام کاهلان و اطفال دارای زردی جهت گزینه های تشخیص و تداوی
- تمام نوزادان با شواهد یرقان غیر فزیولوژیک
- تمام نوزادان با شواهد یرقان فزیولوژیک در صورت امکان برای تعیین سویه بیلیروبین و به مقصد تداوی کامل رجعت داده شوند

وقایه

- شناسایی حمل های پرخطر و اختلالات نوزادان ذریعه مراقبت های مناسب قبل از ولادت (فصل ۹،۱ حمل و مراقبت های قبل از ولادت" مشاهده گردد) و زمان ولادت در مراکز خدمات اساسی شفاخانه یی
- رجعت دهی به موقع نوزاد جهت جلوگیری از اختلالات یرقان شدید نوزادی
- جستجوی علایم Sepsis و سایر اسباب یرقان نوزادی
- خودداری از نوشیدن الکل که عامل عمده یرقان و التهاب کبد یا سیروز در کاهلان میباشد.

هدایات به مریض

- نظارت دقیق از شدت و اختلالات یرقان نزد نوزادان که در منزل تداوی میگردند
- تشویق به تغذی با شیر مادر خصوصاً نوزادان قبل از وقت که خطر بیشتر رشد یرقان و اختلالات یرقان نزد شان متصور است

۱۷.۶ درد صدري (Chest Pain)

شرح

- درد صدري (یا ناراحتی صدري) یک عرض معمول بوده که ممکن در نتیجه مشکلات قلبی وعایی، ریوی، پلورایی، مری، معدی معایی، یا اختلالات عضلی اسکلتی، امراض جلدی، یا حالت اضطراب بوجود بیاید. ممکن که به شکل درد زنده، مبهم، سوزنده یا احساس فشار توسط مریض توضیح گردد.
- ارزیابی مریض شاکی از ناراحتی صدري:
- برنامه اهتمامات عاجل ومضون را ارزیابی نماید.
 - تشخیص را معین سازد.

تشخیص

جهت شناسایی سبب درد صدري به جدول ۱۷،۶ مراجعه گردد.

جدول ۱۷.۶ تظاهرات وصفی کلینیکی اسباب معمول ناراحتی حاد صدر

حالات	کیفیت	موقعیت	تظاهرات ضمیموی
خناق صدی (فصل ۶،۴ مشاهده گردد)	فشار، دقت، گرفته گی، احساس سنگینی، سوزش که بین ۲ تا ۱۰ دقیقه دوام میکند	عقب عظم سترنوم، اغلباً به طرف گردن، فک، شانه ها یا بازوی چپ انتشار دارد	• با فعالیت فیزیکی، معروض شدن به سردی یا فشار های روحی تشدید گردیده • با استراحت و گرفتن Nitroglycerine تسکین میگردد
احتشای حاد میوکارد (فصل ۵،۵ مشاهده گردد)	مشابه به خناق صدی بوده، اما با شدت بیشتر که اغلباً بیش از ۳۰ دقیقه دوام میکند	مشابه به خناق صدی	• با استراحت و گرفتن Nitroglycerine تسکین نمیگردد • ممکن توام با شواهد عدم کفایه قلب یا آریتمی ها باشد
سینه و بغل (فصل ۳،۳ مشاهده گردد)	درد شدید جدار صدر که با تنفس تشدید میگردد	یک طرفه، اکثراً موضعی	• عسرت تنفس • سرفه • تب • رال ها (Crackles)
پنوموتوراکس	حملات ناگهانی، که چندین ساعت دوام میکند	جوانب صدر، در نواحی پنوموتوراکس	• عسرت تنفس • کاهش آواز های تنفسی
مری یا معدی معایی (فصل ۲،۲ " مرض قرحه پپتیک" مشاهده گردد)	سوزش	ناحیه اپی گستریک؛ تحت سترنوم	با گرفتن غذا و انتی اسید تسکین میگردد
امراض کیسه صفرا (فصل ۱۶،۲،۳ مشاهده گردد)	سوزش، فشار	ناحیه اپی گستریک؛ ربع علوی طرف راست، تحت سترنوم	ممکن به تعقیب گرفتن غذا خصوصاً غذاهای چرب بوجود آید
امراض عضلی اسکلتی	درد دوامدار	متغییر	با تغیر موقعیت یا فشار موضعی در وقت معاینه شدید تر میگردد
مرض جلدی- Herpes zoster	زننده و سوزنده	توزیع آن بالای جلد	Rash های آبله مانند بالای ساحه مصاب

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

- موضوع بسیار مهم دور نمودن مشکلات تهدید کننده حیات منجبت اسباب درد صدری میباشد مانند خناق صدری، احتشای میوکارد، یا پنوموتوراکس. در صورتیکه یکی از این تشخیص ها حدس زده شود مریض ضرورت به رجعت دهی فوری دارد.
- در غیر آن، تداوی درد صدری باید بر اساس اسباب مربوطه آن صورت گیرد.

دوايي

- در صورت مشکوک بودن به خناق صدری یا احتشای میوکارد (Aspirin) Acetylsalicylic acid (۸۱ تا ۳۲۵ میلی گرام) قبل از رجعت دهی مریض تجویز گردد. مریض برای ارزیابی و تداوی ممکنه با Nitroglycerine ضرورت به رجعت دهی به شفاخانه دارد.
- در صورت مشکوک بودن به خناق صدری یا احتشای میوکارد و بلند بودن فشار خون مریض بیشتر از ۱۶۰/۱۰۰ یک تابلت Captopril (۲۵ میلی گرام) فمی قبل از رجعت دهی مریض در صورت امکان تجویز گردد.
- در صورت مشکوک بودن به التهاب مری یا مرض قرحه پپتیک انتی اسید تجویز نمائید: Aluminum hydroxide جمع Magnesium hydroxide، ۲ تا ۴ تابلت جویدنی از طریق فمی.

رجعت دهی

- تمام واقعات مشکوک به خناق صدری، احتشای میوکارد، پنوموتوراکس، یا سینه و بغل شدید ضرورت به رجعت دهی فوری دارند.
- در صورت مشکوک بودن به احتشای میوکارد، مریض را با کارمند صحتی و اکسیجن در صورت امکان انتقال دهید.
- در صورتیکه تداوی با انتی اسید در واقعات التهاب مری یا قرحه پپتیک موثر واقع نگردد مریض را برای معاینات بیشتر رجعت دهید.

وقایع

اغلباً درد صدری در نتیجه اختلالات یا ریفلکس مری بوجود میاید لذا اجتناب از گرفتن غذای تند و چرب میتواند کمک کننده باشد.

هدایات به مریض

- مریضان دارای اعراض خفیف باید ترغیب گردند که تاریخچه فعالیت های که سبب بوجود آمدن درد میشود، حکایه نمایند زیرا تاریخچه برای تشخیص درست دارای اهمیت فراوان است. طور مثال آیا اعراض با فعالیت فیزیکی، گرفتن غذا یا سرفه نمودن تشدید میگردد؟
- مریضان را که اعراض خفیف و نادر دارند میتوان با دادن انتاسید آزمایش کرده و مفیدیت آنرا ارزیابی کرد. مریضان در تمام واقعات باید برای ارزیابی دوباره مراجعه نمایند.

۱۷.۷ قبضیت (Constipation)

شرح

قبضیت متصف با تاخیر یا مشکلات در فعل تغوط میباشد. دفعات تغوط کمتر از ۳ بار در هفته در هر سن غیر نارمل است. در نزد اطفال قبضیت اکثراً وظیفوی (غیر عضوی) بوده و در بعضی واقعات، قبضیت عضوی (تضیق مقعد، مرض هرشپرونک "Hirschprung disease" تغریط فعالیت غده درقیه (Hypothyroidism)، فلج دماغی، یا ناشی از بعضی ادویه مانند نارکوتیک ها) میباشد.

یادداشت: در شروع حملات جدید قبضیت نزد کاهلان باید مشکوک بود، زیرا ممکن که یک علامه سرطان کولون باشد.

تشخیص

- تاریخچه مریض که شامل موارد ذیل اند گرفته شود:
 - تاریخچه فامیلی، حالت روحی، عملکرد در مکتب، و دوا
 - سن شروع اعراض (مثلاً نوزادان که الی مدت ۴۸ ساعت بعد از تولد نتوانند که می‌کونیم را طرح کنند ممکن که مرض هرشپرونگ داشته باشند)
- اجرای معاینه مقعد و عانه برای ارزیابی احساس مقعدی، قوت عضلات مقعدی، اندازه مقعد و بازوبسته شدن مقعد

اهتمامات و تدابیر معالجوی**غیر دوايي**

- مریضان باید در مورد ماهیت قبضیت ساده مطمئن شده و اطفال باید به تغوط نارمل عادت داده شوند. موارد ذیل توصیه گردد:
 - ازدیاد گرفتن مایعات (حد اقل ۶ تا ۸ گیلان در روز)
 - گرفتن رژیم غذایی غنی از فایبر، آرد دارای سبوس کافی، میوه جات و سبزیجات
 - تغییرات مناسب رفتاری جهت رفع قضای حاجت بشکل منظم. اطفال باید به رفتن به تشناب بدون تاخیر وعجله یا تشناب تشویق شوند.
 - یادداشت: نوشیدن بیش از حد شیر ممکن قبضیت را شدیدتر سازد.

اهتمامات دوايي

در صورت که اهتمامات غیر دوايي موفق نباشد، ادویه فمی روزانه برای یک هفته قرار ذیل توصیه گردد:

- روغن منرال

یا-

Magnesium hydroxide

- اطفال ۵ سال یا کمتر: ۵ تا ۱۵ میلی لیتر محلول فمی یک بار در روز
- اطفال ۶ تا ۱۲ سال: ۱۵ تا ۳۰ میلی لیتر محلول فمی
- اطفال ۱۳ تا ۱۸ سال: ۶ تا بلیت جویدنی یک بار در روز
- کاهلان: ۶ تا ۸ تا بلیت جویدنی یک بار در روز
- احتیاط: از دادن Magnesium hydroxide برای مادران حامله و شیرده باید اجتناب شود.

یا-

Lactulose (۱۵ تا ۳۰ میلی لیتر در ناشتای صبح)

یا-

- تا بلیت Bisacodyl (۵ تا ۱۰ میلی گرام در شب و نظر به جواب مریض، تنظیم گردد) برای کاهلان و اطفال بیشتر از ۶ سال (به صورت عموم از دادن آن برای اطفال کمتر از ۶ سال خود داری گردد). رفع قبضیت در صورتیکه قبل از استراحت گرفته شود، در جریان ۸ تا ۱۲ ساعت بعد توقع می‌رود.
- از اماله سالین، اماله روغن منرال و شیاف گلیسرین برای مواد غایبه سخت شده در مقعد الی منحل شدن و تخلیه کامل آن استفاده ننمائید.

رجعت دهی

- مریضان که در مقابل تداوی جواب نمیدهند برای معاینات بیشتر باید رجعت داده شوند.
- نوزادان که نتوانسته اند مواد غایبه را دفع نمایند، باید رجعت داده شوند.

هدایات به مریض

- استفاده از رژیم غنی از فایبر
- اخذ مقدار کافی مایعات

۱۷.۸ دلبدی و استفراغ (Nausea and Vomiting)

شرح

دلبدی یک احساس ناراحتی مبهم و نامطبوع یا تهوع میباشد. دلبدی اغلباً با استفراغ تعقیب شده که سبب تخلیه شدید محتویات معده از طریق دهن میگردد. استفراغ ممکن منحصر به خود بوده یا با امراض شدید دیگر همراه باشد. شیوه برخورد با مریض که استفراغ دارد شامل شناسایی اسباب، امراض ضمیموی و تداوی سریع ضیاع مایعات خصوصاً در اطفال کمتر از ۵ سال است.

تشخیص

سلسله تاریخچه طبی مریض و ناراحتی وی را جستجو نمائید. سویه ضیاع مایعات بررسی گردد (فصل ۲۰، "اسهالات و ضیاع مایعات" مشاهده گردد). اعراض و علائم ضمیموی شناسایی گردد:

- در صورت موجودیت تب نزد مریض انتانات ذیل در نظر گرفته شود:
 - التهاب سحایا (Meningitis) - شخی گردن، برآمده گی فرانتل (در نوزادان)
 - التهاب معدی معایی (Gastroenteritis)
 - سینه و بغل - سرفه، رال ها (Crackles)
 - انتان طرق بولی - عسرت تبول، درد فلانک ها
 - هیپاتیت - ضخامه کبد، کبد حساس، یزقان
 - تخرشیت پریتون - حساسیت بطنی، Guarding and rebound، کاهش آواز های امعا (مانند اپندیسیت، التهاب کیسه صفرا، التهاب غده پانکراس)
- در صورتیکه مریض اعراض اختلالات سیستم عصب مرکزی یا بلند رفتن فشار داخل قحف را نشان میدهد باید به التهاب سحایا، ملاریای دماغی، نیم سری، سرچرخشی یا التهاب گوش داخلی، ترضیضات بسته سر یا تومور ها متوجه بود.
- در صورت موجودیت قبضیت، انسداد امعا در نظر گرفته شده، توسع و فعالیت بیش از حد بطن یا بلند بودن آوازهای امعا معاینه گردد.
- در صورت موجودیت اسهالات، التهاب و پرازیت های معدی معایی یا انتانات سیستمیک در نظر گرفته شود.
- شواهد بر موجودیت اختلالات سیستمیک یا استقلایی میتوانند نشان دهنده حمل، اسیدوز یا کیتواسیدوز دیابتی یا یوریمیا باشد.
- در واقعات خونریزی (Hematemesis)، التهاب معده، قرچه یا پاره شدن (طبقه مخاطی) معده و مری در نظر گرفته شود.
- بلع مواد زبان آور مانند ادویه، الکل، مواد مخدر، زهریات یا توکسین های مواد غذایی میتواند سبب استفراغ شود.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

اهتمامات باید بر اساس اسباب استفراغ صورت گیرد؛ به امراض مشخص فوق الذکر برای تشخیص مشخص مراجعه گردد.

غیر دوايي

- از گرفتن غذا خودداری گردد در صورتیکه مریض التهاب پریتون، انسداد امعا یا امراض شدید که ضرورت به رجعت دهی دارد، داشته باشد.
- زمانیکه مریض برای گرفتن غذا بشکل آزمایشی آماده شد، مقادیر کم مایعات (مانند آب آشامیدنی، شوربا، چای، یا سوپ) و غذای جامد (مانند نان، برنج و Soda crackers) را بشکل متکرر شروع نمائید.

دوايي

- ضیاع مایعات را نزد مریض یا عدم توانایی مریض را برای گرفتن مایعات بشکل فمی تداوی نمائید.
- تجویز ORS برای اشخاصیکه گرفتن مواد را از طریق فمی تحمل کرده میتوانند. (فصل ۲۰، "اسهالات و ضیاع مایعات" برنامه A مشاهده گردد)

- اعاده مایعات وریدی در صورتیکه: -
 - مریض تحمل گرفتن مایعات را از طریق دهن ندارد، دارای یک سویه کاهش شعوری است، یا یک حالت ممکنه برای عمل جراحی دارد.
 - مریض که نزدش ضیاع مایعات وجود دارد. محلول Ringer's lactate (Hartmann's solution) تجویز گردد، در صورت عدم موجودیت آن از محلول Normal Saline (۰.۹ فیصد) استفاده کنید (بخش ۲.۱ "اسهالات و ضیاع مایعات" برنامه C و B براساس شدت ضیاع مایعات تخمین شده مشاهده گردد).
 - مریض که نزدش ضیاع مایعات موجود نیست اما قادر به گرفتن مایعات از طریق دهن نمی باشد.
- یک میزان متوازن اعاده مایعات را تامین نمائید: تامین مایعات جمع اعاده ضایعات که مریض در نتیجه اسهال یا استفراغ نزدش بوجود آمده است.
- تجویز آدویه ضد استفراغ: Metoclopramide
 - احتیاط: به خاطر داشت که تداوی استفراغ باید بر اساس اسباب آن صورت گیرد.
 - اطفال: ۰.۱ تا ۰.۲ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن زرق عضلی
- یا
- ۰.۱ تا ۰.۲ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن از طریق فمی هر هشت ساعت بعد تا متوقف شدن استفراغ (دوز اعظمی آن ۱۰ میلی گرام فی دوز)
- کاهلان: ۱۰ میلی گرام زرق عضلی
- یا
- ۱۰ میلی گرام از طریق دهن هر هشت ساعت بعد الی متوقف شدن استفراغ

رجعت دهی

- در صورت موارد ذیل رجعت دهی صورت گیرد:
- مریض یک مشکل جراحی ممکنه مانند انسداد امعاء، یا التهاب پریتون یا موجودیت خون در استفراغ داشته باشد.
- استفراغات متوسط و شدید خصوصاً اطفال کمتر از ۵ سال موجود باشد (فلپ چارت IMCI را مشاهده کنید)
- مریض شواهد امراض یا انتانات شدید را چون شاک، سیتسمی، سینه و بغل، التهاب سحایا، اختلالات سیستم عصب مرکزی، یرقان، اسیدوز (دیابیتیک یا ناشی از سایر اختلالات استقلابی) یا اختلالات حمل را نشان دهد.
- اعراض بیشتر از یک هفته دوام نماید.
- مریض طفل باشد که نزدش استفراغ فواره پی موجود باشد
- شما اسباب آشکار و مغلق دیگر را تشخیص نموده اید که ضرورت به تداوی در مراکز صحتی سطوح بلند تر را دارد.
- بعد از تداوی ابتدایی اعراض هنوز هم موجود بوده و یا شدیدتر شود.

هدایات به مریض

- به مریض اطمینان دهید که بیشتر واقعات استفراغ خود به خودی بهبود میابد.
- به مریض توصیه نمائید که بعد از بهتر شدن وضعیت اش مقدار غذا و گرفتن غذا های ثقیل را به آهسته گی افزایش دهد.
- برای مریض توصیه نمائید در صورت دوام دار شدن استفراغ در جریان ۴۸ ساعت یا بروز اعراض و علائم جدید ضیاع مایعات، به مرکز صحتی دوباره مراجعه نماید.

فصل هژدهم

تنظیم خانوادگی برای ایجاد وقفه بین ولادت ها

Family Planning for Birth Spacing

۱۸.۱ آماده گی برای استفاده از یک روش تنظیم خانوادگی

شرح

تنظیم خانوادگی برای ایجاد وقفه بین ولادت ها، زوجین را اجازه میدهد تا حمل، ولادت و شیردهی کمترین خطر را متوجه مادران و اطفال سازد. روی این ملحوظ حد اقل سه سال وقفه بین ولادت های پیهم باید موجود باشد تا از خطرات غیر مترقبه برای مادر و طفل خودداری گردد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

مشوره دهی تنظیم خانوادگی برای زوجین نه تنها تصمیم گیری ایشان در مورد شیوه های تنظیم خانوادگی را نشان میدهد، بلکه قابل قبول بودن این شیوه را نیز مطرح مینماید. (شیوه های موجود در جدول ۱۸.۱ A مطرح شده است). قدم اول در تنظیم خانوادگی ارزیابی ضروریات زوجین میباشد. به سخنان زوجین در مورد ترجیح دهی ایشان به تنظیم خانوادگی گوش دهید. از تفهیم زوجین در مورد موثریت شیوه های موجود تنظیم خانوادگی خود را مطمئن سازید.

جدول الف ۱۸.۱ شیوه های موجود برای جلوگیری از حمل و موثریت آنها

شیوه ها	موثریت	مراجعه به فصل
• آله داخل رحمی (IUDs) • شیوه های دایمی	موثرترین	• ۱۸.۲.۵ • در این رهنمود تداوی معیاری گنجانیده نشده است
• شیوه های زرقی • شیوه عدم تحییض با شیردهی (LAM) • تابلیت های فمی ترکیبی برای جلوگیری از حمل (COC) • تابلیت های ضد حاملگی که تنها حاوی پروجسترون اند (POP)	بسیار موثر	• ۱۸.۲.۴ • ۱۸.۲.۶ • ۱۸.۲.۲ • ۱۸.۲.۳
• کاندوم • شیوه آگاهی از باروری (FAMs)	در صورت هر مرتبه استفاده درست، موثر است	• ۱۸.۲.۱ • ۱۸.۲.۷
• شیوه خودداری از مجامعت • محو کننده سپرم	کمتر موثر	• ۱۸.۲.۸ • ۱۸.۲.۹

شناسایی وضعیت حاملگی زوجین

قدم بعدی در مشوره دهی تنظیم خانوادگی رد کردن موجودیت حمل است. جدول ۱۸.۱ B ما را به پرسش سوال مناسب بشکل خوب کمک میکند. از سوال شماره اول شروع کرده و در صورت دریافت جواب نخیر سوالات بعدی را ادامه داده تا اینکه جواب بلی دریافت نمائید. اگر خانم به تمام سوالات شما جواب منفی ارایه کند موجودیت حمل را مدنظر بگیرید. اگر شما یک جواب مثبت "بلی" دریافت نمودید برای وضاحت رد شدن اعراض و علایم حمل به جدول ۱۸.۱ C مراجعه نمائید.

جدول ب ۱۸.۱ رد نمودن حاملگی

نخیر	بلی	سوال
		۱ آیا شما ۶ ماه قبل نوزاد داشتید و آیا به صورت مکمل یا قسماً طفل خود را شیر میدادید، و آیا در دوره قاعده گی خونریزی نداشتید؟
		۲ آیا از زمان آخرین عادت ماهوار تان یا از زمان تولد طفل تان از مجامعت جنسی پرهیز کرده اید؟
		۳ آیا قبل از کمتر از یک ماه طفل نوزاد داشته اید؟
		۴ آیا عادت ماهوار ماه قبلی در جریان هفت روز گذشته شروع شده است (در صورت خواهرش استفاده از آله داخل رحمی، خونریزی در جریان ۱۲ روز قبلی پرسیده شود)؟
		۵ آیا در جریان ۷ روز قبلی کدام سقط داشته اید (در صورت خواهرش استفاده از آله داخل رحمی، خونریزی در جریان ۱۲ روز قبلی پرسیده شود)؟
		۶ آیا از شیوه های جلوگیری از ولادت به صورت موفق و درست استفاده نموده اید؟

جدول ج ۱۸.۱ اعراض و علایم حامله گی

از خانم پرسیده شود که آیا یکی از موارد ذیل را تجربه مینماید:	
ازدیاد دفعات تبول	دلبدی خصوصاً از طرف صبح
ازدیاد حساسیت در مقابل عطروبوئی	حساسیت ثدیه ها
تغییرات غیر قابل بیان در سلوک	ضعفیت بیش از حد نارمل
ازدیاد وزن	استفراغ

حد اقل با دریافت یک جواب مثبت در جدول ب ۱۸.۱ یا عدم موجودیت اعراض و علایم حامله گی در جدول ۱۸.۱ C واضحاً شما از عدم حاملگی خانم متیقن خواهید شد. شما میتوانید که با تعقیب جدول د ۱۸.۱ فصل ۱۸.۲ برای زوجین شیوه های را که خود تقاضای آنرا دارند، توصیه نمائید.

در صورتیکه حاملگی رد نشود و تست حاملگی موجود باشد، تست حاملگی ادرار (Pregnancy Urine Test) اجرا گردد. در صورتیکه نتیجه تست منفی باشد میتوانید با استفاده از جدول د ۱۸.۱ و فصل ۱۸.۲ پروسه را ادامه داده و برای زوجین شیوه های را که خود تقاضای آنرا دارند، توصیه نمائید.

در صورت که تست حاملگی موجود نباشد درینصورت داکتر زنانه یا یکی از کارمندان صحتی زنانه که قادر به انجام دادن معاینه حوصلی با دو دست (Bimanual Pelvic Examination) باشد، معاینه متذکره را انجام داده و نقاط ذیل را مشخص سازید.

- تاریخ آخرین عادت ماهوار
- اندازه رحم جهت مقایسه نمودن آن درآینده

تا هنگامیکه کاملاً متیقن به عدم موجودیت حمل نشده اید شما نمیتوانید که به جدول د ۱۸.۱ و فصل ۱۸.۲ مراجعه نمایید.

- به زوجین توصیه نمائید که الی مراجعه بعدی برای معاینه از شیوه استفاده از کاندوم کار گیرند. اگر شیوه استفاده از کاندوم برای ایشان غیر قابل قبول است یا قابل اهمیت نیست (مانند عدم پابندی به آن) میتوانند که از مجامعت بپرهیزند.

- به زوجین توصیه نمائید که بعد از ۴ هفته یا هر زمانیکه خونریزی عادت ماهوار آغاز میشود، یا هر حالتی که اولتر رخ دهد، دوباره مراجعه نماید.

زمانیکه زوجین دوباره مراجعه مینمایند:

- در صورتیکه خانم خونریزی عادت ماهوار داشته باشد با استفاده از جدول د ۱۸.۱ و فصل ۱۸.۲ پروسه را ادامه دهید و برای زوجین شیوه های را که خود تقاضای آنرا دارند، توصیه نمائید.

- در صورتیکه خانم خونریزی عادت ماهوار نداشته باشد، معاینه حوصلی با دو دست را انجام دهید (داکتر زنانه صرف میتواند این معاینه را انجام دهد):

- اگر رحم از حالت قبلی بزرگتر شده باشد ممکن که خانم حمل گرفته باشد برایش توصیه نمائید که بازدید های قبل از ولادت خود را به صورت منظم انجام دهد (فصل ۹.۱ " حاملگی و مراقبت های قبل از ولادت" دیده شود).

- اگر کدام تغییر در اندازه رحم دریافت نشد و اعراض و علایم حاملگی موجود نبود و زوجین از یکی از شیوه های جلوگیری از حمل به صورت موفق استفاده نموده بودند، عدم موجودیت حمل را مد نظر گیرید، و شیوه جلوگیری از حمل را که توسط زوجین ترجیح داده میشود، ادامه داده شود (میتوانید با استفاده از جدول د ۱۸.۱ و فصل ۱۸.۲ پروسه را ادامه دهید).

اجرای معاینات و تست های روزمره برای تجویز تنظیم خانوادگی

- جدول د ۱۸.۱ معاینات و تست های پیشنهادی را درجه بندی نموده اما ضرور نیست همیشه در نظر گرفته شود. درجه بندی ها قرار ذیل اند:

- A= برای استفاده موثر و مصئون لازم و ضروری است. در صورتیکه تست اجرا شده نتواند یا مراجعه کننده در اجرای آن ناکام باشد، از یک شیوه بدیل تنظیم خانوادگی باید استفاده گردد.

- B= در استفاده مصئون و موثر تاحدی سهیم است. در صورت ناکامی تست، شیوه های دیگر تنظیم خانوادگی مد نظر گرفته شود. خطر عدم اجرای تست در مقابل منافع شیوه های موجود تنظیم خانوادگی اندازه گیری گردد.

- C= برای استفاده مصئون و موثر در هیچ حدی سهیم نیست.

جدول د ۱۸.۱ درجه بندی معاینات روزمره و تست ها برای تجویز شیوه های تنظیم خانوادگی

محو کننده های سپرم	کاندم	آله داخل رحمی (IUDs)	تألیت های فقط حاوی پروجسترون (POP)	شیوه های زرضی	تألیت های فمی ترکیبی برای جلوگیری از حمل (COC)	معاینات روزمره
C	C	C	C	C	C	معاینه پستان توسط یک کارمند صهی زنانه
C	C	C	-	-	a-	بررسی فشار خون
C	C	C	C	C	C	تست های تشخیصیه سرطان عنق رحم
C	C	B	C	C	C	تست هیموگلوبین
C	C	C	C	C	C	معاینه حوصلی یا دامن (بوسیله داکتر زنانه) (Pelvic/genital examination)
C	C	A	C	C	C	تست های روزمره لابراتوار
C	C	A	C	C	C	ارزیابی خطر انتانات انتقالی از طریق مقاربت جنسی (تاریخچه و معاینات فزیک)
C	C	B	C	C	C	معاینات تشخیصیه انتانات انتقالی از طریق مقاربت جنسی ویروس عدم کفایه معافیتی انسان (لابراتواری)

۱۸.۲ گزینه های موجود تنظیم خانواده در افغانستان

۱۸.۲.۱ کاندم (مردانه)

شرح

بیشتر کاندم ها از مواد به نام لاتیکس ساخته شده که در داخل پوش های المونیمی جاسازی شده که حاوی مواد لغزنده (لوپریکانت) میباشد. اینهمانحیث یک سد فعالیت نموده که از داخل شدن سپرم به مهبل جلوگیری و مانع بوجود آمدن حمل میگردد. همچنان از انتقال انتان موجود در منی (Semen) قضیب یا مهبل که سبب منتن شدن همبستر میگردد، جلوگیری مینماید.

موثریت

در قدم اول ضرورت است تا غرض موثریت بیشتر استفاده درست کاندم در هر عمل جماع دانسته شود، ثانیاً همکاری

دوجانبه مرد و زن لازم است. با وصف استفاده آن در سال اول احتمال گرفتن حمل در نزد تقریباً ۱۵ فیصد زوج هاممکن است. در صورت استفاده درست آن در هر عمل جماع، احتمال حمل گرفتن در نزد تقریباً ۲ فیصد زوج ها ممکن میباشد. استفاده کاندن یگانه شیوه است که هم برای جلوگیری از حمل استفاده میگردد و در عین حال از انتشار انتانات انتقالی از طریق مقاربت جنسی به شمول HIV جلوگیری مینماید.

عوارض جانبی

عوارض جانبی آن خیلی نادر است گرچه اشخاص که در مقابل مواد لاتیکس حساسیت دارند نباید از آن استفاده نمایند. برعلاوه بعضی از مردان کاندن را مزاحم در مقابل احساسات خود میدانند.

۱۸.۲.۲ تابلیت های فمی ترکیبی برای جلوگیری از حمل (COC)

شرح

تابلیت های فمی ترکیبی برای جلوگیری از حمل یکی از شیوه های معمول تنظیم خانوادگی بوده که بیشتر استفاده میگردد. اخذ روزانه یک تابلیت حتمی میباشد. تابلیت های فمی ترکیبی برای جلوگیری از حمل در بسته های ۲۸ دانه بی موجود اند: که ۲۱ عدد آن به یک رنگ که دارای دوز کمتر استروجن و پروجسترون میباشد (به مقداریکه به صورت نامرل در بدن موجود است) و ۷ عدد آن به رنگ تیره تر که حاوی فیرس سلفات اند.

موثریت

موثریت تابلیت های فمی ترکیبی برای جلوگیری از حمل ارتباط به استفاده کننده آن دارد. معمولاً زوج های که برای سال اول از آن استفاده مینمایند تقریباً ۸ فیصد ایشان حمل میگیرند که علت آن اساساً فراموش شدن یا نادیده گرفتن به وقت تابلیت میباشد. خطر گرفتن حمل در سال اول در صورت استفاده منظم (استفاده همه روزه در یک وقت مشخص به کمتر از ۱ فیصد کاهش میابد. تابلیت های فمی ترکیبی برای جلوگیری از حمل نمیتواند که مانع انتقال امراض مقاربتی گردد.

عوارض جانبی

دادن مشوره درست جهت استفاده از تابلیت های فمی ترکیبی برای جلوگیری از حمل مهم است مخصوصاً تغییرات خونریزی. عوارض جانبی آن معمول بوده از همین سبب باعث استفاده کمتر از آن یا توقف استفاده آن در ماه های اول میگردد اما تمام خانم ها از این عوارض شاکی نمیباشند. برای تمام مراجعین توصیه گردد تابلیت های فمی ترکیبی برای جلوگیری از حمل خویش استفاده نموده و نباید آنرا نگه دارند. عوارض جانبی میتواند شامل موارد ذیل باشد.

- تغییرات در صفحه عادت ماهوار (مثلاً کم شدن مقداری، غیر منظم شدن، غیر مکرر بودن یا عدم موجودیت خونریزی) این عوارض معمول بوده اما عاری از اضرار میباشد.
- سردردی
- سرگیچی
- دلبدی
- حساسیت ثدیه ها
- تغییرات در وزن بدن
- تغییرات خلق و خوی
- جوانی دانه (که میتواند به بهبود یابد و یاهم شدیدتر شود اما اکثراً بهبود میابد)
- ازدیاد خفیف فشار خون (به میلی متر ستون سیماب). در صورت که علت آن استفاده از تابلیت های فمی ترکیبی برای جلوگیری از حمل باشد با قطع آن دوباره کاهش میابد.

مطالب مشخص

کی ها نباید از این شیوه استفاده کنند

خانم ها با شرایط ذیل نباید از تابلیت های فمی ترکیبی برای جلوگیری از حمل (COC) استفاده نمایند بلکه باید در

- جستجوی سایر شیوه های جلوگیری از حمل باشند:
- مادران که طفل خود را شیرمیدهند: شش ماه بعد از تولد
- مادران که شیرنمیدهند اما در جریان ۳ هفته قبلی نوزاد داشتند: تابلیت های فمی ترکیبی برای جلوگیری از حمل را توصیه نموده و یادآور گردید که سه هفته بعد از ولادت استفاده نمایند
- خانم های که در سنین ۳۵ سال یا بیشتر بوده و به صورت منظم سگرت دود میکنند.
- موجودیت یرقان و امراض شدید کبدی یا کسانیکه با گرفتن تابلیت های فمی ترکیبی برای جلوگیری از حمل یرقان نزدشان بوجود آمده باشد
- فرط فشار (بیشتر از ۱۶۰/۹۰ میلی متر ستون سیماپ) تأیید شده داشته باشند
- سابقه بیش از ۲۰ سال دیابت را داشته یا تخریبات اعضا ناشی از دیابت داشته باشند
- امراض کیسه صفرا یا امراض تداوی شده آن را داشته باشند
- سابقه سکنه مغزی، حملات قلبی، ترمبوز اوعیه عمیق را داشته باشند
- سرطان های ثدی یا تاریخچه آن موجود باشد
- میگردن در هر سن و سال توام با Aura را و در سن بالاتر از ۳۵ سال بدون اورا
- خانم های که از ادویه Barbiturates, Carbamazepine, Phenytoin, Topiramate, Rifampicin استفاده مینمایند زیرا این ادویه سبب کاهش تأثیرات تابلیت های فمی ترکیبی برای جلوگیری از حمل میگردد.

استفاده درست

یک خانم غیر حامله که این روش راایش مناسب باشد میتواند که درهر موقع ازماه شروع نماید اما در واقعات مشخص (مثلاً گرفتن در ۵ روز اخیر عادت ماهوار)، به زوجین توصیه میگردد تا از شیوه های احتیاطی (Back up) کوتاه مدت استفاده نمایند (ترجیحاً کاندوم).

در تمام واقعات

- تشریح نمودن طریقه درست استفاده در مورد بسته تابلیت که از کجا باید شروع نموده و به کجا ختم گردد و یادآوری نمودن در مورد استفاده از بسته جدید در ختم بسته قبلی
- تشریح نمودن طریقه درست در مورد استفاده یک تابلیت در یک روز و مشخص ساختن بهترین وقت معین در هر روز جهت اخذ دوا
- تشریح نمودن طریقه درست در مورد ختم مکمل ۲۸ تابلیت بسته اولی و شروع نمودن بلا فاصله بسته بعدی
- تشریح نمودن طریقه درست در مورد اینکه: اگر خانم موفق به گرفتن یک یا بیش از یک تابلیت در وقت و روز معین آن نگردد و از شیوه احتیاطی (Back up) استفاده نماید (کاندوم یا سایر شیوه های کوتاه مدت)

موفق نشدن به گرفتن تابلیت

- گرچه ممکن است که زوجین پرسش نداشته باشند اما موارد ذیل را برای ایشان واضح سازید:
- در صورتیکه خانم موفق به گرفتن یک تابلیت بدون هورمون نگردد کدام مشکل نیست وی میتواند که هرچه زودتر تابلیت های فراموش شده را گرفته و ادامه دهد.
- اگر موفق به گرفتن یک یا دو تابلیت نگردد یا تابلیت های دوره بعدی را یک یا دو روز ناوقت شروع کند مشکل نیست وی میتواند که گرفتن تابلیت را ادامه دهد در صورت ترجیح دهی میتواند که دو تابلیت را در یک روز اخذ بدارد.
- اگر موفق به گرفتن سه تابلیت یا بیشتر نگردد یا گرفتن تابلیت های دوره بعدی را ۳ روز ناوقت شروع نماید باید:
 - برای گرفتن تابلیت های بعدی هرچه زودتر اقدام نماید.
 - از شیوه احتیاطی (Back up) برای هفت روز دیگر استفاده کند.
- در صورتیکه الی دو ساعت بعد از گرفتن تابلیت های هورمون دار برایش استفراغ عاید میگردد باید تابلیت بعدی آنرا گرفته وادامه دهد.
- در صورت استفراغ یا داشتن اسهال بیش از دو روز باید از هدایات که برای عدم موفقیت سه یا بیشتر تابلیت در فوق ذکر یافته است، استفاده نماید.

تجویز

راحت بودن خانم در گرفتن تابلت ها و دوره های تطبیق آن (حد اوسط ۶ ماه) مد نظر باشد. شما میتوانید که از دوره سه ماهه شروع کرده و بعداً دوره شش ماهه را توصیه نمایید.

۱۸.۲.۳ قرص های که صرف پروجستین دارند (Progestin-only pill)

شرح

تابلت های که صرف پروجستین دارند (POP) که به نام تابلت های کوچک نیز یاد میشود در بسته های ۲۸ دانه تهیه شده که محتوی دوز پائین پروجستین میباشد. معمولاً بیشترین استفاده را در افغانستان داشته و حاوی ۰.۰۳ میلی گرام Levonorgestrel میباشد. خانمهای شیرده میتوانند که در هفته ششم بعد از تولد از آن استفاده نمایند خانمهای که سگرت دود میکنند یا مصاب به میگرن اند نیز میتوانند از این تابلت ها استفاده کنند.

موثریت

چون به صورت معمول استفاده میگردد ۳ فیصد زوجین با استفاده آن در سال اول گرفتن حمل را تجربه نموده و علت آن فراموش شدن یا نادیده گرفتن اخذ دوا میباشد. خطر حامله شدن با گرفتن منظم دوا به یک فیصد کاهش میابد (هر روز در عین وقت). تابلت های پروجستین به تنهایی (POP) نمیتواند مانع مصاب شدن امراض انتانی انتقالی از طریق مقاربتی گردد.

عوارض جانبی

- تغییرات در صفحه خونریزی ماهانه (مثلاً کم شدن مقداری، غیر منظم شدن، غیر مکرر یا عدم خونریزی)
- سردردی
- سرگیجی
- دلبدی
- حساسیت پستان ها
- تغییرات در وزن بدن
- تغییرات خلق و خوی
- درد های بطنی

موارد خاص

- کی ها نباید از این شیوه استفاده کنند
- مادران شیرده: قبل از شش هفته بعد از تولد.
- مادران که شیرنمیدهند اما در جریان ۳ هفته قبلی نوزاد داشتند: تابلت های پروجستین به تنهایی (POP) را برای شان توصیه نموده و یادآور گردید که سه هفته بعد از ولادت استفاده نمایند.
- یرقان و امراض شدید کبد یا هردوی آن
- موجودیت ترمبوز اوعیه عمیق در پاها یا ریه ها که هنوز تحت مداوی با ادویه ضد علقه خون قرار نگرفته باشد.
- سرطان های ثدیه یا تاریخچه سابقه آن
- خانم های که تحت مداوی با دوا های Barbiturates, Carbamazepine, Phenytoin, Topiramate, Rifampicin قرار دارند زیرا این ادویه سبب کاهش تاثیرات تابلت های پروجستین به تنهایی (POP) میگردد.

استفاده درست

یک خانم غیر حامله که این روش مناسب باشد میتواند که در هر موقع از ماه شروع نماید اما در واقعات مشخص (مثلاً گرفتن در ۵ روز اخیر عادت ماهوار)، به زوجین توصیه میگردد تا از شیوه های احتیاطی (Back up) کوتاه مدت استفاده نمایند (ترجیحاً کاندوم یا پوش). .

در تمام واقعات

- برای مصرف یک سال میتوان تابلیت ها را تجویز نمود.
- تشریح نمودن طریقه درست در مورد استفاده یک تابلیت در یک روز و مشخص ساختن بهترین وقت معین در هر روز جهت اخذ دوا یا یاد آوری اینکه در صورت تاخیر چند ساعت خطر بوجود آمدن حمل احتمال دارد.
- تشریح نمودن طریقه درست در مورد ختم مکمل ۲۸ تابلیت بسته اولی و شروع نمودن بلا فاصله بسته بعدی
- تشریح نمودن طریقه درست در مورد اینکه؛ اگر خانم موفق به گرفتن یک یا بیش از یک تابلیت در وقت و روز معین آن نگردد و از شیوه احتیاطی (Back up) استفاده نماید (کاندم یا سایر شیوه های کوتاه مدت)

موفق نشدن به گرفتن تابلیت

- گرچه ممکن است که زوجین ممکن پرسش نداشته باشند اما موارد ذیل را برایشان واضح سازید:
- در صورتیکه خانم موفق به گرفتن یک تابلیت با سه ساعت تاخیر میگردد باید هرچه زودتر دوز همان روز را اخذ نموده و سایر تابلیت ها را مطابق به برنامه ادامه دهد (حتی اگر ضرورت به گرفتن دو تابلیت در یک وقت یا در عین روز باشد).
 - در صورتیکه عادت ماهوار منظم دارد از شیوه احتیاطی برای دو روز استفاده نماید اگر وی مقاربت جنسی در طی ۵ روز اخیر داشته باشد تابلیت های عاجل ضد حمل مد نظر باشد.

تجویز

تعداد دوره ها (تا ۱۲ ماه) را بر حسب راحت بودن خانم با این دوا مد نظر گرفته تجویز نمایند.

۱۸.۲.۴ اشکال زرقی که صرف پروجستین دارند (Progestin-only Injectables)

شرح

یگانه شیوه زرقی پروجستن که در افغانستان مروج است عبارت از: Medroxy progesterone acetate یا (DMPA) ۱۵۰ میلی گرامه میباشد که به شکل زرق عضلی هر سه ماه بعد تجویز میگردد. در محتوی آن ستروجن نبوده و میتواند که در جریان شیردهی برای خانم های که از دیگر شیوه های ستروجن دار استفاده کرده نمیتوانند به کار رود.

موثریت

با وصف آنکه در جریان سال اول استفاده به صورت نورمال استفاده میگردد ۳ فیصد از زوجین هنوز هم حمل میگیرند زیرا ایشان زرقیات خود را به صورت منظم اخذ نمیدارند. در صورت زرق به موقع خطر گرفتن حمل به یک فیصد کاهش میابد. DMPA نمیتواند که مانع انتقال امراض انتانی از طریق مقاربت جنسی گردد.

عوارض جانبی

تغییرات در صفحه عادت ماهوار با استفاده از DMPA که میتواند شامل موارد ذیل باشد.

- در سه ماه اول
 - خونریزی های نامنظم
 - خونریزی های دوامدار
- در یک سال
 - عدم موجودیت خونریزی در جریان عادت ماهوار
 - خونریزی نامتکرر
 - خونریزی نامنظم
- ازدیاد وزن
- سردردی
- سرگیچی

- نفخ باد و ناراحتی بطنی
- تغییرات سلوک
- کاهش غریزه جنسی (Libido)
- بعضاً کاهش کثافت عظمی

موارد خاص

- کی ها نباید از این شیوه استفاده کنند
- از شیوه های دیگر برای خانم های که با موارد ذیل مواجه اند استفاده شود.
- مادران شیرده: قبل از شش هفته بعد از ولادت
- مادران که شیرنمی دهند اما در جریان ۳ هفته قبلی نوزاد داشتند: DMPA را توصیه نموده و یادآور گردید که سه هفته بعد از ولادت استفاده نمایند
- فرط فشار تأیید شده (فشار سیستولیک بیشتر از ۱۶۰ میلی متر ستون سیماپ و فشار دیاستولیک ۱۰۰ میلی متر ستون سیماپ)
- یرقان و امراض شدید کبد یا هردوی آن
- سابقه بیش از ۲۰ سال دیابت یا تخریبات اعضا ناشی از دیابت
- موجودیت امراض کیسه صفرا یا امراض تداوی شده آن
- حملات قلبی، سکنه مغزی، ترمیمز اوعیه عمیق در پاها یا ریه ها
- سرطان های ندیه یا تاریخچه آن
- خونریزی های نامنظم مهبل که زمینه ساز آن امراض دیگر باشد. بعد از تحقیق و تداوی دوباره ارزیابی نمائید.

استفاده درست

یک خانم غیر حامله که این روش برایش مناسب باشد در هر زمان شروع نماید زمان خوب برای زرق آن در جریان هفت روز بعد از وقوع تحيض میباشد اما در واقعات مشخص از شیوه های احتیاطی (Back up) کوتاه مدت استفاده نماید.

۱۸.۲.۵ لوپ داخل رحمی (Intrauterine Device)

شرح

لوپ داخل رحمی IUD عبارت از یک وسیله به شکل حرف تی با ضم سیم مسی در بازو ها و ساقه عمودی آن میباشد که بعد از داخل نمودن در رحم مانع بوجود آمدن حمل با تداخل در حرکات سپرم و مانع غرس امبریو میگردد.

موثریت

لوپ داخل رحمی شیوه موثر ودوامدار جلوگیری از حمل (موثریت ۹۹.۲ فیصد) بوده گرچه موثریت آن ارتباط به تطبیق کننده آن دارد. اینها از نظر قیمت مثرم بوده و میتوانند که توسط مادران شیرده استفاده گردند. لوپ های داخل رحمی نمیتوانند که مانع انتقال انتانات مقاربت جنسی به شمول ویروس کاهش سیستم معافیت انسان/ سندروم کسبی کاهش معافیت (HIV/AIDS) گردند.

عوارض جانبی

عوارض جانبی آن کرمپ ها و ازدیاد خونریزی در زمان عادت ماهوار میباشد. در صورت که تطبیق آن به صورت درست اجرا شده باشد اختلالات شدید مانند تثقب در این شیوه نادر میباشد.

چه وقت استفاده گردد

بهترین زمان برای داخل نمودن آن در ۱۲ روز اول بعد از تحيض میباشد. در این زمان عنق رحم باز بوده و داخل نمودن لوپ به آسانی انجام میشود.

۱۸.۲.۶ شیوه امینوری زمان شیردهی (Lactational Amenorrhea Method)

شرح

شیوه امینوری زمان شیردهی یک شیوه موقت تنظیم خانوادگی بوده که اساس آن شیردهی طبیعی در دوره باروری میباشد و عملکرد آن زمانبست که طفل به صورت مکمل (بدون غذای متمم) یا قسماً مکمل (بعضی اوقات توصیه غذای متمم) شیر میخورد و این شیر خوردن اغلباً از طرف شب و از طرف روز تا شش ماه بعد از ولادت ادامه پیدا میکند.

موثریت

موثریت شیوه امینوری زمان شیردهی ارتباط به شیردهی روز و شب مادر به صورت مکمل برای طفل دارد. با وصف آنکه معمولاً استفاده میشود با آنهم ۲ فیصد زوجین که از این شیوه استفاده میکنند در شش ماه بعد از ولادت حمل میگیرند. در صورت تطبیق درست شیوه امینوری زمان شیردهی خطر گرفتن حمل به ۱ فیصد کاهش میابد. شیوه امینوری زمان شیردهی سبب حفاظت از انتانات انتقالی از طریق مقاربت جنسی نمیکرد.

عوارض جانبی

کدام عارضه جانبی بدون شیردادن موجود نیست

موارد خاص

کی ها نمیتوانند استفاده کنند

خانمهای که با موارد ذیل مواجه باشند و بخواهند از شیوه امینوری زمان شیردهی استفاده نمایند باید استفاده از سایر شیوه ها برایشان تجویز گردد

- خانم های که

○ قاعده گی بعد از ولادت داشته باشند

○ غیر از شیر سایر غذا ها را برای طفل که کمتر از شش ماه است توصیه نمایند

○ خانم های که دارای طفل بزرگتر از شش ماه باشند

احتیاط: از سایر شیوه های تنظیم خانوادگی برای خانم تجویز نمائید اما خانم را جهت صحتمندی طفل تشویق به شیردهی الی سن دو ساله گی نمائید.

• خانمهای که اذوهای تغییر سلوک چون Reserpine, Ergotamine, Cyclosporine, ادویه ضد استفلاب،

دوز های بلند کورتیکوستروئید، Cromocriptine، ادویه رادیو اکتیف، Lithium و انتی کوآگلانت های معین را میگیرند.

• خانمهای که اطفال شان دارای نقایص اند که مانع مکیدن شیر در ایشان میگردد و ضرورت به مراقبت های نوزاد را داشته باشد مانند بسیار کوچک بودن طفل یا تولد طفل قبل از وقت و عدم توانایی در هضم نارمل غذا یا داشتن بعضی نقایص ولادی در دهن، بیریه یا حنک

استفاده درست

همیشه در وقت معاینه توجه کنید که:

- طفل کمتر از شش ماه باشد
- خانم شیردهی طفل را منحصر به خود بداند
- خانم بعد از ولادت کدام خونریزی نداشته باشد

در صورتیکه این سه شاخص مد نظر گرفته شده باشند این شیوه میتواند که به صورت درست کار کند. در صورت که یکی آن حقیقت نداشته باشد از شیوه های دیگر استفاده شده و مادر جهت صحتمندی طفل باید تشویق به شیردهی الی ۲ سال گردد. خانم های که در این شیوه قرار دارند باید تعقیب گردند که در صورت مکمل شدن شیوه امینوری زمان شیردهی باید به شیوه دیگر تغییر نماید.

۱۸.۲.۷ شیوه های آگاهی دهی باروری (Fertility Awareness Methods)

شرح

شیوه های آگاهی دهی باروری یکی از شیوه های تنظیم خانوادگی بوده که براساس آن خانم تعلیم داده میشود که در زمان دوره قاعده گی از نزدیک شدن پرهیز نماید یا از شیوه معامت در این دوره استفاده کند. در اینجا راه های مختلف موجود اند که خانم در مورد دوره باروری خود میداند و میتواند که به صورت ترکیبی استفاده گردد. وزارت صحت عامه شیوه روز های معیاری را در افغانستان پیشنهاد مینماید.

موثریت

با وصف اینکه در سال اول معمولاً استفاده میگردد ۲۵ فیصد خانمها با استفاده از شیوه پرهیز حمل میگیرند. در صورت استفاده درست از روز های معیاری و موفقیت آن ۵ فیصد خانم ها هنوز هم در سال اول حمل میگیرند.

عوارض جانبی

موجود نیست

موارد خاص

کی ها استفاده کرده نمیتوانند

تمام خانم ها میتوانند از این شیوه استفاده نمایند اما شما باید کاهش موثریت و ازدیاد خطر گرفتن حمل را در واقعات ذیل مد نظر داشته باشید.

- در صورتیکه دوره قاعده گی خانم فقط شروع شده باشد یا تکرر آن کم شده باشد یا اینکه مکملاً به نسبت کهولت سن توقف نموده باشد که در اینصورت مشخص شدن زمان بارور شدن مشکل میباشد.
- در صورتیکه خانم خونریزی نامنظم داشته باشد در اینحالت مشخص شدن زمان بارور شدن مشکل است. اگر دو دوره قاعده گی بیشتر از ۳۰ روز دوام نماید یا از ۲۶ روز کمتر باشد این شیوه قابل اطمینان نیست.
- خانمهای که اخیراً ولادت داده باشند یا شیرده استند باید این شیوه را با تاخیر آغاز نمایند تا اینکه سه دوره قاعده گی ایشان به صورت منظم دیده شود. برای این خانمها از شیوه های دیگر در عین حال تجویز نمائید (شیوه امینوری زمان شیردهی یا کاندم)
- خانمهای که اخیراً سقط نموده یا نوزاد خود را از دست داده باشند تا خونریزی ماه بعدی استفاده از این میتود را به تاخیر اندازند.
- خانمهای که تالیبت های تغیر سلوک، انتی بیوتیک های مشخص یا ادویه ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAIDs) میگیرند تاثیرات مشخص دوا بالای دوره قاعده گی خویش را باید معاینه نمایند.
- در صورتیکه خانم یا شوهر دوره باروری را نمیدانند بهترین پیشنهاد استفاده از شیوه های دیگر است.

استفاده درست

مشوره دهی و هدایات با جزئیات برای زوجین ضروری است.

- باید مطمئن شد که دوره قاعده گی خانم از ۲۶ روز کمتر و از ۳۲ روز بیشتر نباشد.
- باید هردو مرد و زن اصطلاح "دوره باروری" را بدانند و در مورد این شیوه موافقه نمایند.
- همیشه کاندم را پیشنهاد نموده و آنرا منحیث یک شیوه احتیاطی عرضه نموده و استفاده آنرا شرح دهید.
- بسیار محتاطانه مراجعین خود را در مورد پروسه های ذیل هدایات دهید:
 - باید روز اول دوره قاعده گی را یادداشت نموده تاریخ آنرا ثبت نمائید.
 - تا روز هشتم قاعده گی شمار نمائید.
 - از شروع روز هشتم الی روز نهم ام از مقاربت جنسی پرهیز نمائید.
 - در صورت که مقاربت جنسی قابل جلوگیری نباشد از کاندم استفاده نمائید.
 - از روز بیستم الی روز هفتم دوره بعدی قاعده گی مقاربت جنسی کاملاً از نظر گرفتن حمل مصئون است

- برای تعقیب درست دوره باروری در هر ماه با خانم کمک نمائید تا به چي شکل میتواند این مدت را یادداشت نماید.

۱۸.۲.۸ شیوه عزل (Coitus Interruptus)

تعریف

شیوه انصراف Coitus interruptus یک شیوه تنظیم خانوادگی است که در آن مرد قبل از انزال شدن قضیب خود را به صورت مکمل از مهبل خانم بیرون میکشد و بدین شکل از داخل شدن سپرم برای القاح تخمه جلوگیری مینماید.

موثریت

موثریت آن مکملاً ارتباط به استفاده کننده آن دارد. به صورت استفاده در سال اول به طور حد اوسط ۲۶ فیصد خانم ها حمل گرفته اند. و زمانیکه به صورت درست در هر مقاربت مد نظر گرفته شده ۴ فیصد خانمها حامله گردیده اند. از جمله شیوه های که کمترین موثریت را دارد مد نظر گرفته شده است.

عوارض جانبی

موجود نیست

موارد خاص

کی ها استفاده کرده نمیتوانند

هر زوج میتواند آنرا استفاده نماید. زوجین که در استفاده آن مطمئن نیستند شیوه های دیگر را برایشان پیشنهاد شود.

استفاده درست

- با زوجین هردو مرد و زن مشوره نمائید
- از اهمیت موضوع و دانستن مکمل انصراف توسط آنها خود را مطمئن سازید
- کاندمن را منحیث شیوه احتیاطی تجویز نمائید و طرق استفاده آنرا نشان دهید. از استفاده درست کاندمن توسط مراجعین خود را مطمئن سازید
- در صورت قبل از بیرون شدنقضیب انزال صورت گیرد در مورد شیوه های عاجل جلوگیری از حمل مشوره دهی نمائید

۱۸.۲.۹ کشنده های سپرم (Spermicides)

شرح

کشنده های سپرم مواد اند که سبب از بین رفتن سپرم در داخل مهبل در نزدیکی عنق رحم میگرددند و قبل از مقاربت جنسی در این محل جاگزین میشود.

موثریت

از بین برنده های سپرم یگانه شیوه ایست که کمترین استفاده را دارد. با وصف آنکه به صورت معمول در سال اول از آن استفاده میگردد ۲۹ فیصد خانم ها حمل میگیرند. در صورت استفاده درست در هر بار مقاربت جنسی ۱۸ فیصد خانمها ممکن که حامله شوند. کشنده های سپرم در مقابل انتان مقاربت جنسی کدام ممانعت را بوجود نمیآورند.

عوارض جانبی

- تخریشتات در نواحی و اطراف قضیب یا مهبل احتمالاً محرقات مهبل
- ممکن خطر منتن شدن به اچ آی وی را بیشتر سازد

موارد خاص

کی از آن استفاده کرده نمیتواند

- خانم های که در خطر بلند انتان اچ ای وی یا ایدز قرار داشته باشند
- خانم های که ممکن منتن به اچ ای وی یا ایدز باشند.

استفاده درست

- استفاده آنرا در هر زمان یک ساعت قبل عمل مقاربت تجویز نمایند
- به خانم توصیه نماید که مهبل خود را بعد مقاربت جنسی نشوید.

فصل نهم معافیت Immunization

شرح

وزارت صحت عامه منحصراً بخش از کوشش های جهانی مبارزه علیه امراض قابل وقایه دوره طفولیت را در پروگرام معافیت کتلوی جاگزین نموده و به صورت فعال در آن شرکت نموده است. هدف پروگرام معافیت کتلوی (EPI) در افغانستان حفاظت تمام اطفال کمتر از پنج سال از امراض انتانی ذیل میباشد.

- توبرکلوز
 - دیفتری
 - سیاه سرفه
 - تیتانوس
 - هیپاتیت B
 - هیموفیلوس انفلونزا نوع B
 - سرخکان
 - پولیو
- این وظیفه کارمندان صحتی است تا-
- از واکسین نمودن گروه های تحت هدف در مرکز صحتی حمایت نمایند
 - از واکسین شدن مکمل تمام اطفال کمتر از یک سال مطابق به پروگرام معافیت کتلوی حمایت نمایند
 - از واکسین نمودن خانم های سن باروری با واکسین ضد تیتانوس (TT) حمایت نمایند
 - دوز تقویتی واکسین سرخکان را برای اطفال سن ۲ سال ترویج نمایند
 - در کمپاین های وسیع محو کامل پولیو سهم گیرند
 - از تامین درجه حرارت مناسب جهت کنترل و نگهداری واکسین های پروگرام معافیت کتلوی مطمئن گردند
 - از واکسین نمودن این گروه افراد در ساحات دوردست و ساحات صعب العبور حمایت نمایند
 - سهم خویش را به صورت کامل در روز های ملی واکسیناسیون که توسط تیم صحت عامه ولایتی تنظیم میگردد ایفا نمایند.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- تمام اطفال کمتر از دو سال باید شامل پروگرام معافیت کتلوی گردند
- تمام خانم های سن باروری باید به صورت مکمل واکسین ضد تیتانوس (TT) را اخذ نمایند

اطفال کمتر از دو سال

اکثریت والدین عملاً اطفال خویش را در سن معین برای تطبیق واکسین های شان مطابق به پیشنهادات پروگرام معافیت کتلوی نمی آورند. لهذا هر طفل که بنابر هر علت به کلینیک مراجعه مینماید از نظر گرفتن واکسین باید معاینه شده (مثلاً کارت واکسین وی را پرسیان نمائید) و هرچه زودتر (در صورتیکه تطبیق نشده باشد) قبل از اینکه طفل مرکز صحتی را ترک نماید واکسین هایش را تکمیل نمائید. (جدول ۱۹ A مشاهده گردد)

جدول الف ۱۹ تقسیم اوقات تطبیق واکسین های دوره طفولیت مطابق به برنامه معافیت کتلوی (EPI)

سن	واکسین	چطور باید تطبیق گردد
تولد (هر چه زودتر)	BCG	زرق داخل جلدی
تولد (از هنگام تولد الی روز چهارده ام)	OPV0	قطره فمی
در ۶ هفته گی (یک و نیم ماه یا ۴۵ روزه گی)	Pentavalent1, OPV1	زرق عضلی قطره فمی
در ۱۰ هفته گی (دو نیم ماه یا ۷۳ روزه گی)	Pentavalent2, OPV2	زرق عضلی قطره فمی
در ۱۴ هفته گی (سه و نیم ماه یا ۸۸ روزه گی)	Pentavalent3, OPV3	زرق عضلی قطره فمی
در ۹ ماهه گی (۲۷۰ روزه گی)	Measles-1, OPV4	زرق تحت جلدی قطره فمی
در ۱۸ ماهه گی (یک و نیم سالگی)	Measles - 2	زرق تحت جلدی

یادداشت: واکسین BCG مقابل توبرکلوز، OPV در مقابل پولیو، penatavalent شامل ۵ واکسین است در مقابل امراض (دیفتری، سیاه سرفه، هیپاتیت B، تیتانوس و هیمو فیلوس انفلونزا نوع B) معافیت میدهند

خانم های سن ۱۵ الی ۴۵ سال

هرخانم که در این سن قرار دارد غرض هر مشکل که در کلینیک مراجعه نموده باید از تعداد واکسین های ضد تیتانوس که اخذ نموده و اینکه آخرین آنرا چی وقت اخذ نموده پرسیده شود. کارت واکسین وی را در صورت موجودیت چک کنید. در صورت که موقع واکسین وی باشد آنرا تطبیق نموده و غرض تطبیق واکسین بعدی برایش یادآوری نمایند. (جدول ۱۹B مشاهده گردد).

جدول ب ۱۹ تقسیم اوقات واکسین ضد تیتانوس برای خانم های سن باروری

چی وقت باید واکسین گردد	واکسین
هرچه زودتر بعد از سن ۱۵ ساله گی	دوره اول واکسین TT
حد اقل ۴ هفته بعد از واکسین TT اول	دوره دوم واکسین TT
حد اقل ۶ ماه بعد از واکسین TT دوم	دوره سوم واکسین TT
حد اقل یک سال بعد از واکسین TT سوم	دوره چهارم واکسین TT
حد اقل یک سال بعد از واکسین TT چهارم	دوره پنجم واکسین TT

یادداشت: حد اقل از دو دوره واکسین ضد تیتانوس نزد خانم های سن باروری خود را مطمئن سازید. در صورتیکه خانم از واکسین شدن خود مطمئن نیست قبل از ولادت (حد اقل ۴ هفته بعد) باید از تطبیق واکسین TT نزد وی مطمئن

گردید. اگر وی دو یا بیشتر واکسین TT را اخذ نموده باشد تطبیق یک دوز واکسین TT دو ماه قبل از ولادت حتمی است. اگر وی اسناد را با خود داشته باشد که گواهی بر گرفتن هر پنج دوره واکسین TT باشد و دروه اخیر آن حد اقل ۱۰ سال قبل باشد پس ضرور نیست که واکسین TT نزدش تطبیق گردد.

چطور باید واکسین نمود

- محتوی موجود در ویال را داخل سرنج تجویز شده کش نمایند.
- برای واکسین های BCG و سرخکان از یک محلول استفاده نمایند. واکسین مخلوط با محلول را بیش از ۶ ساعت بعد از مخلوط نمودن آن استفاده نکنید.
- از DPT و هیپاتیت B برای رقیق کردن واکسین های هیموفیلوس انفلونزا (Hib) کار بگیرید.

وقایع

وضعیت تطبیق واکسین ها را نزد خانم های سن باروری و اطفال در هر ملاقات ایشان نزد عرضه کننده خدمات صحی چک نمایند.

رهنمایی برای مریضان

- نزد اطفال کمتر از دو سال باید مطمئن بود که-
 - مادر یا مراقبت کننده طفل میدانند که کارت واکسین طفل را با خود داشته و در ملاقات های بعدی با خود میاورد.
 - مادر یا مراقبت کننده طفل گفته های شما را در مورد واکسین های دور بعدی تکرار نماید (حتی اگر طفل مریض هم باشد) .
 - ضرورت هر واکسین توسط مادر یا مراقبت کننده طفل دانسته شده است.
 - مادر یا مراقبت کننده طفل میدانند که اطفال ضعیف و مریض هم واکسین میشوند
- باید عادی بودن عوارض جانبی بعد از تطبیق واکسین را با بسیار احتیاط تشریح نمایند که ممکن شامل موارد ذیل باشد:
 - بوجود آمدن بعضی نقاط سرخ رنگ، سخت، دردناک و متورم در ساحه زرق
 - تب با درجه کم، ضعیفی، درد عضلات، سردردی یا از دست دادن اشتها
- برای مادر یا مراقبت کننده طفل گفته شود که در صورت بروز سایر عکس العمل ها یا دوام عارضه جانبی عادی طفل را به مرکز صحی بیاورد.

فصل بیستم انتان HIV و ایدز

شرح

ویروس کاهش معافیت انسان (HIV) بعد از داخل شدن در لمفوسیت های میزبان به صورت تدریجی تخریب سیستم معافیتی را باعث شده و سبب بیماری میگردد که توانایی شخص در مقابله با انتانات از دست رفته و بالاخره منتج به شدیدترین حالت انتان میشود که عبارت از سندروم عدم کفایه معافیتی کسبی (AIDS) میباشد.

- ویروس از طریق ملوث شدن با مایعات منتن عضویت انتقال میکند.
- ویروس میتواند از طریق مقاربت جنسی با به تماس آمدن مایعات عضویت (مثلاً مایع منی یا مایع مهلی و مخاطی) از شخص منتن انتقال کند.
- ملوئیت خون یا سایر مایعات بدن میتواند از با عث تماس با شخص منتن رخ دهد:
 - در اثر استفاده مشترک از یک سوزن (معتادین مواد مخدر) یا جروح ناشی از سوزن های غیر معقم یا محصولات خون (کارمندان صحت)
 - استفاده از وسایل طبی ملوث (غیر معقم) (توسط طبیبان سنتی)
 - انتقال از طریق پلاستنا در جریان ولادت یا شیردهی از مادر به طفل
- مطالعات نشان میدهد که انتان HIV ذریعه ارتباطات اجتماعی چون در آغوش گرفتن، بوسه زدن، از طریق غذا یا آب یا از طریق گزیدن پشه انتقال نمیکند.
- در بعضی موارد انتقال انتان HIV را میتوان با راه اندازی اقدامات مناسب و تداوی و قایوی در افرادی که در معرض خطر قرار دارند (مثلاً کارمندان صحتی که در معرض خطر قرار دارند ویا نوزادان از مادر HIV مثبت) محدود نمود.
- یک فرد منتن به انتان HIV میتواند که سال ها صحتمند باقی مانده اما انتان را به سایر افراد انتقال دهد.
- HIV میتواند که با تداوی درست و مناسب در طول حیات مریض کنترل گردد (باعث زندگی صحتمند برای چندین سال میگردد).

تشخیص

- درجه بندی کلینیکی و تعریف واقعه (چهار درجه) که توسط سازمان صحتی جهان معین شده براساس شدت، تعداد اعراض و مثبت بودن معاینات تائیدی صورت گرفته است.
- تشخیص بر اساس مشکوکیت کلینیکی و تست های سیرولوژیک وضع میگردد.
 - مشوره دهی داوطلبانه و معاینات باید در یک مرکز شناخته شده صورت گیرد.
 - علایم کلینیکی که منعکس کننده متاثر شدن سیستم معافیت توسط HIV باشد (یا سایر اسباب مانند سرطان یا سوء تغذی) به صورت معمول قرار آتی میباشد.
- علایم عمده
 - کاهش وزن (بیشتر از ۱۰ فیصد) یا رشد بطلی (در اطفال)
 - اسهالات مزمن (بیشتر از یک ماه)
 - تب دوامدار (بیشتر از یک ماه به صورت ثابت یا نوسانی)
 - شواهد انتانات فرصت طلب (انتانات ایکه در حالت عادی نمیتوانند سبب مرض گردند اما با ضعیف شدن (تخریب شدن) سیستم معافیت عضویت و از دست دادن قدرت مقابله با این انتانات بیماری را میگردند مانند توپرکلوز، ملاریا، باکتریال پنومونیا، Herpes zoster، انتانات جلدی ستافیلوکوکی و Septicemia).
- علایم خفیف
 - سرفه دوامدار (بیشتر از یک ماه)
 - التهابات جلدی یا خارش عمومی
 - انتانات متکرر Herpes Zoster یا Herpes simplex
 - کاندیدیازس نواحی دهن و گلو

- ضخامه عمومی عقدات لمفاوی با علت نامعلوم
- انتانات معمول به صورت متکرر (التهاب گوش متوسط، Pharyngitis) در اطفال با مثبت بودن معاینات HIV نزد مادران ایشان
- یادداشت: برای دریافت تغییرات در معاینات سیرولوژیک مریض مدت ۶ ماه ضرورت است تا این تغییرات دیده شوند (دوره ویندو یا Window period)

اهتمامات

مریضان مشکوک به داشتن HIV باید مشوره داده شده و به "مراکز مشاوره و تداوی داوطلبانه محرمانه" جهت مراقبت و آزمایشات رجعت داده شوند.

وقایه

معلومات و تعلیمات باید برای جامعه جهت رشد آگاهی و کاهش بدبینی (Stigma) عرضه گردد. انتان HIV میتواند که با محدود ساختن معروض شدن با مایعات عضویت شخص HIV مثبت با طریقه های ذیل جلوگیری گردد:

- عملکرد مصون مقاربت جنسی نزد خانم و شوهر (در صورتیکه یکی از آنها مصاب باشد) مراعات گردد
- از معروض بودن با خون اجتناب صورت گیرد:
 - از استفاده مشترک سوزن (نزد معتادین زرقی) خودداری گردد
 - از تماس مایعات عضویت با جروح، یا غشای مخاطی اجتناب به عمل آید (کارمندان صحت)
 - اهتمامات عمومی با در نظر داشت موارد ذیل در تمام اوقات مراعات گردد:
 - استفاده از دستکش، محافظ چشم، و شستن دستها
 - تداوی وقایوی بعد از معروض شدن مطابق به پروتوکول اجرا گردد
 - از انتقال انتان از مادر به طفل (شیرخوار) جلوگیری صورت گیرد
 - تمام مادران حامله را از نظر خطرات HIV تشخیص یا ارزیابی کنید
 - مادرانی که HIV مثبت اند باید تحت تداوی قرار گیرند
 - استنباطات تغذی با شیر مصنوعی را در مقایسه با تداوی با شیر مادر مصاب به انتان HIV بررسی کنید.

هدایات به مریضان

- شیوه های وقایوی را برای اشخاص منتن و اشخاص تحت خطر در نظر گیرید
- علایم بزرگ و کوچک شدت بیماری را با مریض مرور نمایید- در صورت نگرانی، مشاوره و معاینه مقدم تر صورت گیرد.

ضمیمه الف. دوزاژ و رژیم های دوايي

جدول الف ۱ وزن، قد و جنسیت

سن	قد به سانتی متر	وزن به کیلوگرام
نوزاد پخته (Full-term)	۵۱	۵.۳
یک ماهه	۵۵	۳.۴
دوماهه	۵۸	۴.۵
سه ماهه	۶۱	۱.۶
چهار ماهه	۶۳	۷.۶
شش ماهه	۶۷	۶.۷
یکساله	۷۵	۹
سه ساله	۹۶	۱۴
پنج ساله	۱۰۹	۱۸
هفت ساله	۱۲۲	۲۳
ده ساله	۱۳۸	۳۲
دوازده ساله	۱۴۹	۳۹
چهارده ساله (مذکر)	۱۶۳	۴۹
چهارده ساله (مونث)	۱۵۹	۵۰
کاهل (مذکر)	۱۷۶	۶۸
کاهل (مونث)	۱۶۴	۵۸

منبع: چارت رشد اطفال بریتانیای کبیر- سازمان صهی جهان ۲۰۰۹ و چارت ستندرد بریتانیای کبیر ۱۹۹۰

جدول الف ۲ (Aminophylline)

ضمایم

اطفال تا ده سال		
• فمی: ۶ میلیگرم فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر هشت ساعت بعد • زرق ویریدی: دوز مناسب را در نظر گرفته و تا حد ممکن به اساس وزن بدن محاسبه نمائید (طفل را وزن نمائید) در صورت که وزن نمودن طفل قابل اجرا نباشد، دوزهای ذیل را به طفل توصیه نمائید. دوز ابتدایی: از طریق ویریدی ۵ تا ۶ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن (دوز اعظمی ۳۰۰ میلی گرام) به آهسته گی در مدت ۲۰ الی ۶۰ دقیقه زرق نموده و با دوز تعقیبیه زرق ویریدی ۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن در هر ۶ ساعت یا به شکل انفیوژن ۰,۹ میلیگرم فی کیلوگرام وزن بدن هر ساعت ادامه دهید. احتیاط: دوز را نظریه سن محاسبه نکنید تا حد ممکن دوز مناسب را نظریه وزن بدن محاسبه نمائید.		
کاهلان (و اطفال بزرگتر از ۱۰ سال)		
• فمی: دوز ابتدایی ۶,۳ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن یکبار از طریق فمی که با دوز تعقیبیه ۴ الی ۶ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر هشت ساعت بعد همه روزه (دوز اعظمی روزانه آن ۱۱۲۵ میلیگرم در یک روز است) . مریضان با عدم کفایه قلبی ۲,۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن هر هشت ساعت بعد روزانه (دوز اعظمی روزانه آن ۵۰۰ میلی گرام در روز) . • زرق ویریدی: ۶ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن در ۱۰۰ الی ۲۰۰ میلی لیتر مایع ویریدی یکبار در ۲۰ الی ۳۰ دقیقه که با دوز تعقیبیه ۰,۷ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن الی ۰,۹ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن هر ساعت به شکل انفیوژن ویریدی ادامه میابد. مریضان با عدم کفایه قلبی: ۰,۲۵ میلیگرم فی کیلوگرام وزن بدن هر ساعت که ادامه آن به شکل انفیوژن ویریدی احتیاط: از دوزهای فوق الذکر فقط برای مریضان که در جریان ۲۴ ساعت قبلی امینوفیلین یا تیوفیلین اخذ نکرده باشند استفاده شود.		
وزن بدن به کیلوگرام		دوز به اساس وزن بدن
و یا ۲۵۰ میلی گرام در ۱۰ میلی لیتر		تابلیت ۱۰۰ میلی گرام
تابلیت ۱۰۰ میلی گرام	یک میلی لیتر	۳ الی کمتر از ۶ کیلوگرام (نوزاد الی کمتر از ۳ ماه)
۱/۴	۱,۵ میلی لیتر	۶ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرام (۳ ماه الی کمتر از یکسال)
۱/۲		

۱۰ الی کمتر از ۱۵ کیلوگرام (۱ سال الی کمتر از ۳ سال)	۲،۵ میلی لیتر	$\frac{3}{4}$
۱۵ الی ۲۰ کیلوگرام (۳ سال الی کمتر از ۵ سال)	۳،۵ میلی لیتر	۱
۲۰ الی ۲۹ کیلوگرام (۵ - ۱۰ سال)	۵ میلی لیتر	$\frac{1}{2}$
بیشتر از ۲۰ کیلوگرام (اطفال بالاتر از ۱۰ سال و بزرگسالان)	۱۰ الی ۱۵ میلی لیتر	۲ الی ۳

جدول الف ۳ (Amoxicillin)

ضمایم

ضمیمه الف

اطفال الی سن ۱۰ سال: فمی: روزانه ۱۵ میلی‌گرم فی کیلوگرم وزن بدن فی دوز هر هشت ساعت بعد (برای سینه وبغل روزانه ۲۵ میلی‌گرم فی کیلوگرم وزن بدن هر ۱۲ ساعت بعد) کاهلان (اطفال بزرگتر از ۱۰ سال): ۲۵۰ میلی گرام فی دوز هر هشت ساعت بعد روزانه؛ درانتانات شدید دوز دوچند میگردد. در سینه وبغل از طریق فمی روزانه ۵۰۰ میلی‌گرم الی ۱ گرام هر هشت ساعت بعد یادداشت: به علت حساسیت یالرژی در مقابل پنسلین ها از Erythromycin استفاده نمائید به جدول ۱۲A برای دوزهای معیاری مراجعه گردد.				
دوز مطابق به وزن بدن				وزن بدن (سن)
تابلیت ۲۵۰ میلی گرام	شربت ۱۲۵ میلی گرام در ۵ میلی لیتر	تابلیت ۲۵۰ میلی گرام برای سینه وبغل	شربت ۱۲۵ میلی گرام در ۵ میلی لیتر برای سینه وبغل	
۳/۴ تابلیت	۲٫۵ میلی لیتر	۱/۲ تابلیت	۵ میلی لیتر	۳ الی کمتر از ۶ کیلوگرم (نوزاد الی کمتر از ۳ ماه)
۱/۲ تابلیت	۵ میلی لیتر	۱ تابلیت	۱۰ میلی لیتر	۶ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرم (سه ماه الی کمتر از ۱ سال)
۳/۴ تابلیت	۷٫۵ میلی لیتر	۱٫۵ تابلیت	۱۵ میلی لیتر	۱۰ الی کمتر از ۱۵ کیلوگرم (۱۰ الی کمتر از سه سال)
۱ تابلیت	۱۰ میلی لیتر	۲ تابلیت	-	۱۵ الی کمتر از ۲۰ کیلوگرم (۳ الی کمتر از ۵ سال)
۱٫۵ تابلیت	-	۲٫۵ تابلیت	-	۲۰ الی ۲۹ کیلوگرم (۵ الی ۱۰ سال)
۱٫۵ تابلیت	-	۲ الی ۴ تابلیت	-	کاهلان واطفال بیشتر از ۱۰ سال (بیشتر از ۲۹ کیلوگرم)

جدول الف ۴ (Ampicillin)

اطفال الی ۵ سال: زرق وریدی/عضلی: ۵۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۶ ساعت بعد کاهلان (واطفال بیشتر از ۵ سال): روزانه ۵۰۰ میلی گرام فی دوز هر شش ساعت بعد؛ درانتانات شدید دوز نظریه حساسیت ارگانیزم دوچند میگردد، از طریق زرق عضلی یا زرق آهسته وریدی یا از طریق انفیوژن وریدی یادداشت: به علت حساسیت یا الرؤی در مقابل پنسلین هاز Erythromycin استفاده شود به جدول ۱۲ا برای د وزهای معیاری مراجعه گردد.	
دوز مطابق به وزن بدن	
وزن بدن (سن)	ویال ۵۰۰ میلیگرام به شکل مخلوط با ۴,۵ میلی لیتر آب مقطر که ۱۰۰ میلیگرام در هر یکمی لیلیتر تهیه میگردد
۳ الی کمتر از ۴ کیلوگرام (نوزادالی کمتر از ۲ ماه)	۱,۵ میلی لیتر = ۱۵۰ میلی گرام
۴ الی کمتر از ۶ کیلوگرام (۲ ماه الی کمتر از ۴ ماه)	۲ میلی لیتر = ۲۰۰ میلی گرام
۶ الی کمتر از ۸ کیلوگرام (۴ الی کمتر از ۹ ماه)	۳ میلی لیتر = ۳۰۰ میلی گرام
۸ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرام (۹ ماه الی کمتر از ۱۲ ماه)	۴ میلی لیتر = ۴۰۰ میلی گرام
۱۰ الی کمتر از ۱۴ کیلوگرام (۱۲ ماه الی کمتر از سه سال)	۵ میلی لیتر = ۵۰۰ میلی گرام
۱۴ الی ۱۹ کیلوگرام (۳ الی ۵ سال)	۷ میلی لیتر = ۷۰۰ میلی گرام
بیشتر از ۱۹ کیلوگرام (کاهلان واطفال بیشتر از ۵ سال)	۵ میلی لیتر = ۵۰۰ میلی گرام (الی ۱۰ میلی لیتر = ۱ گرام درانتانات شدید)

جدول الف ۵ (Chloramphenicol)

ضمایم

ضمیمه الف

اطفال الی ۱۰ سال: فمی: ۲۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر هشت ساعت بعد (دوز اعظمی آن ۱ گرام فی دوز) برای التهاب سحایا از طریق زرق وریدی: ۲۵ میلیگرام فی کیلوگرام وزن بدن هر شش ساعت بعد (دوز اعظمی ۱ گرام فی دوز) کاهلان (واطفال بیشتر از ۱۰ سال): ۱۲.۵ الی ۲۵ میلیگرام فی کیلوگرام وزن بدن هر شش ساعت بعد (دوز اعظمی آن الی ۴ گرام در روز) فمی یا زرق وریدی احتیاط: در اطفال قبل المعیاد باید از دادن Chloramphenicol اجتناب کرد			
وزن بدن (سن)	دوز به اساس وزن بدن		
	شربت ۱۲۵ میلی گرام در ۵ میلی لیتر (Palmitate)	کپسول ۲۵۰ میلی گرام	ویال ۱ گرام مخلوط با ۹.۲ میلی لیتر آب مقطر که ۱ گرام در ۱۰ میلی لیتر آن بدست میاید و در التهاب سحایا توصیه می گردد
۳ الی کمتر از ۶ کیلوگرام (نوزاد و کمتر از ۳ ماه)	۳ الی ۵ میلی لیتر	—	۰.۷۵ الی ۱.۲۵ میلی لیتر
۶ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرام (سه ماه الی کمتر از یکسال)	۶ الی ۹ میلی لیتر	—	۱.۵ الی ۲.۲۵ میلی لیتر
۱۰ الی کمتر از ۱۵ کیلوگرام (۱ الی کمتر از سه سال)	۱۰ الی ۱۴ میلی لیتر	۱	۲.۵ الی ۳.۵ میلی لیتر
۱۵ الی کمتر از ۲۰ کیلوگرام (۳ الی کمتر از ۵ سال)	۱۵ الی ۱۹ میلی لیتر	۱½	۳.۷۵ الی ۴.۷۵ میلی لیتر
۲۰ الی ۲۹ کیلوگرام (۵ الی ۱۰ سال)	—	۲	۵ الی ۷.۲۵ میلی لیتر
بیشتر از ۲۹ کیلوگرام (کاهلان و اطفال بیشتر از ۱۰ سال)	—	۲	۵ الی ۱۰ میلی لیتر

جدول الف ۶ (Chloroquine)

اطفال الی ۱۰ سال: فمی یکباردر روزبرای سه روز: ۱۰ میلیگرام فی کیلوگرام وزن بدن در روزاول ودوم و ۲.۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن در روزسوم کاهلان (واطفال بزرگتر از ۱۰ سال): ابتدا ۱۰ میلیگرام فی کیلوگرام وزن بدن که با ۵ میلیگرام فی کیلوگرام وزن بدن هر ۶ الی ۸ ساعت بعدی در روزاول تعقیب می گردد. بعداً ۵ میلیگرام فی کیلوگرام وزن بدن روزانه برای روزهای دوم وسوم یا ۱۰ میلیگرام فی کیلوگرام وزن بدن یکباردر روز برای روزاول ودوم که با ۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن در روزسوم تعقیب می گردد (۴ تابلیت ۱۵۰ میلیگرامه در روز اول ودوم ودوتابلیت در روزسوم . چنانچه درجدول ذیل نمایش داده شده است)					
دوز به اساس وزن بدن (سن)					
شربت ۵۰ میلی گرام در ۵ میلی لیتر			تابلیت های ۱۵۰ میلی گرام		
روزسوم	روزدوم	روزاول	روزسوم	روزدوم	روزاول
۳ الی کمتر از ۶ کیلوگرام (نوزادو کمتر از ۳ ماه)	-	-	-	-	-
۶ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرام (سه ماه الی کمتر از یکسال)	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲
۱۰ الی کمتر از ۱۵ کیلوگرام (۱ الی کمتر از سه سال)	۱	۱	۱/۲	۱	۱
۱۵ الی کمتر از ۲۰ کیلوگرام (۳ الی کمتر از ۵ سال)	۱ ۱/۲	۱ ۱/۲	۱	۱ ۱/۲	۱ ۱/۲
۲۰ الی ۲۹ کیلوگرام (۵ الی ۱۰ سال)	۱ ۱/۲	۱ ۱/۲	۱	۱ ۱/۲	۱ ۱/۲
بیشتر از ۲۹ کیلوگرام (کاهلان واطفال بیشتر از ۱۰ سال)	۴	۴	۲	۴	۴

جدول الف ۷ (Chlorpheniramine)

اطفال الی ۱۲ سال: درعکس العمل های الرژیک، انافلکسیس (ضمیموی) به شکل عضلی یا وریدی: ۰.۲۵ میلیگرام فی کیلوگرام وزن بدن یک بار (میتواند که در ۲۴ ساعت الی ۴ بار با دوز اعظمی ۰.۴ میلی لیتر در اطفال کمتر از ۱ سال استفاده گردد) . برای بهبودی اعراض الرژیک از طریق فمی: • اطفال الی ۶ سال: روزا میلی گرام فی دوز هر ۴ الی ۶ ساعت بعد (دوز اعظمی روزانه ۶ میلی گرام) • اطفال الی ۱۲ سال: روز ۲ میلی گرام فی دوز هر ۴ الی ۶ ساعت بعد (دوز اعظمی روزانه ۱۲ میلی گرام) کاهلان (و اطفال بزرگتر از ۱۲ سال): درعکس العمل های الرژیک، انافلکسیس ۱۰ الی ۲۰ میلی گرام به دوز واحد، در صورت ضرورت تکرار می گردد (دوز اعظمی آن در ۲۴ ساعت ۴۰ میلی گرام) . برای بهبود اعراض الرژیک: فمی ۴ میلی گرام فی دوز هر ۴ الی ۶ ساعت (دوز اعظمی روز ۲۴ میلی گرام) احتیاط: برای اطفال قبل المعیاد و کمتر از یک ماه توصیه نگردد.		
وزن (سن)	دوز به اساس وزن بدن	
	امپول ۱۰ میلی گرام دریک میلی لیتر (عضلی، وریدی یا تحت جلدی) درعکس العمل های الرژیک	تابلیت: ۴ میلی گرام (فمی) جهت بهبود عرضی الرژی
۴ الی کمتر از ۶ کیلوگرام (۲ الی کمتر از ۳ ماه)	۰.۱ میلی لیتر	-
۶ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرام (سه ماه الی کمتر از یکسال)	۰.۲ میلی لیتر	-
۱۰ الی کمتر از ۱۵ کیلوگرام (۱ الی کمتر از سه سال)	۰.۳ میلی لیتر	¼
۱۵ الی کمتر از ۲۰ کیلوگرام (۳ الی کمتر از ۵ سال)	۰.۵ میلی لیتر	¼
۲۰ الی ۲۹ کیلوگرام (۵ الی ۱۲ سال)	۰.۶ میلی لیتر	½
بیشتر از ۲۹ کیلوگرام (کاهلان و اطفال بیشتر از ۱۲ سال)	۱ میلی لیتر	۱

جدول الف ۸ (Co-trimoxazole)

اطفال الی ۱۰ سال: فمی: ۴ میلی گرام تریمتوپریم فی کیلوگرام وزن بدن جمع ۲۰ میلی گرام سلفامتوکسازول فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۱۲ ساعت بعد روزانه کاهلان (واطفال بزرگتر از ۱۰ سال): از طریق فمی دو تابلت ۴۸۰ میلی گرامه کاهلان هر ۱۲ ساعت بعد روزانه. احتیاط: اگر طفل کمتر از ۱ ماه باشد (ز نیم تابلت اطفال یا ۱،۲۵ میلی لیتر شربت) هر ۱۲ ساعت بعد برایش توصیه نمائید. اطفال قبل المعیاد و یرقانی نباید کوتریموکسازول اخذ بدارند. یادداشت: SMX = سلفامتوکسازول؛ TMP = ترای میتوپریم			
دوز به اساس وزن بدن			وزن بدن (سن)
تابلت برای اطفال (۲۰ میلی گرام TMP جمع ۲۰۰ میلی گرام (۸۰ در هر ۵ میلی لیتر SMX) (یک قاشق چایخوری حاوی ۵ میلی لیتر محلول است)	تابلت برای اطفال (۲۰ میلی گرام TMP جمع ۱۰۰ میلی گرام SMX)	تابلت برای کاهلان (۴۰ میلی گرام TMP جمع ۴۰۰ میلی گرام)	
۱/۲	۱،۲۵ میلی لیتر	-	۳ الی کمتر از ۴ کیلوگرام (نوزاد و کمتر از یک ماه)
۱	۲ میلی لیتر	۱/۴	۳ الی کمتر از ۶ کیلوگرام (نوزاد الی کمتر از ۳ ماه)
۲	۳،۵ میلی لیتر	۱/۲	۶ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرام (سه ماه الی کمتر از یک سال)
۳	۶ میلی لیتر	۱	۱۰ الی کمتر از ۱۵ کیلوگرام (۱ الی کمتر از سه سال)
۳	۸،۵ میلی لیتر	۱	۱۵ الی کمتر از ۲۰ کیلوگرام (۳ الی کمتر از ۵ سال)
۴	-	۱	۲۰ الی ۲۹ کیلوگرام (۵ الی ۱۰ سال)
-	-	۲	بیشتر از ۲۹ کیلو (کاهلان و اطفال بیشتر از ۱۰ سال)

جدول الف ۹ (Diazepam)

اطفال الی ۱۰ سال: در صورت اختلاجات، از طریق مقعدی: ۰،۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوزیا زرق آهسته وریدی: ۰،۲ الی ۰،۳ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز. برای تسکین قبل از پروسیجرها: ۰،۱ الی ۰،۲ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز وریدی
کاهلان (واطفال بزرگتر از ۱۰ سال): اختلاجات: مقعدی: ۰،۲ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن یا ۵ الی ۱۰ میلی گرام دوز ابتدای زرق آهسته وریدی یا عضلی
 در صورتیکه حملات اختلاجی ادامه داشته باشد میتواند ۱۰ دقیقه بعد تکرار شود. اضطرابات، از طریق فمی: ۲ میلیگرام فی دوز هر ۸ ساعت بعدروانه (برای اشخاص مسن وضعیف نیم دوز کاهلان)

وزن بدن (سن)		دوز به اساس وزن بدن
۳ الی کمتر از ۶ کیلوگرام (نوزاد الی کمتر از ۳ ماه)	۶ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرام (سه ماه الی کمتر از یک سال)	۱۰ الی کمتر از ۱۵ کیلوگرام (۱ الی کمتر از سه سال)
۰،۴ میلی لیتر	۰،۷۵ میلی لیتر	۱،۲ میلی لیتر
۰،۲۵ میلی لیتر	۰،۴ میلی لیتر	۰،۶ میلی لیتر
۱۵ الی کمتر از ۲۰ کیلوگرام (۳ الی کمتر از ۵ سال)	۲۰ الی کمتر از ۲۹ کیلوگرام (۵ الی ۱۰ سال)	بیشتر از ۲۹ کیلوگرام (کاهلان واطفال بیشتر از ۱۰ سال)
۱،۷ میلی لیتر	۲،۵ میلی لیتر	۱۰ میلی لیتر
۰،۷۵ میلی لیتر	۱،۲۵ میلی لیتر	۱ الی ۲ میلی لیتر
امپول های ۱۰ میلی گرام در هر ۲ میلی لیتر یا یاعضلی آهسته وریدی	امپول های ۱۰ میلی گرام در هر ۲ میلی لیتر یا یاعضلی مقعدی	

جدول الف ۱۰ (Doxycycline)

فقط برای کاهلان واطفال بزرگتر از ۸ سال: از طریق فمی یک تابلیت ۱۰۰ میلی گرامه هر ۱۲ ساعت بعد روزانه برای ۷ الی ۱۰ روز احتیاط: برای مادران حامله، مادران شیرده واطفال کمتر از ۸ سال نباید توصیه گردد.	
سن	کپسول یا تابلیت: ۱۰۰ میلی گرام (هایدروکلوراید)
کاهلان واطفال بزرگتر از ۸ سال	۱۰۰ میلی گرام دومرتبه در روز برای ۷ الی ۱۰ روز

جدول الف ۱۱ (Epinephrine) (Adrenaline)

اطفال الی سن ۱۸ سال: درعکس العمل های شاک انافلکتیک به شکل تحت جلد یاعضلی: ۰.۰۱ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز (دوزاعظمی ان ۰.۴ میلی لیتر) از محلول ۱ فی ۱۰۰۰ Epinephrine (ویال های ۰.۱ فیصد دریک میلی لیتر) . میتواند که بعداز ۱۰ دقیقه درعکس العمل های الرژیک که اعراض آن بهبود نیابد تکرار شود. یابعداز ۳ الی ۵ دقیقه درشاک های انافلکتیک (درصورتیکه نبض ان کمتر از ۱۴۰ باشد) بدیل دیگر در شاک، زرق وریدی به صورت آهسته بوده که از محلولهای ۱:۱۰۰۰۰ آن با دوز ۰.۱ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن استفاده میگردد. کاهلان (وجوانان بیشتر از ۱۸ سال): درشاک ها زرق تحت جلدی یاعضلی ۰.۵ میلی لیتر محلولات ۱ در ۱۰۰۰ میتواند که هر ۱۰ الی ۱۵ دقیقه بعد تکرار شود از دوز ۵ میلی لیتر که از محلول ۱ در ۱۰۰۰۰ تهیه شده شکل زرق وریدی به آهسته گی تطبیق می گردد.		
دوز بر اساس وزن بدن		وزن بدن (سن)
شاک انافلکتیک: زرق وریدی آهسته از محلول ۱ در ۱۰۰۰۰ آن (یک میلی گرام در ۱۰ میلی لیتر) جهت تهیه محلول ۱ در ۱۰۰۰۰ آن با اضافه نمودن یک میلی لیتر ویال های ۰.۱ فیصد در ۹ میلی لیترسالیین نارمل یا گلوکوز ۵ فیصد) زرق وریدی باید در ظرف ۵ الی ۱۰ دقیقه تطبیق شود	ویال های ۰.۱ فیصد در ۱ میلی لیتر برای عکس العمل های الرژیک به شکل عضلی یا تحت جلدی از محلولات ۱ در ۱۰۰۰ آن (۱ میلی گرام در ۱ میلی لیتر)	
۰.۱ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن	۰.۰۵ میلی لیتر	۳ تا کمتر از ۸ کیلوگرام (کمتر از ۶ ماه)
۰.۱ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن	۰.۱۲ میلی گرام = ۰.۱۲ میلی لیتر	۸ الی کمتر از ۲۰ کیلوگرام (شش ماه الی شش سال)
۰.۱ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن	۰.۲۵ میلی گرام = ۰.۲۵ میلی لیتر	۲۰ الی کمتر از ۳۹ کیلوگرام (۶ سال الی ۱۲ سال)
۰.۱ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن (دوزاعظمی ۵ میلی لیتر)	۰.۳۰ میلی گرام = ۰.۳۰ میلی لیتر	۳۹ الی ۵۵ کیلوگرام (۱۲ الی ۱۸ سال)
۵ میلی لیتر	۰.۵ میلی گرام = ۰.۵ میلی لیتر	بیشتر از ۵۵ کیلوگرام (بزرگتر از ۱۸ سال و کاهلان)

جدول الف ۱۲ (Erythromycin Ethyl succinate)

اطفال الی سن ۱۲ سال: فمی: ۷٫۵ الی ۱۲٫۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر شش ساعت بعد روزانه. در انتانات شدید میتوان دوز را دوچند ساخت (دوز اعظمی آن ۴ گرام در یک روز) کاهلان (واطفال بزرگتر از ۱۲ سال): ۴۰۰ میلی گرام Erythromycin سوکسینات (یک تابلیت ۴۰۰ میلی گرامه) یا ۲۵۰ میلی گرام Erythromycin بی‌زا ستریت (یک تابلیت ۲۵۰ میلی گرام) هر ۶ ساعت بعد روزانه به دوز معمولی. دوز را میتوان الی ۴ گرام در روز نظریه شدت انتان زیاد بسازیم. یادداشت: یک تابلیت ۴۰۰ میلی گرام Erythromycin سوکسینات مساویست به یک تابلیت ۲۵۰ میلی گرام Erythromycin بی‌زا ستریت. احتیاط: نباید به صورت یکجا با تیوفیلین یا امینوفیلین توصیه گردد زیرا سبب عوارض جانبی شدید می گردد			
دوز به اساس وزن بدن			وزن بدن (سن)
شربت ۱۲۵ میلی گرام در ۵ میلی لیتر (بی‌زا)	تابلیت ۴۰۰ میلی گرام Erythromycin ایتایل سوکسینات	تابلیت ۲۵۰ میلی گرام اریترومايسن بی‌زا ستریت	
۳ الی کمتر از ۴ کیلوگرام (نوزاد و کمتر از دو ماه)	-	-	۱٫۲ الی ۲ میلی لیتر = ¼ الی ½ قاشق چای خوری
۶ الی کمتر از ۱۱ کیلوگرام (دوماه الی کمتر از ۴ ماه)	¼ تابلیت	¼ تابلیت	۲ میلی لیتر = ½ قاشق چای خوری
۶ الی کمتر از ۱۱ کیلوگرام (۴ ماه الی کمتر از ۲ سال)	¼ تابلیت	¼ تابلیت	۴ میلی لیتر = ¾ قاشق چای خوری
۱۲ الی ۲۳ کیلوگرام (۲ سال الی کمتر از هفت سال)	½ تابلیت	½ تابلیت	۸ میلی لیتر = یک و نیم قاشق چای خوری
۲۳ الی کمتر از ۴۵ کیلوگرام (۷ سال الی کمتر از ۱۲ سال)	¾ تابلیت	¾ تابلیت	-
بیشتر از ۴۵ کیلوگرام (کاهلان واطفال بیشتر از ۱۲ سال)	۱ تابلیت	۱ تابلیت	-

جدول الف ۱۳ (Gentamicin)

اطفال الی ۱۰ سال: زرق عضلی یا وریدی: ۳.۷۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۱۲ ساعت بعد. درانتانات شدید زرق ابتدایی آهسته وریدی یا عضلی قبل از رجعت دهی: ۷ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن کاهلان (و اطفال بزرگتر از ۱۰ سال): ۱ الی ۱.۷ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۸ ساعت بعد روزانه بازرق عضلی یا زرق وریدی آهسته (در طرف حداقل ۳ دقیقه) یا با انفیوژن وریدی. درانتانات شدید دوز ابتدایی: ۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز یک بار در روز زرق عضلی یا وریدی		
وزن بدن (سن)		دوز بر اساس وزن بدن
		ویال Gentamycin ۲۰ میلی گرام (ویال ۲ میلی لیتر که در آن ۱۰ میلی گرام در هر میلی لیتر موجود است) با اضافه نمودن ۲ میلی لیتر آب مقطر به ویال حاوی ۲۰ میلی گرام = ۱۰ میلی گرام در هر میلی لیتر
		ویال Gentamycin ۸۰ میلی گرام (ویال ۲ میلی گرامه که در آن ۴۰ میلی گرام در هر میلی لیتر موجود است) با اضافه کردن ۶ میلی لیتر آب مقطر به ویال حاوی ۸۰ میلی گرام = ۱۰ میلی گرام در هر میلی لیتر
۳ الی کمتر از ۴ کیلوگرام (نوزاد و کمتر از دو ماه)	۱ میلی لیتر = ۱۰ میلی گرام	-
۴ الی کمتر از ۶ کیلوگرام (۱۲ الی کمتر از ۴ ماه)	۱.۵ میلی لیتر = ۱۵ میلی گرام	-
۶ الی کمتر از ۸ کیلوگرام (۴ الی کمتر از ۹ ماه)	۲.۲۵ میلی لیتر = ۲۲.۵ میلی گرام	-
۸ الی ۱۰ کیلوگرام (۹ ماه الی کمتر از ۱۲ ماه)	۳ میلی لیتر = ۳۰ میلی گرام	-
۱۰ الی کمتر از ۱۴ کیلوگرام (۱ سال الی کمتر از ۳ سال)	۳.۷۵ میلی لیتر = ۳۷.۵ میلی گرام	-
۱۴ الی ۱۹ کیلوگرام (۳ ساله الی کمتر از ۵ سال)	۵ میلی لیتر = ۵۰ میلی گرام	۱.۲۵ میلی لیتر = ۵۰ میلی گرام -
۲۰ الی ۲۹ کیلوگرام (۵ ساله الی کمتر از ۱۰ سال)	-	۲ میلی لیتر = ۸۰ میلی گرام
بیشتر از ۲۹ کیلوگرام (کاهلان و اطفال بیشتر از ۱۲ سال)	-	۲ میلی لیتر = ۸۰ میلی گرام

جدول الف ۱۴ (Metronidazole)

اطفال الی ۱۰ سال: فمی: ۷,۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن هر هشت ساعت بعد روزانه برای ۷ روز. (برای تداوی جاردیازس دوزدوا ۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۸ ساعت بعد برای ۵ الی ۱۰ روز؛ برای تداوی امیبیازس ۱۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۸ ساعت بعد برای ۷ الی ۱۰ روز). کاهلان (واطفال بزرگتر از ۱۰ سال): امیبیازس حملوی، از طریق فمی: ۵۰۰ الی ۷۵۰ میلی گرام هر هشت ساعت بعد برای ۵ الی ۱۰ روز. جاردیازس از طریق فمی: ۴۰۰ میلی گرام هر هشت ساعت بعد برای ۵ الی ۷ روز. درانتانات شدید: ۷,۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن از طریق زرق وریدی هر ۶ یا ۸ ساعت بعد برای ۱۰ الی ۱۴ روز			
دوز بر اساس وزن بدن			وزن بدن (سن)
تابلیت ۲۰۰ میلی گرام	تابلیت ۴۰۰ میلی گرام	محلول ۲۰۰ میلی گرام در هر ۵ میلی لیتر	
۱/۴ تابلیت	-	۱ الی ۱,۵ میلی لیتر	۳ الی کمتر از ۶ کیلوگرام (نوزاد و کمتر از سه ماه)
۱/۴ تابلیت	-	۱,۵ الی ۲,۵ میلی لیتر	۶ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرام (سه ماه الی کمتر از یکسال)
۱/۲ تابلیت	۱/۴ تابلیت	۲,۵ الی ۴ میلی لیتر	۱۰ تا کمتر از ۱۵ کیلوگرام (یکسال الی کمتر از ۳ سال)
۱ تابلیت	۱/۲ تابلیت	۵ میلی لیتر	۱۵ الی ۲۰ کیلوگرام (۳ سال الی کمتر از ۵ سال)
۱ تابلیت	۱/۲ تابلیت	-	۲۰ الی ۲۹ کیلوگرام (۵ سال الی ۱۰ سال)
-	۱ تابلیت	-	بیشتر از ۲۹ کیلوگرام (کاهلان و اطفال بیشتر از ۱۰ سال)

جدول الف ۱۵ (Paracetamol) (Acetaminophen)

ضمایم

ضمیمه الف

نوزادان یکماه یا کمتر: فمی: ۱۰ الی ۱۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۶ الی ۸ ساعت بعد حسب ضرورت اطفال بزرگتر از یکماه الی ۱۰ سال: فمی: روزانه ۱۰ الی ۱۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۶ ساعت بعد کاهلان (اطفال بزرگتر از ۱۰ سال): ۵۰۰ میلی گرام الی ۱ گرام هر ۶ الی ۸ ساعت بعد (دوز اعظمی آن ۴ گرام در روز) احتیاط: برای اطفال اسپرین که سبب بوجود آوردن سندروم ری (Reyes syndrome) می گردد توصیه نه نمائید.			
دوز بر اساس وزن بدن			وزن بدن (سن)
تابلیت ۵۰۰ میلی گرام	تابلیت ۱۰۰ میلی گرام	شربت ۱۲۰ میلی گرام در ۵ میلی لیتر (یک قاشق چایخوری معادل ۵ میلی لیتر است)	
-	۱/۲	۱/۴ الی ۱/۲	۳ الی کمتر از ۴ کیلوگرام (نوزاد و کمتر از یکماه)
۱/۴	۱	۱/۲	۴ الی کمتر از ۶ کیلوگرام (دوماه الی ۳ ماه)
۱/۴	۱	۱	۶ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرام (۳ ماه الی کمتر از ۱ سال)
۱/۴	۱	۱ ۱/۴	۱۰ الی کمتر از ۱۵ کیلوگرام (۱ سال الی کمتر از ۳ سال)
۱/۲	۱ ۱/۲ الی ۲	۱ ۱/۲ الی ۲	۱۵ الی کمتر از ۲۰ کیلوگرام (۳ سال الی کمتر از ۵ سال)
۱/۲	۲ الی ۳	-	۲۰ الی ۲۹ کیلوگرام (۵ الی ۱۰ سال)
۱	-	-	بیشتر از ۳۰ کیلوگرام (کاهلان و اطفال بیشتر از ۱۰ سال)

اطفال الی ۱۲ سال: فمی: اکثر ۱۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوزھر ۶ ساعت بعد
کاھلان (واطفال بزرگتر از ۱۲ سال): اکثر ۱۲۵ میلی گرام الی ۵۰۰ میلی گرام ہر شش ساعت بعد میباید.
یادداشت: بہ علت حساسیت یا الرژی در مقابل پینسلین ہا: Erythromycin استفاده نمائید بہ جدول ۱۲ A برای دوزھای معیاری آن مراجعہ گردد

دوز بر اساس وزن بدن			وزن بدن (سن)
تابلیت ۲۵۰ میلی گرم (به شکل نمک پتاشیم)	تابلیت ۵۰۰ میلی گرم (به نمک پتاشیم)	پودر برای محلول فمی: ۲۵۰ میلی گرام در هر ۵ میلی لیتر (به شکل نمک پتاشیم)	
۶ الی ۱۰ کیلوگرم (اطفال الی ۱ سال)	۶۲,۵ میلی گرام = ¼ تا بلیت	۶۲,۵ میلی گرام = ۱,۲۵ میلی لیتر	
۱۰ الی ۲۰ کیلوگرم (اطفال ۱ الی ۵ سال)	۱۲۵ میلی گرام = ½ تا بلیت	۱۲۵ میلی گرام = ۲,۵ میلی لیتر	
۲۰ الی ۳۹ کیلوگرم (اطفال ۶ الی ۱۲ سال)	۲۵۰ میلی گرام = ۱ تا بلیت	۲۵۰ میلی گرام = ۵ میلی لیتر	
کمتر از ۳۹ کیلوگرم (کاهلان واطفال بزرگتر از ۱۲ سال)	۱ الی ۲ تا بلیت	-	

جدول الف ۱۷ (Salbutamol)

اطفال الی ۱۰ سال: فمی: ۰.۱ الی ۰.۴ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر هشت ساعت بعد در مرحله حاد اعراض کاهلان (و اطفال بزرگتر از ۱۰ سال): از طریق فمی روزانه ۲ الی ۴ میلی گرام هر ۶ الی ۸ ساعت. جهت بهبودی تقبض برانش ها انشاق ۰.۱ میلیگرام الی ۰.۲ میلی گرام (۱ الی ۲ پف) هر ۶ الی ۸ ساعت بعد روزانه در جریان شدت اعراض. وقایه تقبض برانش ها در جریان تمرین با انشاق گاز ۰.۲ میلی گرام (۲ پف) ۳ الی ۴ مرتبه در روز. احتیاط: از سالبوتامول فمی فقط برای اطفال بزرگتر از ۶ ماه استفاده کنید.					
وزن بدن (سن)	دوز بر اساس وزن بدن				
	شربت ۲ میلی گرام در ۵ میلی لیتر	تابلیت ۲ میلی گرام	تابلیت ۴ میلی گرام	پف انشاقی: ۰.۱ میلی گرام در هر دوز	محلول نیبولایزر (عملکرد عاجل در تقبض برانش) ۵ میلیگرام در هر میلی لیتر
۴ الی کمتر از ۷ کیلوگرام (۲ الی ۶ ماه)	هیچ	هیچ	هیچ	هیچ	۰.۲۵ میلی لیتر سالبوتامول همراه ۲ میلی لیتر آب مقطر
۷ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرام (۶ ماه الی کمتر از یک سال)	۲.۵ میلی لیتر	۱/۲	۱/۴	-	۰.۵ میلی لیتر سالبوتامول همراه ۲ میلی لیتر آب مقطر
۱۰ الی ۱۹ کیلوگرام (یکسال الی کمتر از ۵ سال)	۵ میلی لیتر	۱	۱/۲	-	۰.۵ میلی لیتر سالبوتامول همراه ۲ میلی لیتر آب مقطر
۲۰ الی ۲۹ کیلوگرام (۵ الی ۱۰ سال)	۵ میلی لیتر	۱	۱/۲	۱ پف	۰.۵ میلی لیتر سالبوتامول همراه ۲ میلی لیتر آب مقطر
بلندتر از ۲۹ کیلوگرام (کاهلان و اطفال بزرگتر از ۱۰ سال)	-	۱ الی ۲	۱	۱ الی ۲ پف	۰.۵ میلی لیتر سالبوتامول همراه ۲ میلی لیتر آب مقطر

ضمیمه ب. احیای مجدد نوزاد

با استفاده از پروسیجرهای ذیل در ظرف یک دقیقه برای نوزاد که تنفس ندارد یا به زحمت نفس میکشد. اهماتامات جهانی را غرض جلوگیری از انتان در نظر بگیرید.

۱. گرم نگهداشتن نوزاد
 - کورد یا طناب سره را کلمپ نموده و در صورت ضرورت قطع نمائید
 - نوزاد را به یک سطح خشک، پاک و گرم انتقال دهید
 - به مادر در مورد مشکلات تنفسی نوزاد معلومات داده و علاوه نمائید که شما کوشش های خویش را برای تنفس نوزاد به کار میبرید
 - طفل را به دستمال پیچانده و در صورت امکان تحت یک بخاری شعاعی قرار دهید.
۲. طرق تنفسی را باز نگهدارید
 - راس را به شکل کمی گسترده وضعیت دهید
 - دهن و بینی نوزاد را سکنش نمائید
 - تیوپ سکنش به اندازه ۵ سانتی متر از لب طفل به دهن وی داخل نموده و در وقت بیرون کردن فروکش نمائید
 - تیوپ سکنش را به اندازه ۳ سانتی متر از لبه های خارجی انف داخل انف نموده و در وقت بیرون کردن فروکش نمائید تا وقتی که کدام مخاط موجود نماند
 - در صورت ضرورت میتوانید که سکنش را تکرار نمائید اما در فاصله هر ۲۰ ثانیه باید از دو مرتبه بیشتر نباشد
۳. اگر هنوز هم طفل قادر به تنفس نباشد از تهویه مصنوعی کار بگیرید.
 - ماسک تنفسی را طوری وضعیت دهید که دهن، انف و زنج طفل را بپوشاند
 - ماسک را محکم سازید
 - کیسه تنفسی را با دو انگشت یا با تمام دست (نظر به اندازه کیسه) برای ۲ تا ۳ مرتبه فشار دهید
 - بلند شدن صدر را مشاهده نمائید. در صورتیکه صدر بلند نگردد-
 - راس را دوباره وضعیت دهید
 - ساحات ماسک تنفسی را چک نمائید
 - کیسه تنفسی را با هر دو دست محکم تر فشار دهید
 - هر گاه ساحات ماسک درست باشد و صدر بلند گردد کیسه تنفسی را برای ۴۰ مرتبه در هر دقیقه فشار دهید تا اینکه طفل شروع به گریه نموده و به صورت خود به خودی تنفس نماید.
۴. اگر طفل شروع به تنفس یا گریه نماید تهویه را متوقف سازید
 - فرورفتن صدر را مشاهده نمائید
 - تعداد تنفس را در هر دقیقه شمار نمائید
 - اگر تعداد تنفس از ۳۰ نفس فی دقیقه بیشتر باشد و کدام فرورفته گی شدید در صدر موجود نباشد
 - تهویه مصنوعی را دوباره تطبیق نکنید
 - طفل را به تماس جلد به جلد مادر قرار دهید، و مراقبت های اساسی نوزاد را ادامه دهید (فصل ۹،۱۰ مراقبت های نوزاد مشاهده گردد)
 - تنفس و گرمی طفل هر ۱۵ دقیقه بررسی گردد
 - به مادر طفل در مورد صحت یاب شدن طفل به طور مناسب گفته شود.
 - احتیاط: طفل را تنها نگذارید
۵. اگر تعداد تنفس از ۳۰ نفس فی دقیقه کمتر باشد و یا کدام فرورفته گی شدید در صدر موجود باشد
 - تهویه مصنوعی را ادامه دهید
 - تنظیمات برای راجع نمودن طفل را روی دست بگیرید
 - برای مادر در مورد چی واقع شده، شما چی انجام میدهید و چرا، تشریح نمائید
 - در جریان راجع نمودن تهویه را ادامه دهید
 - واقعه را در فورم راجع سازی و فورم ولادت ثبت نمائید
۶. در صورتیکه طفل بعد از ۲۰ دقیقه هنوز هم تنفس نموده نمیتوانست یا تنفس با زحمت با وصف تهویه مصنوعی داشت

یادداشت وضع حمل: بخش ولادی

معلومات شخصی نام مریض: تاریخ تولد سن مریض: وقت ولادت مدت حمل:
شیوه ولادت (شیوه ولادت را چک نمائید. در صورت که سیزارین شده باشد توضیحات آنرا در جاهای خالی ذیل بنویسید) مهبل (نورمال) بریج (ولادت به پا) تخلیه توسط واکيوم فورسپس عملیات سیزارین استطبایات سیزارین
عجان سالم (نورمال) ؟ بلی نخیر پاره گی اپیسیتومی (Episiotomy) ؟ بلی نخیر
مرحله سوم پلان فعال؟ بلی نخیر خارج ساختن پلاستا با دست؟ بلی نخیر زمان ولادت پلاستا: _____ مکمل؟ بلی نخیر نامکمل؟ بلی نخیر
مقدار خون ضایع شده (مقدار خون ضایع شده را حلقه نمائید) خفیف (کمتر از ۲۵۰ میلی لیتر) متوسط (۲۵۰ تا ۵۰۰ میلی لیتر) شدید (بیشتر از ۵۰۰ میلی لیتر)

زمان (بعد از ولادت)	فشار خون	نیضان	وضعیت رحم	خونریزی مهبل (خفیف، متوسط، شدید)	یادداشت:
					- در صورتیکه نیضان بیشتر از ۱۱۰ در دقیقه و فشار خون کمتر از ۹۰/۶۰ باشد شاک را مد نظر گرفته و اهماامات درست آنرا بگیری
					- در صورتیکه مثانه نرم و خونریزی متوسط یا شدید باشد برای خونریزی بعد از ولادت (PPH) معاینات انجام دهید

یادداشت ولادت: معلومات در مورد نوزاد

وزن نوزاد: _____ وزن کمتر از ۲,۵ کیلوگرام؟ بلی نخیر جنسیت: مذکر مونث حالت/ وضعیت (معاینه APGAR): ۱^۰ _____ ۵^۰ به کمک نیاز دارد؟ بلی نخیر تنفس نورمال؟ بلی نخیر در صورت نخیر در مورد احیای مجدد طفل توضیحات دهید: _____ ولادت مرده؟ بلی نخیر در صورت بلی، تازه یا سابقه ؟ وضعیت عمومی (یکبار معاینه کنید اختلالات و تشکلات سوء را در خانه های خالی توضیح نمائید) صحت خاسف یا حالت غیر شعوری اختلالات یا سوء تشکلات اعضا توضیحات: _____
قدمه های رخصت نمودن مریض مادر آیا رحم به صورت درست تقبض نموده؟ بلی نخیر چی مقدار ضیاع خون داشته؟ نورمال شدید در صورت شدید، چی اقدامات را اخذ نمودید؟ _____ نوزاد تغذی با شیر مادر؟ خوب خراب
امضاء _____

I. Afghanistan MoPH Guidelines

Expanded Program of Immunization. 2006. EPI Guideline. Kabul: MoPH.
 Integrated Management of Childhood Illness Department.
 2009. Assess and Classify the Sick Child Age 2 Months to 5 Years. Kabul: MoPH.
 Mental Health Department. 2008. Introduction Mental disorders in BPHS. Kabul: MoPH.
 Ministry of Public Health. 2010. A Basic Package of Health Services for Afghanistan – 1389/2010. Kabul: MoPH
 National HIV/AIDS Control Program. 2006. Sexually Transmitted Disease and Other Sexual Route Disorders. Kabul: MoPH.
 National HIV/AIDS Control Program. 2008. National Clinical Protocol on Anti-Retroviral Therapy (ART). Kabul: MoPH.
 National Malaria and Leishmania Control Program. 2009.
 Guideline for Control and Prevention of Cutaneous Leishmaniasis in Afghanistan. Kabul: MoPH.
 National Malaria and Leishmania Control Program. 2009.
 National Malaria Treatment Guideline. Kabul: MoPH.
 National Standards for Reproductive Health Services and Reproductive Health Task Force. 2003. Newborn Care Standards. Kabul: Department of Women and Reproductive Health, MoPH.
 National Tuberculosis Control Program. 2009. TB
 National Treatment Guideline. Kabul: MoPH.
 Public Nutrition Department. 2006. Standard Operational Guideline on Management of Severe Malnutrition. Kabul: MoPH.
 Reproductive Health Task Force. 2003. Family Planning for Birth Spacing. Kabul: Department of Women and Reproductive Health, MoPH.
 Salam, Ahmad Shah. 2009. Clinical Procedures for Primary Eye Care: An Essential Training Guide for Physicians.
 Kabul: National Eye Care Coordination Office, MoPH.

II. WHO Guidelines

Connolly, M.A. (ed.). 2005. Communicable Disease Control in Emergencies: A Field Manual. (WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, NLM classification: WA 110.) Geneva: WHO.
 Cook, John, et al. 1991. Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynecology, Orthopaedic and Traumatology. (WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, NLM classification: WO 100.) Geneva: WHO.
 Global Task Force on Cholera Control. 2004. Cholera Outbreak: Assessing the Outbreak Response and Improving Preparedness. Geneva: WHO.
 United Nations Children's Fund, United Nations University, and WHO. 2001. Iron Deficiency Anaemia Assessment, Prevention, and Control: A Guide for Program

Managers. Geneva: WHO.

WHO. 2003. Malaria Control in Complex Emergencies. (WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, NLM classification: WC 765.) Geneva: WHO.

WHO. 2003. Surgical Care at the District Hospital. (WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, NLM classification: WO 39.) Geneva: WHO.

WHO. 2005. Pocket Book of Hospital Care for Children:

Guidelines for the Management of Common Illnesses with Limited Resources. (WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, NLM classification: WS 29.) Geneva: WHO.

WHO. 2006. Guideline for the Treatment of Malaria.

(WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, NLM classification: WC 770.) Geneva: WHO.

WHO. 2006. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice.

Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. (WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, NLM classification: WQ 170.) Geneva: WHO.

WHO. 2007. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors.

Integrated Management of Pregnancy and Childbirth.

(WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, NLM classification: WQ 240.) Geneva: WHO.

WHO. 2009. Pharmacological Treatment of Mental disorders in Primary Health Care. (WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, NLM classification: QV 77.2.) Geneva: WHO.

WHO in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization. 2011.

Cardiovascular Disease Prevention and Control (WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, NLM classification: WG 120.) Geneva: WHO.

III. Additional References

Brunicaudi, F. Charles et al. 2010. Schwartz Principles of Surgery (9th ed.). New York: McGraw Hill Medical.

DeCherney, Alan, et al. 2006. Current Diagnosis and Treatment Obstetrics and Gynecology (10th ed.). New York: McGraw Hill Medical.

Desenclos J.C, et Al. 2007. Clinical Guideline: Diagnosis and Treatment Manual for Curative Programs in Hospitals and Dispensaries: guidance for prescribing (7th revised ed.). Paris: Médecins Sans Frontières.

Doherty, Gerard M. 2005. Current Surgery Diagnosis and Treatment (12th ed.). New York: McGraw Hill Medical.

Ghai, O.P. 2008. Essential Pediatrics with Corrections 2005. Delhi: CBS Publishers and Distributors Heymann, David L. 2004. Control of Communicable Diseases Manual, An Official Report of the American Public Health Association (18th ed.). Washington, D.C.: APHA.

Kanski, Jack J. 2007. Clinical Ophthalmology: A Systemic Approach (6th ed.). Oxford:

Butterworth-Heinemann.

Kliegman, Robert M., Jensen, Hal B., et al. 2007. Nelson Textbook of Pediatrics (18th ed.). Philadelphia: Saunders.

Lalwani, Anil K. 2008. Current Diagnosis & Treatment of Otolaryngology -Head & Neck Surgery (2nd ed.). New York: McGraw Hill Longo, Dan L., Fausi, Anthony S. et al. 2012. Harrison's Principles of Internal Medicine (18th ed.). New York: McGraw Hill. McPhee, Stephen J. et al. 2010. Current Medical Diagnosis and Treatment (49th ed.).). New York: McGraw Hill.

Mitchell, LAura, and Mitchell, David A. 2009. Oxford Handbook of Clinical Dentistry (5th ed.). Oxford: Oxford University Press.

Reddy, Shantipriya. 2008. Essentials of Clinical Periodontology and Periodontics (2nd ed.). India: Jaypee Brothers Pub.

Scully, Crispian. 2004. Oral and Maxillo-Facial Medicine (The Basis of Diagnosis and Treatment) (2nd ed.). NY, NY: Elsevier.

Shafer, William G. 1983. Textbook of Oral Pathology (4th ed.). Philadelphia: Saunders.

Sikri, Vimal K. 2005. Textbook of Operative Dentistry (1sted.). New Delhi: CBS Publishers and Distributors.

Townsend, Courtney M. et al. 2008. Sabiston Textbook of Surgery (The Biological Basis of Modern Surgical Practice) (18th ed.). Philadelphia: Saunders.

Wood, Norman K., and Goaz, Paul W. 2007. Differential Diagnosis of Oral and Maxillofacial Lesions (5th ed.).New Delhi, India: Elsevier.

ضمیمه ه. تطبیق پروسیجر های تجدید نظر بر رهنمود ملی تدای معیاری برای مراقبت های صحی اولیه (NSTG-PL) توسط وزارت صحت عامه افغانستان

A. عمومیت

رهنمود ملی تدای معیاری در سطح ابتدایی یک سند قوی بوده و از خواننده گان گرامی برای هر نوع پیشنهادات برای بهبود پروسه های مورد استفاده آن و جهت در نظر گرفتن آن در مرحله تجدید دعوت به عمل میا ورد تا از ضمیمه ذیل استفاده نمایند.

درخواست های تجدید نظر بالای رهنمود ملی تدای معیاری بر سطح ابتدایی تنها در صورت ممکن است که درخواست کننده گان فورم را به صورت مکمل برای هر مرض مورد نظر خانه پری نمایند. برای هر مرض که تحت تجدید نظر قرار میگیرد باید یک فورم علحیده خانه پری گردد. درخواست برای امراض جهت شمولیت در رهنمود ملی تدای معیاری در سطح ابتدایی زمانی به صورت واضح شامل میگردد که از طریق بسته خدمات اساسی صحی راجع شده باشد. به صورت خلاصه، معلومات مورد ضرورت قبل از شمولیت یک مرض در رهنمود ملی تدای معیاری به سطح ابتدایی با موارد ذیل تحت ملاحظه قرار میگیرد.

۱. جزئیات تماس با درخواست کننده باید مکمل باشد
۲. مرض به صورت واضح تشریح شده باشد
۳. ماخذ واضح برای رهنمود ملی تدای معیاری به سطح ابتدایی یا مجموعه خدمات اساسی صحی موجود باشد
۴. تجدید نظر درخواست شده باید با جزئیات ذکر شده باشد
۵. شواهد کافی برای حمایت از درخواست برای تجدید نظر فراهم شود

B. پروسه تسلیم دهی و بررسی

درخواست ها میتوانند که از طریق پست یا ایمیل به آدرس سکرتریت رهنمود ملی تدای معیاری تسلیم داده شوند
وزارت صحت عامه

ریاست عمومی امور فارمسی

گروپ کاری رهنمود ملی تدای معیاری

کابل افغانستان

ایمپیل: rafi_rahmani2003@yahoo.com

موبایل: ۰۰۹۳ ۷۹۹ ۳۰۳۰۰۸ (۰)

یا

ایمپیل: zsiddiqui@msh.org

موبایل: ۰۰۹۳ ۷۰۷ ۳۶۹۴۰۸ (۰)

درخواست ها توسط سکرتریت رهنمود ملی تدای معیاری در ریاست عمومی امور فارمسی وزارت صحت عامه غرض اطمینان از موارد ذیل مرور میگردند.

۱. مکمل بودن جزئیات تماس با درخواست کننده
۲. واضح بودن مرض به صورت مشرح
۳. واضح بودن ماخذ برای رهنمود ملی تدای معیاری به سطح ابتدایی یا مجموعه خدمات اساسی صحی
۴. تجدید نظر بخش درخواست شده باید با جزئیات ذکر شده باشد
۵. تجدید نظر مرض درخواست شده باید با جزئیات ذکر شده باشد
۶. شواهد کافی برای حمایت از درخواست برای تجدید نظر فراهم شود

سکرتریت رهنمود تدای معیاری درخواست های نامکمل را دوباره به درخواست کننده ارسال نموده و برای درخواست های واصله مکمل تقسیم اوقات غرض مرور آن توسط گروپ کاری رهنمود تدای معیاری تهیه میدارد.

گروپ کاری رهنمود تدای معیاری بعدا درخواست ها را مرور نموده و در مورد قبولیت یا رد شدن امراض تحت تجدید تصمیم میگیرند. بعدا درخواست کننده گان ذریعه سکرتریت با دلایل که از طرف گروپ کاری رهنمود تدای معیاری برای ایشان ارایه شده است آگاه میگردند. تمام درخواست های مرور شده داخل دوسیه شده و نزد سکرتریت رهنمود

تداوی معیاری نگهداری میشود. تجدید نظر قبول شده در نسخه های بعدی رهنمود تداوی معیاری مد نظر گرفته شده و شامل آن میگردد.

C. تشریحات جزئی عناصر آماری موجود در فورم درخواست

فورم درخواست ارسالی شامل پنج بخش میباشد.

بخش اول: امراض که باید تعدیل گردند

- نام مرض: نام مرض که باید تعدیل گردد، در صورتیکه مرض قبلاً در رهنمود تداوی معیاری به سطح ابتدایی باشد نام مکمل آنرا چنانکه در رهنمود تداوی معیاری به سطح ابتدایی موجود است ذکر گردد
- ماخذ امراض که باید تعدیل گردند: که نشان دهنده شماره بخش یا فصل مرض موجود در رهنمود تداوی معیاری به سطح ابتدایی میباشد در صورتیکه مرض در رهنمود تداوی معیاری به سطح ابتدایی نباشد شماره بخش را که مرض قابل تجدید در آنجا گنجانیده شود نشان دهید
- ماخذ مجموعه خدمات اساسی صحنی: در حالتیکه درخواست برای شمولیت یک مرض جدید باشد عنصر یا بخش موجود در مجموعه خدمات اساسی صحنی را نشان دهید که مرض به آن ارتباط دارد
- تاریخ ارسال: تاریخ سال شمسی باید در فورم متذکره نوشته شود.

بخش دوم: جزئیات درخواست کننده

این بخش یک ارتباط حیاتی بین درخواست شمولیت به رهنمود تداوی معیاری به سطح ابتدایی و پروسه تصمیم گیری دارد.

- عنوان: آقا، خانم، دکتر، پروفسور یا سایر عناوین
- نام: نام مکمل درخواست کننده، اختصار نگردد (مثلاً محمد باید مد یا سید باید با حرف اس انگلیسی نوشته نشود)
- نام پدر: نام مکمل پدر درخواست کننده، اختصار نگردد (مثلاً محمد باید مد یا سید باید با حرف اس انگلیسی نوشته نشود)
- آدرس پستی: آدرس مکمل جایکه ارتباط گرفتن یا مرصلات به درخواست کننده باید ارسال گردد: شماره خانه، نام سرک، قریه یا ناحیه شهر، و ولایت. هر دو آدرس رسمی یا شخصی قابل قبول است
- تلیفون: شماره تلیفون که از آن طریق بتوان با درخواست کننده ارتباط برقرار نمود
- ایمیل آدرس: که از آن طریق مراسلات بتواند به درخواست کننده ارسال گردد
- شماره شناسایی مرکز صحنی: شماره کود مرکز صحنی که درخواست کننده در آن کار میکند در صورت امکان باید نوشته گردد. اگر درخواست کننده در یک معاینه خانه شخصی بدون راجستر کار میکند نام این تسهیل ذکر گردد. اگر هیچ نام موجود نباشد باید NA نوشت.

بخش سوم: معلومات رهنمود ملی فعلی تداوی معیاری در سطح ابتدایی:

برای تجدید نظر مرض مورد نظر متن را که باید در رهنمود ملی فعلی تداوی معیاری در سطح ابتدایی تعدیل گردد بگنجانید. در صورتیکه یک بخش طویل ضرورت به تعدیل را داشته باشد بخش، صفحه، پراگراف و سطر ها را نشانی نمائید.

بخش چهارم تعدیل درخواست شده

برای تجدید نظر مرض مورد که باید در رهنمود ملی فعلی تداوی معیاری در سطح ابتدایی تعدیل گردد با جزئیات بنگارید. در صورتیکه بخش های طویل تر پیشنهاد گردد یک صفحه یا صفحات اضافی را ضم نمائید و شماره هر کرام صفحات اضافی را در فورم نوشته نمائید

- در صورت ضرورت تعداد صفحات ضم اند: جاییکه امکان داشته باشد تعداد صفحات ضم شده باشد
- شواهد: سایت ماخذ در مورد مرض پیشنهاد شده نوشته شود (ماخذ درست نشریه، صفحه وب سایت)

بخش پنجم فقط برای استفاده توسط گروپ کاری رهنمود ملی تداوی معیاری

این بخش تمایل اطمینان از تعقیب پروسه ها توسط درخواست کننده را نشان می‌دهد. تاریخ اقدامات یا تصمیم به صورت دقیق یادداشت می‌گردد. این بخش برای طرف ها موقع مرور عاجل را در مورد سرنوشت درخواست شان می‌دهد.

a. شماره درخواست: با دریافت شماره مسلسل درخواست نوشته می‌گردد که شامل موارد ذیل است

■ شماره فورم

■ چهار عدد سال شمسی در وقت ارسال

■ شماره مسلسل ارسال به تاریخ شمسی

b. تاریخ اخذ: تاریخ که درخواست دریافت می‌گردد

c. تاریخ مرور: تاریخ که درخواست تعدیل مرض توسط گروه کاری رهنمود ملی تداوی معیاری مرور می‌گردد

d. تصمیم گروه کاری رهنمود ملی تداوی معیاری: حلقه شدن تصمیم مقتضی

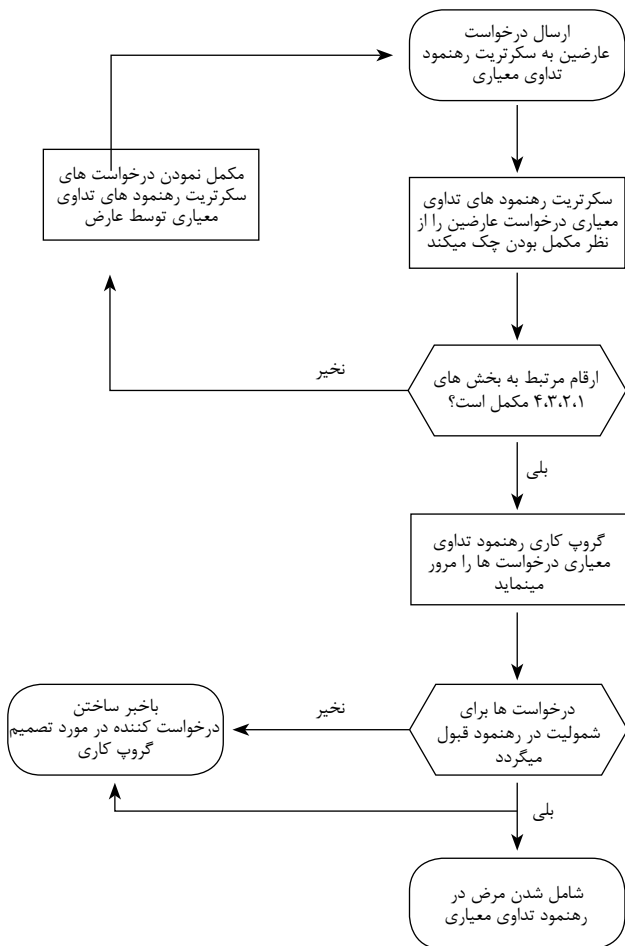
e. دلایل تصمیم گیری: خلاصه دلایل برای قبولیت یا رد شدن درخواست

f. امضای سکرتریت رهنمود ملی تداوی معیاری: سکرتر رهنمود تداوی معیاری و تاریخ مکمل شدن فورمه

g. امضای رئیس بورد رهنمود تداوی معیاری: رئیس بورد رهنمود تداوی معیاری فورمه را با تاریخ و امضای خود مکمل مینماید

درخواست کنند در مورد تصمیم نهایی آگاه شده و مکتوب ارسال می‌گردد. شکل E۱ خلاصه پروسه تعدیل را ارائه می‌دارد.

شکل E1 پروسه های تجدید رهنمود تداوی معیاری



فورمه شماره: درخواست تجدید نظر رهنمود های تدای معیاری

بخش اول- امراض که باید تعدیل گردند				بخش دوم- جزئیات درخواست کننده	
نام مرض:			عنوان:	نام:	
				نام پدر:	
ماخذ رهنمود ملی تدای معیاری در سطح ابتدایی		آدرس پستی:			
ماخذ بسته خدمات صحتی اساسی		تلیفون:		ایمیل آدرس:	
تاریخ تسلیم دهی:				نمبر شناسایی و نام مرکز صحتی:	
بخش سوم: معلومات رهنمود ملی فعلی تدای معیاری در سطح ابتدایی					
بخش چهارم: پروپوزال تعدیل				در صورت ضرورت شماره صفحه ضمیمه شده صفحات	
شواهد:					
بخش پنجم: فقط برای استفاده توسط گروپ کاری رهنمود ملی تدای معیاری				شماره درخواستی: /.../...../	
مراسلات		تاریخ رسید:		تاریخ مرور:	
تصمیم گروپ کاری رهنمود تدای معیاری قبول / رد					
دلایل تصمیم گیری:					
امضای سکرتر رهنمود تدای معیاری				امضای رئیس بورد رهنمود تدای معیاری	

Nitrofurantoin, 155
Nitroglycerine, 219, 276, 277, 286
Nystatin, 33, 129, 165

O

OPV, xix, 126, 185, 296
ORS (oral rehydration solution), 36,
37, 38, 39, 40, 249, 279
Oxytocin, 111, 114, 118, 119, 122, 123

P

Paracetamol (acetaminophen)
Penicillin benzyl (Penicillin G),
265
Penicillin benzyl procaine, 163
Penicillin G (Penicillin benzyl), 182
Penicillin V, 85, 256, 317
Pentavalent vaccine, 196, 197
Permethrin, 170, 172
PhenoxymethylPenicillin
(Penicillin V), 184, 317
Phytomenadione (Vitamin K), 126
Povidone-iodine (Betadine®),
241
Pralidoxime, 261
Prednisolone, 50, 52, 59
Primaquine, 139, 190, 193, 195
Progesterin, 287, 288
Propranolol, 52, 273
Pyrazinamide (Z), xxi, 201, 202, 203
Pyridoxine (Vitamin B6), 105

Q

Quinine, 193, 194

R

Ranitidine, 46
RH (Rifampicin and Isoniazid), 201,
203
RHE (Rifampicin, Isoniazid, and
Ethambutol), 201, 202
RHZ (Rifampicin, Isoniazid, and
Pyrazinamide), 203

RHZE (Rifampicin, Isoniazid,
Pyrazinamide, and Ethambutol),
201, 202
Rifampicin (R), xix, 201, 202, 203, 213,
286, 287
Ringer's lactate, 224

S

Salbutamol, 50, 52, 55, 56, 59, 116,
179, 253, 318
Salicylic acid, 165
Saline solution, 239
Sodium chloride (NaCl), xix, 66, 109
Spermicides, 292
SRHZE (streptomycin, rifampicin,
isoniazid, pyrazinamide, and
ethambutol), 201
Streptomycin (S), 201, 202, 203
Sulfadoxine-Pyrimethamine, 192,
193, 194
Sulfamethoxazole + Trimethoprim
(Co-trimoxazole), 231
Sulfamylon® (Mafenide acetate), 241

T

Tramadol, 114, 262
Tricyclic antidepressants, 101
TT (tetanus toxoid), xix, 105, 106, 114,
183, 184, 235, 240, 295, 296, 297

V

Vitamin A, 129

Z

Zinc, 38, 39, 42, 42, 45, 165

E

Epinephrine (adrenaline), 233, 234, 252, 253, 312

Ergometrine, 113, 114, 122, 133

Ergotamine tartrate, 273

Erythromycin, 32, 50, 56, 58, 59, 62, 64, 66, 69, 86, 114, 117, 122, 130, 153, 154, 155, 164, 166, 175, 176, 179, 181, 184, 187, 206, 212, 217, 218, 223, 230, 231, 256, 266, 304, 305, 313

Estradiol, 134

Estrogen, 134

Ethambutol (E), xviii, 201, 202, 203

F

Fansidar®
(SulfadoxinePyrimethamine), 192

Ferrous sulfate, 104, 106, 107, 108, 114, 141, 210

Fluoxetine, 100

Folic acid, 104, 105, 106, 107, 108, 114, 141

Furazolidone, 44

Furosemide, 81, 84, 219

G

Gentamicin, 50, 55, 56, 63, 95, 114, 126, 127, 153, 154, 192, 175, 176, 186, 187, 213, 223, 224, 252, 267, 314

Gentian violet, 33, 62, 163, 165, 168, 171, 186

Glucose, 240

H

Haemophilus influenzae type b
(Hib) vaccine, 297

Haloperidol, 100

Hartmann's solution, 36, 280

Hepatitis B vaccine, 126, 197

Hydralazine, 109, 234

Hydrochlorothiazide, 79, 80, 81, 83

Hydrocortisone, 52, 233, 253

I

Ibuprofen, 129, 132, 175, 240, 273

Imipramine, 274

Immunoglobulin (anti-D), 115

INH (chemoprophylaxis), 204

Insulin, 159

Intrauterine devices (IUDs), 281, 284

Iron supplements, 113, 114, 140, 262

Isoniazid (H), 201, 202, 203

Isosorbide dinitrate, 87

L

Lactulose, 278

Lanolin, 129

Levonorgestrel, 287

Lidocaine, 234

Lindane, 170, 171, 172

M

Mafenide acetate (Sulfamylon®), 241

Magnesium hydroxide, 277, 278

Magnesium sulfate, 109

Measles vaccine, 296

Mebendazole, 106, 108, 142, 146, 210

Medroxyprogesterone acetate
(DMPA), 288

Methionine, 261

Methyldopa, 109, 110

Metoclopramide, 280

Metronidazole, 32, 42, 43, 44, 114, 123, 136, 182, 187, 188, 224, 226, 252, 256, 315

Morphine, 219, 226, 262

N

NaCl (sodium chloride), 66, 109

Neomycin, 62, 163

Neomycin sulfate ointment, 163

Niclosamide, 211

Nifedipine, 82, 117

Drugs Index**A**

Acetaminophen. See Paracetamol
 Acetylcysteine, 261
 AcetylSalicylic acid (Aspirin). See Aspirin
 Activated charcoal, 258
 Adrenaline (Epinephrine), 233, 234, 252, 312
 Albendazole, 210
 Aluminum hydroxide plus Magnesium hydroxide, 277
 Aminophylline, 50, 51, 52, 59, 253, 302
 Amitriptyline, 99, 274
 Amlodipine, 81, 234
 Amoxicillin, 56, 57, 58, 59, 64, 66, 117, 122, 155, 198, 212, 266, 304
 Amoxicillin/clavulanate, 230, 231
 Ampicillin, 50, 55, 56, 57, 63, 59, 114, 117, 126, 127, 147, 153, 175, 176, 186, 187, 223, 224, 226, 251, 267, 305
 Angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors, xviii, 53, 81, 84
 Anti-D Rh immunoglobulin, 115
 Antidepressants, 101
 Anti-inflammatory medicines, xix
 Anti-TB medicines, 201, 202, 203
 Antivenom, 236
 Artemether, 193
 Artesunate, 192, 193
 Aspirin (AcetylSalicylic acid), 86, 87, 132, 219, 261, 266, 271, 273, 277
 Atenolol, 52, 79, 81, 87
 Azithromycin, 73

B

Bacille Calmette-Guérin (BCG), 196, 200, 296, 297
 Beclomethasone, 52
 Benzathine benzyl penicillin, 69, 85,

182, 217
 Benzoic acid, 165
 Betadine® (Povidone-iodine), 241
 Betamethasone, 62
 Bisacodyl tablet, 278

C

Caffeine, 273
 Calamine lotion, 169, 206, 233
 Captopril, 53, 81, 82, 84, 219, 277
 Ceftriaxone, 126, 153, 154, 175, 217, 218
 Chloramphenicol, 62, 168, 198, 306
 Chlorhexidine plus cetrimide solution, 207
 Chlorhexidine solution, 207
 Chloroquine, 190, 191, 192, 193, 307
 Chlorphenamine, 169, 206, 253
 (Chlorpheniramine), 308
 Chlorpromazine, 100
 Ciprofloxacin, 42, 136, 155, 168, 198, 218, 230
 Clindamycin, 193, 194, 230
 Cloxacillin, 62, 130, 164, 166, 168, 206
 Codeine, 262
 Combined oral contraception (COC), xviii, 281, 284, 285
 Corticosteroids, 233
 Co-trimoxazole (sulfamethoxazole + Trimethoprim), 42, 50, 56, 58, 59, 64, 139, 147, 153, 213, 218, 230, 266, 309

D

Dextrose solution, 245, 246
 Diazepam, 55, 92, 95, 99, 100, 182, 266, 310
 Doxycycline, 58, 59, 136, 194, 212, 213, 217
 DPT (Diphtheria, pertussis, and tetanus), xviii

Uveitis, xxviii

V

Vacuum exTraction, xxviii, 106

Abnormal Vaginal bleeding, 132
postmenopausal, 134

Vaginitis, xxviii, 132

Valvular heart disease, xxviii

Vasoconstrictions, extra-cranial, 273

Viral Pharyngitis, 68

Volvulus, xxviii, 226,

Vomiting, 279

nausea and vomiting, 279

Vulva, xxviii

W

Wasp and bee stings, 232

Wasting, mild, 173

Wheezing, xxviii,
chronic, 65, 77

WHO. See World Health

Organization (WHO), xix

World Health Organization (WHO), xix

X

Xerophthalmia, xxix, 148

Z

Zollinger-Ellison syndrome, xxix

Respiratory Distress, 57
 Retinol: sources of, 148
 Retinopathy, xxvii, 77
 Reye's syndrome, xxvii, 206, 271
 Rheumatic fever, 84
 Rheumatoid (Autoimmune), 173
 Arthritis, xx, 173
 Rhinitis, xxvii, 69, 180
 allergic, 69
 Rhonchi, xxvii, 51
 Rickets, 150
 Ringworm, 164
 Roundworm (ascariasis), 209

S

Salpingitis, xxvii
 Scabies, 171, 172
 Scalp ringworm (Tinea capitis), 164
 Schizophrenia, xxvii, 97
 Sepsis, xxvii, 33, 123, 125, 126, 187, 223, 228, 232, 251, 274, 275
 Septic Arthritis, 173
 Septic shock, 247
 Septicemia, 135, 136, 270, 299
 Sexually transmitted infections (STIs), 136
 Shigella, 41, 42
 Shock, xxvii, 246, 247
 Anaphylactic, 232
 cardiogenic, xxi, 247
 hypovolemic, 247
 neurogenic, 247
 obstructive, 247
 Septic, 112, 144
 Signs and symptoms, 265
 Sinusitis, xxvii, 270
 Skin conditions, 163
 Snake bites, 235
 Sore throat, 67
 Spermicides, 292
 Spider bites, 234
 Status asthmaticus, 52
 Stillbirth, xxvii

wasps and bee stings, 232
 STIs. See Sexually transmitted infections, 136
 Stomatitis, xxvii
 Stridor, xxviii, 49, 50, 53, 180, 186
 Stroke, xxviii, 77, 158, 272
 Sycosis, 167, 167
 Sydenham's chorea, 85
 Syphilis, 215

T

Tachycardia, xxviii, 51, 245
 Tachypnea, xxviii, 51
 TB. Tuberculosis, xix, 199
 Tetanus, 181
 Throat, sore, 67
 Thrush (oral Candidiasis)
 description of, 33
 Tinea capitis (scalp ringworm), 164
 Tinea cruris, 164
 Tinea pedis, 164
 Tonsillitis, xxviii, 155
 bacterial, 68
 Topical medicine, xxviii
 Trauma, 120, 219
 Thalassemia, 143
 Tuberculosis (TB), xix, 199
 Meningitis, xxiv, 125, 126, 206, 279
 pulmonary, xxvii, 219
 Tuberculosis (TB) Arthritis, 199
 Tympanic membrane, xxviii, 65

U

Under-nutrition, 143, 144
 Ureteric colic, 227
 Urethral meatus, xxviii
 infection of, xix
 Urethritis, xxviii, 154
 Urinary tract conditions, 153
 Urinary tract infections, 153
 signs and symptoms of, 265
 Urticaria, 168, 232
 Uterine Atony, 174

Oral contraceptives. See Combined oral contraception (COC)

Orchitis, 214

Orthopedic, xxv

Osteoarthritis, 173

Osteomalacia, 150

Osteomyelitis, xxv, 176

Osteoporosis, 150

Otitis, xxv

Otitis externa, xxv, 61

Furuncular (Ear Boils), 61, 62

Otitis media, xxv

Otomycosis, 61

P

Pain

abdominal, 220

chest, 275

chronic, 169

pelvic, 284

renal, 153

severe, 323

Pancreatitis, xxv, 224

Paralytic ileus, 226

Parasitic diseases, 179

Paresthesia, xxv

Partograph, 118

Pediculosis, 169

Pelvic/genital examination, 284

Pepsin, xxv

Peptic ulcer disease, 45

Pericardial tamponade, xxvi

Perinatal period, xxvi

Periodontitis, 31

Peritonitis, xxvi 135

acute, 329–330

Pertussis (whooping cough), 179

Pesticides, 380, 386

Petechia, 94, 270

Petroleum compounds, 385

Pharyngitis, 65, 155, 174, 300

viral, 68

Phonophobia, xxvi

Photophobia, xxvi

PID. Pelvic inflammatory disease, xix, 115, 135

Placenta previa, 110

Plasmodium falciparum (PF), xix, 188

Plasmodium vivax (PV) xix, 188

Poisoning, 256

Pneumonia, 54, 57, 125, 126, 146

Pneumothorax, xxvi, 247

Poliomyelitis, 184

Polyhydramnios, 106

Polyuria, xxvi, 158

Poisoning, 250

Postmenopausal bleeding, xix

Postnatal period, xxvi

Postpartum hemorrhage (PPH), xix, 44
120, 321

Pouch of Douglas, xxvi

Pre-eclampsia, xxvi, 116
192–193

postpartum hemorrhage, 120

Premature, 240

preterm Labor, 116

Primipara, xxvi

Prodromal syndrome, xxvi

Progestin-only injectables, 288

Progestin-only pill, 287

Prophylaxis, xxvi

Proteinuria, xxvi

Pruritus, xxvii

Pseudo-gout, 174

Psychosis, xxvii

Pulmonary disease, chronic
obstructive, 58

Pulmonary edema, xxvii, 219
acute, 219

Purpura, 94, 248

Pus, 301

Pyelonephritis, xxvii, 153
acute, 153

R

Rabies, 207, 208

sexually transmitted, 215
 urinary tract, 153
 Infertility, 137
 Injectables, progestin-only, 288
 Insulin, xxiv, 159
 Insulinoma, 245
 Intrauterine devices (IUDs), 281, 284
 Iritis, xxiv
 Ischemia, xxiv
 cardiac, 82

J

Jaundice, 123, 274
 Jejunum, xxiv, 45

K

Kala-azar, 208
 Keratitis, xxiv, 71
 Kernig's sign, xxiv
 Ketoacidosis, 160
 Kwashiorkor, 144

L

Labor, 117
 Lactational amenorrhea method (LAM), xix, 271, 290
 Left ventricular hypertrophy, xxiv
 Leishmaniasis, 208
 Lethargy, xxiv
 Lice, 170
 Lymph nodes, xxiv
 Lymphangitis, xxiv

M

Malaria, 188
 Malnutrition, 143
 kwashiorkor, 144
 marasmic, 144
 Mania, xxiv, 97
 Marasmo-Kwashiorkor, 144
 Mastitis, xxiv, 128, 129
 Mastoiditis, xxiv, 63, 34, 65, 66, 270
 Measles, 185, 296

Meckel's diverticulum, xxiv, 45
 Meconium, xxiv, 119
 Meningitis, xxiv, 93, 125, 126, 206
 Menopause, 134
 Micronutrient, xxiv
 Migraine, 272, 273
 Ministry of Public Health (MoPH)
 guidelines, 323, 324
 Morbidity rate, xxiv
 Mortality rate, xxiv
 Multipara, xxiv
 Mumps, 214
 Muscle-wasting, 173
 Musculoskeletal conditions, 173
 Mycobacterium tuberculosis, 199
 Myocardial infarction, xxiv
 acute, 88
 Myocarditis, xxiv, 180
 Myocardium, xxiv

N

Nails: fungal infection of, 236
 Napkin (diaper) rash, 164
 Nasogastric tube, xxiv, 37
 National Standard Treatment
 Guidelines for Primary Level
 (NSTG-PL), xix
 Nausea and vomiting, 279
 Necrotizing gingivitis, acute, 31
 Neurogenic shock, 247
 Newborn care, 123

O

Obstetrics, 323, 324
 Obstructive pulmonary disease,
 chronic, xviii, 58
 Oliguria, xxiv, 156, 180
 Ophthalmia neonatorum, 124, 127
 Ophthalmologic, xxv
 Oral, xviii, xix, 31, 44, 255
 Oral Candidiasis (thrush)
 description, 31
 Oral conditions, 31

Expanded Programme on
Immunization (EPI), xviii, 95, 127
147, 295, 296

Eye injuries, 241

Family Planning, 281

F

Fallopian tubes, xxii
fertility awareness methods
(FAMs), 281

lactational amenorrhea method
(LAM), xix, 281

Fertility awareness methods
(FAMs), xxviii, 281

Fever, 269
typhoid (enteric), 197

Febrile Convulsion, 265

Flu, 53

Follicles, xxii

Furunculosis, 166, 170

G

Gastroenteritis, 279

Gestational diabetes, 157

Giardiasis, 44

Gingivitis, 31

Glaucoma, xxii, 74

Glomerulonephritis, xxiii, 68, 155

Gonorrhea, 215

Gout, xxiii, 174

Grand Mal, 91

Guarding, 224, 279

H

Haemophilus influenzae type b, xviii

Headache, 272

migraine, 273

Heart disease, xxviii

rheumatic, 84

valvular, xxviii,

congestive, 70

Heat therapy, 190

Helminthic infestations, 179

Hematoma, xxiii

Hematuria, xxiii

Hemolytic, xxiii

Hemorrhage, 110

antepartum, xviii, 110

postpartum, xxvi, 97

Hepatitis, xxiii, 195

Hepatomegaly, xxiii

Herpes simplex virus, 215

Herpes simplex virus-2, 215

Herpes zoster, 299

Hirschprung disease, xxiii, 277

HPV, 31, 57, 67, 124, 186, 201, 213,
215, 218, 255, 285, 289, 299, 300

Human bites, 228

Human papilloma virus (HPV),
xviii, 215

Hydrophobia, xxiii, 207

Hymenolepis nana, 211

Hyperglycemia, xxiii, 157, 158, 160

Hypertension, 77

gestational, 157

systemic, xxviii, 77

Hypertension emergency, 82

Hypertensive crisis, 94

Hypogastric region. See

Hypogastrium, xxiii

Hypoglycemia, xxiii, 98, 125, 144, 157,
160, 196, 244, 246, 265, 267

Hypothermia, xxiii, 123, 144, 161

Hypothyroidism, 152, 277

Hypovolemia, xxiii, 254

Hypovolemic shock, 247

Hypoxia, xxiii

I

Ileus, xxiii, 226

paralytic, 226

Expanded Programme on
Immunization (EPI), xviii, 95, 127, 147,
295, 296

Impetigo, 155, 163, 170, 171

Infections, 215

Cellulitis, xxi, 176, 232, 270
 Cervix, xxi
 Chest indrawing, xxi
 Chest pain, 275
 Pertussis (whooping cough), 179
 Cholecystitis, acute, xx, 225
 Cholera, 44
 Choriocarcinoma, 132
 Chronic bronchitis, xxi
 Chronic obstructive pulmonary disease, xviii, 58
 Cold, common, 53, 200
 Cold abscess, 255
 Colic, ureteric, 227
 Combined oral contraception (COC), xviii, 281, 284, 285
 Compromised immunity, xxi
 Constipation, 277
 COPD. Chronic obstructive pulmonary disease, xviii, 58
 Corneal ulcer, xxi
 Cough, 267
 whooping cough (pertussis), 179
 family planning, 281
 Cracked nipples, 128
 Craniotabes, 151
 Cretinism, 152
 Cushing's syndrome, xxi
 Cutaneous Leishmaniasis, 323
 Cyanosis, xxi
 Cystitis, xxi, 154, 216

D

Debridement, xxi
 Dehydration, xxi, 35, 144
 Dental caries, 31
 Dental conditions, 31
 Dermatitis, allergic, 61, 62
 gestational, 227
 Diabetic ketoacidosis, 94
 Diaper (napkin) rash, 164
 Diarrhea, 35
 chronic, 65, 77, 169

home care for, 51–52
 persistent, 54–55, 56
 Digestive system conditions, 35
 Diphtheria, 180
 Dislocation, 254
 Dissecting aneurysm, 324
 Eiverticulitis, 222
 Duodenal loop, xxi
 Dysentery, 41, 42, 43
 Dyslipidemia, xxi, 77
 Dysmenorrhea, xxii, 131
 Dyspnea, xxii

E

Ear, nose, and throat conditions, 61
 Ear pain, 89
 Eclampsia, xxii
 Ectopic pregnancy, xxii, 115
 ruptured, 227
 Edema, xxii, 103
 pulmonary, xxvii, 219
 sexually transmitted infections, 215
 Embolism, xxii
 Emergencies, 219
 Emphysema, xxii
 Encephalitis, xxii, 206, 265, 267
 Endocarditis, xxii
 Endocrine system disorders, 157
 Endometriosis, 131, 137
 Endometrium, xxii
 Entamoeba histolytica, 43
 Enteric (typhoid) fever, 197
 Enuresis, xxii
 Envenomation, xxii
 wasp and bee stings, 232
 EPI (Expanded Programme on Immunization), xviii, 95, 127, 147, 295, 296
 Epilepsy, 91, 98
 Episiotomy, 118, 321
 Epithelialization, xxii
 Erythema, xxii
 Erythema marginatum, 85

INDEX**A**

Abdominal pain, 220
 Abortion, 111
 Abruptio placenta, xx, 110
 AcetylSalicylic acid (Aspirin), 86, 261, 277
 Acidosis, 261, 262
 Acquired immunodeficiency, xviii
 Acute abdominal pain, 220
 Acute appendicitis, 225
 Acute Cholecystitis, xx, 225
 Acute myocardial infarction, xviii, 88
 Acute necrotizing gingivitis, 31
 Acute pulmonary edema, 219
 Adnexa, xx
 AIDS (acquired immunodeficiency syndrome), 289, 299
 Allergic Dermatitis, 62
 Allergic rhinitis, 69
 Amebic dysentery, 32, 43
 Anaphylactic shock, 247
 Anaphylaxis, xx, 232
 Anemia, 107, 139
 in pregnancy, 107, 324
 severe, 323
 Angina pectoris, xx, 86
 Antenatal care, 103, 127
 Antepartum hemorrhage, 110
 Anterior chamber, xx
 Anthrax, 212
 Anxiety, 97
 APH. See Antepartum hemorrhage
 Apnea, xx
 Appendicitis, xx, 225
 Arrhythmia, xx
 Arthralgia, xx, 173
 Arthritis, xx, 173
 Osteoarthritis, 173
 rheumatoid (Autoimmune), 173
 Septic, 112, 173, 247

TB, xix, 199, 323
 Ascites, xx, 196
 Aspirin (AcetylSalicylic acid), 277
 Asthma, 49
 severe, 323
 Asthmatic bronchitis, 59

B

Bacillary dysentery, 42
 Bacterial Tonsillitis, 68
 Basic Package of Health Services (BPHS), xviii
 Bedwetting (nocturnal enuresis), xxviii
 Bee stings, 232
 Birth spacing, xx
 Bites
 human bites, 228
 insect bites and stings, 232
 snake bites, 235
 spider bites, 234
 Blood conditions, 139
 Booster dose, xx
 Bowel (intestine) obstruction, 226
 Breast abscess, 129
 Breathing, 239
 fast, 200
 Breech presentation, xx
 Bronchiectasis, xx
 Bronchitis, xxi, 59
 asthmatic, 59
 chronic, xx, 58, 65–77
 Brucellosis, 213
 Brudzinski's sign, xxi
 Burns, 237

C

Candidiasis (Candida infection), 136, 164
 cutaneous, 323
 oral, 31
 vaginal, 132
 Cardiac failure, 82
 Cardiogenic shock, xxi

