



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 مالی اداره انکشاف بین المللی ایالات متحده طی توافقنامه 00-00532-11-00306 A تهیه و چاپ گردیده است. نظریات ارایه شده در این رهنمود متعلق به نویسنده گان که اسمای ایشان در این سند لست شده، بوده و بیانگر نظریات ایالات متحده امریکا 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 میکانیزم های مالی به شمول مسائل مقاومت در برابر ادویه ضد میکروبی، افزایش دسترسی به دواها و استفاده معقول ادویه تمرکز دارد.

فهرست

مطالب	
پیشگفتار	ix
مقدمه	xi
ابرازمتنان	xii
استفاده از رهنمود تداوی معیاری	xvi
مخففات واختصارات	xviii
واژه نامه	xx

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 جیاردیازس..... 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	

۴۵	گلودردی	۴۷
۴۵.۱	فرنجیت وایرسی	۴۸
۴۵.۲	تانسلیت باکتریایی	۴۸
۴۶	رینیت	۴۹
فصل ۵ امراض چشم		
۵.۱	التهاب منضمه (سرخی چشم)	۷۱
۵.۲	تراخم (کوکره)	۷۲
۵.۳	گلوکوما	۷۴
فصل ۶ امراض سیستم قلبی وعایی		
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		
۷.۱	مرگی (صرع)	۹۱
۷.۲	انسفالیت و مننژیت	۹۳
فصل ۸ تشوشات صحت روانی		
فصل ۹ امراض ولادی و نسایی		
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 آبسه ثدیه	۱۲۹
۹.۱۲.۱	التهاب ثدیه	۱۲۹
۹.۱۲.۲	آبسه ثدیه	۱۳۰
۹.۱۳	دسمیونوری (عادت ماهوار دردناک)	۱۳۱
۹.۱۴	خونریزی های غیر نورمال مهبلی	۱۳۲

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

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	اپنڈیسیت 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 یا 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 (ترضیضات 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
-----	-------------------	------

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

پیشگفتار

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

مجموعه خدمات صحتی اساسی منحیث 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 ستندرد یک وسیله کلیدی در جهت رهنمایی 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 بره 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 نویسندگان، 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 ثوبا داهل
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 گروه 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
گروه 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: zsididiqui@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.

فارمستت 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 فارمیسی، اتحادیه سراسری دوکتوران افغانستان، پروژه تقویت سیستم های فارمیسی (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 فارمیسی، 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 فارمیسی پوهنتون کابل
- پوهنوال حاجی محمد نعیمی پروفیسور استاد فاکولته فارمیسی پوهنتون کابل
- دوکتور محمد توفیق مشال ریس عمومی طب و قیاقوی 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 اجراوی 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 (IMC)

- رنخورمل دوکتور نجیب الله توحيدوال ترين متخصص گوش - گلو و بينی ، شفاخانه عاجل ابن سینا
- دوکتور سهيلا ضيائي ، ديپارتمنت صحت باروری وزارت صحت عامه
- پوهنځی دوکتور نوريه عطا استاد ديپارتمنت نسايی - ولادی پوهنتون طبي کابل
- دوکتور حسيب الله محمدي متخصص امراض داخله شفاخانه وزير اکبرخان
- دوکتور حميده حميد ، پروگرام ملی کنترول ملاریا و لشمانيا وزارت صحت عامه
- رنخوريار دوکتور خليل همدرد ترين متخصص سرویس داخله شفاخانه استقلال
- دوکتور عتيق الله حليمي، متخصص اطفال، شفاخانه صحت طفل اندراگاندي
- دوکتور ميرويس صالح PGD, DO، متخصص چشم و استاد شفاخانه کدری پوهنتون طبي کابل
- دوکتور رقيه ناصر، ديپارتمنت معافيت کتلوی وزارت صحت عامه
- دوکتور محمد نجيب روشن متخصص چشم شفاخانه نور
- دوکتور انيسه عزت متخصص جراحی وجه و فک شفاخانه ستوماتولوژی
- دوکتور اجمل يادگاری مسئول ديپارتمنت دوائی پروگرام ملی کنترول توبرکلوز، وزارت صحت عامه
- الحاج رنخوريار دوکتور اسدالله صافی ترين متخصص جراحی اعصاب، شفاخانه عاجل ابن سینا
- پوهنمل دوکتور عبدالولی ولی اسوشيت پروفیسور ديپارتمنت اطفال ، شفاخانه تدریسی میوند
- دوکتور محمد ولی کریمی متخصص گوش گلو و بينی ، شفاخانه تدریسی میوند
- پوهندوی دوکتور عبدالحی ولی متخصص جلدی و استاد ديپارتمنت جلدی شفاخانه تدریسی میوند
- دوکتور ثمرالدین ، پروگرام ملی کنترول ايدز ، ديپارتمنت اچ-آی-وی، وزارت صحت عامه
- دوکتور شایسته کوشان ، ديپارتمنت تغذی، وزارت صحت عامه
- الحاج رنخوريار دوکتور روح الله ظهير ، 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 ترين متخصص جراحی صدری ، شفاخانه صدری ابن سینا
- دوکتور بسم الله نجرابی پروفیسور جراحی ارتوپدی و استاد پوهنتون طبي کابل
- دوکتور گل آقا ودیر ترين متخصص داخله عمومی ، شفاخانه عاجل ابن سینا
- دوکتور محمد صادق نعیمی ترين متخصص داخله، شفاخانه انتانی
- دوکتور حبيب الله رغبت، ترين متخصص داخله، شفاخانه صدری ابن سینا
- دوکتور صديق فیضی ترين متخصص اطفال ، شفاخانه صحت طفل اندرا گاندی
- دوکتور ميرويس نورانی صافی متخصص جراحی، شفاخانه وزير اکبر خان
- دوکتور عبدالحق قیام DCH و ترين متخصص داخله اطفال ، شفاخانه ملی اطفال آتاترک
- دوکتور محمد جاويد شهاب ترين 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 ديپارتمنت فارمکولوژی، پوهنتون طبي کابل
- پوهندوی دوکتور عبدالصمد عمر، متخصص جراحی، شفاخانه تدریسی علی آباد
- دوکتور محمد امین اصغری پروفیسور امراض داخله و شف سرویس داخله شفاخانه وزير 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 ديپارتمنت تقويه صحتی ولسوالی ها، وزارت صحت عامه
- دوکتور حميدالله حبيبي مشاور ریاست ارتباط ولایات، وزارت صحت عامه
- دوکتور محمد یاسین رحیمیار معاون تخنیکي ، موسسه مواظبت خانواده های افغان
- دوکتور احمد جاويد عمر مشاور ارشد PCH / GCMU

- دوکتور لورانس - اکس، مشاور ارشد تخنیکي پروژه SPS
- يعقوب عدن عابدي از WHO
- پروفيسور دوکتور احمد فريد دانش استاد ديبارتمنت فارمکولوژی، پوهنتون طبي کابل

همکاران

- محمد ظفر عمري رئيس عمومي پروژه SPS
- فارمستت عايشه نورزایی از رياست عمومي امور فارمسي (GDPA)
- پوهيالي جاويد احمد اونيب اسوشيت پروفيسور فاکولته فارمسي پوهنتون کابل
- مارک موريس، از پروژه SPS
- فارمستت لطف الله احساس، از پروژه SPS
- نيرانجان کندوري، مشاور پروژه SPS
- دوکتور نادر عرب، از وزارت صحت عامه
- فارمستت ذکيه عدیل، از رياست عمومي امور فارمسي (GDPA)
- فارمستت فهيمه حبيب، از رياست عمومي امور فارمسي (GDPA)
- رنخوريار دوکتور بهرام سادات ترينر متخصص شفاخانه ستوماتولوژی
- فارمستت عزيزه حبيب از WHO
- تری گرین، مشاور پروژه SPS
- دوکتور ابن امين خالد از وزارت صحت عامه
- فارمستت ناهيد ايوبي، از پروژه SPS
- دوکتور نور صافي از وزارت صحت عامه
- دوکتور حبيب الله حبيب از پروگرام ملي کنترول توپرکلوز، وزارت صحت عامه
- دوکتور فريدالله عمري آمر ديبارتمنت ارزيايي پروگرام ملي کنترول ملاریا، وزارت صحت عامه
- دوکتور فيض محمد دلاور، آمر تحقيق پروگرام ملي کنترول توپرکلوز، وزارت صحت عامه
- دوکتور ناصر اوريا، از پروژه SPS
- فارمستت خان آقا کریم غازی، از رياست عمومي امور فارمسي (GDPA)
- دوکتور ويليام هولمز، مشاور پروژه SPS
- دوکتور عبدالخالد اميني مشاور عرضه خدمات دوائی پروژه SPS
- فارمستت شکیلا امرخيل، از رياست عمومي امور فارمسي (GDPA)
- فارمستت خليل خاکزاد، از رياست عمومي امور فارمسي (GDPA)
- فارمستت محمد نذير حيدرزاد، از رياست عمومي امور فارمسي (GDPA)

کميته تصحيح نسخه دري

- عبدالظاهر صديقي، مسئول پروگرام خدمات دوائی و هماهنگ کننده ساحوی پروژه SPS
- دوکتور عبدالخالد اميني، مشاور تخنیکي عرضه خدمات دوائی پروژه SPS
- دوکتور فيض محمد دلاور، مشاور تخنیکي خدمات دوائی پروژه SPS
- محمد آصف باری مشاور تخنیکي هماهنگی ساحوی پروژه SPS
- دوکتور سيد قاسم ستور، از پروژه SPS
- فارمستت هيلي آزادزوی، از پروژه SPS
- دوکتور احمد سير نایل، از پروژه SPS

ويرايشگر نسخه دري پروفيسور دوکتور محمدرقيع رحمانی، استاد ديبارتمنت فارمکولوژی، پوهنتون طبي کابل

استفاده از رهنمود تداوی معیاری

رهنمود ملی تداوی معیاری برای مراقبت های صحتی اولیه منحنی یک مأخذ رهنمود تداوی برای عرضه مجموعه خدمات صحتی اساسی (BPHS) در مراکز عرضه مراقبت های صحتی 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 صحتی اولیه از مراکز صحتی فرعی الی شفاخانه های ولسوالی ملاحظه می گردد. تمام ادویه توصیه شده در این رهنمود شامل لست ادویه اساسی برای تسهیلات صحتی اولیه میباشد. این مجموعه در ۲۰ فصل با توجه به سیستم های عضویت ارائه 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 معالجویی که شامل اهداف، معالجه غیر ادوایی، معالجه ادوایی، 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 صحتی به منظور بهبودی پذیرش و بصورت عمومی سلامتی مریضان است.

در صورت لزوم، یک رهنمایی مناسب برای رجعت دادن مریضان به مراکز صحتی سطوح بالاتر هنگامی که وسایل و تجهیزات، ادویه موجود و کارکنان صحتی در مرکز اولی اجازه تداوی را نداشته باشند، ارائه 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 نیازمداقدمات 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 الفبا 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 ادوایی 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 صحتی 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 صحتی شان دارند، ارائه شده است. این دیگر مسئولیت کارمند صحتی 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 چاپی 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 نمایید:
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	انزایم تبدیل کننده آنجیو تانسین
AGN	Acute glomerulonephritis	گلوبرونولونفریت حاد
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrom	سندروم عدم کفایه معافیتی کسبی
AMI	Acute myocardial infarction	احتشاً حاد میوکارد
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-سیاه سرفه-تتانوس
DOTS	Dnternationally recommended strategy for tuberculosis control	ستراتیژی 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 یی
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 دسی 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 پاپیلوما ی 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	میلی 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 استروئیدی
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	پلازموذیم 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	پلازموذیم ویواکس
R	Rifampicin	
RBC	Red blood cell/count	تعداد/کروبیات 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	توکسوئید 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	اپندیست: 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 معمولاً 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 اسکلیتی، 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 درخانم 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) بوسيله انتان به وجود می آید.
Debridement	پروسه دور نمودن انساج تخریب شده، مرده و منتن
Dehydration	دیهیدریشن: 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	زجرت تنفسی: مشکلات تنفسی همراه با کوتاهی نفس
Eclampsia	اکلامپسیا: اختلاجات درخاتم 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	امفزیما: تخریب کیسه های هوایی (الوبول) شش ها
Encephalitis	انسفالیت: التهاب دماغ از باعث انتانات باکتریایی یا ویروسی
Endemic	اندیمیک: وقوع متکرر 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 شروفیه: ناحیه علوی مرکزی بطن (اپی گستریم)
Epithelialization	آغاز پروسه ترمیم جلد بعد از جرحه
Erythema	احمرار: سرخی جلد در اثر ازدیاد جریان خون درعروق شعریه 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 گروه حجات کوچک کروی حاوی یک جوف
Glaucoma	گلوکوم: حالتی است که عموماً در اثر بلند رفتن بطی فشار مایع داخل چشم بوجود آمده که سبب آسیب عصب بصری می گردد.

Glomerulonephritis	گلوپمیرولونفریت: 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	هیماچوری: 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 رکتوم) بوده، هنگامیکه یک بخش ویا تمام امعای غلیظه عصب نداشتند و در نتیجه وظیفه آن مختل و سبب قبضیت شدید یا انسداد امعا می گردد.
Hydrophobia	هایدروفوبیا: ترس از آب
Hyperglycemia	هایپرگلاسمی: 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	هایپوگلاسمی: سوپه 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 حجرات بتای پانکراس تولید گردیده و استقلال شحم و کاربوهایدریت را تنظیم می نماید. دواى 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	جیجیونوم: قسمت متوسط امعای رقیقه بین اثنا عشر وایلیوم
Keratitis	التهاب قرنیه چشم (ناحیه قدامی چشم)
Kernig's sign	یک علامه فزیکى 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 عمدهٔ 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، درهنگام 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 مادهٔ مثل ویتامین ها و یا عناصر که به مقادیر کم برای رشد و نمو صحی 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-اسکلیتی
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 انفوزن، 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 پلانستا 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: فوحه 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 استحالته 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 خُرْخُر 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 دوران 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، بیره 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 فارماکولوژیک 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 امعا، که سبب انسداد امعا گردیده و ممکن باعث قطع جریان خون و تخریب قسمت از امعا گردد.
Vulva	اعضای تناسلی خارجی خانم 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 طبیعی 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 افزاز 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 صفاق 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 مرضیانی دیده می شود که به نسبت امراض زمینیه ساز (مانند مرض شکر، ویروس عدم کفایه معافیتی [HIV] و امراض مزمن)، سوء تغذی و استعمال ادویه (مانند استروئیدهای 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

• آپسه

- انتان عمیق ساحه ممکن موضعی بوده تورم، قیح و یا هر دوی 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
- احتیاطاً: در صورتیکه مریض انتان منتشر در انساج عمیق را داشته باشد، ممکن ضرورت به عملیات عاجل جراحی باشد بناءً مریض به مرکز صحتی مجهزتر راجع شود.

• کاندید یازس فمی

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

• اهمتامات و تدابیر معالجوی

- مهم ترین اصل اهمتامات 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 گیلانس آب نیم گرم (قبلاً جوش داده شده)
 - محلول Chlorohexidine فیصد ۰،۲، ۱۵ میلی لیتر
- احتیاطاً: فقط برای ۵ روز، زیرا استفاده بیشتر آن سبب تاریک شدن رنگ دندان ها میگردد.
- یک دواى مسکن یا ضد درد را تجویز نمائید
 - تابلیت Paracetamol (برای دوز معیاری به جدول الف ۱۵ ضمیمه الف مراجعه شود).
- جهت از بین بردن انتانات مثل آپسه 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 پنیسلین 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: تابلیت های Erythromycin stearate ۵۰۰ میلی گرام هر ۶ ساعت بعد یکجا با تابلیت های Metronidazole ۴۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد برای ۷ روز.

- یک پوشونده ضد فنگسی فمی را جهت کاندیدپازس 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.
- کاملان: 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) فیصد ۰.۵ به شکل موضعی روزانه هر ۸ ساعت بعد برای ۷ روز استفاده شود.

رجعت دهی

- شواهد بر موجودیت آبسه موضعی یا منتشر جهت ارزیابی درینازیا کشیدن دندان و یا هر دو
- 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
- اجراً نمودن مراقبت های روزمره دندان در صورت امکان
- جستجوی وارزیابی مقدم درد بیره و یا دندان
- اجتناب از استفاده نضوار 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 چارمغز).
- 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

۲.۱ اسهال و ضیاع مایعات (Diarrhea & Dehydration)

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

۲.۱.۱ 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 ۲.۱.۳ "اسهال معند" مشاهده شود
 - موجودیت خون در موادغایطه؛ اگر خون در مواد غایطه موجود باشد، بخش ۲.۱.۵ "اسهال خونی" مشاهده شود.
 - در صورت موجودیت واقعات کولرا در محیط و ماحول زیست؛ باید به کولرا مشکوک شد. بخش ۲.۱.۷ "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 و یامکیدن شیر نیستند
 - استفراغ معند
 - اختلاجات
 - تغییر حالت شعوری
 - بطن حاد
 - سوء تغذی شدید
- ارزیابی درجه ضیاع مایعات و تصنیف آن، "جدول الف ۲.۱.۱ 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	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

اسهال و ضیاع مایعات

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 تا زمانیکه 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:
 - سریعاً 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 نمائید.
 - 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 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 2 - 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 3 - 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 4 - 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، اماطفل 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 نمائید.
 - 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 5 - 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 1 - 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)

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

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 آنصورت:
 - 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.
 - تابلت های (۲۰ میلی گرام) Zinc قرار ذیل تجویز گردد:
 - اطفال کمتراز ۶ ماه: ۱/۲ تابلت 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 تابلت 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. چهاراصل 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 تغوط 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 می خواهد، 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 می خواهد، 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 تا بلیت (۲۰ میلی گرام).
 - روز نیم تا بلیت درمقدار کم آب پاک و یا شیر مادر منحل شده، به طفل داده شود.
 - برای اطفال بزرگتر از ۶ ماه، ۱۰ تا بلیت (۲۰ میلی گرام).
 - روز یک تا بلیت درمقداری کم آب پاک منحل شده، به طفل داده شود.
- به مادر و یا مواظبت کننده توصیه شود که Zinc بدیل ORS نبوده، بلکه برعلاوه ORS به مریض تجویز می شود.
- اصل چهارم: در حالات ذیل طفل فوراً به مرکز صحت 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 بطلات 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
- علایم عمومی خطر نزد طفل (مانند تغییر حالت شعوری، اختلاجات، 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 گلیاس 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 2 ماه است، اعاده مایعات مطابق به تصنیف ضیاع مایعات شروع گردد (به طور مثال پلان 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 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		
	۲۰۰,۰۰۰ واحد	۱۰۰,۰۰۰ واحد	۵۰,۰۰۰ واحد
۶ الی کمتر از ۱۲ ماه	نیم کپسول	یک کپسول	دو کپسول
۱ تا ۵ ساله	یک کپسول	دو کپسول	چهار 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 میآید.

تشخیص

- در صورت شروع ناگهانی اسهال موارد ذیل را معاینه کنید:
 - مواد غایطه خوندار
 - مواد غایطه مخاط دار
 - تب
 - اغلباً 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 استطیاب 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 ۲.۱.۱ 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 تائید 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

- اغلباً جاردیا بدون اعراض بوده یا علائم متناوب ذیل را دارا میباشد:
- میتواند به شکل اسهال آبگین تظاهر نماید، که بعضاً 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 سوّ 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 آنی و شدید مایعات است. همیشه واقعات مشکوک را به کارمندان ریاست صحت عامه ولایتی (PPHO) اطلاع دهید.

تشخیص

- اسهال حاد آبدار
- بدون خون یا مخاط
- عدم موجودیت بوی مشخص در مدفوع
- اغلباً مواد غایبه خاکستری رنگ و مکدر (مواد غایبه آب برنج مانند) می باشد
- 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.

وقایه

- 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 سترئوئیدی
- 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 بالای 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 اغلباً 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 اکثراً نورمال وطبیعی است، در جس عمیق حساسیت خفیف و موضعی ناحیه اپی گاستریک 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، Cholecystitis حاد رخ دهد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

اهتمامات غیر دوائی

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

اهتمامات دوائی:

- به منظور کاهش افراز اسید معده قرص Ranitidine تجویز گردد.
 - اطفال و نوزادان: ۲-۴ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن هر ۱۲ ساعت بعد در کاهلان:
 - تابلیت 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 فمی ۱ الی ۳ ساعت بعد از غذا و در هنگام استراحت
 - بزرگسالان: ۲ تابلیت 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 (کانسر)، 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 صحتی 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 مکرر ویزنگ بوده اکثراً با سرفه یا علائم سینه و بغل همراه میباشد که با تطبیق توسع دهندگان قصبی بهبود میابد.

تشخیص

مریض تاریخچه حملات مکرر 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 الرژن 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
- علائم 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 استما 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 انٹی بیوتیک قبل از رجعت دهی مریض: • Ampicillin • همراه با Gentamicin • در صورت موجودیت ویزیک دوز توسع دهنده سریع التاثير 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 استروئیدها در اولین حمله ویزنگ استفاده نمی گردد. اگر طفل حمله شدیدحاد و سابقه تکرر ویزنگ را داشته باشد، ادویه ذیل تجویز گردد:
 - Prednisolone فمی ۵، ۰ (نیم) میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۱۲ ساعت بعد برای ۳ روز.
 - در شفاخانه های ولسوالی قابل دسترس است.
 - اگر مریضی طفل به همان شدت باقی بماند، تداوی را با ستیروئید تا زمان بهبودی طفل ادامه دهید.
 - تجویز Aminophylline.
 - اگر طفل بعد از ۳ دوز محلول Salbutamol از طریق نیبولایزرها 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 زرقي را مطابق به وزن حقیقی طفل تجویز نمایند.

- دوز تعقیبی را با زرق داخل وریدی ادامه دهید. دوباره به جدول الف ۲ مراجعه شود.
- احتیاط: زرق سریع داخل وریدی ویا تجویز بیش از حد Aminophylline میتواند خطر ناک باشد. در صورتیکه طفل در ۲۴ ساعت گذشته Aminophylline ویا 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 تداوی طویل المدت با در نظر داشت شدت و تکرار اعراض دارد. مریض باید به یک متخصص برای آغاز تداوی 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 جینیتیک و محیطی در بروز استما دیدخل 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 خفیف 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 صحتی تداوی آن ۲ پف بوده و میتواند که در حمله شدید هر ۱۵ دقیقه بعد دریک ساعت تکرار شود.
- در صورت موجودیت نیبولایزر میتوان شکل انشاقی (Inhaler) را با آن تعویض نمود. برای مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۷ در ضمیمه الف مراجعه نمایند.
- زمانیکه مریض کاملاً بهبودی کسب نمود و به خانه مرخص شد تداوی با تجویز تابلت Salbutamol ۴ میلی گرام ۱ تابلت 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 صحتی مجموعه خدمات اساسی شفاخانه بی (EPHS) را دارند.
- تداوی طولی مدت 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.
- کورتیکوستروئیدهای 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 مدت 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

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

هدایات به مریض

- آموزش به مریض و پایواز آن در موارد ذیل:
 - آموزش برای شناسایی و اهماتامات مقدم حملات حاد
 - تشخیص و سیر طبیعی مرض
 - آموزش و نظارت بر نحوه استفاده مریض از ادویه انشاقی وسایر ادویه
 - کسب اطمینان در مورد مصؤنیت و مؤثریت تداوی.

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 صدی، 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 مییابد
- **یادداشت:** ملاریا، سرخکان، و سینه و بغل ممکن با اعراض مشابه زکام آغاز شوند.

اهتماتامات و تدابیر معالجوی

اهتماتامات غیر دواایی

- 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 تداوی 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 فیتته درآمده باشد.

اهتماتامات دواایی

- 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 بیوتیک‌ها استطبیب ندارد زیرا سرماخوردگی و زکام انتانات ویروسی اند.
 - استفاده از ادویه حاوی اتروپین، کودین یا مشتقات آن، یا الکل ممکن مضر باشند
 - قطره های بیبی دوا مدار

رجعت دهی

- اختلالات شدید (سینه بغل، التهاب گوش متوسط، التهاب سینوس‌ها)
- 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 انتان نسج ریه است. سینه و بغل معمولاً توسط ویروس‌ها یا باکتری‌ها و کمتر بوسیله فنگس‌ها و پرازیت‌ها بوجود می‌آید. اکثریت واقعات شدید آن بوسیله باکتری‌ها ایجاد می‌شود. هرچند دریافت عامل سبب مشخص با تظاهرات کلینیکی و X-Ray صدری 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 اهمامات 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 ($38.5^{\circ}C$ 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 میباشد). 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: آوازهای 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 نمائید 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 یا 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 توبرکولین 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.

- اگر قادر به رجعت دهی فوری به شفاخانه نباشید
- انتان را با زرق عضلی انتی بیوتیک ها تداوی نموده و تب به صورت مناسب تداوی گردد.
 - Ampicillin همراه با Gentamicin به شکل زرق عضلی برای ۵ روز، جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۱۳ در ضمیمه الف مراجعه شود.
 - در صورت بهبودی طفل، کورس تداوی 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

- تداوی انتان، تجویز یک کورس ۵ روزه انتی بیوتیک مناسب (تداوی 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 فلپ 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 تداوی 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 تداوی 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 تداوی 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 تداوی نمائید. جهت مشاهده دوزهای معیاری به جدول الف ۱۷ در ضمیمه الف مراجعه شود.

طفل با سرفه یا سرماخوردگی

- یخش 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 بیآورند
- به مادر یا مواظبت کننده طفل توصیه شود تا در حالات ذیل طفل را به شکل فوری بیآورند:
 - 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 با شروع ناگهانی (اغلباً ۳۸.۵ درجه سانتی گرید یا بیشتر) اما نه همیشه، به خصوص نزد افراد مسن.
 - تنفس سریع. شهبیق عمیق ممکن دردناک 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 توبرکلوز.
 - مریض سرفه توأم با تشقح (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 قمی 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، و اخذ 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 ۲۰ نفس فی دقیقه)
- بوجود آمدن تب بلند (۳۸.۵ درجه سانتی گرید یا بالاتر)

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

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 فامیلی، 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 هر دو 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 توأم با تقشع (بلغم) برای مدت ۳ ماه و یا بیشتر یعنی حداقل در ۲ سال متوالی.
- آمفیژم یک حالت پتولوژیک بوده که اغلباً بعد از سنین ۵۰ سالگی دیده شده که بیانگر بزرگ شدن دائمی و غیر ناممل 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

- تاریخچه دود نمودن سگرت و معروض شدن به آلوده گی
- سرفه (با بلغم دربرونشیت مزمن)
- زجرت تنفسی پیشرونده (در آمفیژم شدیدتر است)
- ویزنگ که اکثراً با توسع دهنده گان قصبی بهبود نمیابد
- سیانوز در مراحل 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 توپرکولز اجرا شود. (بخش ۱۵،۱۰ "توپرکولز" مشاهده گردد)

اهتمامات دوائی

- در صورت موجودیت اکسیجن، به مریضان مصاب هیپوکسمی حاد آکسیجن تطبیق گردد.
- تجویز توسع دهندگان قصبی برای مریضان که ویزنگ دارند. در عین 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
 - تاریخچه تشدید یا اعلام 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 الرژی 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 از 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 آزماپیشی توسع دهنده های قصبی برای ۴ هفته مریضان را به شفاخانه ولسوالی (DH) برای تناوی احتمالی با steroid رجعت دهید.

وقایه

- توصیه مریض برای ترک نمودن سگرت.
- تشویق مردم جهت مراعات اقدامات احتیاطی در صورت معروض شدن به مواد کیمیایی، 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 خریدن مجرای شنوایی با ناخن های کثیف ایجاد شود.
- التهاب فنگسی گوش خارجی (Otomycosis): که در اثر انتانات فنگسی مجرای شنوایی گوش خارجی بوجود میاید.
- التهاب اگزیماتوز گوش خارجی: که در اثر اگزیما یا 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 فنگسی 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 فنگسی 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 صحتی 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 نمایید.
 - 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.
- ارزیابی مجدد هفته 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
 - مرهم 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 خاریدن 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 قیح، 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 دوايي

- 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.

دوايي

- بپرسید 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 دوز معیاری 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 (Penicillin, Erythromycin) 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 قیح از گوش برای کمتر از ۱۴ روز یا موجودیت درد گوش و ظاهر شدن کانال گوش به رنگ سرخ، ملتهب، برجسته، و مکدر یا تنقب همراه با افزایش دوز 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 قیح 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 قیح، 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 ویا مواظبت کننده طفل تقاضا گردد تا بعد از ۵ روز برای تعقیب تداوی دوباره مراجعه نماید. در صورت ادامه درد گوش و افزایش دوز، 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
- تنقب یا خارج شدن قیح
- 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 انفولانزا
- 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، درانصورت 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 استفراغ 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
- مرضیانی که افرازات معند برای بیشتر از ۴ هفته بعد از شروع تداوی داشته باشند
- مشکوک شدن به توبرکلوز نزد مرضیانیکه با وجود تداوی، افرازات معند دارند
- مرضیانی 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 جیبوب (Acute Sinusitis)**شرح**

التهاب حاد جیبوب عبارت از التهاب و انتان باکتریایی یک یا چند جیبوب بوده، که معمولاً بعد از انتان و بروسه بینی، انتان دندان، یا رینیت الرژیک بوجود می آید. در اطفال کمتر از ۵ سال نادراً اتفاق افتاده زیرا جیبوب آنها هنوز خوب انکشاف یافته نیست. در صورت تداوی نادرست، التهاب حاد جیبوب می تواند به التهاب مزمن جیبوب 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 جیبوب (پیشانی یا اطراف چشم ها)
 - احتمالاً تب
- یادداشت:** درعدم بهبودی و بدتر شدن سرماخوردگی بعد از ۵ الی ۶ روز، التهاب جیبوب بررسی شود.

اهتمامات و تدابیر معالجوی**غیر دواایی**

- 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.

دواایی

- 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
- برای مریضانی که در برابر Penicillin حساسیت دارند، 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 جیبوب

۴.۵ گلو دردی (Sore Throat)

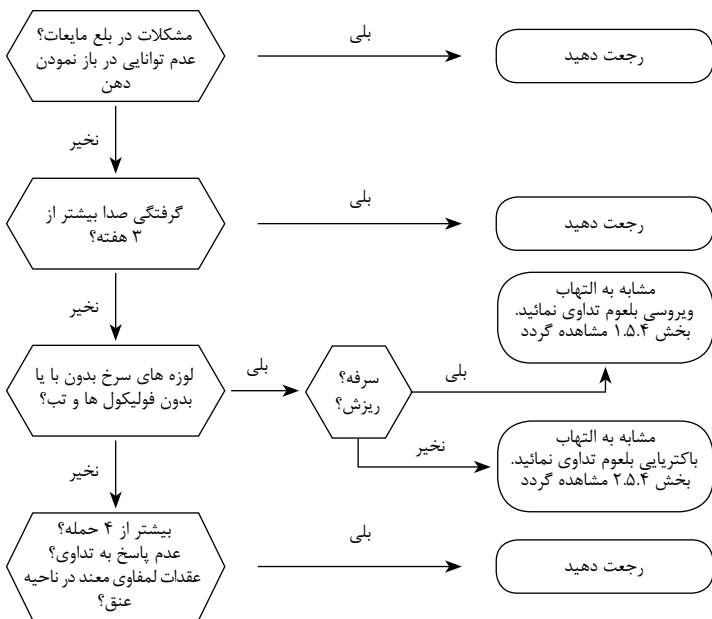
شرح

گلو دردی 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 دردی



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 دوائی

- 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.

دوائی

- عدم تجویز آنتی 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 تانسیل یا لوزه ها (Bacterial Tonsillitis)

شرح

التهاب باکتریایی تانسیل 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 آنتی بیوتیک ها ضرورت است.

تشخیص

- گلو دردی
- معمولاً بدون ریزش یا سرفه میباشد
- اکثراً ضخامت 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، اتان سترپتوکوکال گلو می تواند منجر به اختلالات شدید ذیل گردد:
- التهاب حاد گلومیرول 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 تاثیرات 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 وبال 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 گرم فی ۵ میلی لیتر، یا ۲۵۰ میلی گرم تابلت برای ۱۰ روز:
 - اطفال کمتر از ۵ سال: ۲۵۰ میلی گرم فی دوز هر ۱۲ ساعت بعد (۱ تابلت یا ۵ میلی لیتر شربت فمی)
 - کاهلان و اطفال بالاتر از ۵ سال: ۵۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت بعد (۲ تابلت یا ۲۵۰ میلی گرم 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 ملیگرم فی ۵ میلی لیتر) بوده یا تابلت ۴۰۰ میلی گرم، برای ۵-۷ روز تجویز گردد (همچنان جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۲ در ضمیمه الف مراجعه شود).
- اگر مرضی تب بلند داشته باشد Paracetamol تا هنگام کاهش تب تجویز گردد. جهت مشاهده دوز معیاری به جدول الف ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.

رجعت دهی

- شکل ۴.۵ مشاهده گردد.
- در واقعات شدید، به خصوص در موارد آبنسه 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 (اکثرأ 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. اغلبأ 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 کیمیاوی (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 اغلبأ معند میباشد.
 - التهاب انتانی غشای مخاطی انف - باکتری ها یا ویروس ها سبب تشدید اعراض التهاب غشای مخاطی انف میگردد (بخش ۳.۲ "سرماخوردگی و آنفلوانزا").

تشخیص

- شایع ترین اعراض و علایم عبارت اند از:
 - افزایش افرازات 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 جیبوب
- 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 وقایوبی 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.

فصل پنجم امراض چشم (Eye Conditions)

۵.۱ التهاب مننضمه (سرخی چشم)

شرح

علت عمده سرخی چشم التهاب مننضمه میباشد (التهاب غشا که سطح داخلی جفن و قسمت سفیدی کره عین را پوشانیده است). اسباب آن ممکن باکتریایی، ویروسی، آلرژیک، تخریش، جراحی و یا جسم اجنبی باشد. در صورت عدم تداوی التهابات مننضمه ممکن است باعث التهاب قرنیه یا Keratitis (انتان شدید غشای که قرصیه و حدقه چشم را پوشانیده) و کوری شود. انتانات سببی می تواند به آسانی از یک فرد به فرد دیگر انتقال نماید.

تشخیص

- برعلاوه سرخی چشم، مریض ممکن درد خفیف، خارش، و رویت مغشوش داشته باشد. معمولاً شروع مرض تدریجی و آهسته است.
- موارد ذیل در چشم معاینه شود:
 - قوه رویت
 - افزایش قیچی که در التهاب باکتریایی مننضمه معمولاً مشاهده میگردد
 - افزایش آبیگین که در التهابات ویروسی یا الرژیک مننضمه معمولاً دیده می شود
 - قرنیه- شفاف یا مکدر
 - پلک (جفن) - متورم یا موجودیت جسم اجنبی. شواهد بر موجودیت فولیکول (یعنی نقاط کوچک سفید یا زرد متباز) و یا اسکار در داخل جفن چک شود زیرا اینها ممکن علایم از تراخم (بخش ۵،۲ مشاهده شود) باشند، در صورت موجودیت علایم فوق مریض رجعت داده شود.
 - جسم اجنبی - موجودیت آن در چشم و تحت جفن معاینه گردد.
- تشخیص تفریقی با قرصه قرنیه، التهاب قرنیه، التهاب حاد قرصیه و گلوکوم صورت گیرد. این امراض اکثراً با شروع ناگهانی، درد شدید، کاهش قوه رویت، و لکه مکدر یا خاکستری بر روی قرنیه ظاهر شده، که ممکن منجر به کوری ناگهانی شود. این مریضان نیاز به رجعت دهی فوری دارند.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

اهتمامات غیر دوا بی

- پاک نمودن چشمان با آب پاک نیم گرم (آب قبلاً جوش داده شده) یا محلول معقم ۰.۹ فیصد Normal Saline
- ۴ الی ۶ بار در روز.
- دور نمودن قیج موجود در چشم با استفاده از یک پارچه پاک، اما هرگز عین پارچه در موارد ذیل استفاده نگردد:
 - استفاده دوباره
 - استفاده از یک پارچه برای پاک نمودن هر دو چشم
 - پارچه استفاده شده، برای پاک نمودن چشم شخص دیگر

اهتمامات دوا بی

- در افزایش قیچی، تجویز مرهم ۱ فیصد چشمی Tetracycline دو بار در روز (بعد از خوردن صبحانه و قبل از خواب) برای ۷ روز. به مریض عملاً نشان داده شود که چگونه به صورت درست مقدار کمی از مرهم را تطبیق نماید ("هدایات به مریضان" مشاهده شود).
- برای خارش شدید Chlorpheniramine مدنظر باشد. جهت مطالعه دوزهای ستندرد به جدول الف ۷ در ضمیمه الف مراجعه شود.

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 منضمه 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، و مشاهده 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 بنشینید 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 خیرگی 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 الرژیک منضمه (افرازات آبگین) 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 منضمه 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،

روپاک کثیف یا مگس ها بوجود آمده، و یک بیماری است که به صورت خود بخودی بهبود میابد. انتانات مکرر در کاهلان منجر به ندبات، سؤشکل و کوری میگردد.

تشخیص

- افغانستان یک کشور اندیمیک برای تراخم بوده بناءً در هر واقعه التهاب منضمه باید به تراخم مشکوک شد.
- هر دو جفن فوقانی به خارج قات شده و علایم تراخم طوریکه در جدول ۵.۲ ذکر شده ملاحظه گردد.
- تشخیص تفریقی با التهاب منضمه، التهاب قرنیه، قرحه قرنیه، التهاب قزحیه و گلوکوم صورت گیرد.

جدول ۵.۲ تشخیص تراخم

مراحل	علایم تراخم
۱	موجودیت پنج یا بیشتر فولیکول ها (نقاط متبارز سفید، خاکستری یا زرد رنگ) در سطح داخلی پلک
۲	بر علاوه فولیکول ها التهاب نیز ظاهر میکند. پلک درشت و ضخیم شده و اوعیه نارمل روی منضمه توسط فولیکول ها و پروسه 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 و تدابیر معالجوی

اهتمامات غیر دوا یی

- چشم ها و روی روزانه چندین بار پاک شوند.
 - از بین بردن و محدود نمودن تراکم مگس ها از طریق اتخاذ اهتمامات مناسب زبانه ها.
- ##### اهتمامات دوا یی
- تداوی 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 تداوی شوند. طریق تطبیق درست مرهم را به مریض یا مواظبت کننده وی آموزش دهید. "هدایات به مریضان" در بخش ۵.۱ مشاهده شود " التهاب منضمه".
 - در صورت عدم بهبودی با مرهم یک فیصد Tetracycline چشمی تا ۶ هفته، مریض را به شفاخانه ولسوالی (DH) برای تداوی 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 دهی

- شواهد بر پیشرفت مرض یا قرحه قرنیه 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 اهماتامات برای مواد فاضله (نگهداری حیوانات دور از خانه و استفاده از تشناب های عمیق پوشیده شده).

هدایات به مریضان

- آموزش مریض و اعضای خانواده در مورد چگونگی تطبیق درست مرهم چشم. "هدایات به مریض" در بخش ۵.۱ "التهاب منضمه" 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 (حلققات روشن)
 - حدقه 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
 - مریضان مسن (بیش از ۴۰ سال)
 - عکس العمل بطی حدقه
- گلوکوم ولادی
 - به صورت وصفی هر دو چشم را متأثر میسازد
 - از دست دادن بینایی بصورت تدریجی

- مکدریت قرنیه
- افرازات آبیگین
- ترس از روشنی
- چشمک زدن تشنجی پلک به صورت غیر ارادی (Blepharospasm)
- Buphthalmos (چشمان بزرگ با تظاهر متمایل به آبی)

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- تمام مریضان مشکوک به گلوکوم رجعت داده شوند.
- **احتیاط:** همه موارد چشم دردناک با از دست دادن بینایی باید یک واقعه عاجل چشم تلقی شده و به شفاخانه رجعت داده شود.
- تا حد ممکن مریض در هنگام انتقال به وضعیت خوابیده بر پشت (Supine) نگه داشته شود.

هدایات به مریض

- اطمینان حاصل شود که مریضان و خانواده رجعت مریض را به وقت معینه در نظر گرفته اند.
- برای مریضان و جامعه هدایت داده شود تا مصونیت چشم را حین کار با ماشین آلات و سایر فعالیت های خطرناک مد نظر گیرند.

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 ۱۴۰/۹۰ 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 سکنه 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 و 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 و 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 صدی یا سابقه احتشای میوکارد)
 - عدم کفایه قلب
 - حملات گذری اسکیمیک (Transient ischemic attacks)
 - سکنه مغزی (Stroke)
 - نارسایی مزمن کلیوی
 - تشوشات شبکیه چشم Retinopathy
 - امراض شرائین محیطی
- اعراض و علایم 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 نآرام، سرگتسی، اختلالات بینایی، دلبدی و استفراغ توام با تپش

قلب، خنق نایب، اذیمای ربوی و عدم کفایه کلیه همراه باشد.
 ■ فرط فشار خون مزمن تداوی ناشده اکثراً 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 (ترجیحاً 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 اهتمامات دواپی و غیردواپی 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 غیردواپی

- 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 الکل
- 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 دوائی

- در حالات که تغییر در شیوه زندگی و اهتمامات غیر دوائی 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 استطبیب 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 استطبیب مطلق است و در مریضان مبتلا به عدم کفایه قلبی، برادی کاردی (کمتر از ۵۰ ضربه فی دقیقه)، دیابت و امراض اوغیه محیطی مضاد استطبیب نسبی است.

جدول ب ۶.۱.۱ اهماتامات و تدابیر معالجوی فرط فشار خون

تائیرات 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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		
<p>فشار خون از ۱۴۰/۹۰ میلی متر ستون سیماپ در ظرف یک ماه از شروع تداوی پائین میاید (فشار خون تحت کنترل میاید)</p>	<p>تداوی غیر دوایی همراه با تابلیت 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.</p>	<p>• 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</p>
<p>اگر فشار خون بعد از یک ماه تداوی قدم سوم نارمل نشود، مریض برای بررسی بیشتر و سایر گزینه های تداوی رجعت داده شود.</p>		

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 بیتا ادرینرژیک 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 آنجیوتنسنین (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 خناتی صدی، 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 الکل
- گرفتن ادویه بشکل روزانه
- مراجعه هفته وار 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 اوعیه 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، کاردیومیوپاتی 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 بی 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 بی 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 صدی" 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 زرقي عضلي 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 زرقي 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 میزانی که عدم کفایه قلبی دارند باید نهی کنندگان ACE برای شان تجویز گردد مگر اینکه نزد شان مضاد استطبیب باشد.
- احتیاط: در حاملگی مضاد استطبیب است.
- Captopril ۶.۲۵-۱۲.۵ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد تجویز گردد.

رجعت دهی

- تمام واقعات عدم کفایه شدید قلب (مانند اذیمیای 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 علائم 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 استرپتوکوک با تب روماتیک همراه نمی باشد. بهترین راه جلوگیری از مصابیت به تب روماتیک تداوی فوری و مناسب انتان حاد استرپتوکوکسی 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، سرخرنگ، 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 مداوی 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 مداوی های وقایوی.
- مداوی التهاب، مداوی امراض قلبی، و مداوی سایر اعراض.

مداوی غیر دوابی

- مریض جدا 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)

مداوی دوابی

- مداوی دوابی برای تمام مرضانی که تب روماتیک نزد شان تأیید شده آغاز گردد:-
- کاردیت و امراض قلبی معند: این مرضان نیاز به مداوی ۱۰ سال بعد از آخرین حمله حاد تب روماتیک و یا تا سن ۴۵ سالگی، و بیشتر از آن دارند.
- امراض روماتیزمل دسامی. این مرضان نیاز به ۱۰ سال مداوی پس از آخرین حمله تب روماتیک حاد و یا تا سن ۲۵ سالگی، و بیشتر از آن دارند.
- بدون امراض روماتیزمل دسامی. این مرضان نیاز به ۵ سال مداوی و یا تا سن ۲۱ سالگی، و بیشتر از آن دارند.
- با توجه به پروتوکول فوق از ادویه ذیل برای مداوی تجویز نمایید.
- مداوی 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 و یا 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 پنیسیلین اجتناب شود.

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

یا

○ اگر مريض به پنی سيلين حساسیت دارد، اريترومايسين 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

• تداوی التهاب

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

- اطفال بزرگتر از ۵ سال: ۱۰-۲۰ 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: اسپرین به اطفال کمتر از ۵ سال به دلیل خطر سندرم Reye تجویز نگردد.
- بزرگسالان: اسپرین 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 تداوی بیشتر
- مريضانی که بمقابل تداوی جواب ضعیف نشان میدهند
- مريضانی که اسپرین را تحمل نمی توانند و یا مريضانی که اسپرین نزد شان مضاد استطباب است
- مريضانی که سایر اختلالات و یا عوارض دارند (مثل Chorea)

وقایه

- اطمینان از تداوی فوری با آنتی بیوتیک مناسب برای انتان استرپتوکوکسیک گلو (بخش ۴.۵.۲ "التهاب باکتریایی تانسیل ها" مطالعه شود).
- ادامه تداوی وقایوی تا هنگام محدود ه سنی متذکره (به بالا رجوع کنید).
- به مريض در مورد علائم ممکنه اختلالات و عوارض مرض اطلاع داده شود (مثل امراض قلبی، عدم کفایه یا نارسایي 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) و یا 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 فزیکی تحریک شده و به سرعت با استراحت نمودن و یا تطبیق Nitrate تحت اللسانی تسکین میگردد. شایع ترین سبب آن آتیروسکلی روزش شرایین است، به هر حال، آنژین صدري ممکن است در نتیجه تضیق یا تنگی ایهر و یا کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک هم اتفاق بیفتد.
 - آنژین صدري نائابت: آنژین صدري نائابت معمولاً متصف است با شروع حمله جدید یک آنژین شدید و یا وخامت ناگهانی آنژین ثابت قبلی که ممکن است با تطبیق Nitroglycerin تحت اللسانی تسکین و برطرف نگردد.

تشخیص

• اعراض

- مریض درد قفس صدری داشته یعنی احساس گرفتگی، سنگینی، سوزش، فشار دادن، سیخ زدن، درد در صدر و یا سوء هاضمه گاز موجود است. درد در خلف یا کمی به سمت چپ وسط عظم قص توضع میداشته باشد.
- درد ممکن است به فک یا شانه چپ و قسمت علوی بازوی چپ انتشار نموده، و به استقامت داخلی بازو الی آرنج، ساعد، مچ دست، یا انگشت چهارم و پنجم انتشار مینماید. درد ممکن است با سرگیچی یا ضعف همراه باشد.
- سایر علل و اسباب درد صدر باید تخری شود.

• علایم

- در جریان حمله، مریض مضطرب، عسرت تنفس داشته و رنگ پریده به نظر می رسد، عرق سرد نیز ممکن وجود داشته باشد.
- ECG در بین حملات شاید نورمال و طبیعی باشد، اما در جریان حمله، ECG نمایانگر انحطاط قطعه ST و معکوس شدن موج T میباشد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوائی

- مریض سگرت نکشد.
- کوشش شود وزن بدن متناسب باشد
- اجتناب از فعالیت های فزیک شدید بعد از غذا ثقیل و یا در هوای بسیار سرد، و فشار های روحی.

تداوی دوائی

- تجویز Nitroglycerin در زیر زبان (تابلیت زیرزبانی ۰.۵ میلی گرام) در صورت ضرورت بعد از ۵ دقیقه تکرار شود (اما نه بیش از ۳ بار) Nitroglycerin باعث توسع اوعیه اکلیلی و در حدود ۲-۱ دقیقه تاثیر می نماید.
- نایتروگلیسرین در شفاخانه حوزوی و شفاخانه های ولسوالی موجود است.
- یک دوز Aspirin (۸۱ الی ۳۲۵ میلی گرام) از طریق فمی یک بار در روز فوراً متعاقب تشخیص آنزین ناثابت تجویز شده و ادامه داده شود.
- Isosorbide dinitrate را تجویز نمایند، که در شفاخانه های ولسوالی موجود است.
- در حمله حاد، دوز ابتدایی ۲.۵ (دونیم) میلی گرام تابلیت تحت اللسانی یک بار، و در صورت ضرورت به زودی متعاقب حل شدن تابلیت، تکرار تطبیق گردد. در صورت تحمل، دوز دو ممکن دو چند بلند برده شود. شروع تاثیر آن در حدود ۳ دقیقه است.
- در آنزین صدری مزمن و دوز تعقیبیه، ۱۰ الی ۴۰ میلی گرام از تابلیت های آهسته رهش آن هر ۱۲ ساعت بعد. اگر تابلیت های آهسته رهش آن در دسترس باشد، برای تحمل نزد مریض ترجیح داده میشود.
- تجویز Atenolol ۵۰-۱۰۰ میلی گرام روزانه برای آنزین صدری مزمن.
- احتیاط: Atenolol در مریضان مبتلا به استما و امراض انسدادی مزمن ریوی مضاد استطبیب مطلق است و در مریضان مبتلا به نارسایی یا عدم کفایه قلبی، برادی کاردی (کمتر از ۵۰ ضربه فی دقیقه)، دیابت، و امراض اوعیه محیطی مضاد استطبیب نسبی است.
- یادداشت: آنزین ناثابت را می توان مانند احتشاً میوکارد تداوی نمود. در ذیل بخش احتشاً حاد میوکارد مطالعه شود.

رجعت دهی

همه مریضانی که درد صدری عود کننده یا معند دارند، برای معاینه و بررسی بیشتر، بشمول تست تحمل فعالیت فزیک (Exercise tolerance test)، آنژیوگرافی اوعیه اکلیلی و تداوی رجعت داده شوند.

هدایات به مریضان

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

۶.۵ احتشا حاد میوکارد (AMI) Acute Myocardial Infarction

شرح

احتشأ حاد میوکارد (AMI)، نکرور حاد ایسکمیک یک ساحه از میوکارد (عضله قلب) ناشی از انسداد مکمل یا قسمی از اوعیه اکلیلی است.

تشخیص

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

- علامه ابتدایی کلینیکی درد شدید قفس صدری شبیه به آنژین صدری است:
 - خلف عظم قص یا ناحیه اپی گاستریک (شروفیه)
 - فشار دهنده یا سوزاننده
 - انتشار به گردن، قسمت داخلی بازوی چپ و یا هر دو
 - تداوم بیشتر از ۳۰ دقیقه
 - در حالت استراحت اتفاق 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 مکمل درد صدری را برطرف نخواهد کرد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

برای رجعت دهی آماده گی گرفته شود.

غیر دوايي

- فعالیت:
 - استراحت کامل 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 میلی‌گرم 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، تابلیت تحت اللسانی نایتروگلیسرین (قابل دسترس در شفاخانه منطوقی و ولسوالی): ۰.۵ (نیم) میلی‌گرم در هر ۵ دقیقه تا ۳ دوز تجویز شود.
- یا
- تابلیت زیر زبانی ایزوسورباید دای نایتريت Isosorbid dinitrate (در شفاخانه ولسوالی موجود است): ۵ میلی‌گرم هر ۱۰-۵ دقیقه در صورت ضرورت برای درد به مقدار اعظمی ۵ تابلیت.
- اگر درد مریض تسکین نشود مورفین تجویز گردد، مورفین به مقدار ۴-۸ میلی‌گرم زرق آهسته (۱ میلی‌گرم فی دقیقه) داخل وریدی (۰.۴-۰.۸ میلی‌لیتر از ویال های ۱۰ میلی‌گرم فی میلی‌لیتر).
- 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

تشوشات سیستم عصبی مرکزی

۷.۱ صرع یا مرگی (Epilepsy)

شرح

اصطلاح صرع بیانگر تشوشاتی است که با تشنجات عود کننده متصف می باشد. تشنج یک اختلال گذری ناشی از تشوش وظایف دماغی که از سبب ترشحات عصبی (Neuronal discharge) اشتدادی غیر نورمل در دماغ 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 سکنه دماغی
 - تشوشات میتابولیک مانند یوریمی، هیپوگلیسمی و هیپرگلیسمی، هیپوکلسمی، عدم کفایه کبد، یا سایر اختلالات
 - استفاده از مواد مخدر یا الکل 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
 - اپسنس (Petit mal): از دست دادن شعور به مدت کوتاه و عضلات شل و نرم
 - قسمی یا حرقاقی: تشنج موضعی یک قسمتی از بدن
 - تشوشات 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، ترشح 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 دوابی

- 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 دوابی

- 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 اودیه در زمان حاملگی
- مریضانی که نزد شان اعراض و علایم عصبی پیشرفت مینماید
- مریضانی که عکس العمل های ناگوار دوابی را تجربه نموده اند و یا مشکوک به سمیت دوابی 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 (ماهان 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

وقایه

- 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.
- وقایه 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 صحتی و مراکز رجعت دهی.
- بازگشت مریض در هنگام عود تشنج و یا اعراض و علائم 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، ارگانیزم 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 بطی 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 حرقفی 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.
 - هایپر 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 منحیث "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 صحتی BPHS موجود نیست، دارد، بنأء مریضان باید ابتدا تثبیت (Stabilized) شده، با تطبیق اولین دوز انتی بیوتیک مناسب که در تسهیل صحتی موجود است، به شفاخانه رجعت داده شود.

- **مریض تثبیت (یا Stabilize) شود.**
 - در صورت ضرورت آکسیجن 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 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.
- **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 شیرگرم داده شود (ترند).
 - 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 علائم خطر امراض تب دار بسیار شدید ملاریای دماغی را در اطفال کمتر از ۵ سال در مناطق اندیمیک ملاریا تداوی نمائید (بخش ۱۵.۷ "ملاریا" مشاهده شود).**

وقایه

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 هر دو 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 بعضاً 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) میباشد.

■ 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، دلپره 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 منصف 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، پرخاشگری، 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 گلوکوز خون (Hypoglycemia or hyperglycemia) - سبب تغییر در سلوک میگردد
 - اتانات (انسفالیت) - سبب تغییرات در سلوک، خُلق و یا هوشیاری میگردد
 - مواد مخدر، الکل، استفاده ادویه و یا اعراض قطع دوابی - سبب تغییرات در سلوک و پرخاشگری 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 صحی 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 صحی 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 بی 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 صحی 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 مسلکی.

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 تناوی تشویشات روانی

مقدار		اعطال	مورد استفاده	دوا
کاهلان				
ادویه ضد اضطراب یا تسکین دهنده				
<ul style="list-style-type: none"> ۵ میلی گرم بار در روز برای حد اکثر هفته، و بعد از آن قطع دوا پشکل تدریجی (Taper) در جریان یک هفته برای آشفتگی شدید، ممکن ۱۰ میلی گرم رزق داخل عضلی تجویز شود. در صورت ضرورت بعد از ۶۰ دقیقه تکرار گردد 		رحمت داده شود	<ul style="list-style-type: none"> ممکن است برای مدت کوتاه (به مدت سه هفته یا کمتر) مورد استفاده قرار گیرد. زیرا متوانند باعث ب روز و استسگی دوائی گردد برای تناوی تشویشات اضطرابی، بی خوابی و آشفتگی (با یا بدون سایکوزس) مورد استفاده قرار میگیرد 	Diazepam
ارتقا دهنده گل خلق (Mood Elevators) *				
<ul style="list-style-type: none"> دوز ابتدایی: ۵۰ میلی گرم در شب، ممکن است دوز دو به مقدار ۲۵ میلی گرم در هر ۱۴ روز به منظور حصول تاثیرات متوقع تا حد اکثر ۱۵۰ میلی گرم از طرف شب افزایش داده شود. بعد از آغاز تناوی، حداقل الی ۶ ماه بطور مشخص نیز به تناوی دوائی میبایشد افراد مسن: تناوی با ۲۵ میلی گرم از طرف شب شروع شده دوز اعظمی ۱۰۰ میلی گرم 		رحمت داده شود	<ul style="list-style-type: none"> ممکن برای تشخیص افسردگی خفیف تا متوسط استفاده شود ممکن توسط منابع رحمت دهنده به منظور تناوی اختلالات هراسی توصیه شود 	Amitriptyline

<ul style="list-style-type: none"> • 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 تداوی 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 	<p>رجعت داده شود</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ممکن است توسط منابع رجعت دهنده برای تداوی افسردگی آغاز شود • ممکن در تداوی "تنبوش استرس متعاقب تریضی روانی" استفاده آن محدود باشد (با رجعت دهی) 	<p>فloxetine صرف در شفاخانه ولسوالی موجود است</p>
<p>ادویه انتی سایکوتیک</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • 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 روزی داخل عضلی؛ در صورت ضرورت ممکن بعد از ۶۰ دقیقه این مقدار تکرار شود 	<p>رجعت داده شود</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ممکن در شروع تداوی بیماریهای سایکوتیک حاد یا موزن استفاده شود (رجعت مریض توصیه شده است) • ممکن برای آغاز تداوی آشفتگی هادر صورتی که Diazepam مؤثر نباشد یا زمانی که با اعراض هذیانی همراه باشد، استفاده شود 	<p>Haloperidol - صرف در شفاخانه ولسوالی موجود است</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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، پدر نظر داشت جواب، دوز تعقیبیه معمول ۷۵-۲۰۰ میلی گرام روزانه تنظیم و غیر گردد. • در آشفتگی شدید: ۵۰ میلی گرام روزی عضلی در صورت ضرورت ممکن است بعد از ۶۰ دقیقه این مقدار به حداکثر ۵۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد تکرار شود 	<p>رجعت داده شود</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ممکن در شروع تداوی بیماریهای سایکوتیک حاد یا موزن استفاده شود (رجعت مریض توصیه شده است) • ممکن برای آغاز تداوی آشفتگی هادر صورتی که Diazepam مؤثر نباشد یا زمانی که با اعراض هذیانی همراه باشد، استفاده شود 	<p>Chlorpromazine</p>

احتیاط:

- اگر ادویه ضد افسردگی، به خصوص Tricyclic antidepressants به مقدار بیش از حد تجویز گردد ممکن کشنده باشد. احتیاط زیاد در مورد میرضانی که دارای افکار خودکشی اند، مد نظر باشد.
- از تجویز ادویه ضد افسردگی Tricyclic antidepressants در میرضان دارای سابقه امراض قلبی، احتیاط ادرا، 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 میرضانی که برای اولین بار تشوش روانپزشکی نزد شان دیده میشود باید توسط مشاور آموزش دیده یا متخصص ارزیابی گردد، به خصوص اگر میرض مبتلا به یک اختلال شدید روانی باشد (نکات فوق مشاهده گردد) که باعث اختلال کارهای عادی، روابط شخصی و شیوه زندگی میرض گردد.

سایر شرایط اضافی که در آن رجعت دادن قویا سفارش می گردد شامل موارد ذیل اند:

- تمام میرضانی که ممکن تهدید برای خود یا دیگران باشند
- کودکان، نوجوانان و افراد مسن
- میرضانی که امراض زمینه بی شدید دارند
- خانم های حامله و شیرده
- میرضانی که دارای اعراض عود کننده اند
- میرضانی که به تداوی ابتدایی جواب نمیدهند
- میرضان سایکوتیک، هر دو یعنی هم آنهائیکه حمله اول را داشته اند یا میرضان مزمن که تداوی نزد شان مؤفق نباشد.
- افرادی که حمایت ضعیف اجتماعی دارند
- میرضانی که رفتار پرخطرگرانه و یا هذیانان را از خود تبارز میدهند
- هر فردی که دارای اختلال دو قطبی (Bipolar) است (مانیا و افسردگی)

وقایه

- آموزش میرض 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 مکاتیزم های حمایت های اجتماعی و خانوادگی تکیه شود.

هدایات برای میرضان

- به میرضان توصیه شود که با آغاز تداوی دواپی، ادویه را مطابق به هدایات داده شده جهت اخذ نتیجه مطلوب و جلوگیری از وابسته گی دواپی اخذ نمایند
- به میرضان 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 نزاعات 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 تداوی 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 تداوی 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 ادم (Edema) قسمت بالایی بدن
 - خونریزی مهیلی و یا 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 ادار تایید میگردد.
- اعراض حاملگی شامل موارد ذیل اند:
 - ظاهر نشدن دوره قاعدگی
 - دلبدی

- حساسیت ثديه 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 کیلوگرام 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

اقدامات	ملاقات
<ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 گروپ خون و Rh، در صورت امکان 	<p>اول - در جریان سه ماه اول حاملگی، قبل از هفته شانزدهم</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>دوم - تقریباً هفته بیست و ششم حاملگی</p>

<ul style="list-style-type: none"> • 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 ثدییه • تجویز واکسین TT 	<p>سوم- تقریباً هفته سی و دوم حاملگی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>چهارم- بین هفته سی و ششم و سی و هشتم حاملگی</p>

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 میزبان که هیموگلوبین کمتر از ۱۱ گرام فی دیسی 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- ۵.۰ 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 تابلیت 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 (هموگلوبین 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.

وقایه

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 ارائه 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.

- استراحت در زیر پشه خانه های مغطوس شده با حشره کش در مناطق مساعد به ملاریا
- هیچ نوع دوی خودسرانه گرفته نشود مگر اینکه توسط کارکن صحتی 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 هموگلوبین 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 مانی رشد جنین، ولادت زودرس، و یا هر دو شود.

تشخیص

- رنگ پریدگی و خسافت در منضمه، 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 کنج دهن یا زبان، تغییر در شکل ناخن (" ناخن های قاشق مانند")
- زردی، در برخی از موارد کم خونی های همولیتیک
- هموگلوبین خون کمتر از ۱۱ گرام فی دیسی لیتر

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوی

- اندازه گیری هموگلوبین 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 دوی

- 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 هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرام فی دیسی لیتر دارند، تجویز شود:

- 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 احتیاطاً: 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، توبرکلوز، ملاریا

وقایه

- گرفتن مراقبت های قبل از ولادت بشكل معمول بشمول متمم ستنرد 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، حیویات، 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 زیادت می نمایند 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).

۹.۲ 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 سیما و فشار خون دیاستولیک بیشتر از ۹۰ میلی متر ستون سیما 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 سیستمیک" 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:
 - فرط فشار خون حاملگی (بدون پروتین یوری)

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

تشخیص

- فشار خون بیشتر از $150/100$ 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 پروتین یوری نمایانگر پری اکلامپسیا می‌باشد. تعیین نمایید آیا پروتین 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 می‌تواند در دوران حاملگی اذیما نورمال هم موجود باشد.
- فرط فشار خون، پروتین یوری و اختلاج نمایانگر اکلامپسیا می‌باشد.
- **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 پروتین 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 پروتین 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 $150/100$ میلیمتر ستون سیماب 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 لی 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 و حمل 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 صحتی مجهز که امکان عملیه سزارین سکشن موجود باشد، فوراً رجعت داده شوند.
- وضعیت دادن مریض بطرف چپ در هنگام انتقال در موجودیت کارکن صحتی، 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 علائم پری اکلامپسیا و اکلامپسیا و نیاز به بازگشت فوری و معاینه در مرکز صحتی.
- 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

- پلاسنطای سر راهی یا Placenta previa - فرس پلاسنط 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 پلاسنط (انفصال پلاسنط یا Abruptio placenta) - عبارت از جدا شدن پلاسنط از موقیعت 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 اربطه عریض (Broad ligament) تخلیه شود.
- اسباب غیر ولادتی
- پولیپ های عنق رحم، خبائت، اتنان یا ترصیض.
- تشوش لخته شدن 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.

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

وقایه

- 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 پرویویا و یا سایر مشکلات را تشخیص کند.
- منیحت بخشی از پلان ولادت خانم در طی ملاقات های مراقبت قبل از ولادت، خانم تشویق به شناسایی گزیننه 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 بیستم 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 افزایش مهیلی خوندار مکرراً موجود می باشد.
- سقط انتانی (Septic): با افزایش مهیلی دبو، درد یا حساسیت بطنی، و تب بیش از ۳۸ درجه سانتی گریدمراه بوده؛ جنین ممکن حفظ گردیده یا نگردیده باشد که با تخریب رحم منحنیت یک اختلاط سقط های غیرمضمون 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 وضعیفی 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 تداوی 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 تداوی، بررسی شواهد موجودیت شک و تداوی 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

➤ افزایش مهبلی بد بوی

➤ درد بطن

➤ تب و ضعیفی

➤ 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).
- تجویز ادویه ضد درد برای درد های شدید.
- 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 سدیم 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
- احتیاطاً: از تجویز Ergometrine برای مریضان با فرط فشار خون، اجتناب شود.
- تجویز iron و Folic acid بشکل متمم
- اگر هیموگلوبین مریض بیشتر از ۱۱ گرام فی دیسی لیتر باشد در آنصورت دواي ذیل تجویز شود:
- Ferrous sulfate + Folic acid (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:
- Ferrous sulfate+ Folic acid (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 صحتی 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 انتانی - بعد از تجویز دوز ابتدایی انتی بیوتیک، انفیوژن وریدی و تداوی شاک.
- 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 شاک
- سقط ضایع شده
- خانم های که Rh (D) 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، شاک 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
- **یادداشت:** 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 مهبلی (که معمولاً خفیف است)
- شاک (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 شاک در صورت موجودیت ناکی 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 میباشند. 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 جس (بیش از ۴ تقلص در هر ساعت)
- افزایش آبگین یا خوندار مهبل
- توسعه عنق رحم بیشتر از ۲ سانتی متر
- Effacement عنق رحم بیشتر از ۵۰ فیصد

اهتمامات و تدابیر معالجوی

تداوی غیر دواپی

- به پیشرفت صفحات ولادت اجازه داده شود، در صورتیکه:
 - جنین بیش از ۳۶ هفته باشد
 - عنق رحم بیش از ۳ سانتی متر توسعه 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 دواپی

- 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 میباشند. 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.

- 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 استتباب بوده و نزد کسانیکه 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 وقایه از انتان تجویز گردد:
 - Erythromycin Ethylsuccinate فمی ۴۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد برای ۵ الی ۷ روز
 - یا
 - تابلیت/ویا 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 علائم خطر یا ثبات یا Stable گردیده و رجعت داده شوند.

وقایه

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 توسعه 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 توسعه عنق رحم تا ۱۰ سانتی متر (یعنی توسعه 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 میباید.
- 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 صحتی 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 افزایشات.
- 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 میباید. 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.
- O 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:
- O 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.
- O کنترل Traction حبل سروی. کلمپ نمودن حبل سروی در نزدیک عجان. 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 پلاسنتا، 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 آنصورت 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 مکرراً 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 هدایات ذیل مرخص نمایند:
 - ادامه تغذی یا 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 نمایید. 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 کتلوی بعد از ولادت (بخش ۹.۹ "خونریزی بعد از ولادت" مشاهده شود)
- ولادت نامکمل پلاسنتا
- موجودیت تب نزد مادر
- پاره گی های قابل مشاهده در مهبل، تورم دردناک در فرج یا اعجان (هیماطوم)، 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 مهملی، 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 مهملی 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 پلاسنتا، 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 پلاسنتا 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)	• شاک	• خونریزی آنی بعد از ولادت • رحم نرم و بدون تقلص
پاره شدن عنق رحم، مهبل و یا اعجان	• تولد مکمل پلاستنا • رحم متقلص	• خونریزی آنی بعد از ولادت
باقی ماندن پلاستنا	• خونریزی آنی بعد از ولادت • رحم متقلص	• عدم خارج شدن پلاستنا در جریان ۳۰ دقیقه بعد از ولادت
باقی ماندن پارچه های پلاستنا	• خونریزی آنی بعد از ولادت • رحم متقلص	• ضایع بودن بخشی از سطح پلاستنا 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	• شاک • بطن حساس • نبض سریع مادر	• خونریزی آنی بعد از ولادت • خونریزی داخل بطنی، مهبلی، یا هر دو • درد بطنی شدید که ممکن بعد از تمزق کاهش یابد
• باقی ماندن پلاستنا • 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 تدابیرمعالجوی

تداوی خونریزی های مقدم (اولیه) بعد از ولادت

غیر دوابی

- درخواست معاونت. تمام کارکنان موجود را جهت کمک هرچه عاجل به حالت آماده باش قرار دهید.
- در صورتی که پلاستنا خارج نشده باشد، کشش حبل سروی را تحت کنترل قرار دهید.
- در صورتی که پلاستنا 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 شاک، 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 باقیمانده با دست تحت انستیزی موجود نباشد، آمادگی برای انتقال عاجل مریض گرفته شود. جهت تداوی بدون وقفه شاک مریض را با همراهی کارمند مراقبت های صحتی به شفاخانه انتقال دهید.

تداوی دوایی

- 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 کتلوی دوز متذکره 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 کتلوی 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 شاک، 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 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 دوایی

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.

دوایی

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 انسٹیزی و التراسوند دارند
- خانم های که علائم انتانات شدید دارند.
- خانم های که علائم 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 پلاستنا و مقویت خوب رحم در مرحله سوم ولادت، قبل از مرخص نمودن.

هدایات به مریض

توصیه مریض به مراجعه فوری دوباره به مرکز صحتی 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 میباشدند، 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) آنهاست که علایم خطر دارند نیاز به مداخلات فوری داشته، و آنانیکه 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 بی، اختلالات حاملگی (مثلاً، فرط فشار خون، دیابت، اکلامپسیا، و ویروس عدم کفایه سیستم معایفی "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 - Gaspings)
 - احتیاطاً: سرعت تنفس بیشتر از ۶۰ فی دقیقه یا کمتر از ۲۰ فی دقیقه قابل نگرانی است.
 - اختلاجات، 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 غیر عادی، 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 ابله قیح دار جلدی یا ابله 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 صحتمندی نوزاد
 - شناسایی نیازمندی 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 با 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 داپیر (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 نمائید.
- 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.
- احتیاطاً: 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 فریولوژیک 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 نمایید.
 - 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 نیاید 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)، سپسس (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 ساحه با یک پارچه پاک
 - ساحه را با محلول جنشن ویولت پاک نمایید
 - 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 علائم 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 برقان 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 کتلوی 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 از دانستن 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 قدر زود 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 دوائی

- 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 صحی 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.

دوائی

- 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 تداوی، 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 مادرباید 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
 - دهن 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 بطنی، 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 (ثدیه) 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 مآووف 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 افزایش از کتله و یا نوک پستان ماووف خارج شود.

رجعت دهی

تمام واقعات آبنسه 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 بی 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 تاب 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:
- تا بلیت Paracetamol در صورت ضرورت برای ۲ الی ۳ روز. جهت مشاهده دوز های معیاری به جدول الف-۱۵ در ضمیمه الف مراجعه شود.
- یا
- تا بلیت Aspirin ۵۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد، برای ۲ الی ۳ روز در صورت ضرورت (تا بر طرف 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 دسمینوری 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 فزیک 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 مخاطی 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، مهیل، فرج، یا تخمدان ها
 - قطع آبی تداوی با استروجن
 - التهاب اتروفیک مهیل و یا اندومتریث
 - 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 آخونریزی 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 پلاستا Praevia، جدا شدن زودرس پلاستا 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 پلاستا Praevia، جداشدن زودرس پلاستا 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 (مثلاً، 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 مهملی 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 نسیایی مانند هورمون های خارج المنشه ویا ادویه ضد تحثری
- اسباب نسیایی قرار ذیل اند:
 - اتروفی با یا بدون ترضیض مهملی
 - 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 کنتلات بطنی اجرا میشود.
- اجرای معاینه با اسپیکولوم اجازه می دهد تا التهاب اتروفیک مهمل بررسی گردیده و پولیپ عنق رحم، تومور های عنق رحم، مهبل و فرج رد گردد.
- موجودیت نسج نازک مهبل و کبودی (لکه های احمرار) علایم اتروفی مهمل اند. کوشش کنید هر گونه پارگی مهبل ناشی از ترضیض را برملا نمایید (طور مثال خونریزی پس از مقاربت).
- به یاد داشته باشید که مهبل 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 (مثلاً برای تداوی پوکی استخوان).

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

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- قطع تداوی با هورمون ها خارج المنشه.
- در تداوی اتروفی مهملی Estrogen های مهملی از قبیل Estradiol ۰.۶۲۵ میلی گرام فی گرام که در تیوب های ۴۲.۵ گرامه 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 و غیر 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 طور مثال 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 پریتون (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 مهپلی 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
 - کتلات 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 پریتون
 - التهاب اپندکس
 - تدور (Torsion) یا پارگی کیست تخمدان ها (بخش ۱۶.۲ "درد حاد بطن" مشاهده شود)

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوایی

- 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 التهبای 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 دوایی

- موارد خفیف را با انتی بیوتیک های فمی و موارد شدید را با ادویه زرق ویریدی 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 پرتوان - 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 نمایید:
- 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 التهبای 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 خواهرش داشتن طفل، داشتن مقاربت جنسی منظم و عدم استفاده از هر نوع روش جلوگیری از حمل، میباشد. زمانیکه خانم هیچ گاهی حمل نگرفته باشد، عقامت ابتدایی نامیده شده و زمانیکه 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 حامله 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

- افرازات غیر نارمل مهبل 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 آناتومیک 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 سرطانی.
- 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 غیرصحتی (مانند تنباکو، چرس، تریاک)
 - خوردن رژیم غذایی متوازن
 - مراعات نمودن شرایط بهتر حفظ الصحه

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 تشوشتات 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
 - سؤ جذب
- افزایش تخریب خون (Hemolysis)
 - ملاریا
 - انتانات (ویروسی، باکتریایی)
 - عکس العمل های دوابی (مانند CytoToxics, Co-trimoxazole, Primaquine)، یا مشتقات (Nitrofurans)
 - ضخامه طحال (Hypersplenism)، کمبود انزایم ها
- ضیاع خون
 - انتانات پرازیتی (مانند کرم های چنگگی 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 سرگیچی
 - 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 گروه های مختلف

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

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

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوایی

- 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

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

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

دوایی

- هر گونه عوامل کمخونی مانند اتانات، کرم ها، ملاریا، یا امراض مزمن تداوی شود (برای اطفال کمتر از ۵ سال به فلپ چارت IMCI مراجعه شود).
- تجویز متمم 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 ممتمه 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 بشتتر 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	هر چه 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 غایبه 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
- ارزیابی و بررسی 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 تغذیه بعد از مشوره 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 شرفویه، دل‌بدی، اسهال، یا قبضیت با دوز آهن روزانه ۶۰ میلی‌گرم 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 پایوایش توصیه شود که تمام مستحضرات آهن جذب Tetracycline, Sulphonamides و Trimethoprim را نپوشد. 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 مؤن و دور از دسترس اطفال نگهداری شود.

۱۰۲ تالاسمی (Thalassemia)

شرح

- تالاسمی نشاننده 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 کربوات 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 کربوات سرخ microcytic (کوچک) در نمونه خون صورت میگیرد.

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 فزیک، عدم رشد فزیک بدن و ضخامه طحال میگردد.
 - طفل مصاب به کمخونی با تغییرات در عظام مانند برجسته شدن عظم پیشانی (Bossing " برجسته گی محدب")، فرورفته گی عظام بینی، و شکستگی های پتولوژیک ظاهر 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 معالجه

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

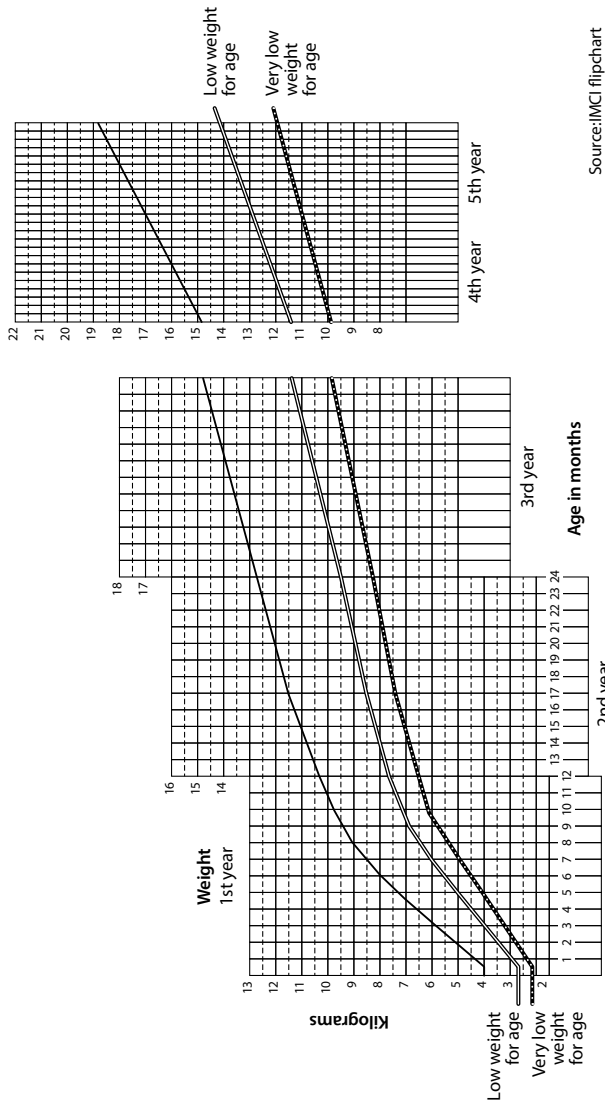
است. سوء تغذی به دو شکل میباشد: فرط تغذی و تفریط تغذی. در اینجا فقط تفریط تغذی تحت بحث قرار میگیرد. تظاهرات کلینیکی تفریط تغذی و تصنیف آن به شرح ذیل بوده (شکل ۱۰،۳ مشاهده شود) و عبارتند از:

- 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 اذیمیایی): 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 ۱۰.۳ 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 و بگل "Pneumonia") بعضی اوقات به علت عدم موجودیت تب و اعراض مشخص تشخیص آن مشکل است
- کاهش حرارت بدن (اطراف سرد)
- بی اشتها
- 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 مرضی 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 هدایات 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 و بگل، 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 نمایید 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 و بگل، 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 گلوکوز خون تداوی نمائید:
 - شربت آب را با حل نمودن ۴ قاشق چای خوری شکر (۲۰ گرم) در ۲۰۰ میلی لیتر آب پاک در یک گلیاس تهیه نمائید.
 - اگر طفل قادر به بلع نیست، در آنصورت ۵۰ میلی لیتر شیر یا شربت آب را از طریق تیوب انفی- معدوی تجویز نمایید.
- 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، اکثراً 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 اکثراً 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 چمלקی 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 دوايي

- افزایش اخذ غذاهای غنی از ویتامین A (جدول الف ۱۰۴ مشاهده شود).

جدول الف ۱۰۴ منابع مهم ویتامین A

عمدتاً ب شکل Retinol	ب شکل کاروتین
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 کیله

دوايي

- 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 ۱۰۴ 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 ۱۰۴ 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 ۱۰۴ 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	۵۰۰۰۰ واحد بین المللی
		۶ الی ۱۲ ماه	۱۰۰۰۰۰ واحد بین المللی
		بزرگتر از ۱۲ ماه	۲۰۰۰۰۰ 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 پروتین 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 بلاخره میتواند شدت این انتانات را از زیاد 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 ج 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 مسموم 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

کپسول ویتامین A			مقدار مصرف ویتامین A	سن	دوز واحد
۵۰۰۰۰ واحد	۱۰۰۰۰۰ واحد	۲۰۰۰۰۰ واحد			
دوکپسول	یک کپسول	نیم کپسول	۱۰۰۰۰۰ واحد هر ۶ ماه بعد	بیشتر از ۶ الی ۱۲ ماه	دوز واحد
چهار کپسول	دوکپسول	یک کپسول	۲۰۰۰۰۰ واحد هر ۶ ماه بعد	۱۲ ماه تا ۵ سال	
چهار کپسول	دوکپسول	یک کپسول	۲۰۰۰۰۰ واحد	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	

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 علائم 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 حیوانات، 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 جبھی (Frontal) میگردد.
 - درد، سوشکل، و تاخیر در رشد عظم
 - تاخیر در تشکل دندان
 - سؤ شکل اسکلتی
 - انحنایی شدن پاها ("bowlegs" یا "Knock knees")
 - نودولی 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 کعبره "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 دوابی

- 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 دوابی

- 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 متممات و تداوی مناسب
- هدایت به مراجعه دوباره در صورتیکه تغییرات در ظرف ۲ هفته بهبود نیابد.

۱۰۶ کمبود آیودین**شرح**

تشوشات 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، تشوشات 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 میکروسکوپیک ادرار ممکن کرویات سفید و سرخ خون توأم با باکتری ها دیده شود.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوابی

تشویق به گرفتن زیاد مایعات

دوابی

- 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 (بوال 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 (آمپول 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 گرامه) - ۱ گرم زرق عضلی هر ۲۴ ساعت بعد برای ۱۰ روز
- خانم های حامله
- تجویز Ceftriaxone مانند سایر مریضان کاهلان.

رجعت دهی

- تمام مریضان مشکوک به پیلونفریت حاد برای اتمامات 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
 - احتیاس 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.
- درمعاینه 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 دوائی

مریض را به گرفتن مایعات کافی تشویق نمایند.

دوائی

- اطفال
 - Amoxicillin برای ۵ روز. جهت مشاهده دوزمعیاری 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 بشکل ثانوی در نتیجه انتانات تداوی ناشده سترپتوکوک (مانند Impetigo, Tonsillitis یا Pharyngitis) بوجود آمده، و منجر به التهاب حاد گلومیرول ها میگردد. احتباس سویدیم 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 همیاچوری 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 همیاچوری 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 پهلو و تب علائم اختصاصی دیگر اند.
- معاینه ادرار نشان دهنده کریوات سرخ خون (RBC)، کرستل های کریوات سرخ خون، پروتئین یوری و کریوات سفید با هسته های چند شکلی (Polymorphonuclear) است. کرستل 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 ریه علت ادیمای دماغی می باشد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

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.

دوايي

- هرگونه انتانات مشخص سترپتوکوک جلدی و یا گلو یا 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) 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 معافیته.
- 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 بشكل بسیار شدید دارد. ("تشخیص" در ذیل مشاهده شود).

○ یک تشوش کتا بولیک با عدم موجودیت انسولین در داخل دوران ولند 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 بشكل تدریجی ظاهر شده، مریضان اکثراً با اختلالات مزمن ناشی از دیابت قبل از تشخیص مرض شناسایی میگرددند.

○ معمولاً با تغییر دادن رژیم غذایی، تجویز ادویه فمی یا هر دو تداوی می شود.

• 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 گلوکوزخون) 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 دوایی دیابت شکر محدود به تسهیلات مجموعه خدمات اساسی شفاخانه یی (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

هایپوگلیسمی مشاهده شود).

- کمک و حمایت مردمان 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 و علائم ذیل ممکن در تمام انواع دیابت موجود باشد:
 - Polyuria اطراح متکرر و مقدار 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 و سایر 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 (ذیلاً 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 از اثر گرفتن مقدار زیاد انسولین یا ادویه فمی برای کنترل دیابت، هایپوگلیسمی 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 دواى داده شده توسط مرکز صحى را بشکل درست اخذ مینماید.
- کمک در باختن وزن (برای مریضان چاق) و گرفتن رژیم غذایی مناسب. به مریضان 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 فزیکى را اجرا نمایند
 - از کشیدن سگرت اجتناب نمایند
- وقایه نمودن اختلالات طولیل المدت
 - بررسی انتانات
 - کنترل نمودن فشار خون
 - بررسی مشکلات رویت و چشم
- کمک در مراقبت از جلد و حفظ الصحه، تداوی سریع جروحات
- اجتناب از ترضیض پاها

دواایی

- دیابت تایپ ۱: تداوی با Insulin قسمیکه در تسهیل صحى EPHS آغاز خواهد گردید.
- دیابت تایپ ۲: کنترل رژیم غذایی با یا بدون ادویه فمى برای کنترل دیابت قسمیکه در تسهیل صحى EPHS آغاز می گردد.
- واقعات عاجل دیابت: گیجی، کوما و ضیاع مایعات
 - در حالات مشکوک به هایپوگلاسیمی 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 هایپوگلاسیمی، گلوکوز فمى یا زرق وریدى تجویز شده و رجعت داده شود. (بخش ۸.۱۶ "هایپوگلاسیمی" و بخش ۹.۱۶ "شاک" مشاهده شود)
 - اگر مریض در کوما بوده و سوبه گلوکوز خون وی معلوم نباشد، هایپوگلاسیمی تداوی گردیده (مثلاً گلوکوز تجویز گردد) و مریض رجعت داده شود (بخش ۸.۱۶ "هایپوگلاسیمی" مشاهده شود).

رجعت دهی

- تمام مریضان مشکوک به دیابت (مرض شکر) باید جهت معاینات لابراتواری و تداوی مناسب به یک تسهیل صحى 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 صحى انتقال داده شود. (بخش ۸.۱۶ "هایپوگلاسیمی" مشاهده شود)

وقایه

- دیابت تایپ ۱ - II ممکن در بعضی مریضان با در نظر داشت موارد ذیل وقایه یا تداوی شود:
 - کنترل نمودن وزن (مثلاً کم کردن وزن در مریضان چاق)
 - رژیم غذایی مناسب
 - تمرینات فزیکى 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 مخصوصاً 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 تیلیفون 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-۱ بوده و در نتیجه از زیاد ضرورت به انسولین در زمان مواجه شدن به انتانات، ترضیضات، احتشای قلبی و یا جراحی بوجود بیاید.

در مریضان تایپ-۱ 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-۱ 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 (هایپرگلیسمی بیشتر از ۱۱mmol/L یا بیشتر از ۲۰۰mg/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 دیهایدریشن 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 هایپرگلیسمی و هایپوگلیسمی واضح نباشد در قدم نخست هایپوگلیسمی تداوی گردد (بخش ۱۶.۸ "هایپوگلیسمی" مشاهده شود).
- احتیاط: سویه پایین شکر خون نشان دهنده خطر فوری حیات میباشد.
- حالت هایپر گلیسمی 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

۱۳.۱ 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. اختلالات نادر امپیتیکو عبارت اند از آبسه، پیودرمی، التهاب اوعیه لمفاوی، سیتیسیمی 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 مکر
- 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 تدابیرمعالجوی

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 بشویید.

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 طولیل المدت در معرض رطوبت قرار دارند یا به نسبت انتانومی موضعی شان (مثل التوات جلدی بین انگشتان کلان پا و ناحیه مغبنی) یا از سبب فکتور های محیطی (مثلا اقلیم مرطوب، پوشش کامل) زیادتیر 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 (اکثراً توسط کاندیدیا) یا باکتری منتن شود. انواع انتانات فنگسی قرار ذیل اند:
- Tinea pedis: انتان فنگسی نوع درماتوفیت پاها مخصوصاً 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 اکثراً اطفال را مصاب می سازد.
 - Candidiasis: انتان فنگسی که التوات جلدی را مصاب میسازد (مثلاً 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 متبازر از سطح جلد بوده و توأم با سوزش و خارش میباشد.
 - Ringworm به اشکال ذیل تظاهر مینماید:
 - اکثراً ضایعات یا Lesion های جلدی مدور یا کنار های ضخیم
 - Ringworm رأس که ممکن با نقاط مو رفتگی همراه باشد
 - انتانات کاندیدیایی 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 قیح 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 افزایش 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 تخرشیت شود.
- همراه با-
- تجویز Nystatin برای کاندیدیازس فمی، مری، معایی، مهبلی 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)، شیاف (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 مهبلی، برای کاهلان شیاف Nystatin تجویز گردد. برای مریض هدایت داده شود که ۱ الی ۲ شیاف مهبلی 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 قیح واضح
- مصاب شدن ناخن ها

وقایه

- اساس وقایه از انتانات فنگسی جلوگیری از مواجه 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).

۱۳.۲ 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 تقیحی و بقایای 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 نمایید.

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 تقیحی 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 سنجاق 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 پجا 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 منضمه چشم موجود باشد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوائی

- 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 آبنه های شناخته شده تخلیه گردد. (نادراً)

دوائی

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

- 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 مایه دو بار در روز
- در صورتیکه مریض انتان انساج رخوه یا سلولیت داشته باشد یک کورس کوتاه مدت انتی بیوتیک سیستمیک قرار ذیل تجویز نماید:
- 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 استتباب 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 اذیمیایی 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 دوابی

- 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 پنسیلین ها و آسپرین
 - غذا ها مکرراً اسباب پت حاد را تشکیل میدهند. غذا های حساسیت زا عبارتند از: چاکلیت، ماهی، حبوبات، مغزیا، 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. گرم 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.

دوابی

- برای تسکین خارش از ادویه ذیل استفاده گردد:
 - تابلیت فمی Chlorphenamine maleate (جهت مشاهده دوز های معیاری برای کاهلان و اطفال به جدول الف 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 راندنگی، 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 شپش عانه در قسمت عانه موقعیت دارد. شپش بدن در لباس ها پیدا شده و به بدن جهت تغذیه مینایند. یادداشت: شپش بدن ممکن سبب تب Typhus گردد.

تشخیص

- مریضان از یک خارش شدید در ناحیه ماووف شاک میباشند

- تخم های کوچک و سفید آنها که در موها 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 عقدهات 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 میتوانند.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دواایی

- تراش نمودن موهای سر و یا نواحی مافوه مشعر سبب شفایابی گردیده زیرا چندین 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 دنداندار 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.

دواایی

- 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 ساحة 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 ساحت مودار برای مدت ۱۵ دقیقه.
 - شستن مکمل نواحی مو دار.
 - شانه نمودن موها جهت برطرف شدن شیش های مرده
- احتیاط: Lindane نادرا متراقف 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.
- جایجا 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 صحتی 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.

۱۳۰۷ اسکابیس (Scabies)

شرح

Scabies از سبب *Sarcoptes scabiei* (که سبب خارش میشود) به وجود میآید. جنس مؤنث القاح شده آن طبقه سطحی جلد معمولاً نواحی قات شده را سوراخ نموده و تخم هایش را در التوات جلدی جابجا 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 سرین 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 متبازر، 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 ماقفه انداخته و بعد آنرا با الکول پاک نمایند.
- 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 قصب و وصفی می باشد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوايي

- 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 ماقفه با برس و یا یک پارچه پاک خشک گردد.
 - بعد از تطبیق دوا لباس های پاک و خشک بپوشد.

دوایی

۶
۴
۶
۴

- 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 شیر ده دواى مصنوعى است.
- به مریضان 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 مچد، 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 شیر ده 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 مریض
- شستن لباس های مریض با آب گرم و اتو نمودن لباس ها
- قرار دادن رخت خواب مریض در معرض مستقیم شعاع آفتاب
- تداوی تمام افرادی که در تماس نزدیک با مریض قرار دارند. تأخیر در تداوی افراد با تماس نزدیک مریض ممکن منتهج به تداوی تعداد کثیر گردد.
- امراض انتانی مقاربت جنسی ارزیابی گردد.

هدایات به مریض

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

فصل چهاردهم امراض اسکلتی عضلی Musculoskeletal Conditions

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

شرح

التهاب و درد مفاصل تشوشتات 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، سؤشکل و ماف شدن سایر مفاصل گردد.
 - مفاصل بزرگ (مثل مفصل زانو و مفصل حرقفی-فخذی) بیشتر متأثر شده و همچنان مفاصل بعیده انگشتان ماف 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 ماف میکند.
 - اغلباً چندین مفصل، خصوصاً پاها، آرنج ها، بند دست و مفاصل قریبه انگشتان را ماف 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 پریکارد، 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 متبازتر 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 فزیکئی آن کمتر معمول است.
 - ممکن همه گروپ های سنی را مبتلا سازد.
 - ممکن با اوستیومیالیت حاد، مخصوصاً در اطفال، همراه باشد (بخش ۱۴.۲ "اوستیومیالیت" مشاهده شود).
 - احتیاطاً: 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 کرسطل 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 صحتی 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 علائم 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 مرض به بخش جراحی آمادگی بگیریید.

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 علائم 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 علائم خفیف التهاب عظمی مفصلی یا التهاب روماتیزمل مفصل را نشان دهند، تداوی تسکین درد به سویه کلینیک صحتی آغاز گردد. جهت مراقبت از این مریضان، نکات آتی مدنظر باشد:

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

غیر دوائی

- 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.

دوائی

- 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: Ibutrofen 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 Ibutrofen 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 اهماتامات جراحی رجعت داده شوند.
- تجویز اولین دوز انتی بیوتیک، قبل از رجعت دهی.
- تداوی خط اول: Ampicillin همراه با Gentamicin
- Ampicillin (جدول الف ۴ 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 وپال 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 توبرکلوزیک 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 فقرات گردن شان نیز ماوف بوده و عدم ثبات داشته باشند، بناً 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 طاقف 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 افرادی که 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 (مثلاً گرفتن Ibutrofen 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 مافو گردد در آنصورت مریض رجعت داده شود.

۱۴.۲ اوستیومیالیت (Osteomyelitis)

شرح

اوستیومیالیت 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 تداوی نشود، ممکن مزمین گردد. معمولاً عوامل مرضی استافیلوکوک های طلائی و سترپتوکوک های هیمولاتیک میباشند. توبرکلوز ممکن با سرعت کمتر سبب اعراض و علائم مرض گردد. عظام ران و ساق پا بیشتر متأثر می گردند.

تشخیص

- در صورت داشتن علائم ذیل نزد مریض به اوستیومیالیت 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 جراحی قابل رویت بالای جلد عظم مافو
 - انتان قبلی، اغلباً انتان گلو، یا جروحات قبلی جلد
 - محدود شدن حرکات مفاصل مجاور عظم ناشی از درد، که اکثراً بعضی حرکات متغیر ممکن بدون درد باشد.
- در صورت داشتن علائم ذیل نزد مریض به اوستیومیالیت مزمین فکر شود:
 - موجودیت درد و حساسیت قبلی در عین عظم همراه با تب
 - عدم موجودیت تب بلند
 - تورم، درد و حساسیت عظم مافو
 - آسسه یا خارج شدن قیح 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 دوايي

- بدون حرکت نگه داشتن طرف مافو
- رجعت دهی فوری تمام موارد مشکوک به اوستیومیالیت به نزدیکترین شفاخانه

دوايي

- 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
 - افرازات انفی (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 خورد 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 دوابی

- 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.

دوابی

- 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 طبّی
- می‌رسانیکه 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.
- می‌ریضان مصاب به سیاه سرفه را از سایر اشخاصیکه واکسین نشده اند از شروع سرفه الی مدت ۴ هفته (دوره سرایت مرض) در صورتیکه می‌ریض با انتی بیوتیک تداوی نشده باشد، مجزا نگهدارید. در غیر آن می‌ریضانیکه تحت تداوی با انتی بیوتیک اند باید در جریان ۵ روز اول تداوی مجزا گردند.

هدایات به می‌ریض

- تاکید بر اهمیت تغذیه متممه و جلوگیری از سوء تغذی. توصیه به گرفتن غذا به مقادیر کم و دفعات زیاد و رژیم حاوی مواد پروتینی
- تاکید بر اهمیت ادامه واکسین ها به شمول DPT
- نظارت از سوء تغذی در جریان می‌ریضی 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 می‌آید. 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 علائم 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 پومونیا، کم شدن مقدار ادرار (Oliguria) و نیوروتی ها

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دواایی

- طرق تنفسی را برای دریافت علائم 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.
- می‌ریضان را از اشخاصیکه واکسین نشده اند مجزا سازید.

دوایی

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

○ Penicillin V (Phenoxymethylpenicillin) الی 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

○ Erythromycin Ethylsuccinate (برای اشخاص که در مقابل پنسلین حساسیت دارند) الی 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 میآید. 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 با 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 کتلوی 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:
 - 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).
 - بعداً سبب شخی سایر عضلات وجه، به تعقیب آن عضلات گلو و عنق گردیده، که باعث مشکلات بلع میشود.
 - 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 مرخصی حالت شعوری خوب دارد. مرخص 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، قیضیت، و حملات سینوز موجود میباشد. تیتانوس نزد نوزادان از طریق سره با وسایل نا معقم یا پانسمان ملوث انتقال میکند.
- مرگ از باعث اختلالات: 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 مریشان جهت تطبیق ایمنوگلوبولین 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 دوایی

- 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

دوایی

- 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 مریشانیکه 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 الصحه 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

ارزیابی خطر جرحه یا زخم		وضعیت معافیت مریض
بلند	پائین	
		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
		تقویتی
		بیشتر از ۱۰ سال قبل
		هیچ
		مریض واکسین نشده، بصورت مکمل واکسین نشده یا وضعیت نامعلوم معافیتی دارد
		شروع یا تکمیل نمودن واکسین
		شروع یا تکمیل نمودن واکسین
		ایمونو گلوبولین تیتانوس ^ا
		ایمونو گلوبولین تیتانوس ^ب
		ایمونو گلوبولین تیتانوس ^ج
		رجعت دهی
		رجعت دهی

a: تداوی با انتی بیوتیک توسط Phenoxyethylpenicillin (PenicillinV) 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 ولسوالی 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 غایبه 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 تفریح مرض ۷ الی ۱۴ روز میباشد.
- مرض با تطبیق درست واکسین قابل وقایه میباشد (فصل ۱۹ "معافیت" مشاهده گردد)

تشخیص

بسیاری از انانات 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 پولیومیالیت
 - فلج (در یک تعداد کم مریضان رخ میدهد) ، که میتواند هر کدام از عضلات اسکلیتی 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 میگرددند
 - 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.

وقایه 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 کنلوی 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 مصنون آب آشامیدنی و غذا
- حالت صحتی تمام اعضای فامیل و اشخاص در تماس موارد مشکوک ارزیابی گردد.
- توصیه مریضان به مراجعه نمودن هرچه زودتر به مرکز صحتی در صورت بوجود آمدن اعراض مشابه به زکام و رشد ضعیفی و فلج

۱۵.۵ سرخکان (Measles)

فله 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 مؤفقاانه 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 سرماه 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 رخسارها 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 بشکل 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 پاها 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 استفراغ 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 بغل، انتانات چشم، التهاب گوش متوسط، زخم های جوف فم، اسپهالات یا ضیاع هایعات، یا سوء تغذی شدید خصوصاً نزد اطفال با تغذی ضعیف یا داشتن امراض ضمیموی بانجامد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی**غیر دواایی**

- 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 منظملاً 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 چهارده ام 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 گیلز 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 منضمه [سرخی چشم] مشاهده گردد)
- ضیاع مایعات را قویه 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 معافیته و امراض ضمیموی (مانند ویروس کاهش سیستم معافیته [HIV]، توبرکلوز)

وقایه و هدایات به مریض

- مریض مصاب به سرخکان را از افراد سالم مجزا نگهدارید (مثلاً در کودکانها، 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.

۱۵۶ سپسیس (Sepsis)

شرح

سپسیس عبارت از تهاجم میکروب‌ها یا توکسین‌های آنها در خون، اعضا و سایر نقاط معقم بدن می‌باشد. عوامل عمده آن معمولاً باکتری‌های 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 عملیه‌های طبی (مانند عملیات دندان و ولادی)
- طیف از اعراض و علائم از خفیف تا شدید
 - بلند رفتن (۳۸٫۵ درجه سانتی‌گرید یا بلند تر) یا کاهش (۳۵٫۵ درجه سانتی‌گرید 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 عکس‌العمل سیستمیک التهابی (Systemic inflammatory response syndrome)

یک حالت فزیولوژیک بوده که سپسیس را تمثیل می‌کند اما ممکن است سبب یک تعداد حالات طبی دیگر به استثنای انتانات چون التهاب پانکراس، سوخته‌گی‌های شدید، ترضیضات یا سرطان‌های خبیث بوجود آید.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوابی

شناسایی و از بین بردن هر نوع منبع انتان

دوابی

- شروع انتی‌بیوتیک وسیع‌ال‌ساحه قبل از رجعت دهی. تجویز Gentamicin, Ampicillin و در صورت مشکوک بودن به انتانات معدی معایی یا غیر هوازی تجویز Metronidazole.
 - Ampicillin
 - اطفال: برای دوزهای معیاری به جدول الف ۴ ضمیمه الف مراجعه نمایند.
 - کاهلان: یک‌گرم از طریق زرق وریدی هر ۶ ساعت بعد
- یا
- در صورت موجودیت حساسیت یا الرژی در مقابل پنسلین، از Erythromycin استفاده نمایند. برای دوزهای معیاری به جدول الف ۱۲ ضمیمه الف مراجعه نمایند.
- همراه با
- Gentamicin
 - اطفال: برای دوزهای معیاری به جدول الف ۱۳ ضمیمه الف مراجعه نمایند
 - کاهلان: ۸۰ میلی‌گرم از طریق زرق وریدی هر ۸ ساعت بعد

همراه با

- زرق وریدی Metronidazole، در صورت مشکوک بودن به انتان معدی معایی یا غیر هوازی
- 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 شاک سپتیک، قبل از رجعت دهی شاک 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) نميگردند. 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 درجریان ۴ هفته قبل به آن ساحات سفر داشته باشد، به ملاریا مشکوک شوید.

جدول ۱۵.۷ خطر موجودیت ملاریا در افغانستان نظر به ولایت

ولایات	سویه خطر	طبقه بندی
بدخشان، بادغیس، بلخ، فاریاب، هرات، هلمند، کندهار، خوست، کنر، کندز، لغمان، ننگرهار و تخار	خطر متوسط تا شدید برای انتقال مرض	اول
دایکندی، فراه، جوزجان، کابل، کاپیسا، لوگر، نیمروز، ارزگان، پکتیا، پکتیکا، پروان، سمنگان، سرپل، وردک و زابل	خطر کم برای انتقال مرض	دوم
سطوح مرتفع بغلان مرکزی، بامیان، غزنی و غور	خطر بسیار کم برای انتقال مرض	سوم

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 نمائید.
- همیشه علایم احتمالی ملاریای شدید (تهدید کننده حیات) را بررسی نمائید.
 - 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 شک؛ فشار سیستولیک خون کمتر از ۷۰ میلی متر ستون سیماپ در کاهلان و کمتر از ۵۰ میلی متر ستون سیماپ 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 نمائید.
- 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 و یواکس 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 تداوی خط اول

واقعات تائید شده (لابراتواری) ملاریا

- پلازمودیم و یواکس: اگر تشخیص پلازمودیم و یواکس توسط معاینات لابراتواری مثبت تائید گردد و مریض کدام علامه تهدید کنند حیات نداشته باشد تداوی به اساس رهنمود ملی "ملاریای پلازمودیم و یواکس 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 گرم فی کیلوگرام وزن بدن، دوز اعظمی ۱۵۰۰ میلی گرم در سه دوز کسری) به یک دوز در جریان سه روز، همراه با Primaquine (۰.۲۵ میلی گرم فی کیلوگرام وزن بدن فی روز، دوز اعظمی ۱۵ میلی گرم) به یک دوز روزانه برای ۱۴ روز (تابلیت های ۱۵ میلی گرم 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 تداوی ملاریا مشاهده شود)
- آنهاپکه مشکوک به کمبود انزایم گلوکوز-۶-فاسفیت دیهیدروچیناز اند.

جدول الف ۱۵.۷: تداوی اطفال با Chloroquine به اساس سن و وزن بدن

۲۰الی ۲۹ کیلوگرام (۵الی ۱۰سال)	۱۵الی کمتر از ۲۰ کیلوگرام (۳سال کمتر از ۵سال)	۱۰الی کمتر از ۱۵ کیلوگرام (۱سال الی کمتر از ۳سال)	۶الی کمتر از ۱۰ کیلوگرام (۳ ماه الی کمتر از ۱سال)	۳الی کمتر از ۶ کیلوگرام (نوزادان الی کمتر از ۳ ماه)		دوز و شکل دوائی
روز اول: یک و نیم تابلت	روز اول: یک و نیم تابلت	روز اول: یک تابلت	روز اول: نیم تابلت	-		فصی: یکبار در روز • شکل: تابلت 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 دوم: یک و نیم تابلت	روز دوم: یک و نیم تابلت	روز دوم: یک تابلت	روز دوم: نیم تابلت	-		
روز سوم: یک تابلت	روز سوم: یک تابلت	روز سوم: نیم تابلت	روز سوم: نیم تابلت	-		
-	-	روز اول: ۱۵ میلی لیتر	روز اول: ۷.۵ میلی لیتر	روز اول ۵ میلی لیتر		
-	-	روز دوم: ۱۵ میلی لیتر	روز دوم: ۷.۵ میلی لیتر	روز دوم ۵ میلی لیتر		• شکل: ۵۰ میلی گرام فی ۵ میلی لیتر شربت
-	-	روز سوم: ۱۰ میلی لیتر	روز سوم: ۵ میلی لیتر	روز سوم ۲.۵ 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 تائید گردیده باشد و مریض کدام علامه تهدید کننده حیات نداشته باشد تداوی به اساس رهنمود ملی "ملاریای پلازمودیم فالسیپارم تائید شده غیر اختلاطی" صورت گیرد. (جدول ۱۵.۷.۱ ج، 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 وبه اساس رهنمود ملی صورت گیرد. (جدول ۱۵.۷.۱ ج، 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 میلیگرام) 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 کمتر از 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 ننمائید. تا اینکه پلازموذیم ویواکس توسط معاینات لابراتواری تائید نشده باشد تداوی را با Primaquine انجام ندهید. در صورتیکه شما مشکوک به پلازموذیم ویواکس 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 پلازموذیم ویواکس 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 هایدرا. جیناز اند، نباید توصیه گردد.

• در ملاریای تائید شده پلازموذیم 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) نمیباشد. 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 پلازموذیم ویواکس یا پلازموذیم فالسیپارم توسط معاینات لابراتواری

- پرازیتولوژی، استفاده نمائید. تداوی خط دوم را در واقعات ذیل در نظر بگیرید:
- میزانیکه بعد از دو روز تداوی خط اول بهبودی را نشان نمیدهند.
- میزانی که بعد از ۳ الی ۲۸ روز اعراض معند و عود کننده مرض نزد شان موجود باشد.
- خانم های حامله مصاب به پلازمودیم فالسیپارم در ترايمستر اول
- اطفال کمتر از دو ماه (فلپ چارت IMCI را برای تداوی ملاریا مشاهده نمائید)
- میزانیکه در تمام دوره تداوی اعراض وخیم تر را نشان میدهند.
- میزانیکه 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
- O در صورت امکان مریض با کارکن صحتی انتقال داده شود.
- O قبل از انتقال مریض دوز اول تداوی ملاریا تجویز گردد.
- O 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
- میزانی که ضرورت به تداوی خط دوم دارند
- عدم پاسخ به تداوی
- میزانی که با وصف تداوی در مدت دو روز بهبودی کسب ننمایند
- میزانی که در جریان تداوی وضعیت شان وخیم تر شود.
- میزانی 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

فزیکی

- برای کاهش از خطر گزیدن پشه ها ساحات تخم گذاری و بود باش انها را محو نمائید.
- پوشیدن لباس های محافظوی 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 علایم خطر ملاریای شدید به فامیل مریض هدایت دهید و توصیه نمائید که در صورت بوجود آمدن علایم 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، Adenovirus, Enterovirus, Parvovirus, Varicella).
- مواد
 - ادویه ضد ملاریا (Chloroquine, Paracetamol) (دوز های بلند)، مواد آنستیزی
 - الکل
 - امراض معافیتی (Autoimmune)
- هیپاتیت ممکن با امراض ناگهانی اختلاطی گردد، همچنان تخریب حجرات کبد ارتباط به سیروز، عدم کفایه کبد و کارسینوما حجرات کبدی دارد.

جدول ۱۵.۸ مشخصات ویروس های متمایل به کبد که سبب هیپاتیت میگردند

ویروس هیپاتیت E RNA	ویروس هیپاتیت D RNA	ویروس هیپاتیت C RNA	ویروس هیپاتیت B DNA	ویروس هیپاتیت A RNA	نوع ویروس	
۲۱ الی ۶۳	۲۱ الی ۴۲	۱۴ الی ۱۶۰	۱۸۰ الی ۶۰	۱۵ الی ۴۰	دوره تفریخ (به اساس روز)	
نخیر	بلی	بلی	بلی	نادر	از طرق زرقی	انتقال
بلی	نخیر	نخیر	نخیر	بلی	مدفوعی - فمی	
نخیر	بلی	بلی	بلی	نخیر	تماس جنسی	
نخیر	بلی	نادر	بلی	نخیر	قبل از تولد	
نخیر	بلی	بلی	بلی	نخیر	انتان مزمن	
بلی	بلی	نادر	بلی	نادر	امراض ناگهانی	

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 آنزایم های کبدی) غیرقابل تشخیص (مثلاً غیر عرضی با بلند بودن آنزایم 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 اشتهاپی، 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 تائید 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 سوبه گلوکوز خون (Hypoglycemia)

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دواپی

- 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 سوبه ترانس آمیناز (Transaminase) بلند است.
 - تغذی خوب با رژیم های غنی از کاربوهایدریت ها و مقدار کافی پروتین باید داده شود.

○ 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 سوپه گلوکوز خون
- خانم های حامله که مصاب به شکل فعال هیپاتیت B هستند جهت در نظر گرفتن تداوی نوزاد با ایمنوگلوبولین 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 متکرر 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.
- مداران شیرده میتوانند شیردهی را ادامه دهند.

۱۵.۹ تب محرقة (Typhoid or Enteric Fever)

شرح

تب محرقة از اثر مصرف (از طریق مدفوعی- فمی) غذا یا آب ملوث با باکتری سلمونیلایفی (Salmonellatyphi) بوجود میآید. باکتری بالای جدار امعا حمله ور شده و میتواند که از طریق جریان خون به تمام عضویت منتشر گردد. محرقة 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 محرقة 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 دوائی

- تجرید مریض
- 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

دوائی

- تجویز یک دوی ضد تب الی بهبودی تب: Paracetamol. برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۵ ضمیمه الف مراجعه نمایند.
- تجویز انتی بیوتیک
- تداوی خط اول: Chloramphenicol برای ۱۴ روز
 - اطفال: برای دوز های معیاری به جدول الف ۵ ضمیمه الف مراجعه نمایند.
- 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 -

- تداوی خط دوم: Amoxicillin برای ۱۴ روز
 - اطفال: برای دوز های معیاری به جدول الف ۳ ضمیمه الف مراجعه نمایند.
 - کاهلان: ۵۰۰ میلی گرام هر ۸ ساعت بعد
- یادداشت: توصیه Amoxicillin برای خانمهای حامله و شیرده ترجیح داده میشود.
- یا
- 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
- هر چه عاجل تر به مرکز جراحی که نظارت و تداوی مناسب در آن موجود باشد
- 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 الصحوی

شرح

توبرکلوز یک انتان باکتریایی بوده که توسط مایکوباکتریوم توبرکلوزس (*Mycobacterium tuberculosis*) بوجود می‌آید. اکثر مردم با انتان ابتدایی باکتری منتن شده که ممکن هیچ وقت توبرکلوز فعال نژدش انکشاف نکنند. در یک فیصدی کم مردم انتان ابتدایی رشد نموده و به شکل فعال در ریه‌ها باقی می‌مانند که سبب مریضی شده و توانایی انتشار مرض را به دیگران دارد. انتان اکثراً از طریق قطرات هوایی ذریعه سرفه مریضیکه مصاب توبرکلوز ریوی فعال باشد، انتشار میکنند.

اکثر واقعات توبرکلوز شامل انتانات ریه می‌باشند (مانند توبرکلوز ریوی). سایر اشکال معمول مرض شامل انتانات عظام (که ستون فقرات ساحه مناسب است)، عقدهات 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 توبرکلوز فعال قرار دارند. بعضی اوقات نزد این مریضان امکان فعال شدن اشکال غیر فعال توبرکلوز موجود است.

انتان فعال توبرکلوز به اشکال ذیل تصنیف شده است:

- نمونه بلغم مثبت (SS+) برای توبرکلوز. این نشان دهنده توبرکلوز ریوی بوده که خیلی ساری می‌باشد یعنی تا دو هفته اول تداوی شدیداً ساری است.
- نمونه بلغم منفی (SS-) برای توبرکلوز. این نماینگر اینست که تشخیص توبرکلوز 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.
- توبرکلوز خارج ریوی توسط داکتر تشخیص شده و نشان دهنده مصاب بودن مریض به توبرکلوز فعال خارج ریه‌ها می‌باشد. کلید کاهش توبرکلوز در افغانستان تشخیص مقدم و تداوی تمام اشخاص مصاب به توبرکلوز فعال می‌باشد. تمام کارمندان صحتی باید توبرکلوز را در هر مریض که سرفه بیش از دو هفته دارد در نظر گیرند. تمام مریضان در افغانستان که مصاب به توبرکلوز اند باید تداوی آن به اساس پروگرام DOTS صورت گیرد، که مقصد آن اطمینان از گرفتن ادویه ضد توبرکلوز بشکل متداوم و منظم در مدت زمان تداوی و جلوگیری از بوجود آمدن مقاومت در برابر ادویه ضد توبرکلوز و جلوگیری از قطع تداوی می‌باشد.

تشخیص

تشخیص توبرکلوز باید توسط یک داکتر ماهر به اساس معیارات ذیل صورت گیرد:

- تظاهرات کلینیکی (اعراض و علائم)
- معاینه میکروسکوپی بلغم (اولویت نخست)
- کشت (در صورت موجودیت)
- در وقت تشخیص توبرکلوز خارج ریوی، قضاوت داکتر عمده ترین عنصر برعلاوه تظاهرات کلینیکی است.
- موارد ذیل را در وقت تشخیص و تصنیف توبرکلوز در نظر گیرید.
- تمام اشخاص که سرفه بیشتر از دو هفته دارند مشکوک به توبرکلوز ریوی اند.
- سایر علائم و اعراض توبرکلوز 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 صدی
 - نفس 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 ممتهمه بهبود نیافته است.
 - تاریخچه رشد ضعیف یا وزن گرفتن ضعیف
 - تب مزمن (نادراً بیشتر از ۳۸ درجه سانتی گرید) ، بیحالی، بی اشتهاپی
- 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 موافه است.
 - توبرکلوز ریوی- کاهش آواز های تنفسی، آواز تنفسی شکل تبیولار، 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.
 - اکسری صدری- در صورتیکه نمونه بلغم منفی باشد، توسط داکتر درخواست میگردد.
 - سایر اکسری 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 قیض 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

- پروگرام DOTS در هر دو مرحله تداوی لازم است.
- مدت تداوی ۸ ماه میباشد: مرحله ابتدایی ۳ ماه بوده که با تجویز Rifampicin, Pyrazinamide, Ethambutol و Isoniazid شروع شده که در دو ماه اول آن Streptomycin بشکل روزانه اضافه میگردد. مرحله تعقیبی 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 ابتدایی (دوماه یا ۵۶ دوز)	مرحله تعقیبی (۴ ماه یا ۱۱۲ 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 -RHZE (۱۵۰ میلی گرام + ۷۵ میلی گرام + ۴۰۰ میلی گرام + ۲۷۵ میلی گرام)	دوز ترکیبی ثابت FDC -RH (۱۵۰ میلی گرام + ۷۵ میلی گرام)	
۲	۲	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 ابتدایی (سه ماه یا ۸۴ دوز) RHZES + Streptomycin ۵۶	مرحله تعقیبی (۱۴۰ دوز)		وزن بدن مریض (به کیلوگرام)
	ماه های اول، دوم و سوم	ماه های اول و دوم	
روزانه تحت DOTS (به استثنای روز های جمعه و رخصتی)	روزانه تحت DOTS (به استثنای روز های جمعه و رخصتی)	روزانه تحت DOTS (به استثنای روز های جمعه و رخصتی)	
دوز ترکیبی ثابت FDC - RHZE (۱۵۰ میلی گرام + ۷۵ میلی گرام + ۴۰۰ میلی گرام + ۲۷۵ میلی گرام)	دوز زرقی Streptomycin (به میلی گرام)	دوز ترکیبی ثابت FDC - RHE (۱۵۰ میلی گرام + ۷۵ میلی گرام + ۲۷۵ میلی گرام)	
۵ ماه بعدی	۵ ماه بعدی	۵ ماه بعدی	

۲	۵۰۰	۲	۳۰ الی ۳۹
۳	۵۰۰	۳	۴۰ الی ۵۴
۴	۱ گرام*	۴	۵۵ الی ۷۰
۵	۱ گرام*	۵	۷۱ یا بلند تر

* ۷۵۰ میلی گرام برای مریضان بلندتر از سن ۶۰ سال
 جداول D و ۱۵.۱۰ E 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

دوز های پیشنهاد شده روزانه		دوا
دوز اعظمی (میلی گرام)	دوز و حدود (میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن)	
۳۰۰	۵ (۴ الی ۶)	Isoniazid
۶۰۰	۱۰ (۸ الی ۱۲)	Rifampicin
-	۲۵ (۲۰ الی ۳۰)	Pyrazinamide
-	۲۰ (۱۵ الی ۲۵)	Ethambutol*
-	۱۵ (۱۲ الی ۱۸)	Streptomycin

Ethambutol a 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 تعقیبی		مرحله ابتدایی			وزن بدن (به کیلوگرام)
E (۱۰۰ میلی گرام)	RH (۶۰/۳۰) میلی گرام)	S (۱۰۰۰ میلی گرام)	E (۱۰۰ میلی گرام)	RHZ (۶۰/۳۰/۱۵۰) میلی گرام)	
½	½	۵۰ میلی گرام (۰.۲۵ میلی لیتر)	½	½	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 وقایوی 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 تداوی 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.
- تداوی مقدم مریضان توپرکلوز- زیرا زنجیره انتشار مرض از طریق تنفس به صورت نارمل بعد از ۲ هفته تداوی محو میگردد.

هدایات به مریض

- به مریض یادآوری نمائید که توپرکلوز قابلیت شفایابی را در صورتیکه مریض دواي خود را به صورت درست گرفته و تمام کورس تداوی 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 تداوی 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 نکنند و در عوض از یک قطی یک بار مصرف دارای سرپوش استفاده نمایند.
 - تغذی خوب را ادامه دهد.
 - به قدر کافی استراحت نماید.
 - از سگرت کشیدن خودداری ورزد.
- به مریض توصیه نمائید که تداوی توپرکلوز بعضی اوقات ممکن سبب عوارض جانبی گردد. به مریض تفهیم نمائید که در وقت بوجود آمدن موارد ذیل هرچه زودتر به مرکز صحتی که تداوی 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 پسران 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 خوردسال، کاهلان و مریضان که انحطاط سیستم معافیتی داشته باشند با شدت بیشتر مییابد. اختلالات نادر آن که بیشتر نزد کاهلان معمول است سینه و بغل، التهاب سحایا (Meningitis) یا التهاب نسج دماغ (Encephalitis) مییابد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی غیر دوائی

از گرفتن مقدار کافی مایعات و تغذی مطمئن شوید.

دوائی

- اکثراً 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 تابلت 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

- برای مریضان که در مقابل پنسلین الرژی دارند Erythromycin Ethylsuccinate برای ۷ روز توصیه گردد.
- برای دوز های معیاریه جدول الف ۱۲ ضمیمه الف مراجعه نمائید.

رجعت دهی

- مریضانیکه 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 اختلالات 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 ارچق بوجود مییابد.

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

رایز 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 تداوی 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 تداوی 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 تداوی گردد. در صورت امکان حیوان را دستگیر نموده و برای ۱۵ روز تحت مراقبت نگهدارید.

- مریض اکثراً از یک تاریخچه گزیدن حیوان حکایت نموده، اما گزیدگی ممکن معلوم نبوده یا فراموش شده باشد زیرا دوره تفریح آن اکثراً 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 مرض مریض 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 تداوی موجود نبوده و ممکن مریض فوت نماید. تداوی 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، مریض را برای گرفتن واکسین هر چه زودتر رجعت دهید.
 - در گزیده گی های شدید مریض را برای گرفتن ایمونوگلوبولین های رایز هر چه زودتر رجعت دهید.
- واکسین ضد تیتانوس را برای مریض زرق مجدد نمائید: ۰.۵ میلی لیتر از طریق زرق عضلی (بخش ۱۹ "معافیت" را مشاهده نمائید)
- استفاده از تداوی وقایوی بعد از مواجه شدن به Rabies، که میتواند از نتایج کشنده انتان جلوگیری نماید. به تسهیلات مجموعه خدمات اساسی شفاخانه یی برای واکسین کردن با یا بدون ایمونوگلوبولین های رایز مراجعه نمائید.

رجعت دهی

تمام مشکوکین گزیده گی را به مراکز دارای واکسین با یا بدون ایمونوگلوبولین ها برای Rabies رجعت دهید.

وقايه

- از رجعت دهی مکمل برای تداوی بعد از مواجه شدن مطمئن شوید.
- جامعه را برای کنترل حیوانات مشکوک تشویق نمائید.

هدايات به مريض

- اطمینان حاصل نمائید که مریض از نتایج کشنده Rabies در صورت عدم تداوی تفهیم گردیده و به تداوی بعد از مواجه شدن که یگانه راه وقایه است پابند میباشد.
- جامعه را برای کنترل حیوانات مشکوک تشویق نمائید.

۱۵.۱۲ لشمانيازيس يا سالدانه (Leishmaniasis)**شرح**

لشمانيازيس عبارت از یک گروهی از امراض اند که عامل سببی آن پرازیت 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 پپول 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، ضخامه طحال، ضیاع وزن، یا ضخامه عقدا ت 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 چندعلا مه ذیل در ظرف بیشتر از ۱۴ روز بوجود بیاید به لشمانيای جلدی مشکوک گردید:
 - یک پپول سرخ رنگ (مثلاً یک برجسته گی کوچک و دایروی بالای جلد) بیشتر در بالای ساحات برهنه بدن. این پپول بدون درد بوده اما بعضاً خارش دارد. پپول 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 عقدا ت لمفاوی ضخاموی باشد به لشمانيای حشوی مشکوک شوید.
 - ممکن در مریض علایم دیگر موجود باشد: خونریزی، ضخامه کبد، کمخونی، و اسهالات

اهتمامات و تدابير معالجوی**غير دوايي**

قرحه را پاک نگهدارید.

اهتمامات دوايي

مريض را براي تداوي لشمانيه به يک مرکز اختصاصي رجعت دهيد.

رجعت دهی

تمام مريضان مشکوک به لشمانيای جلدی را غرض ارزیابی و تداوی به مرکز لشمانيه رجعت دهيد. به رفتن مريض به اين مراکز پافشاري نموده و به مريض بفهمانيد که تداوی وقت گير خواهد بود.

وقايه

وقايه لشمانيای جلدی عموماً محدود نمودن مواجه شدن به پشه ها بوده که بيشترين اوقات گزیدن آنها، شروع آفتاب نشست تا اولين ساعات شب ميباشد. به مريض توصيه نمايند که:

- در وقت آفتاب نشست از لباس های استفاده کنيد که کمترین قسمت های بدن برهنه بماند.
- از جالی مگس گير در کلکين ها استفاده شود.
- از پرده های الوده با مواد حشره کش، جالی های خواب و پرده ها استفاده کنند
- زير جالی های مغطوس با مواد حشره کش با دوام بيشتر که زمينه مواجه شدن با گزیدن پشه ها را کم ميسازد، بخوابيد.
- اطمينان از کنترل ناقلين مرض و محو حيوانات ميزبان
- تشخيص و تداوی به موقع مريضان منتن، انتقال مرض و منتن شدن را کاهش ميدهد.

هدايات به مريض

- متقاعد نمودن تمام مريضان با زخم های جلدی بدون درد براي مدت بيشتر از ۱۴ روز جهت معاينه به مرکز تشخيص لشمانيه
- پافشاري برايکنه تشخيص و تداوی به موقع ميتواند از تشکل سکار و منتن ساختن ساير اعضای فاميل جلوگیری مينمايد.

۱۵.۱۴ اسکار یازس (کرم های مدور) (Roundworm)

شرح

اسکار یازس يک مرض پرازينی خیلی معمول بوده که اغلباً غير عرضی بوده انتقال آن از طريق مدفوع و فمی ميباشد. اسکار یازس ممکن سبب کاهش تغذی، توسع بطن يا انسداد امعا گردد.

تشخيص

- مرحله معدی معايی- ناشی از موجوديت کرم ها در امعا
 - درد، ناراحتی، تخرشيت
 - توسع بطن
 - اسهالات
 - رشد ناقص در اطفال، کاهش تغذی
 - قابل مشاهده بودن کرم ها به صورت قسمی يا مکمل در مواد غايطه
 - نادراً خارج شدن کرم از طريق دهن (با استفراغ) ، يا بينی
 - نادراً استفراغ، يا انسداد واضح طرق صفاوی يا امعا (توسط کرم اسکاريس) از سبب کتله کرم ها
 - تشخيص به اساس مشاهده تخم های مشخص کرم ها که در معاينه میکروسکوپي مواد غايطه صورت ميگيرد (چايکه چنين معاينات موجود است)
 - متبازز بودن ايزونوقيل ها در مواد غايطه در مرحله مهاجرت مقدم کرم ها (مثلاً اسکار یازس ريوی)
 - معاينات التراسوند ممکن موجوديت کرمهای بالغ را در امعا يا 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
- **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 اسکاریزس را با دوا تداوی نکنید، بلکه مریض را رجعت دهید.
- کمخونی را در صورت ضرورت با **Ferrous sulfate** فمی (تابلیت ۶ میلی گرام آهن) برای ۳۰ روز تداوی 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 تداوی 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 نمائید (مثلاً شستن و خوب پخته شدن غذا)
 - کوتاه نمودن ناخن ها

۱۵.۱۵ کرم کدودانه (TaeniaSaginata) و کرم های یهن یا هیمنولپیس نانا (Hymenolepis Nana)

شرح

انسانها با کرم کدودانه از طریق خوردن گوشت گاو خام یا نیم پخته منتن میگردند. انتقال هیمنولپیس 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 غایبه صورت گرفته که ضرورت به معاینات مستقیم مواد غایبه یا مشاهدات میکروسکوپی دارد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوابی

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.

دوابی

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 هیمنولپیس 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 مکمل گوشت گاو مطمئن شوید.
- اقدامات عمومی وقایوی را مراعات نمائید.
 - معاینه گوشت گاو
 - جایجا و دفع نمودن مواد فضلہ انسانها به صورت درست
 - از مواد فضلہ انسانها متحیث 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 (انتراکس جلدی)، استنشاق (آنتراکس ریوی) یا بلع (آنتراکس معایی) صورت میگیرد. آنتراکس جلدی در افغانستان معمول بوده که انتقال آن از طریق سیور میکروب صورت گرفته که حتی حیوانات مرده و پوست آنها مرض را انتقال نموده میتوانند.

تشخیص

- آفت 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.
- آفات اکثراً در نواحی معروض بدن مانند دستان، بازو ها، عنق، راس، پاها و رانها موجود میباشد.
- 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 نمایید.
- 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 یا 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 طولیه 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 (مثلا در بین کسانیکه 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 (مثلا گاهی بالا گاهی پائین) که بیشتر از ۱۰ روز دوام نموده و توام با عرق شبانه، لرزه، بیحالی عمومی 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.
 - اختلاطات بروسیلوز را جستجو نمائید:
 - در صورتیکه تداوی نگرده، 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 اغلبا 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 محرکه
 - 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 نمائید.
 - 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 پنیرغیر 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 تفریح 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 میگردد.
- 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 جویدن 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 نمایید.

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. اناتانات انتقال کننده از طریق مقاربت جنسی (Sexually Transmitted Infections)

شرح

اناتانات انتقالی از طریق مقاربت جنسی (STI) توسط طیف وسیع پتوجن ها بوجود آمده و دارای میزان بلند مصابیت فیزیکی و روحی-اجتماعی میباشد. اناتانات بیشتر معمول آن باکتری ها و ویروس ها بوده که شامل Gonorrhoea, Syphilis, و ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)، ویروس عدم کفایه معافیتهی 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، نرف، افرازات مهلبلی یا احلیلی، مجامعت دردناک
 - رنگ گرفتن جلد به رنگ های گلایی، سرخ و نصواری
 - نواحی مستعد:
 - در مردها: Shaft, Corona, Frenulum, حشفه قضیب، غلاف قدامی قضیب، سفن
 - در زنها: شفتان، کلیتوریس، اطراف احلیل، کانال مقعدی، نواحی مقعدی، فوچه احلیل، احلیل، مثانه، نواحی فمی بلعومی
- ویروس تب خال و تب خال ناحیه تناسلی
 - تب خال ابتدایی ناحیه تناسلی
 - بیشتر اشخاص با انتان ابتدایی بدون عرض اند.
 - کسانیکه 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 ماوفه دارد شامل درد، خارش، عسرت تبول، رادیکولیت ناحیه قطنی، افرازات مهلبلی 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 گروه 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: محرقات در نواحی تناسلی خارجی: لب ها، زبان، کام، انگشتان
- سفلیس ثانوی
 - یک تعداد رش های جلدی و غشای مخاطی توام با سفلیس ثانوی غیر قابل تصور موجود میباشند. رش های سفلیس ثانوی اکثراً بدون خارش اند.
 - تغییرات سیستمیک شامل ضخامه عقدات لمفاوی، التهاب گلو میرول های کلیوی، التهاب سحایا میباشند.
- سفلیس ثالثی
 - سفلیس با پیپول های برجسته: گروه 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 اسکلتیتی
 - امراض قلبی وعایی
 - امراض سیستم عصب مرکزی
- سفلیس ولادی
 - سفلیس ولادی مقدم: محرقات آن در دو سال اول حیات بوجود میآیند.
 - موجودیت در وقت ولادت: کم وزن بودن طفل هنگام ولادت، بزرگ بودن غیرنارمل پلانستا، 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 میرول کلیوی توام با سندروم نفروتیک.
 - سفلیس ولادی مؤخر: محرقات آن اکثراً بعد از سال دوم حیات ظاهر میشوند.
- التهاب بین الحجروی قرنيه
- 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 هوجنسن (Hutchinson)
- شانکروئید
- عامل انتان حاد انتقالی از طریق مقاربت جنسی با قرحات دردناک و ضخامه عقدات لمفاوی *Haemophilus ducreyi* میباشند.
- 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 حاد 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 ابسه ها شده که بعد از تمزق فستول 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.
 - اذیما: در نواحی فوحه خارجی، غلاف قدامی قضیب، یا قضیب
 - ساختمان های عمیق: التهاب پروستات (Prostatitis)، التهاب اپی- دیدیم (Epididymitis)، التهاب مئانه (Cystitis)
- در خانم ها
 - اذیمای اطراف احلیل، التهاب احلیل

- افزایش قیحی 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 افزایشات 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 میباشد.
- 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 میباشد، که در مدت چند روز التیام میانند.
- در این حالت ضخامه عقدات لمفاوی متبازز بوده به شکل دو طرفه هردو نواحی علوی و سفلی ناحیه مغبنی را فرا میگردد. 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 افزایشات نرفی 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 Enanthers, (Erthema-nodosum) و حساسیت در مقابل نور میباشد.

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
- باشد تا بلیت Doxycycline ۲۰۰ میلی گرام هر دوازده ساعت بعد برای ۲۸ روز
- یا
- در جریان بارداری 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

• O 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 تابلیت 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 وقتیکه به مقاومت دوائی 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 مصنون 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.

مراکز صحتی، پرازیسی و کرمپلی معافی

فصل شانزدهم واقعات عاجل و ترضیضات 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 میباشند. 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

اصغار ریه ها نمایانگر ترق و تروق (Crackles) و ویزنگ در هر دو ریه میباشند. یادداشت: اخذ تاریخچه مریض جهت رد نمودن حمله حاد استما (فصل ۳،۱ "استما" مشاهده گردد)

اهتمامات و تدابیر معالجوی

- تداوی عاجل غرض بهبود اعراض حاد مرض و بعد تداوی 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 نمایند.
 - 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 نمایند.
 - در صورتیکه مریض کدام بهبودی را نشان ندهد ۲ Morphine میلی گرام با زرق آهسته وریدی (۱ میلی گرام در فی دقیقه) تطبیق نمایند. مورفین در شفاخانه ولسوالی موجود است.
 - احتیاط: از تطبیق Morphine در مریضان مصاب به استما و تفریط فشار خون اجتناب گردد.
 - در صورت مشکوک بودن به احتشای حاد میوکارد (فصل ۶،۵ "احتشای حاد میوکارد") یک تابلت ۳۲۵ میلی گرام Aspirin را به مریض تجویز نموده و مریض را هر چه عاجل به شفاخانه (مجموعه خدمات اساسی شفاخانه بی) (EPHS) که در آنجا ادویه ذیل موجود اند راجع سازید.
 - برای کاهلان، تابلت های ۰.۵ میلی گرام Nitroglycerine تحت لسانی ۲ تا ۳ تابلت هر ۴ دقیقه بعد تجویز نمایند (در شفاخانه حوزه وی موجود است)
 - اگر مریض فرط فشار خون شدید دارد از تابلت ۲۵ میلی گرام Captopril 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.

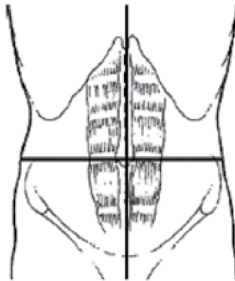
تشخیص

- 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 حرکت).
 - 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).
 - احتیاطاً: 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 تقبضی " تنفس رامشکل می سازد " (کولیک های کلیوی و صفراوی)
 - موجه های درد مبهم توأم با استفراغ (انسداد امعاء)
 - درد کولیگی یکنواخت (التهاب اپندکس، انسداد اختناقی امعاء، اسکیمی مساریقه)
 - درد ثابت و زنده که با حرکت دادن شدیدتر میگردد (التهاب پریوتوان)
 - درد پاره کننده (انیوریزم 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)، درد تخمه گزاری یا درد میانه دوره تحیض) 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 پریوتوان، التهاب پانکراس)
 - درد خارج از ساحه معاینه فیزیکی (اسکیمی مساریقه)
- چی نوع ادویه مسکن را اخذ نموده اید؟
 - مسکنات قوی می توانند که در ارزیابی شدت درد مداخله نماید اما برعلایم التهاب شدید پریوتوان تغییر وارد نمیکند.
- آیا درد به سایر اعضای بدن انتقال میکند؟
 - عظم کتف طرف راست (درد سنگ کیسه صفر)
 - 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 پریوتوان)
- 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 شدید قبل از درد شدید در ناحیه شروصویه، طرف چپ صدر یا درد شانه، وجود دارد (پاره شدن مری داخل بطنی در اثر استفراغ)
- معاینه فیزیکی دقیق را انجام داده و موارد ذیل را جستجو نمائید
 - تعیین علایم حیاتی.
 - سرعت تنفس ممکن نشان دهنده سینه و بغل باشد
 - تکی کاردی و تفریط فشار خون نشان دهنده شاک اند
 - درجه حرارت بدن در تثقیبات معدی معایی بلند رفته و اکثرأ 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 پریوتوان یا انسداد ایوم 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 التصافی
 - 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 (در صورت 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 کریوات سفید خون در التهابات احشای داخل بطنی بلند میروند
 - معاینه ادرار- برای موجودیت کلوگوز، کیتون ها و حجرات سفید خون
 - تست حامله گئی برای تمام خانم های که در سن باروری قرار دارند.

اهتمامات و تدای معالجوی

غیر دوابی

- از دادن غذا از طریق دهن به مریض خودداری کنید
- تیوپ انفی معدوی را به مریض که استفراغ شدید دارد یا علایم انسداد امعا نزدش موجود است یا وضعیت عمومی مریض خوب نبوده خطر اسپايريشن نزدش زیاد است، تطبیق گردد.

دوابی

- 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 پريتوان، انتانات شدید طرق بولی، یا پیالونفریت استفاده نمائید. تدای 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 مریض
- برای معاینات بیشتر و در صورت ضرورت به عمل جراحی رجعت دهید

وقایه

رجعت دهی مریض که به بطن حاد مشکوک است جهت ارزیابی و مراقبت به مرکز صحتی که سهولت عملیات جراحی در آن موجود باشد.

هدایات برای مریض

- عدم تجویز ادویه ضد درد به مریض 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 پرمبنای تداوی مرض زمینه ساز میباشد. بیشترین واقعات التهاب پریتون از اثر التهاب اپندکس، تشقب قرحه پپتیک، اختناق امعاء، التهاب پانکراس (Pancreatitis)، التهاب کیسه صفرا، افسه های داخل بطن، تشقب 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 مریض 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 تداوی 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
- دلبدی و بی اشتهایی
- 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 نتروفیل ها (بیشتر از ۷۵ فیصد) میباشد

اهتمامات و تدابیر معالجوی

تداوی 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، دلبدی 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

تداوی انتخابی آن برداشتن مقدم کیسه صفرا توسط عمل جراحی (در ظرف ۷۲ ساعت) یا تداوی محافظه کارانه همراه با جراحی مؤخر برداشتن کیسه صفرا میباشد (بعد از ۶ تا ۱۰ هفته).

تداوی محافظه کارانه

- توقف تغذی از طریق دهن

- شروع تغذی با مایعات وریدی
- تجویز آنتی 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 چسبیده (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، تکرر استفراغ بیشتر میشود
- قیضیت 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 توسعه امعاء با خطوط Haustral نشان‌دهنده انسداد امعاء 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 توأم با خارج ساختن سنگ است. این یک واقعه شدید بوده و ضرورت به تداوی به موقع دارد.

تشخیص

- درد ناحیه کمر که از ناحیه مغنبنی شروع شده و به خصیه ها یا میان رانها و Labium انتشار میکند
- درد به اندازه شدید است که مریض را به حرکت وا داشته و جهت بهبودی آن تحرکیت را به آرام نشستن 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 نمایند 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 میگرددند
 - 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 نمایید.
- مریض را با در نظر داشت تاریخچه گزیدگی و نوعیت گزیدگی برای ویروس سگ دیوانه ارزیابی نمایید (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 سالین 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 نکرده زیرا خطر انتقال انتان به فاصله بین المفاصلی 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 ننگرفته باشند (بخش ۱۵،۳ تیتانوس و بخش ۱۹ معافیت را مشاهده نمائید)
- یک دوز بلند واکسین تیتانوس را به صورت وقایوی (۰،۵ میلی لیتر) از طریق زرق عضلی در صورت ضرورت
- برای مریضان که معافیت ندارند یا معافیت مکمل ننگرفته 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 بر ا ۳ الی 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 آپسه 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: اختلالات و تدابیر معالجوی انتانات جرحه در کاهلان به تعقیب گزیندی توسط انسان، یا حیوان
یادداشت: صورت تداوی برای ۲ الی ۳ هفته میباشند

نوع گزیدگی	انژی بیوتیک ترجیح داده شده	انژی بیوتیک به حساسیت به pencilliline
سگ	Amoxicillin/clavulanate ۵۰۰ الی ۵۰۰ میلی گرام از طریق فمی هر ۸ ساعت بعد	Clindamycin ۱۵۰ تا ۳۰۰ میلی گرام هر ۶ ساعت بعد -همراه با- Co-trimoxazole ۲ تا ۲ میلی گرامه) هر ۱۲ ساعت بعد یا Ciprofloxacin: ۵۰۰ میلی گرام از طریق فمی هر ۱۲ ساعت بعد*
پشک	Amoxicillin/clavulanate ۵۰۰ الی ۵۰۰ میلی گرام از طریق فمی هر ۸ ساعت بعد	Clindamycin ۱۵۰ تا ۳۰۰ میلی گرام هر ۶ ساعت بعد جمع با Co-trimoxazole ۲ تا ۲ میلی گرامه) هر ۱۲ ساعت بعد یا Ciprofloxacin: ۵۰۰ میلی گرام از طریق فمی هر ۱۲ ساعت بعد*
پرت (بوج) کورن یا خراش نمودن توسط انسان	Amoxicillin/clavulanate ۵۰۰ الی ۵۰۰ میلی گرام از طریق فمی هر ۸ ساعت بعد این واقعات باید رجعت داده شوند.	Erythromycin ۵۰۰ میلی گرام هر ۶ ساعت بعد یا Ciprofloxacin: ۵۰۰ میلی گرام از طریق فمی هر ۱۲ ساعت بعد*

* Ciprofloxacin برای خانمهای حامله مفاد استطبای بوده و باید بدن اطفال اجتناب گردد.

جدول ۱۶.۲. اهنسمات و تداویر معالجوی اثنانات جرحه نزد اطفال به تعقیب گزیدگی توسط انسان یا حیوان
یاد داشت: ضرورت تداوی برای ۲ الی ۳ هفته میباشد

نوعیت گزیده گی	انتی بیوتیک	دوز
سگ	<ul style="list-style-type: none"> • شربت: ۱۵۶ میلی گرام در ۵ میلی لیتر (۱۲۵ میلی گرام / Amoxicillin / Clavulanic acid) • تابلیت: ۶۲۵ میلی گرام (۵۰۰ میلی گرام / Amoxicillin / Clavulanic acid) • ۲۱۰ میلی گرام / Clavulanic acid 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • ۱۲ سال به بالا- • نیم تابلیت ۶۲۵ میلی گرامه هر ۸ ساعت بعد
پشک	<ul style="list-style-type: none"> • Erythromycin ۱۰ الی ۱۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۶ ساعت بعد • شربت: ۲۰۰ میلی گرام در ۵ میلی لیتر 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • اطفال ۱۲ 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 • ۱۲ سال به بالا- • یک تابلیت ۴۸۰ میلی گرامه هر ۱۲ ساعت بعد
پرت (بوج) کردن یا خراش نمودن توسط انسان	<p>Co-trimoxazole + Trimeth prim</p> <ul style="list-style-type: none"> • شربت: ۲۴۰ میلی گرام در ۵ میلی لیتر • تابلیت: ۴۸۰ میلی گرامه 	<p>این واقعات باید رجعت داده شوند.</p>

* 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 با 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 فیح) هر چه زودتر باید حاضر گردد.
- گرفتن انتی بیوتیک مطابق به هدایت داده شده وادامه آن
- محدود ساختن خطر تحریک حملات و برخورد باحیوانات
- از گذاشتن هر نوع ادویه یونانی وسنتی 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 آنافلکتیک (Anaphylactic) در مقابل نیش زدن یا گزیدن نسبت به تاثیرات 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 کتلوی 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)، جلددار شدن جلد (Flushing)، سرگیجی، اختلالات دید، Syncope، پت (Urticaria)، ویزنگ، کولیک های بطنی، اسهال و تکی کاردی تظاهر مینماید. شاک آنافلکتیک میتواند بعد از ۱۵ تا ۲۰ دقیقه ظاهر شود (جدول ج ۱۶،۹ مشاهده گردد)

اهتمامات و تدابیر معالجوی**غیر دوائی**

- نیش برجا مانده را توسط یک فورسپس پاک بیرون کنید.
- ساحه را با آب، صابون و مواد ضد عفونی به آهستگی پاک کنید.

دوائی

- 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 درساعات بیشتر باشد از کلارمین استفاده نشود.
 - آنتی 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 علایم 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 علایم 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 دم خود یک نیش دارد.

تشخیص

موضعی

- نیش آن در ساحة گزیدگی از خود یک نشان بجا میگذارد
 - ممکن که درد مشقت بار داشته باشد
 - ممکن پندیده گی، سرخی، برجستگی ابله مانند، و نک روز موضعی رخ دهد
- ##### سیستمیک
- ممکن اعراض و علایم سیستمیک ابتدایی شامل درد بطنی، افزاز بیش از حد لعاب دهن، حرکات غیر نورمال چشم، تعلق 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

تنفسی و نادراً شاک باشند

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوائی

- زخم را با آب، صابون و ماده ضد عفونی به آهستگی پاک کنید
- اطمینان دهی مریض
- تطبیقات سرد در ساحت گزیدگی جهت کاهش جذب زهر
- فرستادن مریض به خانه در صورتیکه یک گزیدگی داشته و اعراض و علائم سیستمیک مسمومیت نداشتند

دوائی

- تجویز Paracetamol برای درد های خفیف. برای دوز های معیاری به جدول ۱۵ a در ضمیمه الف مراجعه نمایند.
- زرق موضعی lidocaine یک فیصد بدون Epinephrine در اطراف ساحت گزیدگی در درد های شدید.
- در صورت موجودیت فرط فشار خون تداوی را با تجویز Amlodipine یا Hydralazine (در صورت موجودیت) کنترل کنید (بخش ۶.۱ "فرط فشار خون سیستمیک" مشاهده گردد)

رجعت دهی

- هر مریضی که اعراض شدید موضعی یا اعراض عمومی داشته باشد
- مریضی که یکی از علائم اتافلکسی را داشته باشد- در هنگام انتقال باید تحت نظر کارمند صحت نظارت شده و
- زرقی (Epinephrine (adrenaline) زرقی با خود داشته باشد.
- مریضی که کاهش حرکات قلبی (Brady arrhythmia) داشته باشد.

وقایه

- از تماس با گزدم خودداری گردد.
- در جریان شب با پای برهنه بیرون از خانه قدم نزنید.
- دست خود را در حفره ها و جاهاییکه که به چشم به نظر نمی رسد، داخل نه نمایند.

هدایات به مریض

- در صورت بدتر شدن وضعیت یا بوجود آمدن اعراض سیستمیک به مرکز صحت مراجعه نمایند.
- از تطبیق تداوی های سنتی در ساحت گزیدگی بپرهیزید

۱۶.۴.۲ غندل گزیده گی (Spider Bites)

شرح

- اکثر غندل ها بی زهر یا خفیفاً زهر آگین اند. دو سندروم عمده آن سمیت عصبی (Neurotoxic) و نک روز میباشد.
- سمیت عصبی: درد عضلات، فرط فشار خون، دلبدی، استفراغ، سردردی، تعرق
 - نک روز (غندل های منزوی نضاری رنگ): نک روز و قرحه انساج، تب، کسالت، و نادراً همولیز (Hemolysis)

تشخیص

- ضایعات یا Lesion های جلدی، که ممکن نظر به شدت آن از سرخی و حرارت موضعی تا نک روز وسیع انساج متغییر باشد.
- اعراض و علائم سیستمیک ممکن شامل ضعیفی، سردردی، دلبدی، استفراغ، درد عضلی و رش های جلدی باشد.

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوابی

- 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.

دوابی

- تجویز ادویه ضد درد جهت کاهش درد: Paracetamol برای دوز های معیاری به جدول a ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه نمایید.
- تجویز اتنی هستامینیک مثل Chlorpheniramine maleate: برای دوز های معیاری به جدول a ۷ در ضمیمه الف مراجعه نمایید.
- 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، ضعفی یا سپازم 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 صحتی 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 احتمالاً کوما، ناتوانی عضلی، متاثر شدن سیستم تنفسی
 - خونریزی و اختلالات علقه خون (مار افعی) توأم با خونریزی های بیره ها، انف و امعا

تشخیصی

- 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 نمایید. 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 نمایید. گزیدگی مارهای زهری اکثراً با یک یا دو نشان دندان انیب 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 زخم‌ها که همه نشان دهنده داخل شدن زهر در بدن است
- خونریزی بیریه‌ها، انف و امعاء 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 سندروم‌های خونریزی است
- همچنان ضعیفی، مشکلات تنفسی، مشکلات بلع، عدم توانایی برای بلند نگهداشتن پلک‌ها (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 مار‌های 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 تداوی‌های سنتی خودداری کنید
- از حرکت دادن مریض و عضو گزیده شده جلوگیری گردد. با استفاده از سپلینت یا اشیای سخت عدم تحرکیت را در ساحه تازمین کنید (مانند کاغذ کارتن یا چوب).
- از دست زدن بی مورد در ساحه 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 نوشابه‌های الکولی یا منبهاات خودداری گردد.
 - عدم گذاشتن یخ در ساحه گزیدگی
 - عدم استفاده از تورنیکیت
 - از مکیدن ساحه گزیدگی جلوگیری گردد. ترخیصات به ساختمان‌های 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 دوز‌های 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 مار گزیدگی هر چه زودتر به نزدیکترین شفاخانه برای تطبیق آنتی دوت (Antivenom) مشخص آن و در صورت ضرورت به مراقبت‌های 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 مار گزیدگی از ۶ الی ۱۲ ساعت باشد و مریض کدام عرض نداشته باشد ممکن که مار بی زهر سوزنده، برق یا شعاع بوجود می‌آیند. جروح حرارتی توانایی جلد را منحنیت یک مانع در مقابل جروح و انتانات و منحنیت یک تنظیم کننده حرارت و مایعات بدن به مخاطره مواجهه می‌کند.
- گزیدگی مارهای بدون زهر میتواند منتن گردد بنابراین نزد مریض که علایم تورم، سرخی، ازدیاد درد و تب بوجود می‌آید باید به مرکز صحتی آورده شود.

۱۶.۶ سوختگی‌ها (Burns)

شرح

سوختگی‌ها جروح حرارتی اند که در اثر تماس انساج با مواد و وسایل سرخ و داغ، شعله آتش، مواد کیمیای سوزنده، برق یا شعاع بوجود می‌آیند. جروح حرارتی توانایی جلد را منحنیت یک مانع در مقابل جروح و انتانات و منحنیت یک تنظیم کننده حرارت و مایعات بدن به مخاطره مواجهه می‌کند.

عمق جرحه سوختگی به اساس درجه سوختگی قسمی در مقابل سوختگی با ضخامت کامل تصنیف می‌گردد.

- درجه اول - سطحی، ضخامت قسمی
 - ساحه متاثر 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 متاثر 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 متاثره 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 متاثره شامل انساج تحتانی، عضلات، عظام یا مغز می‌باشد.
- شدت سوختگی با اساس سطح ساحه سوختگی، عمق و موقعیت سوختگی و جروح 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، پاهای، 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 نمایید.
 - 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 علائم سوختگی استنشاقی را جستجو نمایید:
 - 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 نمایید. 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 روغنیات 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 کیمیایی 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 جروح‌ها و وضعیت صحتی قبلی وی رد گردد.

جدول ۱۶.۶ قانون نه (قانون نه Wallace)

نوزادان کمتر از یک سال		اطفال		کاهلان		اعضای بدن	
۲۰ فیصد		۱۸ فیصد		۹ فیصد		راس و عنق	
۲۰ فیصد	۱۰x۲=	۱۸ فیصد		۱۸ فیصد	۹x۲=	قدام صدر و جدار های بطن	
۲۰ فیصد	۱۰x۲=	۱۸ فیصد		۱۸ فیصد	۹x۲=	عقب صدر و جدارهای بطن	
۲۰ فیصد	۱۰x۲=	۲۷ فیصد	۱۳,۵x۲=	۳۶ فیصد	۱۸x۲=	اطراف سفلی	
۲۰ فیصد	۱۰x۲=	۱۸ فیصد		۱۸ فیصد	۹x۲=	اطراف علوی	
		۱ فیصد		۱ فیصد		عجان	
۱۰۰ فیصد		۱۰۰ فیصد		۱۰۰ فیصد		مجموع مساحت سطحی بدن	

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 دوابی

- مریض را از محل واقعه دور سازید
- معاینه طرق تنفسی (Airway)، تنفس (Breathing)، جریان خون (Circulation)، معلولیت (Disability) و نهایات (Extremities) مریض مطابق پروتوکول ABCDE
- دور کردن لباس‌های مریض و معاینه وی از راس تا شصت پا
- دور کردن تمام زیورات مخصوصاً انگشتر مریض
- 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.
- مریض را با یک پارچه پاک و خشک پیچانیده و مواظب کاهش درجه حرارت بدن مریض باشید.
- بعد از تجویز دوا برای تسکین درد (بخش "تداوی دوابی" 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 آکسیجن تجویز نمائید.
- احتیاط: مریضان را که مشکوک به سوختگی استنشاقی اند رجعت دهید.
- برای سوختگی‌های بزرگ (طورمثال، بیشتر از ۲۰ فیصد بدن سوختگی درجه دوم یا سوم)، احیای مریض 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 بی 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 معاوضوی

$$\text{ml } 2000 = \text{سطح بدن } 4 \times 20 \text{ Kg } \times 25$$

- 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:

$$\text{ml } 2750 = \text{Kg } 50 \text{ ml } \times 25 + \text{Kg } 10 \text{ ml } \times 100$$

جمع مایعات معاوضوی

$$\text{ml } 5600 = \text{سطح بدن } 4 \times 70 \text{ Kg } \times 20$$

- 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 معاوضوی و حجم ادرار اطراح شده، Foley catheter تطبیق گردد.
- مریضانیکه سوختگی با جروح کوچک دارند روزانه بانسمان پاک برای شان در مرکز صحت ابتدایی تطبیق گردد.

دوایی

- تداوی 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 نمایند.
- 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 نپه 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 وقایوی واکسین ضد تیتانوس ضرورت باشد یا وضعیت معافیته 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. تداوی 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 نمایند.
- 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 استطباب دارد زیرا ممکن که زمینه را برای اتاناتان 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 فضاوت درست و احتیاط لازمه قابل جلوگیری اند.
- تمام وسایل آتش زا (مانند بالون های گاز، تجهیزات تیل، صندلی "اجاق 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 جرعه 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 میگردد. 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 طولیل 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.
 - دوینی 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 دیگرش 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 دیگرش سخت تر به نظر برسد به گلوکوماى 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 ویا پودر های کیمیایی) معاینه گردد.
 - از مریض در مورد واقعات اخیر پرسیده شود.
 - منضمه 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
- ضرورت عاجل به رجعت دهی دارد.
 - 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 طولیل المدت 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 نگردد، 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 خواهش 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 قدامی یا خونریزی داخل کره عین
- مشاهده شواهد بر خونریزی متداوم تحت المنضمی
- دریافت توسع بعد از ترضیض یا سؤشکل و عکس العمل آهسته حدقه (Pupil)
- نواقص قرنیه یا مكدريت 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 مصنوعی برای جلوگیری از جروحات چشم کار بگیرید:
- از کمربند امنیتی موتر حین موتر سواری استفاده کنید
- تمام مواد کیمیای را در جای مصنوعی، بی خطر، دور از دسترس اطفال نگه داشته و لیبل گذاری درست نمایید.
- 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 صحی 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 پرازیت 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 غدوات افراز داخلی (Addison's disease) یا تومور های غدوات 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 دوابی

- مریضان که شعور کامل و اعراض خفیف دارند، با گرفتن غذا خصوصاً نشایسته 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 (کلچه یا بیسکویت)، برنج، چای شیرین توصیه میشود.

اهتمامات دوابی

- مریضان دارای حالت شعوری که اعراض قابل ملاحظه دارند باید از منابع سرشار گلوکوز استفاده نمایند. آنهاییکه 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 طریق های ذیل گلوکوز تطبیق گردد:

- تیوب انفی معدوی: به اندازه ۴ قاشق شکر (۲۰ گرم) را در داخل یک گیلاس 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
- مریضانیکه اختلال شعوری دوامدار دارند
- مریضان دارای نواقص عصبی
- مریضان با وضعیت صحی جدی
- مریضانیکه ضرورت به عیار کردن یا ارزیابی دوباره رژیم دیابت یا دوا دارند.

وقایه و هدایات 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 بوره 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 استقلابی 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: ترخیصات، 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 سیستیمیک 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 خاسف، اغلباً سیانوز توأم با پر شدن ناکافی اوعیه شعریه (پر شدن دوباره آن بیشتر از ۳ ثانیه را دربر میگردد)
 - 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 زبانیات	اورده عنق	نبض	تنفس و معاینه صدر	سایر علائم
شاک هایپوولمیک	خالص، سرد، مرطوب	هموار	ضعیف	زحمت تنفس، نفس کوتاه، درد صدر، فشار صدوی، رال ها، ویزنگ، آواز های مبهم در قاعده شش ها ۳ ⁺ کالوپ	
شاک با منشأ قلبی	سرد، مرطوب، عرق آلود	برجسته			
شاک انسانی	گرم، جلداز، بلند بودن حرارت، پائین بودن حرارت، Purpura و Petechial rashes	قوی	تگی کاردی	گرفتگی گلو، آواز های مخرش، ویزنگ	
شاک انفالکتیک	گرم، جلداز، رش، پور تیکار یا				
شاک عصبی	فلج مثل		تفریط فشار احتمالاً با برای کاردی		از دست دادن مقویت

اهتمامات و تدابیر معالجوی

هدف اهتمامات شاک اعاده نمودن د و باره جریان خون و اکسیجن به انساج محیطی میباشد. در ابتدا باید نوعیت و عامل سببی شاک 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 شاک های غیر قلبی هایپوولیمیک یا تفریط فشار خون بعد از اینکه اسباب شاک 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 "سهالات 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 سیماب، 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 کرسنالونید بهبودی حاصل ننماید، برایش خون تجویز گردد در صورتیکه موجود باشد (۲۰ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن در ظرف ۳۰ دقیقه).

○ کنترل خونریزی با وارد نمودن فشار مستقیم بالای جرحه یا وارد نمودن فشار با انگشت بالای اوعیه پروکسیمال یا نبضانی

○ تطبیق اکسیجن

○ 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 شاک 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 اهمتنامات و تدابیر معالجوی انواع مشخص شاگ

ملاحظات	تداوی	نوع شاگ
<p>تعداد کثیر مریضان از سبب ترضیضات (مانند خوزبری ها) یا اسهالات (مانند ضیاع مایعات) در شاگ میباشند</p>	<ul style="list-style-type: none"> • دریافت منبع ضیاع مایعات • توقف دادن خوزبری یا وارد نمودن فشار مستقیم بالای جرحه یا فشار با انگشت بالای اوعیه فرقیه یا نبضی • معاوضه دوباره مایعات (هدایات لازمه را در فوق و جدول ب ۹.۱۶ مشاهده نمایند) • مریض را جهت تداوی اختصاصی هرچه سریعتر رجعت دهید. 	<p>شاگ هایپوولیمیک</p>
<ul style="list-style-type: none"> • بخش های ۴ و ۶ «عدم کفایه قلبی» و ۵.۵ «احتشای میوکارد» را مشاهده نمایند. • مریضان شاگ قلبی ضرورت دارد تا جهت تداوی به مراکز اختصاصیکه دواهای آن موجود است، رجعت داده شوند. 	<ul style="list-style-type: none"> • وریدمریض را باز سازند. • مقدار قلیل مایعات را تجویز نمایند • احتیاط: عدم تجویز مایعات معاوضوی برای مریض معصب به شاگ قلبی • رجعت دهی هرچه عاجل تر مریض 	<p>شاگ با منشأ قلبی</p>
<p>بخش ۶.۱۵ «Sepsis» مشاهده گردد</p>	<ul style="list-style-type: none"> • شروع نمودن معاوضه مایعات کرساتولیتید هر چه مقدم تر (هدایات لازمه را در فوق و جدول ب ۱۶.۹ مشاهده نمایند) • مقدار مایعات را بر حسب اطراح ادرار عیار نمایند: ○ مقدار: ۵۰ الی یک میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن فی ساعت ○ کالان: بیشتر از ۳۰ میلی لیتر فی ساعت • شروع تداوی ضد میکروبی هرچه مقدمتر. ساحه متشن را در نظر گرفته شدن و قبل از رجعت دهید؛ ابتدائی را تجویز نمائید ○ دوز Ampicillin برای اثبات شدت - به جدول الف ۴ در ضمیمه الف برای دوز های معیاری مراجعه نمایند. 	<p>شاگ انتانی</p>

	<p>همراه با O دوز Gentamicin برای انتانات شدید- به جدول الف ۱۳ در ضمیمه الف برای دوز های معیاری مراجعه نمایید همراه با O تجویز Metronidazole در صورت مشکوک بودن به انتان معدی معالی- به جدول الف ۱۴ در ضمیمه الف برای دوز های معیاری مراجعه نمایید * رجعت دهید</p>	<p>شاک عمومی</p>
<p>یادداشت: در ترضیحات شدید تعداد از مریضان با جروحات تیفاع شوکی از سبب جروحاتی که به آن توجه نشده و موجودیت خونریزی داخلی از اثر ترضیحات ساحات دیگر، در شاک میباشند تداوی شان مانند شاک هائپوولیمیک صورت میگیرد.</p>	<p>* فراهم نمودن تداوی محافظی * با ثبات سازی یا تثبیت تیفاع * تجویز مایعات معاوضوی (هدایات لازمه را در فوق و جدول ب ۱۶۹ مشاهده نمایید)</p>	<p>شاک انفالکتیک</p>
	<p>• کاهش عکسل العمل های حساسیتی عضویت پاسخ الوریگ عمومی O تجویز محلول ۱:۱۰۰۰ یک فی یک هوز Epinephrine (Adrenaline). (روبال 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 اضطرری ۰.۵ میلی لیتر)؛ در صورتیکه نبض مریض کمتر از ۱۴۰ باشد دوز فوق الی ۳ مرتبه در فواصل ۱۰ دقیقه یعنی 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 دقیقه یعنی تا ۳ مرتبه تکرار شود. O در صورت ناکافی بودن دوران خون، زرق آهسته وریدی محلول Epinephrine ۱:۱۰۰۰۰ (یک میلی لیتر محلول</p>	

		ادامه شاگ انالکتیک
	<p>۰.۱. Epinephrine را با ۹ میلی لیتر Normal Saline رقیق ساخته و به سرعت یک میلی لیتر در یک دقیقه تطبیق نمائید). دور آن ۰.۱ میلی لیتر فی کیلوگرم وزن بدن است.</p> <p>• Stable یا پایداری فعالیت های حیاتی مریض</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ باز نگه داشتن طرق هوایی تنفسی ○ تجویز اکسیژن توسط ماسک به مریض تا محدودیت تنفسی رفع گردد ○ تحت کنترل آوردن فشار مریض با وضعیت دانه مریض ○ بنگل هموز و نیالا نگه داشتن باهای مریض ○ کاهش التهاب طرق تنفسی و بهبود تنفس مریض با تجویز: <ul style="list-style-type: none"> ■ اینتی هیستامینیک مانند Chlorphenamine (روبال یا امپول های ۱۰ میلی گرام فی) از طریق رزق وریدی در ظرف یک دقیقه <p>• نوزادان و اطفال: به جدول الف ۷ 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)</p> <ul style="list-style-type: none"> • کاهش: ۱۰ الی ۲۰ میلی گرام، در صورت ضرورت میتوان تکرار شود (دوز اعظمی ۴۰ میلی گرام در ۲۴ ساعت) <p>همراه با</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ کورتیکوستروئیدها مانند Hydrocortisone از طریق رزق آهسته وریدی: <ul style="list-style-type: none"> • اطفال کمتر از یک سال: ۲۵ میلی گرام • اطفال یک الی ۵ سال: ۵۰ میلی گرام • اطفال ۶ الی ۱۲ سال: ۱۰۰ میلی گرام • کاهش: اطفال بیشتر از ۱۲ سال: ۱۰۰ الی ۳۰۰ میلی گرام ○ در کمبود حجم مایعات بدن (هایپوولیمیا) معاوضه مایعات <p>• یادداشت: در صورتیکه مریض اعراض مانند استیما دارد Salbutamol (۲.۵ الی ۵ میلی گرام) از طریق نینولایز یا Aminophylline (۵ میلی گرام فی کیلوگرم وزن بدن) از طریق رزق آهسته وریدی (حد اقل در ظرف ۲۰ دقیقه) تجویز میگردد.</p>	

رجعت دهی

- تمام مریضان شاک بعد از اخذ مراقبت های عاجل و Stable یا باثبات سازی، به تسهیلات سطوح بلند تر جهت تعقیب و تدایوی و و تدایوی عامل سببی شاک رجعت داده شوند. قبل از انتقال موارد ذیل را انجام دهید:
 - کنترل خونریزی
 - تجویز مایعات
- **احتیاط:** برای مریضان شاک قلبی از دادن مایعات اجتناب گردد.
 - شروع نمودن انتی بیوتیک در شاک انتانی
 - تثبیت کسور ها
- مریضان مصاب به شاک قلبی فقط به مراکز که ادویه آن موجود است رجعت داده شود.

وقایه

- تقلیل مصابیت شاک 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.
- شاک را هرچه زودتر و به موقع تدایوی نمائید.

هدایات به مریضان

به فامیل مریضان 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 تدایوی 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 نمائید.
- ساحه متاثره را غیر متحرک ساخته و رجعت دهید.

دواایی

برای بهبود درد ادویه مسکن توصیه نمائید. (مثلاً Paracetamol). برای دوز های معیاری به جدول A ۱۵ در ضمیمه الف مراجعه نمائید.

۱۶.۱۱ (Abscess)

شرح

آبسه عبارت از تجمع موضعی قیح در جلد یا انساج رخواه 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 ثدیبه یا ناحیه عجان بوجود میآیند.
- آبسه های بارد (Cold abscess) - ناشی از انتان موضعی توبرکلوز در انساج رخوه

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 یخته
- یگانه نشانه آبسه مغلق ممکن موجودیت درد ضربانی بوده و سایر اعراض مشخص در آن موجود نیست
- آبسه بارد ممکن با تورم موضعی بدون درد و سایرعلامین باشد.
- در صورت مشکوک بودن به تشخیص، موجودیت قیح را با خارج نمودن قیح توسط سوزن ۱۸ گیج تأیید نمائید.
- احتیاط: فقط برای کتلات 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 موافقه 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 آنتی سپتیک، 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 میکنند.
- 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 درپچه کوچک ممکن باعث عود آبسه گردد.
- نوک فورسیس 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 A ۱۵۸ در ضمیمه الف مراجعه نمایید
- فقط در شرایط معین انتی بیوتیک توصیه نمائید. تداوی آبنسه 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 تموج و جمع شدن قیح
 - در صورتیکه مریض التهاب انساج رخواه ساحات اطراف آبنسه 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 معافیتهی نزد مریض.
- در صورت استطبایات، انتی بیوتیک برای ۷ روز تجویز گردد.
 - تابلیت Penicillin V برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۶ در ضمیمه الف مراجعه نمائید.

-یا-

- تابلیت 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 آبنسه های اطراف مقعد) ، تابلیت Metronidazole تجویز گردد. برای دوز های معیاری به جدول الف ۱۴ در ضمیمه الف مراجعه نمائید.

رجعت دهی

- رجعت دهی تمام مریضان مشکوک به آبنسه های بارد (مثلاً توپرکلوز) بدون تخلیه نمودن آبنسه.
- موجودیت آبنسه 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 لیبیل 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، ستریپور 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 کاربونیته های که در حشره کش ها موجود میباشد بوجود آمده باشد. موارد ذیل را دریافت کنید:
 - ازدیاد لعاب دهن
 - تعرق
 - اشک ریزی
 - آهسته شدن نبض
 - حدقات 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 مصنون، به موقع (جدول الف ۱۶،۱۲ مشاهده گردد) و مراقبت حمایتی و رجعت دهی میزبان 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 استیلپ 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 لیبیل 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 ۱۶.۱۳ دور کردن یا محو نمودن مواد سببی تسمات

احتیاط و ملاحظات	اقتضای غیر دوائی	نوعیت ماده سببی
<ul style="list-style-type: none"> • احتیاط: هیچ وقت مریض را به استفراغ یا لواز معده در حالات ذیل مجبور نکنید- <ul style="list-style-type: none"> ○ متنبیه بودن حالت شعوری یا عدم توانایی در محافظت ○ طریقه تفهیمی بنابر هر علت دیگر ○ بلع مواد سوزنده، مخرش، یا محصولات پترولیوم ○ شواهد موجودیت بر سوختگی در اطراف دهان و بینی • مواد سببی را قبل از اقدام برای برانگیختن استفراغ و اجرای لواز معده، شناسایی کنید. مواد سوزنده شامل مواد ذیل اند: <ul style="list-style-type: none"> ○ نفت یا سایر محصولات پترولیوم ○ اکثر حشره کش ها ○ محلولات و پاک کننده های تیزابی یا القوی ○ تیراب پتری 	<p>غرض دور کردن یا محو مواد سوزنده- • تولید استفراغ یا تحریک نمودن قسمت خلفی بیلوم با قاشق نرم یا سیاقول احتیاط: هیچگاه از نیک منجیث ماده تولید کننده استفراغ کار نگیرید میژاند که خیلی خطرناک باشد</p> <p>-یا-</p> <ul style="list-style-type: none"> • لواز معده را فقط در شرایط ذیل انجام دهید: <ul style="list-style-type: none"> ○ کارمندان صحنی یا طرزاعمال لواز معده آشنایی داشته باشند ○ کارمندان صحنی بتوانند آنرا بشکل مضمون انجام دهند ○ مریض نتواند که استفراغ نماید یا استفراغ کردن غیر مضمون باشد. • از لواز معده فقط در بلع موارد ذیل استفاده کنید- <ul style="list-style-type: none"> ○ بلع فقط در ساعات مقدم رخ داده باشد ○ تهدید کننده حیات باشد ○ مواد بلع شده از محصولات پترولیوم و مخرش نباشند • قندهای ذیل را برای اجرای لواز معده در نظر گیرید- <ul style="list-style-type: none"> • اطمینان از موجودیت اله سگسین در موقعی که مریض استفراغ مینماید. • مریض به طرف چپ وضعیت داده شده طوریکه رأس مریض پایین قرار گیرد. • طول تیوپ را که داخل معده مینماید اندازه نمایند تا از داخل شدن تیوپ به معده مطمئن شوند • لواز را با نازل سالمین ۰.۹ فیصد ۱۰ میلی لیتر فی کیلوگرم وزن بدن انجام دهید. مقدار مایع که سگسین میگرد باید به صورت تخمینی همان مقدار باشد که داخل معده شده است. لواز را تا زمانی ادامه دهید که در مایع سگسین نندم کدام پرچه از مواد بلع شده نماند. • برای جثی سازی مواد بلع شده در صورت موجودیت چار کول (charcoal) از طریق دهان یا تیوپ القوی 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 مقدار استعجاب برای آن موجود نباشد. 	<p>سمیات بلع شده</p>

<p>کارمندان صحتی موجود متوجه باشند تا غرض جلوگیری از ملوث شدن ثانوی ثانوی خویش را با پوشیدن پیش بند و دستکش محافظه نمایند.</p>		
<p>کارمندان صحتی موجود متوجه باشند تا غرض جلوگیری از ملوث شدن ثانوی ثانوی خویش را با پوشیدن پیش بند و دستکش محافظه نمایند.</p>	<p>احتمالاً: از چارکول فعال شده فقط زمانی استفاده کنید که کارمندان صحتی با پروتسجر تطبیق آن آشنا باشند</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ در صورت تطبیق از طریق تیوب معمولی، خیلی محتاط باشید که تیوب که 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 ۱۰۰ گرم چارکول مخلوط نمایید. ■ اطلاع کمتر از یک سال: یک گرم فی کیلوگرم وزن بدن ■ اطلاع یک الی ۱۲ سال: ۲۵ الی ۵۰ گرم ■ کاهش: اطلاع بیشتر از ۱۲ تا ۲۵ سال: ۱۰۰ تا ۱۰۰ گرم <p>احتیاطاً: چارکول ممکن است 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 استنباط است نباشد.</p> <ul style="list-style-type: none"> • زمانی که استفراغ تولید گردد یا خنثی سازی با چارکول مضاد استنباط بوده یا تطبیق آن ممکن نباشد، برای مریض شیر یا آب پاک غرض رقیق شدن مواد بلع شده توصیه نمایند. 	<p>ادامه سمیات بلع شده</p>
<p>کارمندان صحتی موجود متوجه باشند تا غرض جلوگیری از ملوث شدن ثانوی ثانوی خویش را با پوشیدن پیش بند و دستکش محافظه نمایند.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • یوزر 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 بشویید در صورت مواد جرب از صابون و آب استفاده کنید. • شستنیو را برای مدت حد اقل ۲۰ دقیقه ادامه دهید در صورتیکه ماده سمی اقلی بلند مدت شستنیو 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 شستنیو کرد (برای مواد اقلی ۴۰ دقیقه). متوجه باشید تا جریان آب از یک چشم به چشم دیگر صورت نگیرد (یعنی ۱۶.۷ جروحات چشم ترمیمجات، اجسام اجنبی و سوختگی ها" مشاهده گردد). 	<p>معروض شدن جلد و چشم به مواد سمی</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • استنشاق گاز های مخرب ممکن سبب تورم و انسداد طرق تنفسی علوی، سیارم قصبیات و بصورت مؤخر سبب سینه و بغل گردد. • ممکن به تطبیق انژیوبلیش، تجویز توسع دهنده قفسه، و اجزای تهریه مصنوعی ضرورت باشد 	<p>استنشاق سمیات یا مواد سوزنده</p>
--	---	-------------------------------------

جدول ب ۱۶.۱۲ اهمیتات دوائی تسمات مشخص

احتیاط و ملاحظات	اهتمامات دوائی	نوعیت ماده سمی
<p>احتیاط:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تحریک به استفراغ نکنید • در صورت بلع ماده سوزنده، چارکول فعال تجویز ننمائید زیرا این عمل سبب تحریب بیشتر دهن، بلعوم، طریق تنفسی، مری و معده میگردد. 	<ul style="list-style-type: none"> • برای رقیق سازی هرچه زودتر باید شیر یا آب توصیه گردد • بدانیه مریض هیچ چیز از طریق دهن ندهید، در صورت ضرورت مریض را به جراحی جهت معاینه تحریبات یا تمزق مری رجعت دهید. 	<ul style="list-style-type: none"> • ترکیبات مخرب • سودام هالیدروکساید • پتاشیم هالیدروکساید • تیتراب ها • مواد سفید کننده • مواد ضد عفونی
<p>احتیاط:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تحریک به استفراغ نکنید • چارکول فعال تجویز نکنید زیرا استنشاق این مواد سمی میتواند سبب دیسترس تنفسی یا کاهش اکسیجن خون (هالیوکسیسیما) از اثر اذیمای ریه یا نومیوتیا شود. • خطر Encephalopathy نیز موجود است 	<p>تناوی اختصاصی شامل تطبیق اکسیجن در صورت موجودیت دیسترس تنفسی (Distress) تنفسی نزد مریض.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ترکیبات پطروسم • نفت • معاوضه های • تورپنتن • پطرول

<p>احتیاط: تحریک به استفراغ نکنید زیرا بیشتر حشره کش ها در ترکیب خود مواد پیلورسم دارند.</p>	<p>این مواد می توانند که از طریق جلد جذب شده، بلع یا استنشاق گردد.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ماده سمی را در صورت مناسب بودن یا شستن چشم یا جلد دور کنید. • در صورتیکه مریض در جریان یک ساعت از بلع ماده سمی، راجع شده باشد چارکول فعال شده تجویز کنید. • در صورتیکه طفل علامت فعال شدن بیش از حد سیستم پاراسیماتیک (مانند ازدیاد لعاب دهان، چشمان اشک آلود، تبول و تنوع غیر ارادی، اختلالات معده و استفراغ) را داشته باشد در صورت موجودیت از اتروپین (پوال) استفاده کنید ۰.۱۵ تا ۰.۰۵ میلی گرام فی کیلوگرم وزن بدن زرق عملی (دوز اعطایی یک میلی گرام) مریض را جهت اکتفا Pralidoxime برای صحنه عملی رجعت دهید. این انتی دوت برای سمومات ناشی از مواد کیمیاوی یا اسوری مضره کشی ها (Pesticides) (حشره) یا دوایکه برای تداوی تپویشات عملی استفاده میگردد میباشد. 	<p>فاسفیت های عضوی و ترکیبات کاربامیت (Carbamate):</p> <ul style="list-style-type: none"> • فاسفور های عضوی (ملائین، پراتیون، Mevinphos, TEPP) • کاربامیت ها از قبیل Methiocarb Carbaryl و (حشره کشی ها)
	<ul style="list-style-type: none"> • در صورتیکه مریض الی یک ساعت از بلعیدن معاینه گردد، استفراغ را تحریک کنید. در صورتیکه استفراغ تولید نگردد از لواز معده یا چارکول فعال شده استفاده کنید. • مریض را جهت اکتفا Methionine یا Acetylcysteine غرض جلوگیری از عدم کفایه کشد رجعت دهید. • در صورتیکه مریض به دوز ۱۵۰ میلی گرام فی کیلوگرم وزن بدن یا بیشتر از آن از بلع نموده باشد، (به شفاخانه حوزره وی) رجعت دهید. 	<p>Paracetamol</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • بلع این ماده می تواند که در اطفال بیشتر خطرناک باشد زیرا اینها به زودترین فرصت خاصیت تیزایی پیدا نموده و بلاخره می توانند که از اثر تاثيرات سمی خویش سبب تخریبات شدید در سیستم عصب مرکزی گردند. اسیرین سبب میشود تا تنفس و استفراغ مریض بشكل اسیدی شده و نژاد مریض برونکس گوش (Tinitus) ها بوجود آید. • استفراغ را تحریک کنید. در صورتیکه استفراغ تولید نگردد از لواز معده یا چارکول فعال شده استفاده کنید. • در حالات بلند بودن تیزاب عضوت (Acidosis) مایعات بیشتر جهت از دیلاط اطالع انداز تجویز نمایند. مریض را جهت تداوی بیشتر به شفاخانه رجعت دهید (مثلا جهت اکتفا sodium bicarbonate, vit K). 	<p>Acetylsalicylic acid و سایر (Aspirin) ها Salicylate</p>

<p>چون چارکول فعال شده نمیتواند که با نمکیات آهن وصل شود، بنا برآورد معده را در مریضی که مقدار سسی آهن گرفته باشد، قادر به استفراغ نباشد و از سمیت مدت زیاد نگذشته باشد، در نظر گیرید.</p>	<p>• تظاهرات کلینیکی سمیت آهن را ملاحظه نمایید.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ دلدیی، استفراغ، درد بطني و اسهالات ○ استفراغ یا اسهال نسواری یا سیاه رنگ ○ خونریزی های معدی معانی، تفریط فشار، سرگیجی، اختلاج، و در حالات سمیت شدید اسیدوز استقلابی (Metabolic Acidosis) <p>یادداشت: تظاهرات معدی معالی در ۶ ساعت اول رخ میدهد. مریض که تا این زمان بدون عرض باشد ضرورت به تطبیق انتی دوت ندارد</p> <ul style="list-style-type: none"> • در صورت گذشتن کمتر از دو ساعت از بلع ماده سسی، تحریک به استفراغ کنید. • مریضان دارای اعراض را برای مدنظر گرفتن آنها عرض تطبیق انتی دوت به شماخانه رجعت دهید. 	<p>آهن (Iron)</p>
<p>مریض ممکن با وصف کم بودن اکسیجن خون (Hypoxemic) کلاری رنگ به نظر رسد.</p>	<p>اکسیجن ۱۰۰ فیصد جهت دور کردن سریع کاربن مونو اکساید الی از بین رفتن پتانیه های هائپوکسیا تطبیق گردد.</p>	<p>کاربن مونو اکساید</p>
<p>Naloxane hydrochloride از طریق زرق عطفلی یا تحت جلدیی تطبیق گردد، اما فقط در حالات که طرق وریدی ممکن باشد. زرق داخل عطفلی و تحت جلدیی دارای تاثیرات بعلی تر میباشد.</p>	<p>• تظاهرات کلینیکی سمیت مواد مخدر ملاحظه گردد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ تبسم خفیف یا خوشی کاذب، سرگیجی و تفضی حذقیه همراه است ○ تبسم شدید ممکن سبب تفریط فشار خون، برادی کاردی، کاهش درجه حرارت بدن، تشنج، ادریمای ربوئی، کوما، و انحصاط و توقف سسسم تنفسی گردد ○ مرگ از اثر توقف تنفس (Apnea) یا داخل شدن محتویات معده به ریه میباشد. <p>(Aspiration Pneumonia) رخ میدهد.</p> <ul style="list-style-type: none"> • طرق تنفسی را با دادن اکسیجن و تهیه مصنوعی محافظه نمایید • در صورت که برای تولید استفراغ، لواز معده و تطبیق چارکول مطمئن باشد، اقدام به اجرای آن نمائید. • مریض را عرض گرفتن Naloxane که یک انتاگونیست مشخص محصولات تریاک است (در صورت موجودیت آن در شماخانه ولسوالی و بلندی) رجعت دهید، وصال ۴۰۰ مایکروگرام (مساوی به ۰.۴ میلی گرم) فی میلی لیتر. مقدار آن از طریق زرق وریدی، ○ اطفال: ۱۰ مایکروگرام فی کیلوگرام وزن بدن. در صورت عدم پاسخ دوز آن در جریان ۲ دقیقه تکرار گردد. 	<p>مواد مخدر (Narcotics): محمولات تریاک (مانند Morphine, heroin, codeine, Tramadol, propoxyphene)</p>

	<p>○ کاملان: 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.</p>	<p>ادامه مواد مخدر</p>
	<p>Flumazenil یک آنتاگونیست مشخصی اجزیه های بنزودیازپین است (در شفاخانه ولسوالی و بلند تر از آن موجود است). ۰.۳ میلی گرام فی کلوگرام وزن بدن از طریق رزق وریدی در جریان دو دقیقه تطبیق گردد (الی دوز اعظمی ۲ میلی گرام).</p>	<p>Benzodiazepines</p>

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 رویه 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 نمائید. در صورت مواجه شدن به علایم خطر به کلینیک مراجعه نمائید
- والدین را در مورد کمک های اولیه در صورت مواجه شدن به مواد سمی در آینده توصیه نمائید
 - طفل را در حالات ذیل مجبور به استفراغ نه نمائید-
 - در صورت بلع مواد سوزنده، نفت، پترول، یا محصولات که بنیه پترولی 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 نمائید 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 ساده 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 نمی‌باشد.
 - اختلاج مغلق ناشی از تب
 - می‌تواند محراقی، مکرر 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.
- تکفیک 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 نمایند.
- 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
 - استقلالی: 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 دوابی

- باز نگهداشتن طرق تنفسی
- وضعیت دادن طفل به یک پهلو به منظور جلوگیری از انشاق مواد به طرق تنفسی
- در صورت کیبود 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 ترخیصات موضعی
- حفاظت زبان از جویدن
- کاهش تب
- دور کردن لباس طفل
- گذاشتن تکه سرد و نمदार (طور مثال مرطوب کردن اسفنج با آب نیم گرم)
- تجویز مایعات زمانیکه حملات اختلاجی مریض بهبود میابد

اهتمامات دوابی

- 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 نماید.
 - 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 ضمیمه A برای دوز های معیاری مراجعه گردد.
 - سوزن سرنج را دور کرده و سرنج (بدون سوزن) را قبل از تخلیه کردن به اندازه ۴ تا ۵ سانتی متر داخل مقعد مریض نمائید.
 - و سرنج بدون سوزن حاوی Diazepam را داخل مقعد مریض تخلیه نمائید.
 - سرین های مریض را برای ۲ تا ۳ دقیقه بالای یک دیگر فشار دهید.
- اقدام دومی: تداوی تب با توصیه Paracetamol الی بهبودی آن. به جدول الف ۱۵ ضمیمه 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 آنتی بیوتیک مناسب به اساس تشخیص وضع شده و در صورت مشکوک شدن به امراض باکتریایی یا موجودیت علائم عمومی خطر آن یا کدام علائم 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 ضمیمه الف برای دوز های معیاری مراجعه گردد.
- یا-
 - در صورتیکه مریض در مقابل کوتریموکسازول حساس است یا بعد از گذشتن ۴۸ ساعت در برابر تداوی بهبودی حاصل نکرده، گزینه دوم Amoxicillin میباشد. به جدول الف ۳ ضمیمه الف برای دوز های معیاری مراجعه گردد.
- یا-
 - در واقعات حساسیت یا آلرژی در مقابل Penicillin. از Erythromycin استفاده نمائید. به جدول الف ۱۲ ضمیمه الف برای دوز های معیاری مراجعه گردد.

- از کاهش گلوکوز خون (Hypoglycemia) در نزد اطفال جلوگیری نموده و با توصیه آب شیرین در نوزدان با شیر مادر آنها تداوی نمائید.

رجعت دهی

- تمام حملات ابتدایی اختلاج و انواع غیر وصفی (به طور مثال حملات متکرر اختلاجی، عدم بازیابی شعور مکمل بعد از حمله اختلاج) آنها جهت تطبیقات بیشتر هر چه زودتر به شفاخانه رجعت دهید.
- تمام اطفال کمتر از ۵ سال که بر اساس علائم خطر IMCI مشکوک به التهاب سحجایی یا Encephalitis اند یا علائم 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 اغلباً خفیف بوده و خود به خود بهبود میاید (سرماخوردگی) ، هر چند 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 و بغل، 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 علائم خطر امراض شدید و علائم 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 دریک 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 یا وارد نمودن ضربه
 - "Empyema" (انصباب پلورایی و Empyema باید مد نظر باشد)
 - ویزنگ- ممکن توام با استمما 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، ایسه 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.
- تدای 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
- مریضانیکه 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:
 - گرداندن 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 ننمائید. 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 ترمومتر 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
- علائم 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 جیبوس "Sinusitis")
- درد شدید گلو (گلودردی، آیسه ها)
- درد عظم مستونید یا گوش و یا موجودیت چرک (التهاب اذن متوسط، التهاب عظم مستونید "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 پری‌توان، محرقة)
- درد در هنگام ادرار، درد ناحیه فلانک ها، یا هر دو (انتانات طرق بولی)
- درد مفاصل یا اطراف (اوستیومالییت، التهاب انتانی مفاصل)
- درد، تورم یا تومج موضعی (Cellulitis، آیسه)
- اسباب تب را که ممکن با علائم 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 علائم امراض زمینة سازکه منجر به تب گردیده معاینه شده و تداوی گردند.

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 منغوس 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 ویا 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 سحایا، 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 آبسه 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 معانعت مینمایند (طورمثال علائم پریتونیت)

وقایه

- 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 سرخکان 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
- سکنه مغزی (Stroke)
- التهاب عظم مستوتید و التهاب اذن متوسط
- تومورهای دماغ
- کمخونی

تشخیص

سردردی های ناشی از امراض شدید اغلباً با اعراض و علائم 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 صحت 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
- دلبدی، استفراغ، 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 احتیاطاً: 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 میگردد:
 - 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 ۱۰ 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 کلنیکي 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 اختلاط یا تخرشیت نوزاد نشانه 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 دوايي

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.

دوايي

- 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 استطباب و واضح بودن تشخیص برای تسکین خارش Chlorpheniramine توصیه نمائید.
- 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

وقایع

- 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 علائم 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

تظاهرات ضمیموی	موقعیت	کیفیت	حالات
<ul style="list-style-type: none"> • با فعالیت فیزیکی، معروض شدن به سردی یا فشارهای روحی تشدید گردیده • با استراحت و گرفتن Nitroglycerine تسکین میگردد 	عقب عظم سترنوم، اغلباً به طرف گردن، فک، شانه ها یا بازوی چپ انتشار دارد	فشار، دقیت، گرفته گی، احساس سنگینی، سوزش که بین ۲ تا ۱۰ دقیقه دوام میکند	خناق صدی (فصل ۶،۴ مشاهده گردد)
<ul style="list-style-type: none"> • با استراحت و گرفتن Nitroglycerine تسکین نمیگردد • ممکن توام با شواهد عدم کفایه قلب یا اریتمی ها باشد 	مشابه به خناق صدی	مشابه به خناق صدی بوده، اما با شدت بیشتر که اغلباً بیش از ۳۰ دقیقه دوام میکند	احتشای حاد میوکارد (فصل ۵،۵ مشاهده گردد)
<ul style="list-style-type: none"> • عسرت تنفس • سرفه • تب • رال ها (Crackles) 	یک طرفه، اکثرأ موضعی	درد شدید جدارصدر که با تنفس تشدید میگردد	سینه و بغل (فصل ۳،۳ مشاهده گردد)
<ul style="list-style-type: none"> • عسرت تنفس • کاهش آواز های تنفسی 	جوانب صدر، در نواحی پنموتوراکس	حملات ناگهانی، که چندین ساعت دوام میکند	پنموتوراکس
با گرفتن غذا و انتی اسید تسکین میگردد	ناحیه اپی گستریک؛ تحت سترنوم	سوزش	مری یا معدی معایی (فصل ۲،۲ " مرض قرحه پپتیک" مشاهده گردد)
ممکن به تعقیب گرفتن غذا خصوصاً غذاهای چرب بوجود آید	ناحیه اپی گستریک؛ ربع علوی طرف راست، تحت سترنوم	سوزش، فشار	امراض کیسه صفرا (فصل ۱۶،۲،۳ مشاهده گردد)
با تغییر موقعیت یا فشار موضعی در وقت معاینه شدید تر میگردد	متغییر	درد دوامدار	امراض عضلی اسکلتی
Rash های ابله مانند بالای ساحه مصاب	توزیع آن بالای جلد	زنده و سوزنده	مرض جلدی- Herpes zoster

اهتمامات و تدابیر معالجوی

غیر دوابی

- موضوع بسیار مهم دور نمودن مشکلات تهدید کننده حیات منحنیت 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.

دوابی

- 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 وبغل شدید ضرورت به رجعت دهی فوری دارند.
- در صورت مشکوک بودن به احتشای میوکارد، مریض را با کارمند صحی 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 میشوند، حکایه نمایند زیرا تاریخچه برای تشخیص درست دارای اهمیت فراوان است. طور مثال آیا اعراض با فعالیت فزیک، 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 تعوط میباشد. دفعات تعوط 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 هرشپرنگ "Hirschprung disease" تفریط 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 هرشپرونک داشته باشند)
- اجرای معاینه مقعد و عانه برای ارزیابی احساس مقعدی، قوت عضلات مقعدی، اندازه مقعد و بازویسته شدن مقعد

اهتمامات و تدابیر معالجوی**غیر دوائی**

- مریضان باید در مورد ماهیت قبضیت ساده مطمئن شده و اطفال باید به تعوط 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 سیوس کافی، میوه جات و سبزیجات
- تغییرات مناسب رفتاری جهت رفع قضای حاجت بشکل منظم. اطفال باید به رفتن به تشناب بدون تاخیر و عجله یا شتاب تشویق شوند.
- یادداشت: نوشیدن بیش از حد شیر ممکن قبضیت را شدیدتر سازد.

اهتمامات دوائی

در صورت که اهتمامات غیر دوائی 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 میروند.
- از اماله سالین، اماله روغن منرال و شیاف گلیسرین برای مواد غایبه سخت شده در مقعد الی منحل شدن و تخلیه کامل آن استفاده نمائید.

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

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 ۲.۱ " 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، یرقان
 - 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، سرچرخی 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 زیان 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 دوابی

- 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.

دوابی

- 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 ۲.۱ " اسهالات و ضیاع مایعات" برنامه A مشاهده گردد)

- اعاده مایعات وریدی در صورتیکه: -
 - مریض تحمل گرفتن مایعات را از طریق دهن ندارد، دارای یک سوپه 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 B و C 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 ادویه 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 امعا، یا التهاب پریتون یا موجودیت خون در استفراغ داشته باشد.
- استفراغات متوسط و شدید خصوصاً اطفال کمتر از ۵ سال موجود باشد (فلب چارت IMCI را مشاهده کنید)
- مریض شواهد امراض یا انتانات شدید را چون شاک، سیتسمی، سینه و بغل، التهاب سحابا، 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 یی 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 دهیدکه بیشتر واقعات استفراغ خود به خودی بهبود میابد.
- به مریض توصیه نمائید که بعد از بهتر شدن وضعیت اش مقدار غذاو 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
<ul style="list-style-type: none"> • آله داخل رحمی (IUDs) • شیوه های دایمی 	موثرترین	<ul style="list-style-type: none"> • ۱۸.۲.۵ • در این رهنمود تداوی معیاری گنجانیده نشده است
<ul style="list-style-type: none"> • شیوه های زرقی • شیوه عدم تخیض با شیردهی (LAM) • تابلیت های فمی ترکیبی برای جلوگیری از حمل (COC) • تابلیت های ضد حاملگی که تنها حاوی پروجسترون اند (POP) 	بسیار موثر	<ul style="list-style-type: none"> • ۱۸.۲.۴ • ۱۸.۲.۶ • ۱۸.۲.۲ • ۱۸.۲.۳
<ul style="list-style-type: none"> • کاندم • شیوه آگاهی از باروری (FAMs) 	در صورت هر مرتبه استفاده درست، موثر است	<ul style="list-style-type: none"> • ۱۸.۲.۱ • ۱۸.۲.۷
<ul style="list-style-type: none"> • شیوه خودداری از مجامعت • محو کننده سپرم 	کمتر موثر	<ul style="list-style-type: none"> • 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 علائم حمل به جدول ۱۸.۱ C مراجعه نمائید.

جدول ب ۱۸.۱ رد نمودن حاملگی

نخیر	بلی	سوال	
		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؟	۱
		آیا از زمان آخرین عادت ماهوار تان یا از زمان تولد طفل تان از مجامعت جنسی پرهیز کرده اید؟	۲
		آیا قبل از کمتر از یک ماه طفل نوزاد داشته اید؟	۳
		آیا عادت ماهوار ماه قبلی در جریان هفت روز گذشته شروع شده است (در صورت خواهش استفاده از آله داخل رحمی، خونریزی در جریان ۱۲ روز قبلی پرسیده شود)؟	۴
		آیا در جریان ۷ روز قبلی کدام سقط داشته اید (در صورت خواهش استفاده از آله داخل رحمی، خونریزی در جریان ۱۲ روز قبلی پرسیده شود)؟	۵
		آیا از شیوه های جلوگیری از ولادت به صورت موفق و درست استفاده نموده اید؟	۶

جدول ج ۱۸.۱ اعراض و علائم 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 عطرووبوی	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 علائم 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 آنها 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 آنها دارند، توصیه نمائید. در صورت که تست حاملگی موجود نباشد درینصورت داکتر زنانه یا یکی از کارمندان صحی 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 آنها 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 پروسه 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= برای 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)	تابلیت های فقط حاوی پروجسترون (POP)	شیوه های زرقی	تابلیت های فمی ترکیبی برای جلوگیری از حمل (COC)	معاینات روزمره
C	C	C	C	C	C	معاینه پستان توسط یک کارمند صحتی 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 فزیکلی)
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) میباشند. اینها منحصی 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 همیستر 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 (COCP)

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 نازم 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 شاکمی 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 ثدییه ها
- تغییرات در وزن بدن
- تغییرات خلق و خوی
- جوانی دانه (که میتواند یا بهبود یابد و یا هم 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 سیماب) تائید 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 سکتة مغزی، حملات قلبی، ترمبوز اوعیه عمیقہ را داشته باشند
- سرطان های ثدیہ 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 تاثیرات تابلیت های فمی ترکیبی برای جلوگیری از حمل 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 کاندم).

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 (کاندم 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 و ادامه دهد.
- در صورت استفراغ یا داشتن اسهال بیش از دو روز باید از هدایات که برای عدم موفقیت سه یا بیشتر تابلیت در فوق تذکر یافته است، استفاده نماید.

تجویز

راحت بودن خانم در گرفتن تابلیت 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 نمایند.

۱۸.۲.۳ قرص های که صرف پروجستین دارند (Progestin-only pill)

شرح

تابلیت های که صرف پروجستین دارند (POP) که به نام تابلیت 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 تابلیت 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). تابلیت 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 متکرر یا عدم خونریزی)
- سردردی
- سرگیجی
- دلیدی
- 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: تابلیت 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 اوویه عمیق در پاها یا ریه ها که هنوز تحت مداوی با ادویه ضد علقه خون قرار نگرفته باشد.
- سرطان های ثدییه 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 تابلیت 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 تابلت ها را تجویز نمود.
- تشریح نمودن طریقه درست در مورد استفاده یک تابلت 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 تابلت 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 تابلت 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 تابلت

- گرچه ممکن است که زوجین ممکن پرسش نداشته باشند اما موارد ذیل را برایشان واضح سازید:
- در صورتیکه خانم موفق به گرفتن یک تابلت با سه ساعت تاخیر میگردد باید هرچه زودتر دوز همان روز را اخذ نموده و سایر تابلت ها را مطابق به برنامه ادامه دهد (حتی اگر ضرورت به گرفتن دو تابلت 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 تابلت های عاجل ضد حمل مد نظر باشد.

تجویز

تعداد دوره ها (تا ۱۲ ماه) را بر حسب راحت بودن خانم با این مد نظر گرفته تجویز نمایند.

۱۸.۲.۴ اشکال زرقی که صرف پروجستین دارند (Progestin-only Injectables)**شرح**

یگانه شیوه زرقی پروجستین که در افغانستان مروج است عبارت از: Medoxy 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 تائید 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 عمیقہ در پاها یا ریه ها
- سرطان های تدیہ یا تاریخچه آن
- خونریزی های نامنظم مهبلی که زمینه ساز آن امراض دیگر باشد. بعد از تحقیق و تداوی دوباره ارزیابی نمایند.

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 تحیض 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 تحیض 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 نمایند اما خانم را جهت صحتمندی طفل تشویق به شیردهی الی سن دو ساله گی نمایند.

• خانمهای که از دواهای 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، بیره 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 باشد 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 معانعت در این دوره استفاده کند. در اینجا راه های مختلف موجود اند که خانم در مورد دوره باروری خود میدانند و میتوانند 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 مکماً به نسبت کهولت سن توقف نموده باشد که در ایصورت 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 تغییر 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 نژده 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
- کاندوم را منحیت شیوه احتیاطی تجویز نمائید و طرق استفاده آنرا نشان دهید. از استفاده درست کاندوم 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 مهلبی
- 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 کوشش‌های 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
 - دیفتري
 - سیاه سرفه
 - تیتانوس
 - هیپاتیت B
 - هیموفیلوس انفلونزا نوع B
 - سرخکان
 - پولیو
- این وظیفه کارمندان صحتی است تا-
- از واکسین نمودن گروه‌های 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 خانم‌های سن باروری با واکسین ضد تیتانوس (TT) حمایت نمایند
 - دوز تقویتی واکسین سرخکان را برای اطفال سن ۲ سال ترویج نمایند
 - در کمپاین‌های وسیع محو کامل پولیو سهم گیرند
 - از تامین درجه حرارت مناسب جهت کنترل و نگهداری واکسین‌های 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 روزهای 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 خانم‌های 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 واکسین‌های شان مطابق به پیشنهادات پروگرام معافیت کتلوی نمی‌آورند. لهذا هر طفل که بنا بر 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 واکسین‌هایش را تکمیل نمائید. (جدول A ۱۹ 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، pentavalent شامل ۵ واکسین است در مقابل امراض (دیفتیری، سیاه سرفه، هیپاتیت B، تیتانوس و هیموفیلوس 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

واکسین	چی وقت باید واکسین گردد
دوره اول واکسین TT	هرچه زودتر بعد از سن ۱۵ ساله گی
دوره دوم واکسین TT	حد اقل ۴ هفته بعد از واکسین TT اول
دوره سوم واکسین TT	حد اقل ۶ ماه بعد از واکسین TT دوم
دوره چهارم واکسین TT	حد اقل یک سال بعد از واکسین TT سوم
دوره پنجم واکسین TT	حد اقل یک سال بعد از واکسین TT چهارم

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.

وقایه

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 سایرعکس العمل ها یا دوام عارضه جانبی عادی طفل را به مرکز صحی بیاورد.

فصل بیستم آنتان HIV و ایدز

شرح

- ویروس کاهش معافیت انسان (HIV) بعد از داخل شدن در لmfوسیت های میزبان به صورت تدریجی تخریب سیستم معافیتی را باعث شده و سبب بیماری میگردد که توانایی شخص در مقابله با آنتانات از دست رفته و بالاخره منتج به شدیدترین حالت آنتان 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.
 - ملوثیت 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 صحتی)
 - 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 آنتان 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 آنتان HIV را میتوان با راه اندازی اقدامات مناسب و تداوی وقایوی 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 آنتان HIV میتواند که سال ها صحتمند باقی مانده اما آنتان 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 تأییدی 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 بطی (در اطفال)
 - اسهالات مزمن (بیشتر از یک ماه)
 - تب دوامدار (بیشتر از یک ماه به صورت ثابت یا نوسانی)
 - شواهد آنتانات فرصت طلب (آنتانات 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 آنتانات بیماری را میگردند مانند توپر کلو، ملاریا، باکتریال پنمونیا، Herpes zoster، آنتانات جلدی ستافیلوکوکی و Septicemia).
 - علایم خفیف
 - سرفه دوامدار (بیشتر از یک ماه)
 - التهابات جلدی یا خارش عمومی
 - آنتانات 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
 - استطبایات 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 بگیرید
- علایم بزرگ و کوچک شدت بیماری را با مریض مرور نمایند- در صورت نگرانی، مشاوره و معاینه مقدم تر صورت گیرد.

ضمیمه الف. دوزاژ و رژیم های دوائی

جدول الف ۱ وزن، قد و جنسیت

وزن به کیلوگرام	قد به سانتی متر	سن
۵.۳	۵۱	نوزاد پخته (Full-term)
۳.۴	۵۵	یک ماهه
۴.۵	۵۸	دوماهه
۱.۶	۶۱	سه ماهه
۷.۶	۶۳	چهار ماهه
۶.۷	۶۷	شش ماهه
۹	۷۵	یکساله
۱۴	۹۶	سه ساله
۱۸	۱۰۹	پنج ساله
۲۳	۱۲۲	هفت ساله
۳۲	۱۳۸	ده ساله
۳۹	۱۴۹	دوازده ساله
۴۹	۱۶۳	چهارده ساله (مذکر)
۵۰	۱۵۹	چهارده ساله (مونث)
۶۸	۱۷۶	کاهل (مذکر)
۵۸	۱۶۴	کاهل (مونث)

منبع: چارت رشد اطفال بریتانیای کبیر- سازمان صحتی جهان ۲۰۰۹ و چارت ستندرد بریتانیای کبیر ۱۹۹۰

جدول الف ۲ (Aminophylline)

اطفال تا ده سال		کاملان (واطفال بزرگتر از ۱۰ سال)
<ul style="list-style-type: none"> • فسی: ۶ میلیگرم فی کیلوگرم وزن بدن فی دوز هر هفت ساعت بعد • زرق و ویدی: دوز متناسب دوز نظری گرفته و تا حد ممکن به اساس وزن بدن محاسبه نمایند (طفل روزه نمانید) در صورت که وزن نمودن طفل قابل اجرا نباشد، دوزهای ذیل راه طفل توصیه ننمایند. دوز ابتدایی: از طریق ویدی ۵ تا ۶ میلی گرام فی کیلوگرم وزن بدن (دوز نظمی ۳۰۰ میلی گرام) به اِهسته گی در مدت ۲۰ الی ۴۰ دقیقه زرق نموده و با دوز تقبیه زرق ویدی ۵ میلی گرام فی کیلوگرم وزن بدن در هر ۶ ساعت پایه شکل انفیوزن ۰۹ میلیگرم فی کیلوگرم وزن بدن هر ساعت ادامه دهید. احتیاط: دوز انتر به سن محاسبه نکنید تا حد ممکن دوز مناسب را نظره وزن بدن محاسبه نمایند. 		
وزن بدن به کیلوگرم		
تابلیت ۱۰۰ میلی گرام	ویتال ۲۵۰ میلی گرام در ۱۰ میلی لیتر	دوره اساسی وزن بدن تابلیت ۱۰۰ میلی گرام
¼	یک میلی لیتر	۳ الی کمتر از ۶ کیلوگرم (نوزاد الی کمتر از ۳ ماه)
½	۱۵ میلی لیتر	۶ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرم (۳ ماه الی کمتر از یکسال)

¾	۲۵ میلی لیتر	۱۰ الی کمتر از ۱۵ کیلوگرم (۱ سال الی کمتر از ۳ سال)
۱	۳۵ میلی لیتر	۱۵ الی ۲۰ کیلوگرم (۳ سال الی کمتر از ۵ سال)
½	۵ میلی لیتر	۲۰ الی ۲۹ کیلوگرم (۵ - ۱۰ سال)
۲ الی ۳	۱۰ الی ۱۵ میلی لیتر	بیشتر از ۲۰ کیلوگرم (اطفال بالای ۱۰ سال و بزرگسالان)

جدول الف ۳ (Amoxicillin)

اطفال الی سن ۱۰ سال: فسی: روزانه ۱۵ میلی‌گرم فی کیلوگرم وزن بدن فی دوره هفت ساعت بعد (برای سینه وپفل روزانه ۲۵ میلیگرم فی کیلوگرم وزن بدن هر ۱۲ ساعت بعد)
 کاملان (واپفال بزرگتر از ۱۰ سال): ۲۵۰ میلی گرام فی دوره هفت ساعت بعد روزانه در انتانات شدید دوز دوچند میگردد در سینه وپفل از طریق فسی روزانه ۵۰۰ میلیگرم الی ۱ گرام هر هفت ساعت بعد
 یادداشت: به علت حساسیت یالرژی در مقابل پسلین هاز Erythromycin استفاده نمائید به جدول ۱۲۸ برای دوزهای معیاری مراجعه گردد.

دوز مطابق به وزن بدن

وزن بدن (سن)	تابلت ۲۵۰ میلی گرام	شربت ۱۲۵ میلی لیتر	تابلت ۲۵۰ میلی گرام	شربت ۱۲۵ میلی لیتر	تابلت ۲۵۰ میلی گرام در ۵ میلی لیتر	شربت ۱۲۵ میلی لیتر
۳ الی کمتر از ۶ کیلوگرم (نوزاد الی کمتر از ۳ ماه)	%تابلت	۲۵ میلی لیتر	%تابلت	۲۵ میلی لیتر	۱ تابلت	۵ میلی لیتر
۶ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرم (سه ماه الی کمتر از ۱سال)	%تابلت	۵ میلی لیتر	%تابلت	۵ میلی لیتر	۱ تابلت	۱۰ میلی لیتر
۱۰ الی کمتر از ۱۵ کیلوگرم (۱۰ الی کمتر از سه سال)	%تابلت	۷۵ میلی لیتر	%تابلت	۷۵ میلی لیتر	۱،۵ تابلت	۱۵ میلی لیتر
۱۵ الی کمتر از ۲۰ کیلوگرم (۳ الی کمتر از ۵ سال)	۱ تابلت	۱۰ میلی لیتر	۲ تابلت	۱۰ میلی لیتر	۲ تابلت	-
۲۰ الی ۲۹ کیلوگرم (۵ الی ۱۰ سال)	۱،۵ تابلت	-	۲،۵ تابلت	-	۲،۵ تابلت	-
کاملان واطفال بیشتر از ۱۰ سال (بیشتر از ۲۹ کیلوگرم)	۱،۵ تابلت	-	۴ تابلت	-	۴ تابلت	-

جدول الف ۴ (Ampicillin)

اطفال الی ۵ سال: زرق وریدی /عضوی: ۵۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوره ۴ ساعت بعد کلاکلن (واپفال بیشتر از ۵ سال): روزانه ۵۰۰ میلی گرام فی دوره شش ساعت بعد؛ در انتانات شدید دور نظریه حساسیت از گانتیریم دوچند میگردد، از طریق زرق عضلی یا زرق آمپسته وریدی یا از طریق انفیوزن وریدی		یادداشت: به علت حساسیت یا آلرژی در مقابل پنیسلین ها از Erythromycin استفاده شود به جدول ۲۸ برای دوزهای معیاری مراجعه گردد.	
دوز مطابق به وزن بدن			
وزن بدن (سن)			
۳ الی کمتر از ۴ کیلوگرام (نوزادالی کمتر از ۲ ماه)			ویال ۵۰۰ میلیگرام به شکل مخلوط با ۴.۵ میلی لیتر آب مقطر که ۱۰۰ میلیگرام در هر یکمی لیلیتر تهیه میگردد
۴ الی کمتر از ۶ کیلوگرام (۲ ماه الی کمتر از ۴ ماه)			۱.۵ میلی لیتر = ۱۵۰ میلی گرام
۶ الی کمتر از ۸ کیلوگرام (۴ الی کمتر از ۹ ماه)			۲ میلی لیتر = ۲۰۰ میلی گرام
۸ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرام (۹ ماه الی کمتر از ۱۲ ماه)			۳ میلی لیتر = ۳۰۰ میلی گرام
۱۰ الی کمتر از ۱۴ کیلوگرام (۱۲ ماه الی کمتر از سه سال)			۴ میلی لیتر = ۴۰۰ میلی گرام
۱۴ الی ۱۹ کیلوگرام (۳ الی ۵ سال)			۵ میلی لیتر = ۵۰۰ میلی گرام
بیشتر از ۱۹ کیلوگرام (کاهلان واطفال بیشتر از ۵ سال)			۷ میلی لیتر = ۷۰۰ میلی گرام
			۵ میلی لیتر = ۵۰۰ میلی گرام
			(الی ۱۰ میلی لیتر = ۱ گرام در انتانات شدید)

جدول الف ۵ (Chloramphenicol)

<p>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 سحابی از طریق زرق وریزی: ۲۵ میلیگرام فی کیلوگرام وزن بدن هر شش ساعت بعد (دوز اعظمی ۱ گرام فی دوز) کودکان (اطفال 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: با زرق وریزی احیاءاً: در اطفال قبل المعیاد باید از دادن Chloramphenicol اجتناب کرد</p>			
<p>دوز به اساسی وزن بدن</p>			
وزن بدن (سن)	شربت ۱۲۵ میلی گرام در ۵ میلی لیتر (Palmitate)	کپسول ۲۵۰ میلی گرام	وial ۱ گرام مخلوط با ۹.۲ میلی لیتر آب مقطر که ۱ گرام در ۱۰ میلی لیتر آن بدست میاید و در التهاب سحابی توصیه می گردد
۳ الی کمتر از ۳ ماه	۳ الی ۵ میلی لیتر	-	۱۰.۷۵ الی ۱.۲۵ میلی لیتر
۴ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرام (سه ماه الی کمتر از یکسال)	۴ الی ۹ میلی لیتر	-	۱.۵ الی ۲.۲۵ میلی لیتر
۱۰ الی کمتر از ۱۵ کیلوگرام (۱۱ الی کمتر از سه سال)	۱۰ الی ۱۴ میلی لیتر	۱	۲.۵ الی ۳.۵ میلی لیتر
۱۵ الی کمتر از ۲۰ کیلوگرام (۲ الی کمتر از ۵ سال)	۱۵ الی ۱۹ میلی لیتر	۱½	۳.۷۵ الی ۴.۷۵ میلی لیتر
۲۰ الی کمتر از ۲۹ کیلوگرام (۵ الی ۱۰ سال)	-	۲	۵ الی ۷.۲۵ میلی لیتر
بیشتر از ۲۹ کیلوگرام (کاملان و اطفال بیشتر از ۱۰ سال)	-	۲	۵ الی ۱۰ میلی لیتر

جدول الف ۴ (Chloroquine)

دوز به اساس وزن بدن (سن)						
شربت ۵۰ میلی گرم در ۵ میلی لیتر		تابلیت های ۱۵۰ میلی گرم				
روز سوم	روز دوم	روز اول	روز سوم	روز دوم	روز اول	
۲۵ میلی لیتر	۵ میلی لیتر	۵ میلی لیتر	-	-	-	۳ الی کمتر از ۴ کیلوگرم (نوزاد و کمتر از ۳ ماه)
۵ میلی لیتر	۷۵ میلی لیتر	۷۵ میلی لیتر	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۴ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرم (سه ماه الی کمتر از یکسال)
۱۰ میلی لیتر	۱۵ میلی لیتر	۱۵ میلی لیتر	۱/۲	۱	۱	۱۰ الی کمتر از ۱۵ کیلوگرم (۱ الی کمتر از سه سال)
-	-	-	۱	۱/۲	۱/۲	۱۵ الی کمتر از ۲۰ کیلوگرم (۲ الی کمتر از ۵ سال)
-	-	-	۱	۱/۲	۱/۲	۲۰ الی ۲۹ کیلوگرم (۵ الی ۱۰ سال)
-	-	-	۲	۴	۴	بیشتر از ۲۹ کیلوگرم (کاملان و بزرگسالان بیشتر از ۱۰ سال)

اطفال الی ۱۰ سال: قفسی یکبار در روز برای سه روز: ۱۰ میلیگرم فی کیلوگرم وزن بدن در روز اول و دوم و ۲۵ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن فی کیلوگرم وزن بدن هر ۴ الی ۸ ساعت بعدی در روز اول تعقیب می گردد. بعداً ۵ میلیگرم فی کیلوگرم وزن بدن که با ۵ میلیگرم فی کیلوگرم وزن بدن یکبار در روز برای روز اول و دوم که با ۵ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن در روز اول و دوم و دو تابلیت در روز سوم. چنانچه در جدول ذیل نمایش داده شده است)

جدول الف ۷ (Chlorpheniramine)

اطفال الی ۱۲ سال: درعکس العمل های الرژیک، انافلکسیس (ضمیموی) به شکل عملی یا وریدی، ۰.۲۵ میلیگرم فی کیلوگرم فی کیلوگرم وزن بدن، یک بار (میواند که در ۲۴ ساعت الی ۴ بار با دوزاعظمی ۰.۴ میلی لیتر در اطفال کمتر از ۱ سال استفاده گردد). برای بهبودی اعراض الرژیک از طریق فمی:		
• اطفال الی ۲ الی ۶ سال: روزانه ۱ میلی گرام فی دوز هر ۴ الی ۶ ساعت بعد (دوزاعظمی روزانه ۶ میلی گرام)		
• اطفال ۶ الی ۱۲ سال: روز ۲ میلی گرام فی دوز هر ۴ الی ۶ ساعت بعد (دوزاعظمی روزانه ۱۲ میلی گرام)		
• کاهلان (واظفان بزرگتر از ۱۲ سال): درعکس العمل های الرژیک، انافلکسیس ۱۰ الی ۲۰ میلی گرام به دوز واحد، در صورت ضرورت تکراری گردد (دوزاعظمی آن در ۲۴ ساعت ۴۰ میلی گرام). برای بهبود اعراض الرژیک، فمی ۴ میلی گرام فی دوز هر ۴ الی ۶ ساعت (دوزاعظمی روز ۲۴ میلی گرام)		
احتیاط: برای اطفال قبل المعیاد و کمتر از یک ماه توصیه نکردهد.		
دوز به اساس وزن بدن		
تألیت: ۴ میلی گرام (فمی) جهت بهبود عرضی الرژی	امپول ۱۰ میلی گرام در یک میلی لیتر (عضلی، وریدی یا تحت جلدی) در عکس العمل های الرژیک	وزن (سین)
-	۰.۱ میلی لیتر	۴ الی کمتر از ۶ کیلوگرم (۱۲ الی کمتر از ۳ ماه)
-	۰.۲ میلی لیتر	۶ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرم (سه ماه الی کمتر از یکسال)
¼	۰.۳ میلی لیتر	۱۰ الی کمتر از ۱۵ کیلوگرم (۱۱ الی کمتر از سه سال)
¼	۰.۵ میلی لیتر	۱۵ الی کمتر از ۲۰ کیلوگرم (۳ الی کمتر از ۵ سال)
½	۰.۶ میلی لیتر	۲۰ الی ۲۹ کیلوگرم (۵ الی ۱۲ سال)
۱	۱ میلی لیتر	بیشتر از ۲۹ کیلوگرم (کاهلان و اطفال بیشتر از ۱۲ سال)

جدول الف ۸ (Co-trimoxazole)

اطفال الی ۱۰ سال: ۴ میلی گرام تریمتوپریم فی کیلوگرام وزن بدن جمع ۲۰ میلی گرام سلفامتوکسازول فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۱۲ ساعت بعد روزانه کاہلان (واطفال بزرگتر از ۱۰ سال): از طریق فمی دو تابلت ۴۰۰ میلی گرمہ کاہلان هر ۱۲ ساعت بعد روزانه.
 احتیاطاً: اگر طفل کمتر از ۱ ماهہ باشد (از تیم تابلت ۱۲۵۵ میلی لیتر شربت) هر ۱۲ ساعت بعد برایش توصیه نہ نمایند. اطفال قبل المعاد و یوقانی نباید کوتریموکسازول اخذ نمایند.
 یادداشت: SMX = سلفامتوکسازول؛ TMP = تری میتوپریم

دوز بہ اساس وزن بدن			
وزن بدن (سن)	تابلت برای اطفال (۲۰) میلی گرام TMP جمع ۱۰۰ میلی گرام SMX)	شربت (۴۰) میلی گرام TMP جمع ۲۰۰ میلی گرام در هر ۵ میلی لیتر SMX) (یک قاشق چایخوری حاوی ۵ میلی لیتر محلول است)	تابلت برای کاہلان (۸۰) میلی گرام TMP جمع ۴۰۰ میلی گرام)
۳ الی ۳ کمتر از ۴ کیلوگرام (نوزاد و کمتر از یک ماہ)	۱/۲	۱،۲۵ میلی لیتر	-
۳ الی ۳ کمتر از ۶ کیلوگرام (نوزاد الی کمتر از ۳ ماہ)	۱	۲ میلی لیتر	۱/۴
۶ الی ۶ کمتر از ۱۰ کیلوگرام (سہ ماہ الی کمتر از یک سال)	۲	۳،۵ میلی لیتر	۱/۲
۱۰ الی ۱۰ کمتر از ۱۵ کیلوگرام (۱۱ الی کمتر از یک سال)	۳	۶ میلی لیتر	۱
۱۵ الی ۱۵ کمتر از ۲۰ کیلوگرام (۳ الی کمتر از ۵ سال)	۳	۸،۵ میلی لیتر	۱
۲۰ الی ۲۰ کیلوگرام (۵ الی ۱۰ سال)	۴	-	۱
بیشتر از ۲۹ کیلو (کاہلان و اطفال بیشتر از ۱۰ سال)	-	-	۲

جدول الف ۹ (Diazepam)

دوز به اساس وزن بدن		وزن بدن (سن)
امپول های ۱۰ میلی گرم در هر ۲ میلی لیتر تا تصبیق مقعدی	امپول های ۱۰ میلی گرم در هر ۲ میلی لیتر تا تصبیق مقعدی	
۰.۲۵ میلی لیتر	۰.۴ میلی لیتر	۳ الی کمتر از ۶ کیلوگرم (نوزاد الی کمتر از ۳ ماه)
۰.۴ میلی لیتر	۰.۷۵ میلی لیتر	۶ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرم (سه ماه الی کمتر از یک سال)
۰.۶ میلی لیتر	۱.۲ میلی لیتر	۱۰ الی کمتر از ۱۵ کیلوگرم (۱۱ الی کمتر از سه سال)
۰.۷۵ میلی لیتر	۱.۷ میلی لیتر	۱۵ الی کمتر از ۲۰ کیلوگرم (۳ الی کمتر از ۵ سال)
۱.۲۵ میلی لیتر	۲.۵ میلی لیتر	۲۰ الی ۲۹ کیلوگرم (۵ الی ۱۰ سال)
۱ الی ۲ میلی لیتر	۱۰ میلی لیتر	بیشتر از ۲۹ کیلوگرم (کاملان و اطفال بیش از ۱۰ سال)

افغان الی ۱۰ سال: در صورت اختلاجات، از طریق مقعدی، ۰.۵ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن فی دوز یا زرق آمسته وریدی، ۰.۲ الی ۰.۳ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن فی دوز، برای تسکین قبل از بروسپیجرها؛ ۰.۱ الی ۰.۲ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن فی دوز وریدی
 کاملان (واقفال بزرگتر از ۱۰ سال): اختلاجات: مقعدی: ۰.۲ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن یا ۵ الی ۱۰ میلی گرم دوز ابتدایی زرق آمسته وریدی یا مقعدی
 در صورت تکیه حصالات اختلاجی ادامه داشته باشد میتواند ۱۰ دقیقه بعد تکرار نمود. اعطایات، از طریق فمی: ۲ میلیگرم فی دوز هر ۸ ساعت بعد از زرق (برای اشخاص مسن و ضعیف نیم دوز کاملان)

جدول الف ۱۰ (Doxycycline)

فقط برای کودکان و اطفال بزرگتر از ۸ سال: از طریق فمی یک تابلیت ۱۰۰ میلی گرمه هر ۱۲ ساعت بعد روزانه برای ۷ الی ۱۰ روز احتیاط: برای مادران حامله، مادران شیرده و اطفال کمتر از ۸ سال نباید توصیه گردد.	
کپسول یا تابلیت: ۱۰۰ میلی گرم (هائیدروکلراید)	سن
۱۰۰ میلی گرم دومر تبه در روز برای ۷ الی ۱۰ روز	کودکان و اطفال بزرگتر از ۸ سال

جدول الف ۱۱ (Epinephrine) (Adrenaline)

<p>اطفال الی سن ۱۸ سال: در عکس العمل های شاک انفالکتیک به شکل تحت جلد یا عضل: ۰.۰۱ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز (دوازدهمیلی لیتر) از محلول ۱ فی ۱۰۰۰ Epinephrine (وبال های ۰.۱ فیصد در یک میلی لیتر) - می تواند که بعد از ۱۰ دقیقه در عکس العمل های الرژیک که اعراض آن بهبود نیابد تکرار شود. یا بعد از ۳ الی ۵ دقیقه در شاک های انفالکتیک (در صورتیکه نبض آن کمتر از ۱۲۰ باشد) دنبال 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 میگرد.</p> <p>کاهلان (وجوهان بیشترین از ۱۸ سال): در شاک ها زرق تحت جلدی یا عضلی ۰.۵ میلی لیتر و محلولات ۱ در ۱۰۰۰ می تواند که هر ۱۰ الی ۱۵ دقیقه بعد مکرر از دوز ۵ میلی لیتر که از محلول ۱ در ۱۰۰۰ تهیه شده شکل زرق وریدی به آهسته گی تطبیق می گردد.</p>	<p>دوز بر اساس وزن بدن</p>	
<p>شاک انفالکتیک: 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 وبال های ۰.۱ فیصد در ۹ میلی لیتر سالین تا ممل یا گلوکز ۵ فیصد) زرق وریدی باید در ظرف ۵ الی ۱۰ دقیقه تطبیق شود</p>	<p>وزن بدن (سن)</p>	<p>۳ تا کمتر از ۸ کیلوگرام (کمتر از ۶ ماه)</p> <p>۸ الی کمتر از ۲۰ کیلوگرام (شش ماه الی شش سال)</p> <p>۲۰ الی کمتر از ۳۹ کیلوگرام (۶ سال الی ۱۲ سال)</p> <p>۳۹ الی ۵۵ کیلوگرام (۱۱ تا ۱۲ سال)</p> <p>بیشتر از ۵۵ کیلوگرام (بزرگتر از ۱۸ سال و کاهلان)</p>
<p>۰.۰۱ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن</p>	<p>۰.۰۵ میلی لیتر</p>	
<p>۰.۰۱ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن</p>	<p>۰.۱۲ میلی گرام = ۰.۱۲ میلی لیتر</p>	
<p>۰.۰۱ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن</p>	<p>۰.۲۵ میلی گرام = ۰.۲۵ میلی لیتر</p>	
<p>۰.۰۱ میلی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن (دوازدهمیلی لیتر)</p>	<p>۰.۳۰ میلی گرام = ۰.۳۰ میلی لیتر</p>	
<p>۵ میلی لیتر</p>	<p>۰.۵ میلی گرام = ۰.۵ میلی لیتر</p>	

جدول الف ۱۲ Erythromycin Ethyl succinate)

اطفال الی سن ۱۲ سال: فنی: ۷۵ الی ۱۲۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر شش ساعت بعد روزانه در انتانات شدید میثون دوز را دوچندانست (دوز اعظمی آن ۴ گرام در یک روز)			
آهلا ن (واطفال بزرگتر از ۱۲ سال): ۴۰۰ میلی گرام Erythromycin سوکسیات دوز امیتوان الی ۴ گرام در روز نظریه شدت انتان زیاد بستاریم			
یک تا دلت: ۲۵۰ میلی گرام) هر ۶ ساعت بعد روزانه به دوز معمولی. دوز امیتوان الی ۴ گرام در روز نظریه شدت انتان زیاد بستاریم			
یادداشت: یک تا دلت: ۴۰۰ میلی گرام Erythromycin سوکسیات مسلوست به یک تا دلت: ۲۵۰ میلی گرام Erythromycin بیروا ستریت.			
احتیاط: نباید صورت یکجا با تیوفلین یا امیوفیلین توصیه کرد زیرا اسب عوارض جانبی شدید می گردد			
دوز به اساس وزن بدن			
وزن بدن (سن)	شربت ۱۲۵ میلی گرام در ۵ میلی لیتر (بیز)	تا دلت: ۴۰۰ میلی گرام Erythromycin ایتایل سوکسیات	تا دلت: ۲۵۰ میلی گرام اریثرومایسن بیروا ستریت
۳ الی کمتر از ۴ کیلوگرام (نوزاد و کمتر از دوماه)	۱.۲ الی ۲ میلی لیتر = ۱/۴ الی ۱/۲ قاشق چای خوری	-	-
۴ الی کمتر از ۱۱ کیلوگرام (دوماه الی کمتر از ۴ ماه)	۲ میلی لیتر = ۱/۲ قاشق چای خوری	۱/۴ تا دلت	۱/۴ تا دلت
۴ الی کمتر از ۱۱ کیلوگرام (۴ ماه الی کمتر از ۲ سال)	۴ میلی لیتر = ۱/۲ قاشق چای خوری	۱/۴ تا دلت	۱/۴ تا دلت
۱۲ الی ۲۳ کیلوگرام (۲ سال الی کمتر از هفت سال)	۸ میلی لیتر = یک ونیم قاشق چای خوری	۱/۲ تا دلت	۱/۲ تا دلت
۲۳ الی کمتر از ۴۵ کیلوگرام (۷ سال الی کمتر از ۱۲ سال)	-	۳/۴ تا دلت	۳/۴ تا دلت
بیشتر از ۴۵ کیلوگرام (کاملان واطفال بیشتر از ۱۲ سال)	-	۱ تا دلت	۱ تا دلت

جدول الف ۱۳ (Gentamicin)

اطفال الی ۱۰ سال: زرق عسلی باوریدی: ۳۷۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۱۲ ساعت بعد. در انتانات شدید زرق ابتدایی آهسته وریدی یا عسلی قبل از رجعت دهی: ۷ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن		
کاهلان (واطفال بزرگتر از ۱۰ سال: ۱ الی ۱.۷ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۸ ساعت بعد روزانه بارزق عسلی بارزق وریدی آهسته (در ظرف حداقل ۳ دقیقه) یا با انفیوژن وریدی. در انتانات شدید دوز ابتدایی: ۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز یک بار در روز زرق عسلی یا وریدی		
دوز بر اساس وزن بدن		
ویال Gentamicin ۲۰ میلی گرام (ویال ۲ میلی لیتر که در آن ۱۰ میلی گرام درهمیمی لیتروموجوداست) یا اضافه نمودن ۳ میلی لیتر آب مقطر به ویال حاوی ۲۰ میلی گرام = ۱۰ میلی گرام درهمیمی لیترو	ویال Gentamicin ۸۰ میلی گرام (ویال ۲ میلی گرامه که در آن ۴۰ میلی گرام درهمیمی لیتروموجوداست) یا اضافه کردن ۶ میلی لیتر آب مقطر به ویال حاوی ۸۰ میلی گرام = ۱۰ میلی گرام درهمیمی لیترو	وزن بدن (سن)
	ویال Gentamicin ۸۰ میلی گرام (ویال ۲ میلی گرام درهمیمی لیتروموجوداست) بدون رقیق ساختن	
-	۱ میلی لیتر = ۱۰ میلی گرام	۳ الی ۴ کمتر از ۴ کیلوگرام (نوزاد و کمتر از دو ماه)
-	۱.۵ میلی لیتر = ۱۵ میلی گرام	۴ الی ۴ کمتر از ۶ کیلوگرام (۳ الی کمتر از ۴ ماه)
-	۲.۲۵ میلی لیتر = ۲۲.۵ میلی گرام	۶ الی ۸ کمتر از ۸ کیلوگرام (۴ الی کمتر از ۹ ماه)
-	۳ میلی لیتر = ۳۰ میلی گرام	۸ الی ۱۰ کیلوگرام (۹ ماه الی کمتر از ۱۲ ماه)
-	۳.۷۵ میلی لیتر = ۳۷.۵ میلی گرام	۱۰ الی ۱۰ کمتر از ۱۴ کیلوگرام (۱۱ سال الی کمتر از ۳ سال)
-	۵ میلی لیتر = ۵۰ میلی گرام	۱۴ الی ۱۴ کیلوگرام (۱۱ ساله الی کمتر از ۵ سال)
-	۱.۲۵ میلی لیتر = ۵۰ میلی گرام	۲۰ الی ۲۰ کیلوگرام (۵ ساله الی کمتر از ۱۰ سال)
-	۲ میلی لیتر = ۸۰ میلی گرام	بیشتر از ۲۹ کیلوگرام (۱۰ ساله الی بیشتر از ۱۲ سال)

جدول الف ۱۴ (Metronidazole)

دوز بر اساس وزن بدن		وزن بدن (سب)	
مطلوب الی ۱۰ سال: ۷۵ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن هر هفت ساعت بعد روزانه برای ۷ روز. (برای تداوی چارنیازس دوز دوا ۵ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن فی دوز هر ۸ ساعت بعد برای ۵ الی ۱۰ روز؛ برای تداوی امینتازس ۱۰ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن فی دوز هر ۸ ساعت بعد برای ۷ الی ۱۰ روز).	۱۰ روز؛ برای تداوی امینتازس ۱۰ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن فی دوز هر ۸ ساعت بعد برای ۷ الی ۱۰ روز).	۱۰ روز؛ برای تداوی امینتازس ۱۰ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن فی دوز هر ۸ ساعت بعد برای ۷ الی ۱۰ روز).	۱۰ روز؛ برای تداوی امینتازس ۱۰ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن فی دوز هر ۸ ساعت بعد برای ۷ الی ۱۰ روز).
کاهلان (واپفال نیز گنز ۱۰ سال)؛ امینتازس حملوی، از طریق فمی: ۵۰۰ الی ۷۵۰ میلی گرم هر هفت ساعت بعد برای ۵ الی ۱۰ روز. چارنیازس از طریق فمی: ۴۰۰ میلی گرم هر هفت ساعت بعد برای ۵ الی ۷ روز. درازناتان شدید: ۷۵ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن از طریق زرق وریدی هر ۶ یا ۸ ساعت بعد برای ۱۰ الی ۱۴ روز	۱۰ روز؛ برای تداوی امینتازس ۱۰ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن فی دوز هر ۸ ساعت بعد برای ۷ الی ۱۰ روز).	۱۰ روز؛ برای تداوی امینتازس ۱۰ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن فی دوز هر ۸ ساعت بعد برای ۷ الی ۱۰ روز).	۱۰ روز؛ برای تداوی امینتازس ۱۰ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن فی دوز هر ۸ ساعت بعد برای ۷ الی ۱۰ روز).
۳ الی کمتر از ۶ کیلوگرم (نوزادو کمتر از سه ماه)	۱/۴ تا بلیت	۲۰۰ میلی گرم	۳ الی کمتر از ۶ کیلوگرم (نوزادو کمتر از سه ماه)
۶ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرم (سه ماه الی کمتر از یکسال)	۱/۴ تا بلیت	۴۰۰ میلی گرم	۶ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرم (سه ماه الی کمتر از یکسال)
۱۰ تا کمتر از ۱۵ کیلوگرم (یکسال الی کمتر از ۳ سال)	۱/۴ تا بلیت	۴۰۰ میلی گرم	۱۰ تا کمتر از ۱۵ کیلوگرم (یکسال الی کمتر از ۳ سال)
۱۵ الی ۲۰ کیلوگرم (۳ سال الی کمتر از ۵ سال)	۱/۲ تا بلیت	۴۰۰ میلی گرم	۱۵ الی ۲۰ کیلوگرم (۳ سال الی کمتر از ۵ سال)
۲۰ الی ۲۹ کیلوگرم (۵ سال الی ۱۰ سال)	۱ تا بلیت	۴۰۰ میلی گرم	۲۰ الی ۲۹ کیلوگرم (۵ سال الی ۱۰ سال)
بیشتر از ۲۹ کیلوگرم (کاملان واطفال بیشتر از ۱۰ سال)	۱ تا بلیت	۴۰۰ میلی گرم	بیشتر از ۲۹ کیلوگرم (کاملان واطفال بیشتر از ۱۰ سال)

جدول الف ۱۵ (Paracetamol) (Acetaminophen)

دوز بر اساس وزن بدن				وزن بدن (سین)
شربت ۱۲۰ میلی گرم در ۵ میلی لیتر (یک قاشق چایخوری معادل ۵ میلی لیتر است)	۱۰ الی ۱۵ میلی گرم	تابلیت ۱۰۰ میلی گرم	تابلیت ۵۰۰ میلی گرم	۳ الی کمتر از ۴ کیلوگرم (نوزاد و کمتر از یکماه)
۱/۴ الی ۱/۲ میلی	۱/۲ الی ۱ میلی	۱/۲	-	۴ الی کمتر از ۶ کیلوگرم (دوماه الی ۳ ماه)
۱	۱	۱	۱/۴	۶ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرم (۳ ماه الی کمتر از ۱ سال)
۱/۴	۱	۱	۱/۴	۱۰ الی کمتر از ۱۵ کیلوگرم (۱ سال الی کمتر از ۳ سال)
۱/۲	۱ الی ۱ ۱/۲	۲	۱/۲	۱۵ الی کمتر از ۳۰ کیلوگرم (۳ سال الی کمتر از ۵ سال)
۱/۲	۲ الی ۳	۲ الی ۳	۱/۲	۳۰ الی ۳۹ کیلوگرم (۵ الی ۱۰ سال)
۱	-	-	۱	بیشتر از ۳۰ کیلوگرم (کاملان و اطفال بیشتر از ۱۰ سال)

نوزادان یکماه یا کمتر: قفسی: ۱۰ الی ۱۵ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن فی دوز هر ۴ الی ۸ ساعت بعد حسب ضرورت
 اطفال بزرگتر از یکماه الی ۱۰ سال: قفسی: روزانه ۱۰ الی ۱۵ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن فی دوز هر ۶ ساعت بعد
 کاملان (اطفال بزرگتر از ۱۰ سال): ۵۰۰ میلی گرم الی ۱ گرم هر ۴ الی ۸ ساعت بعد (دوز اطفالی آن ۴ گرم در روز)
 احتیاط: برای اطفال اسپیرین که سبب بوجود آوردن سندروم ری (Reyes syndrome) می گردد توصیه نه نمایند.

جدول الف ۱۶ (Phenoxyethyl Penicillin) (Penicillin V)

دوز بر اساس وزن بدن			
اطفال الی ۱۲ سال: کمتر؛ ۱۰ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن فی دوز هر ۶ ساعت بعد کاهلان (واطفال بزرگتر از ۱۲ سال): اکثر دوزهای روزانه آن ۱۲۵ میلی گرام الی ۵۰۰ میلی گرام هر شش ساعت بعد میباشد. یادداشت: به علت حساسیت یا اثری در مقابل پنیسلین ها از Erythromycin استفاده نمایید به جدول ۱۲ A برای دوزهای معیاری آن مراجعه گردد	وزن بدن (سن)	دوز بر اساس وزن بدن	تایلیت
۴ الی ۱۰ کیلوگرام (اطفال الی ۱ سال)	۶۲.۵ میلی گرام = ۱.۲۵ میلی لیتر	تایلیت ۲۵۰ میلی گرام (به شکل نمک پنتاسیم)	تایلیت ۵۰۰ میلی گرام (به نمک پنتاسیم)
۱۰ الی ۲۰ کیلوگرام (اطفال الی ۵ سال)	۱۲۵ میلی گرام = ۲.۵ میلی لیتر	تایلیت ۲۵۰ میلی گرام (به شکل نمک پنتاسیم)	تایلیت ۱۲۵ میلی گرام - ۱/۴ تایلیت
۲۰ الی ۳۹ کیلوگرام (اطفال الی ۱۲ سال)	۲۵۰ میلی گرام = ۵ میلی لیتر	تایلیت ۲۵۰ میلی گرام = ۱ تایلیت	تایلیت ۲۵۰ میلی گرام = ۱/۲ تایلیت
کمتر از ۳۹ کیلوگرام (کاهلان واطفال بزرگتر از ۱۲ سال)	-	۱ الی ۲ تایلیت	۱/۲ الی ۱ تایلیت

جدول الف ۱۷ (Salbutamol)

دوز بر اساس وزن بدن					
مطلوب نیبولایزر (صمغ در حال درتقیض برانش) ۵ میلیگرم در ۵ میلی لیتر	پف انشاقی: ۰.۱ میلی گرم در هر دوز	تابلیت ۴ میلی گرم	تابلیت ۲ میلی گرم	شربت ۲ میلی گرم در ۵ میلی لیتر	وزن بدن (سین) ۴ الی کمتر از ۷ کیلوگرم (۶ الی ۱۲ ماهه)
۰.۲۵ میلی لیتر سالبوتامول همراه ۲ میلی لیتر آب مقطر	هیچ	هیچ	هیچ	هیچ	۷ الی کمتر از ۱۰ کیلوگرم (۶ ماه الی کمتر از یک سال)
۰.۱۵ میلی لیتر سالبوتامول همراه ۲ میلی لیتر آب مقطر	-	¼	½	۲.۵ میلی لیتر	۱۰ الی ۱۹ کیلوگرم (یکسال الی کمتر از ۵ سال)
۰.۱۵ میلی لیتر سالبوتامول همراه ۲ میلی لیتر آب مقطر	-	½	۱	۵ میلی لیتر	۲۰ الی ۲۹ کیلوگرم (۵ الی ۱۰ سال)
۰.۱۵ میلی لیتر سالبوتامول همراه ۲ میلی لیتر آب مقطر	۱ پف	½	۱	۵ میلی لیتر	باندوزاز ۲۹ کیلوگرم (۵ سال) و اطفال بزرگتر از ۱۰ سال)
۰.۱۵ میلی لیتر سالبوتامول همراه ۲ میلی لیتر آب مقطر	۱ الی ۲ پف	۱	۱ الی ۲	-	باندوزاز ۲۹ کیلوگرم (۵ سال) و اطفال بزرگتر از ۱۰ سال)

اطفال الی ۱۰ سال: فسی: ۰.۱ الی ۰.۴ میلی گرم فی کیلوگرم وزن بدن فی دوز هفت ساعت بعد در مرحله حاد اعراض کاملان (و اطفال بزرگتر از ۱۰ سال): از طریق فسی روزانه ۲ الی ۴ میلی گرم هر ۶ الی ۸ ساعت، جهت بهبودی تقیض برانش ها انشاقی ۰.۱ میلیگرم الی ۰.۲ میلی گرم (۱ الی ۲ پف) هر ۶ الی ۸ ساعت بعد در جریان شدت اعراض، و قیبه تقیض برانش ها در جریان تمرین بالانشاق گاز ۰.۲ میلی گرم (۲ پف) ۳ الی ۴ مرتبه در روز.

احتیاط: از سالبوتامول فسی فقط برای اطفال بزرگتر از ۶ ماه استفاده کنید.

با استفاده از پروسیجر های ذیل در ظرف یک دقیقه برای نوزاد که تنفس ندارد یا به زحمت نفس میکشد. اهماتامات جهانی را غرض جلوگیری از انتان در نظر گیرید.

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 پيچانده 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 یا وصف تهویه مصنوعی داشت

- تهویه را متوقف سازید زیرا طفل فوت نموده
- برای مادر توضیحات دهید و مراقبت های حمایتی را آغاز نمائید
- ثبت نمائید

ضمیمه ج. یادداشت وضع حمل و پار توگراف

Partograph and Delivery Note

Name	Gravida	Para	Hospital number																																																																																																																																																																									
Date of admission	Time of admission	Ruptured membranes	hours																																																																																																																																																																									
<table border="1"> <tr><td>200</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>190</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>180</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>170</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>160</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>150</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>140</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>130</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				200													190													180													170													160													150													140													130													120													110													100													90													80												
200																																																																																																																																																																												
190																																																																																																																																																																												
180																																																																																																																																																																												
170																																																																																																																																																																												
160																																																																																																																																																																												
150																																																																																																																																																																												
140																																																																																																																																																																												
130																																																																																																																																																																												
120																																																																																																																																																																												
110																																																																																																																																																																												
100																																																																																																																																																																												
90																																																																																																																																																																												
80																																																																																																																																																																												
Amniotic fluid Moulding																																																																																																																																																																												
<table border="1"> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				10													9													8													7													6													5													4													3													2													1													0																																						
10																																																																																																																																																																												
9																																																																																																																																																																												
8																																																																																																																																																																												
7																																																																																																																																																																												
6																																																																																																																																																																												
5																																																																																																																																																																												
4																																																																																																																																																																												
3																																																																																																																																																																												
2																																																																																																																																																																												
1																																																																																																																																																																												
0																																																																																																																																																																												
<table border="1"> <tr><td>Hours</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td></tr> <tr><td>Time</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				Hours	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Time																																																																																																																																																											
Hours	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																																																																																																																
Time																																																																																																																																																																												
<table border="1"> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				5													4													3													2													1																																																																																																																				
5																																																																																																																																																																												
4																																																																																																																																																																												
3																																																																																																																																																																												
2																																																																																																																																																																												
1																																																																																																																																																																												
<table border="1"> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				5													4													3													2													1																																																																																																																				
5																																																																																																																																																																												
4																																																																																																																																																																												
3																																																																																																																																																																												
2																																																																																																																																																																												
1																																																																																																																																																																												
<table border="1"> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				5													4													3													2													1																																																																																																																				
5																																																																																																																																																																												
4																																																																																																																																																																												
3																																																																																																																																																																												
2																																																																																																																																																																												
1																																																																																																																																																																												
<table border="1"> <tr><td>180</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>170</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>160</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>150</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>140</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>130</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>120</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				180													170													160													150													140													130													120													110													100													90													80													70													60												
180																																																																																																																																																																												
170																																																																																																																																																																												
160																																																																																																																																																																												
150																																																																																																																																																																												
140																																																																																																																																																																												
130																																																																																																																																																																												
120																																																																																																																																																																												
110																																																																																																																																																																												
100																																																																																																																																																																												
90																																																																																																																																																																												
80																																																																																																																																																																												
70																																																																																																																																																																												
60																																																																																																																																																																												
<table border="1"> <tr><td>Temp °C</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				Temp °C																																																																																																																																																																								
Temp °C																																																																																																																																																																												
<table border="1"> <tr><td>Urine</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>protein</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>acetone</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>volume</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				Urine													protein													acetone													volume																																																																																																																																	
Urine																																																																																																																																																																												
protein																																																																																																																																																																												
acetone																																																																																																																																																																												
volume																																																																																																																																																																												

Let's make pregnancy and delivery safe in Afghanistan.

بیانید که حامله گی و تولدات را در افغانستان مصون سازیم

یادداشت وضع حمل: بخش ولادی

<p>معلومات شخصی</p> <p>نام مریض: تاریخ تولد</p> <p>سن مریض: وقت ولادت</p> <p>مدت حمل:</p>
<p>شیوه ولادت (شیوه ولادت را چک نمائید. در صورت که سیزارین شده باشد توضیحات آنرا در جاهای خالی ذیل بنویسید)</p> <p>مهیلی (نورمال) بریج (ولادت به پا) تخلیه توسط واکيوم فورسپس</p> <p>عملیات سیزارین استطبابات سیزارین</p>
<p>عجان</p> <p>سالم (نورمال)؟ بلی نخیر پاره گی اپیسیتومی (Episiotomy)؟ بلی نخیر</p>
<p>مرحله سوم</p> <p>پلان فعال؟ بلی نخیر خارج ساختن پلاستا با دست؟ بلی نخیر</p> <p>زمان ولادت پلاستا: _____ مکمل؟ بلی نخیر نامکمل؟ بلی نخیر</p>
<p>مقدار خون ضایع شده (مقدار خون ضایع شده را حلقه نمائید)</p> <p>خفیف (کمتر از ۲۵۰ میلی لیتر) متوسط (۲۵۰ تا ۵۰۰ میلی لیتر) شدید (بیشتر از ۵۰۰ میلی لیتر)</p>

یادداشت:	خونریزی مهیلی (خفیف، متوسط، شدید)	وضعیت رحم	نیضان	فشار خون	زمان (بعد از ولادت)
- در صورتیکه نیضان بیشتر از ۱۱۰ در دقیقه و فشار خون کمتر از ۹۰/۶۰ باشد شاک را مد نظر گرفته و اهماتامات درست آنرا بگیریید					
- 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

<p>وزن نوزاد: _____ وزن کمتر از ۲,۵ کیلوگرام؟ بلی نخیر</p> <p>جنسیت: مذکر مونث</p> <p>حالت/ وضعیت (معاینه APGAR): ۱^۰ _____ ۵^۰ به کمک نیاز دارد؟ بلی نخیر</p> <p>تنفس نورمال؟ بلی نخیر</p> <p>در صورت نخیر در مورد احیای مجدد طفل توضیحات دهید: _____</p> <p>ولادت مرده؟ بلی نخیر</p> <p>در صورت بلی، تازه یا سابقه؟ _____</p> <p>وضعیت عمومی (یکبار معاینه کنید اختلالات و تشکلات سوء را در خانه های خالی توضیح نمائید)</p> <p>صحت خاسف یا حالت غیر شعوری</p> <p>اختلالات یا سوء تشکلات اعضا توضیحات: _____</p>
<p>قدمه های رخصت نمودن مریض</p> <p>مادر</p> <p>آیا رحم به صورت درست تقبض نموده؟ بلی نخیر</p> <p>چی مقدار ضیاع خون داشته؟ نورمال شدید در صورت شدید، چی اقدامات را اخذ نمودید؟ _____</p> <p>نوزاد</p> <p>تغذی با شیر مادر؟ خوب خراب</p>
<p>امضاء _____</p>

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 تداوی معیاری برای مراقبت های صحتی اولیه (NSTG-PL) توسط وزارت صحت عامه افغانستان

A. عمومیات

رهنمود ملی تداوی 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 تداوی 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 تداوی معیاری در سطح ابتدایی زمانی به صورت واضح شامل میگردد که از طریق بسته خدمات اساسی صحتی راجع شده باشد. به صورت خلاصه، معلومات مورد ضرورت قبل از شمولیت یک مرض در رهنمود ملی تداوی 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 تداوی معیاری به سطح ابتدایی یا مجموعه خدمات اساسی صحتی 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 تداوی معیاری تسلیم داده شوند
وزارت صحت عامه

ریاست عمومی امور فارمی

گروپ کاری رهنمود ملی تداوی معیاری

کابل افغانستان

ایمیل: rafi_rahmani2003@yahoo.com

موبایل: ۰۰۹۳ ۷۹۹ ۳۰۳۰۰۸ (۰)

یا

ایمیل: zsiddiqui@msh.org

موبایل: ۰۰۹۳ ۷۰۷ ۳۶۹۴۰۸ (۰)

درخواست ها توسط سکرتریت رهنمود ملی تداوی معیاری در ریاست عمومی امور فارمی 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 تداوی معیاری به سطح ابتدایی یا مجموعه خدمات اساسی صحتی
 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 تداوی 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 تداوی معیاری تهیه میدارد.
- گروپ کاری رهنمود تداوی 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 تداوی 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 صحتی: در حالاتیکه درخواست برای شمولیت یک مرض جدید باشد عنصر یا بخش موجود در مجموعه خدمات اساسی صحتی 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، داکتر، پروفیسور 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 صحتی: شماره کود مرکز صحتی 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 سطرها 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 گروه کاری رهنمود ملی تداوی معیاری

این بخش تمایل اطمینان از تعقیب پروسه ها توسط درخواست کننده را نشان میدهد. تاریخ قدمات یا تصامیم به صورت دقیق یادداشت میگردد. این بخش برای طرف ها موقع مرور عاجل را در مورد سرنوشت درخواست شان میدهد. 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

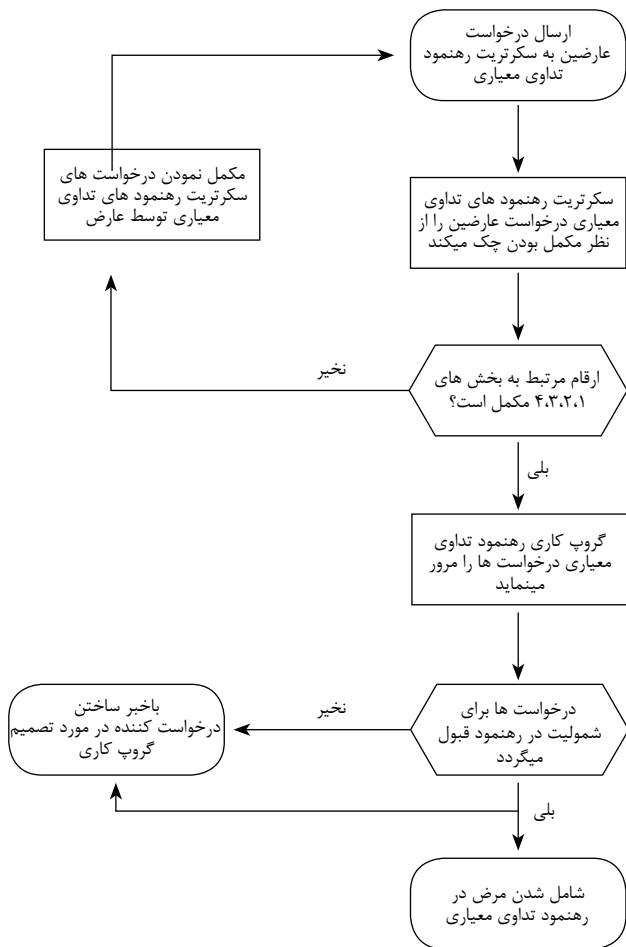
f. امضای سکرتریت رهنمود ملی تداوی معیاری: سکرتر رهنمود تداوی معیاری و تاریخ مکمل شدن فورمه

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 تداوی معیاری			
بخش دوم - جزئیات درخواست کننده		بخش اول - امراض که باید تعدیل گردند	
نام:	عنوان:	نام مرض:	
نام پدر:	آدرس پستی:		
تیلیفون:		ماخذ رهنمود ملی تداوی معیاری در سطح ابتدایی	
نمبر شناسایی و نام مرکز صحت:		ماخذ بسته خدمات صحتی اساسی	
تاریخ تسلیم دهی:			
بخش سوم: معلومات رهنمود ملی فعلی تداوی معیاری در سطح ابتدایی			
بخش چهارم: پروپوزال تعدیل			
شواهد:			
شماره درخواستی: /...../.....		بخش پنجم: فقط برای استفاده توسط گروه کاری رهنمود ملی تداوی معیاری	
تصمیم گروه کاری رهنمود تداوی معیاری قبول / رد		تاریخ مروز:	تاریخ رسید:
امضای رئیس بورد رهنمود تداوی معیاری		مراسلات	
		دلایل تصمیم گیری:	
امضای سبکتر رهنمود تداوی معیاری		مراسلات	
		دلایل تصمیم گیری:	

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

wasp 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

