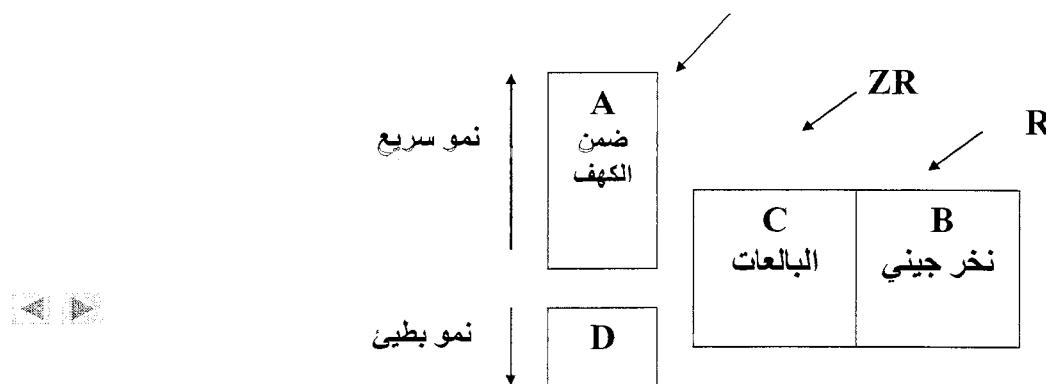


العلاج

- قواعد العلاج
- أدوية المضادة
- خطة العلاج
- الفحوصات قبل العلاج
- التحسن
- البروتوكولات المتوفرة
- علاجات أخرى
- مراقبة العلاج
- استجواب مريض معنـد

قواعد العلاج

- 1 - المقاومة بدئية [ثانية] ← علاج تشاركي يسبب المقاومة البدئية ، و علاج منتظم ومضبوط لتوق المقاومة الثانوية.
- 2 - النمو البطيء ← جرعة واحدة / 24 ساعة لكل الأدوية.
- 3 - وجود آثار جانبية للأدوية السليمة ← دراسة مسبقة ومراقبة قبل وأثناء العلاج .
- 4 - في كل آفة سلية : هناك عدة مجموعات من العصيات ← استخدام مشاركة (H.RSM) دوائية .



الأدوية المضادة للتلدرن :

1 - أدوية الخط الأول : (SM . Z . E. R.H) . وهي الأهم.

2 - أدوية الخط الثاني Capreomycin, Kanamycin:

Pas . Cycloserine

3 - أدوية حديثة:

.... مشتقات الـ R , مشتقات الماكروليد QUINOLON

تستخدم عادةً في حالات السل المقاوم للأدوية.



SM Streptomycin: السمع، الكلية

R Rifampicin : بول أحمر، كبد، صفيحات، تحسس

H Isoniasid كبد، التهاب أعصاب متعدد، أعراض نفسية ، تحسس

E Ethambutol العين

Z Pyrazinamid الكبد وحمض البول

خطة العلاج (+ قشع)

١- دراسة سريرية وبيولوجية كاملة للمريض (الكبد ، الكلية ،
فحص عيني) .

2 - محیط المريض (تفاعل السلين ، صورة صدر)

3 - عزل المريض : العزل التام : غير ضروري (يكفي غطاء لأنف وتهوية المكان) .

4 - وضع المريض على العلاج : 2HRE(S)Z/ 4HR

٥- مراقبة العلاج : العلاج بطريقة dots أي المراقبة المباشرة :

Directly Observed Treatment Strategy

+ تناول المريض للعلاج (الاستجواب - لون البول - كواشف مـنـتـهـيـة)

التحسين :

سريريًّا : 1-3 أسبابع .

جرثومياً : الفحص المباشر \leftarrow يصبح (-) خلال (1-2) شهر .

الزرع ← (-) خلال (4-2) أشهر .

شعاعياً: تتأخر الصورة الشعاعية (1.5-2 شهر) لبدء التحسن.

+ التحمل : وظيفة الكبد (R . H , Z) : (AST. ALT)
 الكلية (CREATININ , حمض البول) : (Z)
 فحص عيني (EMB) . حيث تجري قبل العلاج ثم تراقب



البرامج العلاجية المتوفرة
في سوريا - منظمة الصحة العالمية
2HREZ/ 4HR - 1

- سل إيجابي الطاخة
 - سل المصليات
 - سل سلبي الطاخة + إصابة ممتدة .
 - السل المعوي والبولي التناسلي .
- حالات النكس والتسرب ← 2HREZS/ 1HR EZ / 5HRE - 2**
المعالجة .
- ← 2HRZ/ 2HR - 3**
6H - 4 الوقاية لمخالطي المريض



استجواب مريض أصيب سابقاً بالسل

- هل عولج سابقاً: اذا كان نعم ، نسأل عن الادوية والمدة ومتى الالتزام بالعلاج: في حال اتم العلاج بشكل جيد وعصبية كوخ اختفت يعتبر شاف ، واذا اتم العلاج ولم ندرس العصبية كذلك تعتبر النتيجة جيدة . واذا اتمه وبقيت الاعراض او الجرثوم نعتبر فشل العلاج . وفي حال لم يتمه يعتبر ترك العلاج وكله يعرض للنكس وللتعميد

السل البدئي الصامت

- patients with LTBI may experience reactivation • decades after exposure,
- لذا نعطي علاج وقائي بالايزونيازيد 9-6 أشهر.

الجرثوم المقاوم

- أهم سبب هو الأخذ غير المنتظم للعلاج
- وصف العلاج خطأ
- من أدويته الكينولونات ولذا يوصى بعدم اعطائها الا في استطبابها، وكذا لينيزولايد

BCG

- هو اللقاح ضد السل . عصيات بقرية مضعفة . عنصر مهم في الوقاية .
المناعة المحدثة : خلوية . ليست مطلقة (50 - 80 %) . وقاية على المستوى الفردي

طرق التلقيح و المراقبة

- الطريق داخل الأدمي 1/10 مل من مادة اللقاح
- يراقب بإجراء تفاعل السلين : اذا اضطر الأمر بعد 6 أشهر . ففعاليته تخف بعد 10 سنوات
- التطور الطبيعي لآفة اللقاح :
تصلب حمامي + تقرح في الوسط مع سيلان موضعي (15 - 25 يوم)
ندبة (2 - 4 أشهر)



- التحمل : عادة : جيد أحياناً: اختلاطات موضعية على شكل توسر وأحياناً عقدة بلغمية (تعالج موضعياً) نادراً
اختلاطات عامة

- الاستطباب : إجباري في معظم بلدان العالم الثالث . و لفئات كثيرة من البشر ، يمكن إعطاؤه في أي عمر (خلال الأشهر الأولى من العمر في بلادنا)

- مضادات الاستطباب : نقص المناعة الثابت (مضاد الاستطباب المطلق الوحيد)



توصيات

- تشخيص مبكر قبل أن يحدث التليف والتكلس والتشوهات العضوية الناجمة عنه
- علاج مبكر ومنتظم كي لا تحصل مقاومة
- السل المقاوم مشكلة كبيرة في العالم حيث ينتشر السيدا والأدمان والحالات النفسية التي لا تننظم على العلاج
- التقليل من استعمال الكينولونات في غير استطبابها وتركها للسل المعذ
- البيرازيناميد مهم لمنع النكس هو الوحيدة القاتل للعصيات C والريفا ميسين مهم لأنه الوحيدة الذي يعقم الزمرة L B داخل الخلايا في النخر الجيبي



الأنفلونزا / الغريب :

- مرض فيروسي تنفسي شديد العدوى يتظاهر بالأعراض والعلامات السريرية التالية:

ترفع حروري فوق 38 درجة ، سعال ، ألم بلعومي ، سيلان أنفي ، آلام عضلية ومفصلية ، ضعف وتعب ، عرواءات قد يحدث إسهال واقياء خاصة لدى الأطفال .

العامل الممرض :

للفيروس ثلات أنماط رئيسية A - B - C

طرق الانتقال :

ينتقل المرض عن طريق الرذاذ الناجم عن سعال وعطاس الشخص المريض أو الحامل للمرض كما ينتقل عن طريق لمس أشياء ملوثة بالفيروس ثم وضع الأيدي على الأنف أو الفم أو العين

الإجراءات الوقائية :

- استخدام منديل ورقي عند السعال أو العطاس
- رمي المنديل بعد استعماله في حاوية القمامه فوراً
- غسل اليدين بالماء والصابون وبشكل متكرر
- وضع كمامه على الأنف والفم في حال الإصابة بالمرض
- تجنب العناق والتقبيل عند لقاء الآخرين
- تجنب لمس الأنف والفم أو المصافحة لمنع انتشار الفيروس

العلاج

- لا صادات ولا متشعفات

التهاب القصبات

- عند الشخص العادي غير المضعف مناعيا:
 - عادة هناك جائحة فيروسية .
- تبدأ بأعراض أنفلونزا ، من سيلان أنف وألم بلعوم ، وصداع ، وألم عضلات . حيث تترافق هذه الأعراض لاحقا بسعال قد يستمر لمدة أسبوع مع قشع أبيض أو رمادي . يتراافق كل هذا مع ترفع حروري يستمر لمدة يوم الى يومين ويذول دون استعمال صاد حيوي.
- وهنا لا داع للعلاج سو بالسيتامول ، ومهدئات السعال وقد تكون من الاعشاب او العسل ، ومزيلات الاحتقان مع النظر الى مضادات الاستطباب وفقا للأمراض المرافقة . لا داع للصاد الحيوي أو الكورتيزون، أو مضادات الالتهاب اللاستيرونيدية . يشفى المريض تلقائيا ويكون قد اكتسب مناعة ضد النمط الفيروسي المسبب.

التهاب القصبات : تابع

• قد يستمر السعال بعد الأنفلونزا بشكل شديد لأسابيع وهنا يعالج بالموسّعات القصبية والكورتزيون الانشافي أو الفموي ومضاد الهيستامين

• عند مريض الداء الرئوي الساد المزمن :

حيث في جوقة العدوى بالأنفلونزا، يزداد السعال والقشع ،
ويتحول اللون إلى قيحي أخضر مشيرا إلى انتان جرثومي تال
للاصابة الفيروسية ، ويظهر أو يزداد ضيق النفس وهذا نعالج
بالصاد الحيوي كالأموكسيسيلين ، والأوغمنتين ، أو الماكروليدات
كالأزيتروميسين أو الكلاريتروميسين أو الازيتروميسين . ولا
داع للمقشعات .

• تتم الوقاية عند مرضى القلب والسكري والداء الانسدادي
والقصور الكلوي ومرضى الأورام والمعالجين بالكورتيزون
أو مثبتات المناعة باعطاء لقاح الأنفلونزا بشكل سنوي .
ففيروس الأنفلونزا من النمط

• A & B يتعرض لانزلاقات جينية كل عام .

• ملاحظة : لقاح الأنفلونزا هو أيضا ضد أنفلونزا الخنازير :

N1H1

ذات الرئـة

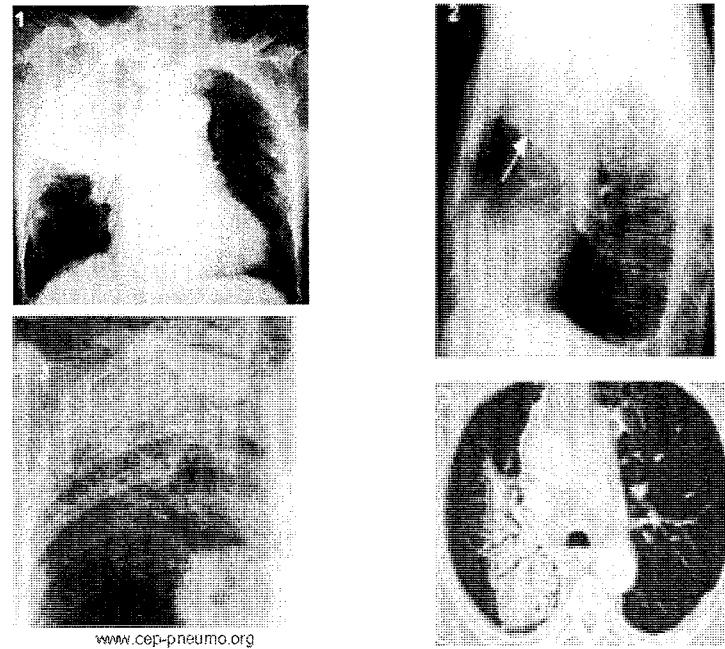
- تعريف: هي اصابة النسيج الرئوي بالتهاب عادة جرثومي، يظهر بأعراض انتان رئوي حاد : سعال وترفع حروري وألم صدرى . وعلامات بؤرية رئوية حادة في الفحص السريري.

 - فيزيوباتولوجيا: تصلها جراثيم في حال الاستنشاق لمحتوى المعدة أو جراثيم الأسنان، أو عند استنشاق الهواء الحامل لقطيرات ملوثة بالجراثيم، أو عن طريق الدم في حال تجرثم الدم ، أو انتقال من الجوار لانتان منصفي أو علوي تحت الحاجب الحاجز ، أو تفعيل انتان بسبب الضعف المناعي.

تشخیص سریری

- الشكل الوصفي هو عادة لذات الرئة الجهازية القطعية والتي تتسبب بشكل رئيسي بالمكور الرئوي وهنا يكون القشع صدئي . حرارة عالية مفاجئة وعرواءات وسعال والم صدرى، وفي الاصناع خراخرا فرقعية واصمية في بؤرة الالتهاب في القرع. في صورة الصدر كثافة جهازية وعندما يكون هناك انتان طرق تنفسية علوية وتطور بطيء خلال 3-2 أيام، وبؤر فرقعية متعددة في الاصناع وجائحة بين الشباب ما دون 40 عاماً نفكرب الميكوبلازمـا. كثافات متفرقة بسيطة ثنائية الجانب عند المسنين : قد يغيب السعال ، وقد تغيب الحرارة ويظهر فقط تعب وصعوبة تنفس وتخلط ذهن او انكسار معاوضة مرض قلبي او رئوي مزمن عند وجود مراضيات مرافقة او نقص مناعة فالجرائم قد تكون سلبيات غرام او ستافيلوكوك (سيفلوسبوريـن، او غمنـتين، كينولـون)

مکور رئوی



میکوبلازما



عندما نشخص ذات رئة ، يجب تحري علامات الخطورة ، فذات الرئة الخطيرة تهدد الحياة و هناك معايير للخطورة أكثرها استعمالا هو:

- أولا: CURB 65: تخلط Confusion، البولة الدموية Uremia، معدل التنفس Respiratory rate، ضغط الدم Blood pressure
- عمر أكثر من 65 ، اضطراب وعي ، بولة دموية أكثر من 7 ملمول/ل ، عدد مرات تنفس ≤ 30 في الدقيقة، ضغط انقباضي \geq من 9 وانبساطي ≥ 6 . ومنه توصيات اتحاد أطباء الصدر البريطانيين CRB 65 التي لا تشير للبولة الدموية . ولا يسعنا إلا أن نضيف اشباع الأوكسجين $\text{SpO}_2 \leq 92\%$ كعلامة خطورة
- وجود واحد يزيد احتمال الوفاة 8% وكلما زادت النقاط ازدادت الوفيات . وجود أكثر من واحد يستدعي العلاج في المشفى والافراج عن المريض في المنزل

الاستقصاءات الأخرى:

- تعداد وصيغة : فوق 15000 كرية بيضاء تتوجه الى جرثومي . خطورة فوق 4000 وتحت 20000
 - CRP يشير ازدياده للاننان ، كما يفيد في متابعة العلاج حيث ينخفض الى النصف بعد أربعة أيام
 - صبغة الغرام في القشع : غالبا ملوث من جراثيم الفم ولكن اذا كان القشع قيحي يعطي فكرة جيدة .
 - زرع الدم : ويجرى في حالات الخطورة والاستئفاء وهو ليس روتيني
 - اختبارات مصلية تشمل :
- مقاييس المستضد البولي لاكتشاف الليجيونيلا (في عينة البول).
- الاختبارات المصلية للفيروسات : وهي تتأخر في الظهور ويجب مقارنتها زمنيا بعد أربعة أسابيع . اذن لا قيمة تشخيصية لها في الروتين اليومي.

العلاج تجربى

- 1- طبيب الاسرة يشخص ويعالج في المنزل في حال عدم وجود خطورة ، بالأخص أوكسيمترى أكثر من 92%. فمويا بالموكسيسيلين في حال الشك بمكور رئوي وبالماكرووليد في حال الشك بميکوبلازما . ويمكن اعطاء أوغمونتين عند مدخن او داء انسدادي او مراضيات مرافقه. في هذه الحال يكفي صورة صدر ولاداع لاي استقصاء آخر
- 2- طبيب الاسرة يحول المريض الى المشفى ويتابعه بعد خروجه . هناك تتم الاستقصاءات ولكن يجب الا يتاخر العلاج اكثر من 4 ساعات وهذا نوسع الطيف مثلا الى سيفالوسبورينات جيل 3 وقد نضيف ماکرووليد

كيف تتبع العلاج

- ترقب التحسن خلال 48 ساعة . حيث تسجل حرارة المريض صباحا ومساء. ونحوله من الوريدي او العضلي الى فموي فور استقراره . ومدة العلاج وسطيا 7-14 يوم في المشفى نراقب مخبريا
- تعاد صورة الصدر بعد اسبوع ثم بعد شهر ، وهذا نطلب تنظير قصبي ان لم تتحسن
- اذا لم يتحسن المريض على اول صاد حيوى ، نغيره بعد 72 ساعة . وان استمر هذا فقد يكون سل او تيفوئيد او اصابات مناعية او صمة رئوية او لمفومات او انسداد بسبب ورم

ما يجب معرفته ايضا

□ ذات رئة المشافي : مكتسبة بعد 48 ساعة من دخول المشفى ، بسبب القاطر الملوثة او التببيب او أجهزة الارذاذ والأوكسجين الملوثة بالفلورا الجرثومية للمشفى ، هنا الجراثيم المعندة هي المتهم الأول ، ويجب أن نغطي المكور الرئوي المعند والعنقوديات المذهبة والبسودوموناس وكذا الليجيونيلا . في العناية المركزية : التغطية بالجيل الثالث من السيفالوسبورين + فلورو كينولون

• و عند الشك بالبسودو موناس : Cefixime, Carbapeneme + Amikacine 5 days, or macrolides or levo

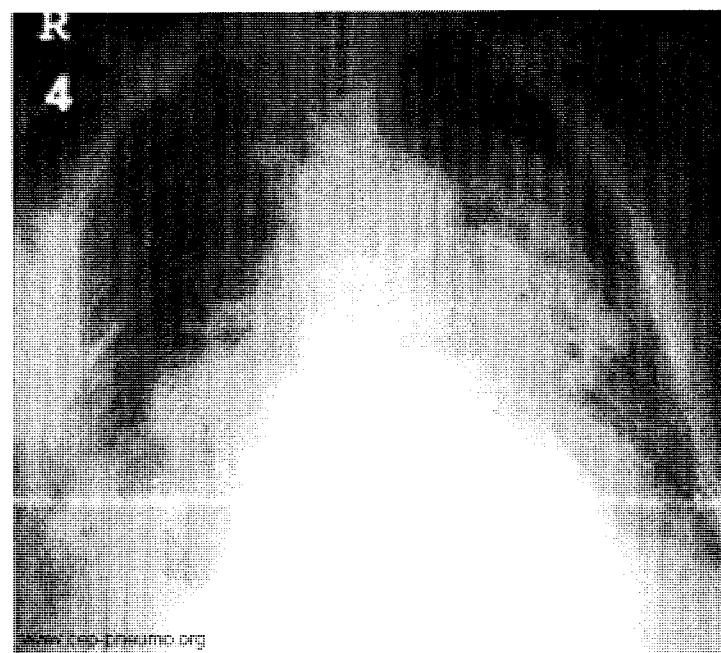
• □ ذات رئة المضعفين مناعيا : العامل الممرض هو انتهازى opportunistic ، جرثومي او فطري او فيروسي . معندة وهذا الاستقصاء ات ضروريه لعزل المسبب .

أنفلونزا الخنازير

- هي جائحة فيروسية (H1 N1) ، مع تظاهرات خارج رئوية ، تبدء بحرارة عالية ثم تخف بعد 48 ساعة ، لتعود في اليوم الرابع V grippal
- هناك الشكل البسيط غير المصحوب بضيق نفس وانما يأتي كأي أنفلونزا مع اعراض تنفسية عليا ، قد تترافق مع اعراض هضمية
- وهناك الشكل الصعب : حيث تصاب الرئتين ويظهر ضيق نفس مترق يصل للزرقة في جوقة من السعال وتسرع النفس والألم الصدري والخراء المنتشرة اصغرائها
- قد تحصل قصورات حادة في الأجهزة الأخرى واحتلاط ذهن .
- قد تتكسر معاوضة قصور قلب أو تنفس أو كلية

شعاعيا

- كثافات غير جهازية منتشرة ، في الساحتين ، عقديمة وشبكية ، قد تتجمع قرب السرة فتشبه وزمة الرئة .
-



العلاج

- و رغم امكانية الشفاء بدون علاج فاننا نغطي بالصادات الحيوية حيث هناك انتان جرثومي ثانوي في كثير من الحالات والسوائل والأوكسجين حسب الحالة، اضافة لـ: Oseltamivir(Tami Flue) والذي يجب اعطاؤه باكرا خلال ال 48 ساعة الأولى من الانتان.
- نادرا تناذر كرب تنفسي عند الكهول ، كما عند الحوامن في انفلونزا الخنازير، وفي هذا الحال قد تحتاج التنفس الآلي اضافة للصادات و العلاج باكرا بالتاميفلو : Oseltamivir .

الإجراءات الوقائية :

- استخدام منديل ورقي عند السعال أو العطاس
- رمي المنديل بعد استعماله في حاوية القمامة فوراً
- غسل اليدين بالماء والصابون وبشكل متكرر
- وضع كمامه على الأنف والفم في حال الإصابة بالمرض
- تجنب العناق والتقبيل عند لقاء الآخرين
- تجنب لمس الأنف والفم أو المصافحة لمنع انتشار الفيروس

الإجراءات التي اتخذتها وزارة الصحة للاستجابة للمرض

- توفير العلاج المضاد للفيروسات والصادات في المؤسسات الصحية المخصصة لتدبير الحالات.
- توفير وسائل الوقاية الفردية (قفف - أردية - كمامات جراحية و N95 ... الخ).
- توفير المستلزمات والمواد المخبرية اللازمة لأخذ العينات ونقلها من المشافي إلى مخبر الصحة العامة في الوزارة لإجراء الفحص المخبري والتمييز.
- تخصيص جناح خاص بتدبير الحالات في المشافي الوطنية بالمحافظات مزودة بأجهزة تنفس آلية ، يعمل فيه عناصر صحية (أطباء - ممرضات ..) مدربة على تدبير المرض في حال حدوثه.
- التوعية الصحية عن المرض وطرق الوقاية منه.

الاجراءات الخاصة لمنع انتقال عدوى الانفلونزا بين القاطنين في التجمعات (المدارس ،مراكز الابواء ... الخ)

❖ ترصد مرض الانفلونزا لدى القاطنين في أماكن التجمعات وإحالاة المشتبه إصابتهم إلى أقرب مؤسسة صحية لتلقي العلاج وإحالاة الحالات الشديدة إلى أقرب مشفى عن طريق المؤسسات الصحية

❖ ترصد مرض الانفلونزا بين الطلاب والمدرسين وإحالاة المشتبه إصابتهم إلى أقرب مؤسسة صحية عن طريق الصحة المدرسية لتلقي العلاج وطلب بقاءهم في المنزل طول فترة المرض .

مشكلة التعنيد على الصادات

- الوصف المبلغ فيه للصادات
- الوصف غير المنتظم للصادات