කතුවැකිය

ඩෙංගු අභියෝගයක් ! එයට මුහුණ දෙමු !

මදුරුවා පුංචි කෘමියෙකි. එහෙත් විවිධ වර්ගවලට අයත් නොයෙක් මදුරුවර්ග ලොව පුරා රටවල් රාශියක මහජන සෞඛ්‍ය ප්‍රශ්න ඇති කිරීමට සමත්ව සිටිති. මැලේරියාව, බරවා, ජපන් එන්සෙපලයිටිස් - බී, ඩෙංගු, කහඋණ (යෙලෝෆීවර් - මෙය සෙංගමාලය නොවේ) චිකන්ගුන්යා, සිකා ආදී රෝග වාහනය කිරීමට විවිධ මදුරුවර්ග සමත්ව සිටිති.

මේ අතරින් ශ්‍රී ලංකාව බොහෝ කාලයක් මැලේරියාවෙන් බැට කැවේය. විශාල ජීවිත හානියක් හා රෝගීන් සමූහයක් ඇතිවූවා පමණක් නොව එමගින් ඇති වූ ආර්ථික අලාභය සහ සංවර්ධන අවපාතය අතිවිශාලය. එනමුදු මේ වනවිට අප මැලේරියාවෙන් තොරවූ රටක කඩඉම පසුකර හෝ එයට ලගාවී හෝ ඇත. බරවා රෝගය පුත්තලම සිට හම්බන්තොට දක්වා වූ මුහුදු තීරයේ ප්‍රබල ආසාදනයක්ව පැවතිය ද අද එයද බොහෝදුරට තුරන් කිරීමට සෞඛ්‍ය අංශ සමත්ව ඇත. ජපන් එන්සෙපලයිටිස් - බී ආසාදනයද තර්ජනාත්මකව නැග ආවද කාර්යක්‍ෂම එන්නතක් සහ එය වැළැක්වීමට ගත් සාමූහික පියවර හේතුවෙන් පසුබෑමට ලක්කර ඇත. චිකන්ගුන්යා උණ වරින්වර වාර්තා වුවත් එය මාරාන්තික ප්‍රතිඵල ගෙන එන්නක් නොවේ. කහඋණ, සහ සිකා වයිරස රෝග අප්‍රිකාවේ හමුවුවත් තවමත් ලංකාව ආක්‍රමණය කර නැත.

එහෙත් ඩෙංගු උණ මෙරට මහජන සෞඛ්‍ය ප්‍රශ්න අතර මුදුනටම පැමිණ අත්තේ **2017** වසරේදී ලක්‍ෂයකට වැඩි රෝගීන් සංඛ්‍යාවක් සහ සැලකිය යුතු මරණ ප්‍රමාණයක් ඇති කිරීමට, ඩෙංගු උණෙහි දරුණු තත්වයක් වන ඩෙංගු රක්තපාත උණ සහ ඩෙංගු කම්පන සහලක්‍ෂණය සමත්ව ඇති බැවිනි.

ඩෙංගු වයිරසය සම්ප්‍රේෂණය කරන්නේ ඊඩිස් වර්ගයේ මදුරුවන්ය. ලොවපුරා මේ වර්ගයට අයත් මදුරු විශේෂ **950** ක් පමණ සිටිති. ශ්‍රී ලංකාවේ ඊඩිස් මදුරු විශේෂ **48** ක් සිටින බව සොයා ගෙන ඇති අතර ඉන් ඩෙංගු උණ වයිරසය පැතිරවීම සිදුකරන්නේ ඊඩිස් ඊජිප්ටයි සහ ඊඩිස් ඇල්බොපික්ටස් යන විශේෂ දෙක පමණය.

ඩෙංගු අභියෝගය ජයගැනීම අත්‍යවශ්‍යව ඇත්තේ පසුගිය දශක **2-3** කාලය තුළ මෙම දරුණු රෝග තත්වය සෞඛ්‍ය ක්‍ෂේත්‍රය තුළ බරපතළම කලබැගෑනිය ඇතිකිරීමට සමත්වූ නිසාම පමණක් නොව අදටත් මෙම රෝගයෙන් දුක් පීඩා විඳින්නේ සහ මරණයට පත්වන්නේ අවුරුදු **15**ට අඩු ළමයින් නිසාවෙනි.

ඩෙංගු රෝගය සහ එය වැළැක්වීම පිළිබඳව මෙම "විදුරාව" කලාපය තුළ බොහෝ දේ ලියැවී ඇත. රෝගී වූ පසු සුවපත් කළ හැකි ඖෂධයක් අදටත් නොමැති නිසා ඩෙංගු වැළැක්වීම සඳහා විවිධ ක්‍රියාමාර්ග උපයෝගී කරගැනීමට ලෝකයේ බොහෝ රටවල් ක්‍රියාකරමින් සිටිති. එහෙත් මේ එකද උපක්‍රමයකට හෝ ඩෙංගු මැඩපැවැත්වීමේ හැකියාව තවමත් ලැබී නැත. අප රටද මෙම සියළු ප්‍රයත්නයන් උරගා බැලීමට යොමුව සිටියද තවමත් නිසි පිළියමක් නොමැතිව අසරණව සිටී.

ඩෙංගු උණ තරමකටවත් පාලනය කිරීමට සමත්වූ රටවල් කිහිපයකි. සිංගප්පූරුව දැඩි නීතිරීති පැනවීම ඇතුළු පියවර තුළින් යම් ජයග්‍රහණයක් ලබා ඇත. කියුබාව සිය දේශපාලනික සමාජ මෙහෙයුම්කරණය තුළින් ද එම තත්වය ලඟා කරගෙන ඇත. එහෙත් කියුබාව අවට පිහිටි ලතින් ඇමෙරිකානු සහ දකුණු ඇමෙරිකානු රටවල් අදටත් ඩෙංගු රෝගයෙන් බැටකමින් සිටිති. ආසියාවේ සහ අප්‍රිකාවේද තත්වය එයට නොදෙවෙනිය.

කියුබාව ඩෙංගු මර්දනය සඳහා සාර්ථකව යොදා ගත් බැසිලස් තුරෙන්ජනසිස් හෙවත් බී.ටී.අයි. බැක්ටීරියාව මෙරට මදුරුවන් බෝවෙන තැන්වල යෙදීමට ගත් උත්සාහය ද පෙරට ගියේ නැත. මේ අතර බ්‍රසීලය ආදී රටවල් ටොක්සොරින්කයිටිස් හෙවත් අලි මදුරුවා (යක් මදුරුවා ලෙසද හැඳින්වෙයි) යොදා ගැනීම මෙන්ම ඕස්ට්‍රේලියාව මේ සඳහා යොදාගන්නා වොල්බචියා බැක්ටීරියාව යොදාගැනීම ගැනද කතාබහ පැවතුනි. මේ අතර මදුරු කීටයන් සහ පිලවුන් කා දමන මත්ස්‍ය විශේෂ අභිජනනය කර හඳුන්වාදීමේ වැඩසටහන් ගැනද වාර්තා පළවිණ. තවත් එක් උපක්‍රමයක් ලෙස පිරිමි ඩෙංගු මදුරුවන් අල්ලා ගෙන උන් වඳභාවයට පත්කර පරිසරයට මුදා හැරීමට ද යෝජනා වී තිබිණ.

ඩෙංගු උණ පාලනය සඳහා ලැබිය හැකි විශාලම ජයග්‍රහණය නම් ඩෙංගුවලට එරෙහි එන්නතක් නිපදවීම බවට වාදයක් නැත. දැනටමත් එන්නත් වර්ග දෙකක් පර්යේෂණ හා සීමිත භාවිත අවධියේ පවතියි. එහෙත් ඩෙංගු වයිරසය ප්‍රභේද **4**ක් (ඩෙංගු **1,2,3** හා **4**) වශයෙන් තිබීමත් මේවායෙහි ව්‍යුහයන්හි පවතින යම් විෂමතාවයන් නිසාත් මෙම එන්නත් සියළු ඩෙංගු ආසාදන ඇතිවීම් වැළැක්වීමට සමත් ද යන්න සැක සහිතය. එසේම මෙම එන්නත් යම් භූගෝලීය සීමාවන්ට යටත් වන බවටද අදහස් පළවෙයි.

කෙසේවෙතත් ඩෙංගු රෝගය ජය ගැනීමට හැකිවනු ඇත්තේ මෙම රෝගකාරක වයිරස **4**ටම එරෙහිව ක්‍රියාකළ හැකි එන්නතක් සංවර්ධනය කර එය ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයේ අනුමැතියෙන් ලොව ඩෙංගු කලාපයේ රටවල බහුල භාවිතයට පත්කිරීම තුළින් පමණය.

මේ අතර ඩෙංගු මදුරුවා, විශේෂයෙන්ම ඊඩිස් ඊජිප්ටයි සිය හැසිරීම් රටාව වෙනස් කරන බවටද සැක පහළවෙයි. මෙතෙක් මේ මදුරුවන් බෝවන්නේ පිරිසිදු ජලය සහිත භාජනවල බවට වූ විශ්වාසය බිඳිමින් අපවිත්‍ර ජලයේද බෝවීමේ හැකියාව ලබා ඇති බවට වාර්තා වෙයි. එපමණක් නොව උදෑසන සහ සවස් කාලයේ පමණක් දෂ්ට කරන බවට වූ පිළිගැනීමද යම්තාක් දුරට ඉරිතලා ගොස් ඇත්තේ අනෙක් වේලාවන්හි දී ද විශේෂයෙන්ම රාත්‍රී කාලයේදී සිය හැකියා දැක්වීමට මේ මදුරුවන් යොමුවන බව පැවසෙන හෙයිනි.

දැනට අපට කළ හැක්කේ ඩෙංගු මදුරු යුගළ බෝවෙන තැන් සොයා ඒවා විනාශ කිරීමත් උණක් ගත්විට එය ඩෙංගු උණ යයි සැක කරමින් වෛද්‍ය සුපරීක්‍ෂාවට ලක්වීමත් පමණක් බව අවධාරණය කළ හැකිය.

තුසිත මලලසේකර

ඩෙංගු නිර්ණායක, ව්‍යාප්තිය, ශායනික ඉදිරිපත් කිරීම සහ වැළැක්වීම පිළිබඳ දළ විශ්ලේෂණයක්

විශේෂඥ වෛද්‍ය හසිත තිසේරා සහ වෛද්‍ය ඉන්ද්‍රික වීරසිංහ

ඩෙංගු යනු බොහෝ සමීප සබඳතා සහිත වයිරස හතරක් (04ක්): DENV 1, DENV 2, DENV 3 සහ DENV 4 මගින් ඇති කෙරෙන, මදුරුවන් මගින් සම්ප්‍රේෂණයවන වයිරස රෝගයකි. මෙම සියලු වයිරස දර්ශ මිනිසුන්ට ඩෙංගු රෝග ඇති කිරීමට සමත්ය.

ඩෙංගු, තමාටම සීමාවූ ඩෙංගු උණ (DF) රෝගයේ සිට වඩාත් ප්‍රබල ඩෙංගු රක්තපාතික උණ (DHF) සහ ජීවිත අවදානමක් සහිත ඩෙංගු කම්පන සහලක්ෂණය (DSS) දක්වා පරාසයක පවතී. ආසාදිත මිනිසුන් සියල්ලන්ගෙන් 75%ක් රෝග ලක්ෂණ නොපෙන්වන අතර ඉතිරි ප්‍රමාණයට රෝග ලක්ෂණ පෙන්වන රෝගය වැළඳේ. එයිනුත් බහුතරයකට තිබෙනු ඇත්තේ සරල ඩෙංගු වන අතර 1-2%ක් පමණ ප්‍රමාණයකට DHF සහ DSS තත්වය දක්වා වර්ධන තත්වයක් උදාවේ.

එක් දර්ශයකින් සිදුවන ආසාදනයක් ඒ සඳහා ජීවිත කාලයටම ප්‍රතිශක්තිය ලබාදෙන නමුදු වෙනත් දර්ශ සඳහා ආරක්ෂාව නොසපයයි. වෙනත් දර්ශවලින් එකකට පසු එකක් ලෙස ආසාදන සිදුවුවහොත් සහ ඒ බව නිසි වේලාවට නිශ්චය කිරීමක් සිදු නොවුනහොත් එම පුද්ගලයාට තදබල ඩෙංගු ආකාරයක් වැළඳීමේ විශාල අවදානමක් පවතී.

නිවර්තන සහ උපනිවර්තන කලාපවල ඩෙංගු රෝගය පුළුල් ලෙස පැතිර පවතී. එය, සාමාන්‍යයෙන් බෝවීම සඳහා ප්‍රශස්ත වූ තත්වයක වර්ෂාපතනය පවතින විට, වසර පුරා ඇතිවීමට ඉඩ තිබෙන රෝගයකි. වර්ෂාපතනයෙහි දේශීය අවකාශයික විචලතාවය, උෂ්ණත්වය, සාපේක්ෂ ආර්ද්‍රතාවය, නාගරීකරණය සිදුව ඇති ප්‍රමාණය සහ එම ප්‍රදේශවල වාහකයා පාලනය කිරීමේ සේවාවල ඇති ගුණාත්මකභාවය මෙම රෝගය පැතිරීම සඳහා බලපාන අනෙකුත් සාධකවේ.

ශ්‍රී ලංකාවේ ප්‍රථම වරට ඩෙංගු රෝගය වාර්තා වන්නේ 1960 දශකයේදී වුවද වඩාත් දරුණු තත්වයක් වන ඩෙංගු රක්තපාතික උණ බවට එය පත් වන්නේ 1980 දශකයේදී අගභාගයේදීය. වර්ෂ 2000 සිට ඩෙංගු වසංගතවල ප්‍රමාණය ඉහළ ගිය අතර නාගරික ප්‍රදේශවල සිට අර්ධ නාගරික සහ ග්‍රාමීය වාසභූමි කරා ඩෙංගු වයිරසය පැතිරීම ආරම්භ විය.

ඩෙංගු යනු එක් පුද්ගලයකුගෙන් තවත් පුද්ගලයකු වෙත වයිරසය ගෙන යන අතරමැදි ධාරකයකු වන වාහකයකුගෙන් පැතිරෙන රෝගයකි. *ඊඩිස් ඊජිප්ටයි (Aedes aegypti)* සහ *ඊඩිස් ඇල්බොපික්ටස් (Aedes albopictus)* ගැහැනු මදුරුවා වයිරසය සම්ප්‍රේෂණය කරනු ලබයි. මෙම වාහකයන් ලොව පුරා හමුවන අතර, ශ්‍රී ලංකාවේ ප්‍රධාන වාහකයා, ඊඩිස් ඊජිප්ටයි *(Aedes aegypti)* වේ. මෙම මදුරුවා, චිකන්ගුන්යා, කහඋණ සහ සිකා වයිරසය ද සම්ප්‍රේෂණය කරයි.

දැඩි උණ තත්වයක් (> 38^{0}C / 104^{0}F) සමග මතු දැක්වෙන රෝග ලක්ෂණ දෙකක් (02ක්), එනම්; තදබල හිසේ කැක්කුම, ඇස්යට කැක්කුම,

ඊඩිස් ඊජිප්ටයි (Aedes aegypti) සහ *ඊඩිස් ඇල්බොපික්ටස් (Aedes albopictus)* ගැහැනු මදුරුවා වයිරසය සම්ප්‍රේෂණය කරනු ලබයි. මෙම වාහකයන් ලොව පුරා හමුවන අතර, ශ්‍රී ලංකාවේ ප්‍රධාන වාහකයා, ඊඩිස් ඊජිප්ටයි *(Aedes aegypti)* වේ. මෙම මදුරුවා, චිකන්ගුන්යා, කහඋණ සහ සිකා වයිරසය ද සම්ප්‍රේෂණය කරයි.

දැඩි උණ තත්වයක් (> 38^{0}C / 104^{0}F) සමග මතු දැක්වෙන රෝග ලක්ෂණ දෙකක් (02ක්), එනම්; තදබල හිසේ කැක්කුම, ඇස්යට කැක්කුම, මාංශපේශි සහ සන්ධි වේදනා, ඔක්කාරය, වමනය හෝ කුෂ්ට ඇතිවීම පෙන්නුම් කරයි නම් එය ඩෙංගු බවට සැක කළ යුතුය.

මාංශපේශි සහ සන්ධි වේදනා, ඔක්කාරය, වමනය හෝ කුෂ්ට ඇතිවීම පෙන්නුම් කරයි නම් එය ඩෙංගු බවට සැක කළ යුතුය. ආසාදිත මදුරුවකු විසින් දෂ්ට කරනු ලැබීමෙන් අනතුරුව දින 4-10ක බීජෞෂණ සමයකින් පසු සාමාන්‍යයෙන් රෝග ලක්ෂණ දින 2-7 දක්වා කාලයක් පවතී. සමහර රෝගීන්ට ඉහත දැක්වූ ප්‍රධාන රෝග ලක්ෂණවලට අමතරව උගුරේ වණ ඇතිවීම සහ අතීසාර තත්වයන් ද ඇතිවිය හැකිය.

මෙය වයිරස් රෝගයක්වන බැවින් ඒ සඳහා ප්‍රතිකාරයක් හෝ ඵලදායී එන්නතක් හෝ මෙතෙක් නොමැති හෙයින්, ඩෙංගු වයිරසය සම්ප්‍රේෂණය වීම පාලනයට හෝ වළක්වා ගැනීමට හෝ අනුගමනය කළ යුතු ක්‍රමය වන්නේ සමෝධානිත වාහක පාලන ක්‍රම ඔස්සේ වාහක මදුරුවන් හා සටන් කිරීමයි.

ඩෙංගු රෝග ඉතිහාසය

වසර ගණනකට පෙර ඩෙංගු වයිරස හතරම (DENV 1-4) වඳුරන් තුළ ඇති විය. වසර 100 සිට 800 දක්වා කාලයකට පෙර අප්‍රිකාවේ හෝ ගිනිකොන දිග ආසියාවේ හෝ මෙම වයිරස එකිනෙක ස්වාධීන ලෙස මිනිසා තුළට ඇතුලුවී තිබේ. විසිවෙනි (20) ශතවර්ෂය මැද භාගය වන තෙක් ඩෙංගු සුළු සහ භූගෝලීයව සීමා කෙරුණු රෝගයක් ලෙස පැවතුණි.

පියාඹන කෘමියකු සමග සම්බන්ධතාවයක් ඇති "ජලජ විෂවීමක්" ලෙස හඳුන්වන ලද, බොහෝ විට ඩෙංගු උණ වැළඳුණු රෝගියකු යැයි සැක කළ හැකි රෝගියකු පිළිබඳව ප්‍රථම වාර්තාව ජින් අධිරාජ්‍ය සමයේ (ක්‍රි.ව. 265-420) සිට පවත්වාගෙන එනු ලබන චීන වෛද්‍ය විශ්ව කෝෂයක සටහන් කර තිබේ. රෝගය 1779දී හඳුනාගැනීමෙන් සහ නම් කිරීමෙන් කෙටි කලකට පසු 1780 ගණන්වලදී ආසන්න ලෙස එකම අවස්ථාකදී ආසියාව, අප්‍රිකාව සහ උතුරු ඇමරිකාව තුළ, පිළිගත් පළමු ඩෙංගු වසංගතය ඇති විය. මාංශපේශිවල වේදනාව සහ සන්ධිවල වේදනාව යන රෝග ලක්ෂණ පෙන්නුම් කරන ලද බැවින් "අස්ථි බිඳෙන උණ" යන නාමය මෙම රෝගයට ලබා දුන් බෙන්ජමින් රුෂ් විසින් 1779දී සහතික කරන ලද ප්‍රථම රෝගියා වාර්තා විය.

හේතුකාරකය වයිරස බව සහ එය මදුරුවන් විසින් පතුරුවනු ලබන බව සොයා ගන්නා ලද්දේ 20වෙනි ශතවර්ෂය තුළදීය. දෙවන ලෝක යුද්ධ සමය තුළ සිදුවූ ජනගහන සංචලනය මගින් රෝගය ලොව පුරා පැතුරුණි. ඩෙංගු උණ පැතිරීම නිතර සිදුවන දෙයක් බවට පත්වීමෙන් අනතුරුව ඩෙංගු රක්තපාත උණ (DHF) වසංගතය ප්‍රථම වරට 1953දී ගිනිකොන දිග ආසියාවේ, මැනිලාහිදී වාර්තා විය. ඩෙංගු පැතිරීම් 1950 ගණන්වල රටවල් නමයකින් (09) වාර්තා විය. ඩෙංගු වසංගත 1980 ගණන්වල සිට නිතර සිදුවන දෙයක් බවට පත්විය. එක්දහස් නවසිය අනූගණන්වල අගභාගයේ සිට සෑම වසරකම, ඩෙංගු උණ රෝගීන් මිලියන 40ක් පමණ සහ ඩෙංගු රක්තපාත උණ රෝගීන් සිය දහස් ගණනක් සමග, මැලේරියා රෝගයට පසු මිනිසාට බලපෑමක් සිදු කරන, මදුරුවන් මගින් පතුරුවන, වඩාත් වැදගත් රෝගය බවට ඩෙංගු පත්විය.

ඩෙංගු පිළිබඳ ලෝක තත්වය

තදබල ඩෙංගු වසංගතවලට 1970ට පෙර මුහුණ දෙන්නේ රටවල් නමයක් (9ක්) පමණි. වර්තමානයේ මෙම රෝගය, අප්‍රිකානු, ඇමරිකානු, ගිනිකොනදිග ආසියානු සහ බටහිර ශාන්තිකර කලාපයේ රටවල් 100ක පමණ වසංගත තත්වයේ පවතින අතර, ඇමරිකාව, ගිනිකොනදිග ආසියාව සහ බටහිර ශාන්තිකර කලාපය මේ අතරින් වඩාත් ප්‍රබල බලපෑමකට ලක්වී ඇත (1 වන රූපය).

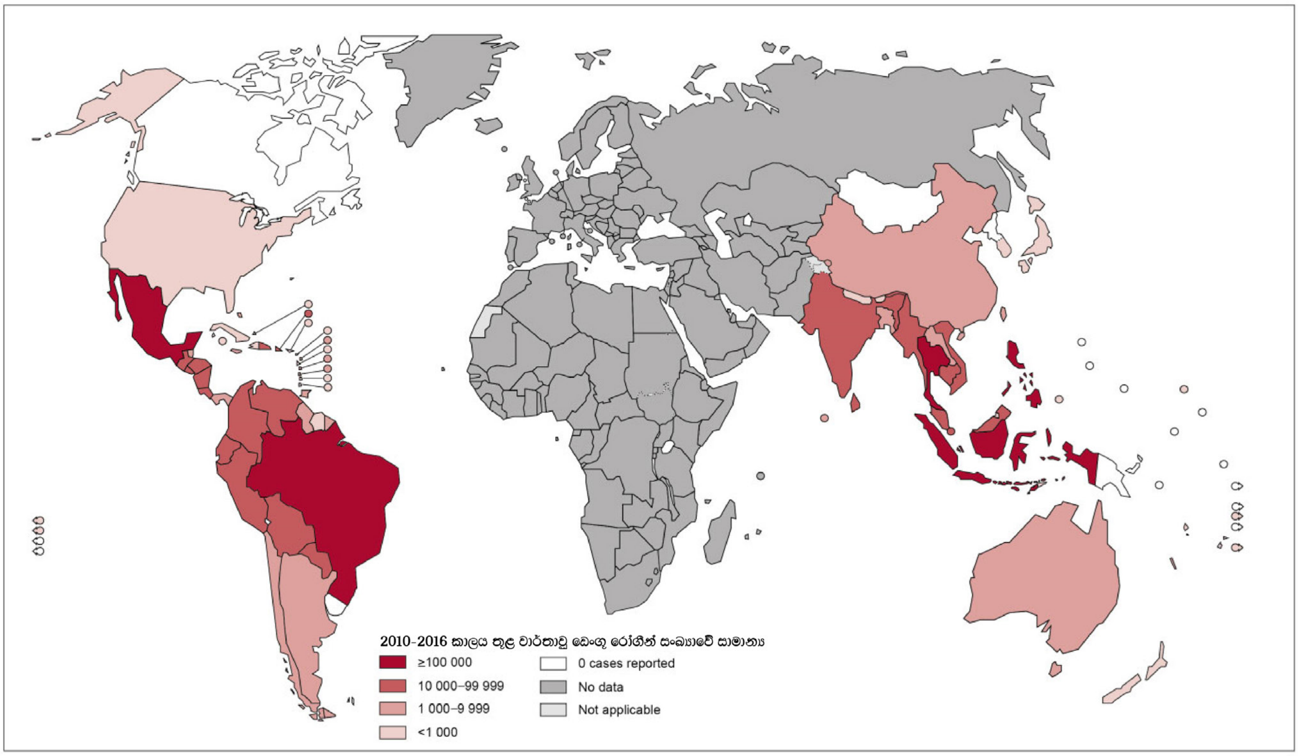
ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානයට (WHO) අනුව, මෑතකදී (2013) සිදු කරන ලද අධ්‍යයනයක් මගින්, සෑම වසරකම ඩෙංගු ආසාදන මිලියන 390ක් (95% රෝගීන් සංඛ්‍යාව මිලියන 284-528) ඩෙංගු ආසාදන සිදුවෙන අතර ඉන් මිලියන 96ක් ශායනික හසුරුවන බව (රෝගයේ ප්‍රබලතාවයට අනුව DF, DHF සහ DSS) තක්සේරු කර තිබේ. ඩෙංගු පැවැත්ම පිළිබඳව සිදු කරන ලද තවත් අධ්‍යයනයක දී (2012), රටවල් 128ක මිනිසුන් බිලියන 3.9ක් ඩෙංගු වයිරසය මගින් ආසාදන අවදානමකට ලක්වෙන බව තක්සේරු කර ඇත.

ලොවපුරා පුළුල් ලෙස ඩෙංගු පැතිරීම මගින් 2016 වසර ලාක්ෂණික විය. වර්ෂ 2014දී මෙන් තෙගුණයක් වූ බ්‍රසීලයේ පමණක් මිලියන 1.5කට මදක් අඩු රෝගීන් සංඛ්‍යාවකින් දායක වූ ඇමරිකානු කලාපයේ 2016 වසර තුළ රෝගීන් මිලියන 2.38කට අධික ප්‍රමාණයක් වාර්තා විය. ඩෙංගු මරණ 1,032ක් ද මෙම කලාපයෙන් වාර්තා විය. බටහිර ශාන්තිකර කලාපයේ 2016දී ඩෙංගුයැයි සැක කෙරුණු රෝගීන් 375,000ක් වාර්තාවූ අතර, ඉන් 176,411ක් පිලිපීනයෙන් ද 100,028ක් මැලේසියාවෙන්ද වාර්තා විය. මෙම රටවල් දෙකම මීට පෙර වසරේදී ද ඒ හා සමාන කරදරකාරී තත්වයකට මුහුණ දී තිබුණි. සොලමන් දූපත්, ඩෙංගු යැයි සැක කෙරෙන රෝගීන් 7,000කට අධික ප්‍රමාණයක් සමගින් ඩෙංගු පැතිරීමක් ප්‍රකාශයට පත් කළාය. අප්‍රිකානු කලාපය තුළ, රෝගීන් ලෙස සැලකිය හැකි 1061ක් සමග ප්‍රාදේශීය ඩෙංගු ව්‍යාප්තවීමක් බුර්කිනා ෆාසෝ වාර්තා කළාය.

ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය (WHO) මගින් ප්‍රකාශයට පත් කරන ලද 4වන පිටුවෙහි දැක්වෙන සිතියම, 2016 වසර තුළ දී ලොව පුරා ඩෙංගු ව්‍යාප්තිය පෙන්නුම් කරයි.

ශ්‍රී ලංකාවේ තත්වය

ශ්‍රී ලංකාවේ මස්තු විද්‍යාත්මකව තහවුරු කරන ලද පළමු ඩෙංගු රෝගියා 1962දී බස්නාහිර පළාතෙන් හමු විය. ශ්‍රී ලංකාවේ ප්‍රථම වසංගතය, රෝගීන් 51ක් සහ මරණ 15කින් සමන්විත වූ අතර මරණ අනුපාතිකය (රෝගයක බරපතළ බවෙහි මිම්මක් වන අතර, මාරාන්තික විය හැකි විශේෂිත රෝගයක සලකනු ලබන කාලයක් තුළ වාර්තා වන රෝගීන්ගේ



World Health Organization

1 වන රූපය: 2016 දී ලොව පුරා ඩෙංගු ව්‍යාප්තිය

අනුපාතය ලෙස අර්ථ දක්වනු ලබයි) 30%ක් සහිතව 1965-68 කාලය තුළදී වාර්තා විය.

රෝගී මරණ අනුපාතිකය (CFR) 2%ක් සහිත රෝගීන් 440ක් සහ මරණ 11ක් සහිතව 1990දී රෝගය නැවත හිස එසවීය. වර්ෂ 2000 සිට ඩෙංගු උණ (DF) සහ ඩෙංගු රක්තපාතික උණ (DHF) යන ද්විත්වයෙන්ම වසරකට රෝගීන් 5,000කට අධික අනපේක්ෂිත ඉහළ යෑමක් ශ්‍රී ලංකාව තුළ සිදුවූ බව නිරීක්ෂණය කෙරුණි. වාර්ෂිකව ඩෙංගු රෝගීන්ගේ වාර්තාවීම ක්‍රමිකව ඉහළ ගිය ද රෝගී මරණ අනුපාතිකය (CFR) 2004 වර්ෂයේ සිට 1%කට වඩා අඩු වෙමින් පැවතුණි. ඉතිහාසයේ පෙර නොවූ විරූ ආකාරයකට 2017 වර්ෂය ශ්‍රී ලංකාව තුළ ඩෙංගු සඳහා විශේෂිත වූ අතර 100,000 ඉක්මවූ රෝගීන් සංඛ්‍යාවක් සහිත අතිවිශාල රෝග ව්‍යාප්තියක් වසරේ ප්‍රථම මාස 06 තුළ දී අත්දකින ලද අතර සැලකිය යුතු මරණ සංඛ්‍යාවක් සහිතව මේ දක්වා රෝගීන් 150,000ක් වාර්තා වී තිබේ.

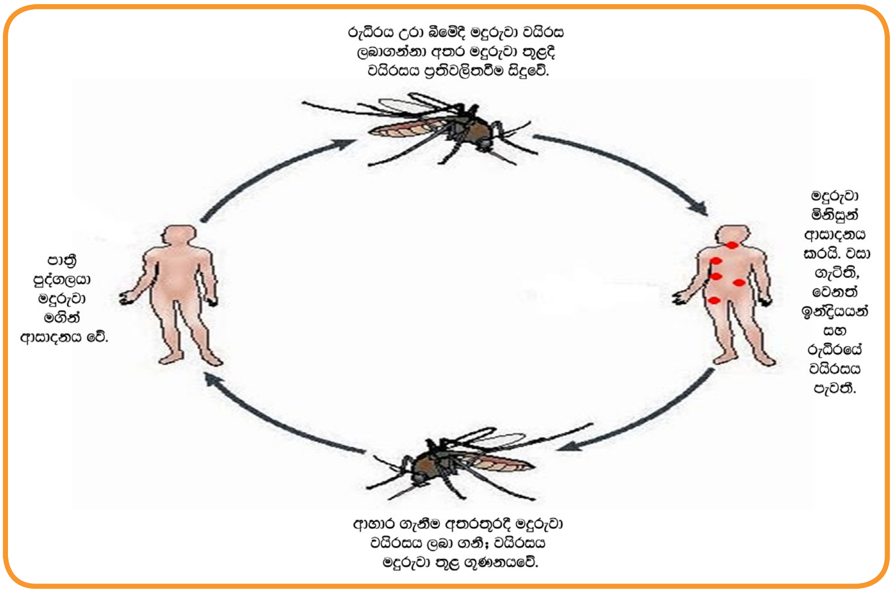
රෝගය සම්ප්‍රේෂණය වන ආකාරය

ඊඩීස් ඊජිප්ටයි (Aedes aegypti) සහ *ඊඩීස් ඇල්බොපික්ටස් (Aedes albopictus)* විශේෂවල ගැහැනු මදුරුවන් මගින් රෝගය සම්ප්‍රේෂණය වේ. ශ්‍රී ලංකාවේ ප්‍රධාන වාහකයා වන්නේ *ඊඩීස් ඊජිප්ටයි* මදුරු විශේෂයයි.

සම්ප්‍රේෂණය සිදුවීමට රෝග ලක්ෂණ සහිත පුද්ගලයකුගේ රුධිරය තුළ වයිරසය විශාල ප්‍රමාණයක් පවතින පළමු දින කිහිපය (දින 0 සිට 5 දක්වා කාලය) තුළ මදුරුවා එකී පුද්ගලයාගෙන් රුධිර ආහාර වේලක් ලබා ගත යුතුය. එසේ වුවද, සැලකිය යුතු රෝග ලක්ෂණ කිසිදා නොපෙන්වන සමහර මිනිසුන්ට මදුරුවන් ආසාදනය කිරීම් හැකියාව තිබේ. රුධිර ආහාර වේල තුළ වූ වයිරසය මදුරුවා තුළට ඇතුල් වූ විට එය තවත් පුද්ගලයකුගේ සිරුර තුළට සම්ප්‍රේෂණය කිරීමට පෙර බීජෞෂණය සඳහා දින 8-12ත් අතර කාලයක් වැය කරනු ඇත.

බීජෞෂණ සමයෙන් දින 04-07කට පසු ආසාදනයේ රෝග ලක්ෂණ මතුවන අතර එය දින 3-10 දක්වා පවතී. මදුරුවාගේ ජීවිත කාලය සති 2 සිට මාසයක කාලයක් දක්වා වන බැවින්, ආසාදනයෙන් අනතුරුව වයිරස මදුරුවා තුළ දින ගණනක් හෝ සති කිහිපයක් හෝ රැඳෙනු ඇත. තම ජීවිත කාලය තුළ, ආසාදිත මදුරුවාට මිනිසුන් කිහිපදෙනෙකු වෙත වයිරසය සම්ප්‍රේෂණය කිරීමට හැකියාව ලැබේ (2 වන රූපය).

ගර්භිණී මවක් ඇයගේ ගර්භිණී සමයේ අවසන් කාලය තුළදී අසාදනයට ලක් වුවහොත් මවගෙන් ඇයගේ කුස තුළ වැඩෙන කලලයට ඩෙංගු වයිරස සම්ප්‍රේෂණය වීම සිදුවන බවට සාක්ෂි තිබේ.



2 වන රූපයඃ මදුරුවන් මගින් ඩෙංගු වයිරසය සම්ප්‍රේෂණය වීම

ඩෙංගු රෝගය සම්ප්‍රේෂණය කරන මදුරු වාහකයන්

ඊඩිස් ඊජිප්ටයි (Aedes aegypti)

ඊඩිස් ඊජිප්ටයි, මිනිසුන් අතර ඩෙංගු වයිරස සම්ප්‍රේෂණය කිරීම සඳහා මනා ලෙස අනුහුරුවී ඇති ප්‍රධාන මදුරු වාහකයාවේ (3 වන රූපය). මෙම මදුරුවා මිනිසා සහ ඔහුගේ වාසස්ථාන සමග සමීප ඇසුරක් පවත්වන අතර මිනිස් වාසස්ථාන අසල අභිජනනයට හුරුවීම පමණක් නොව වසර පුරා එලෙස අභිජනනය කිරීමද සිදුකර, එනිසාම වසර පුරා රෝගය සම්ප්‍රේෂණය කිරීම සිදු කරයි. ඔවුන් මිනිස් රුධිරයට ලැදියාවක් දක්වන අතර (මානවකාමී) රුධිර ආහාර වේල් බොහෝ ගණනක් (බහුපෝෂක) ලබා ගනී. මෙම මදුරුවා දිවා කාලයේදී සක්‍රිය වන බැවින් (පෙ.ව. 6.00 සිට 10.00 දක්වා උදය වරුවද සහ ප.ව. 4.00 සිට 6.00 දක්වා සවස් වරුවද) දිවා-දෂ්ටකයකු ලෙස හඳුනාගෙන ඇත.

ඊඩිස් ඇල්බොපික්ටස් (Aedes albopictus)

ඩෙංගු වයිරස සම්ප්‍රේෂණයෙහිලා අඩු අනුහුරු බවක් දක්වන සහ බහු සත්ව රුධිර ආහාර වේල් සඳහා රුචියක් දක්වන තවත් වැදගත් ඩෙංගු මදුරු වාහකයකු ලෙස *ඊඩිස් ඇල්බොපික්ටස්* හැඳින්විය හැකිය (4 වන රූපය). ශීතල අවස්ථාවලදී එය උපරමයට (අහිතකර පරිසර තත්ව යටතේදී සමහර කායකර්මීය ක්‍රියා අත්හිටවනු ලබන කාලපරිච්ඡේදයකට) පත්වේ. මෙම මදුරුවාද දිවා දෂ්ටකයකු වන අතර මිනිස් වාසස්ථාන අසල අභිජනනය කරයි.

ඊඩිස්ගේ ජීවන චක්‍රය

ඊඩිස් මදුරුවන්ට, හැඩය, ක්‍රියාකාරිත්වය සහ වාසස්ථාන වෙනස්වන කෙටි ජීවන-චක්‍රයක් තිබේ. එයට, භෞමික (බිත්තර සහ සුහුඹුලා) සහ ජලචර (කීටයා සහ පිලවා) වශයෙන් අවධි දෙකක් ඇත (5 වන රූපය). ජලය සහිත බඳුන්වල අභ්‍යන්තර බිත්තිවල ගැහැනු මදුරුවා බිත්තර දමයි. වර්ෂාව හේතු කර ගෙන බඳුනේ ජල මට්ටම ඉහළ නැග බිත්තර ජලයෙන් යටවූ කල එම බිත්තරවලින් කීටයා බිහිවේ. අනතුරුව ගත වන දින කිහිපය තුළ ක්ෂුද්‍රජීවීන් සහ කාබනික ද්‍රව්‍ය අංශු මත මෙම කීටයා (2 වන පින්තූරය; 5 වන රූපය) පෝෂණය වනු ඇත. ඔවුන් පළමු සහ සිව්වන අවධි දක්වා වර්ධනය වීම සඳහා තෙවතාවක් තම බාහිර ආවරණය ඉවත් කරයි. සිව්වන අවධිය තුළදී අවශ්‍ය තරමට ශක්තිය සහ දේහ ප්‍රමාණය ලබා ගත් විට රූපාන්තරණය ඇරඹී කීටයා, පිලවා බවට පරිවර්තනයවේ (3 වන පින්තූරය; 5 වන රූපය).

පිලවා ආහාර නොගනී; එනම්, සුහුඹුලාගේ ශරීරය; පියාඹන මදුරුවා සෑදෙන තුරු පිලවා වෙනසකට ලක් නොවේ. අනතුරුව, පිලවාගේ ආවරණය බිඳ දමා අලුතෙන් සෑදුණු සුහුඹුලා (4 වන පින්තූරය - 5 වන රූපය) ජලයෙන් උඩට මතුවේ. පෝෂණ මට්ටම මත පාදක වෙමින්, සම්පූර්ණ ජීවන කාලය සාමාන්‍ය

4 වන රූපයඃ ඊඩිස් ඇල්බොපික්ටස්ගේ *(Aedes albopictus)* පින්තූරයක්

3 වන රූපයඃ ඊඩිස් ඊජිප්ටයි *(Aedes aegypti)*

උෂ්ණක්වයේදී දින 7-10 දක්වා පවතී. ඩෙංගු මදුරුවාගේ ඉතා වැදගත් අනුහුරු වීමක් ඇත. ඔවුන්ගේ බිත්තරවලට මාස කිහිපයක් (6 සිට 12 දක්වා කාලයක්) වියළි තත්වයන්ට ඔරොත්තු දීමේ හැකියාව මෙම අනුහුරුවීමවේ. සියලුම කීටයන්, පිලවුන් සහ සුහුඹුලන් එක් අවස්ථාවක විනාශ කළ ද බඳුන්වල ජලමට්ටම ඉහළ ගොස් බිත්තර ජලයෙන් යට වූ විට නැවත මදුරු ගහනය ඇති කිරීමට මෙමගින් ඉඩ සැලසේ. ගැහැනු මදුරුවාට තම ජීවිත කාලය තුළ 100 සිට 200 දක්වා බිත්තර සංඛ්‍යාවක් දැමිය හැකිය.

ජලචර වාසස්ථාන යනු බිත්තරවල සිට සුහුඹුල් මදුරුවා දක්වා වර්ධනය වන භාජනවේ. ඩෙංගු මදුරු වාහකයන් බෝවන, වර්ෂා ජලය එකතු වන, සහ මිනිසුන් විසින් ජලය පුරවන ලද, මිනිසා විසින් සාදන ලද විශාල පරාසයක භාජන, පිළිකනු සහ නිවාස අසල වහලින් ආවරණය නොවූ ස්ථානවල එක්රැස් වී තිබේ.

පොදු අභිජනන වාසස්ථාන :
(6 වන රූපය)

- ❖ ඉවත දමන අයිතම
- ❖ ආවරණය නොකළ ටයර
- ❖ කොන්ක්‍රීට් ලෑලි
- ❖ භාවිතයෙන් ඉවත් කරන ලද වැසිකිළි පෙට්ටි (Commodes) සහ වැසිකිළි ජල භාජන (Cisterns)
- ❖ වැහිපීලි, පොකුණු සහ කුරුළු නාන තටාක
- ❖ බිඳුණු මල් පෝච්චි සහ පිඟන්
- ❖ ගොඩනැගීම් සිදු කරන ස්ථාන
- ❖ අවහිර වූ කාණු සහ මනුබිල (manhole)
- ❖ ආවරණය කරනු ලබන පොලිතීන්
- ❖ ජල ටැංකි සහ ජලය එකතු කෙරෙන භාජන
- ❖ වර්ෂා ජලය එකතු වන ශාක උදා: බ්‍රොමිලියා
- ❖ ශාකවල වූ සිදුරු

ඊඩිස් මදුරුවන් පරිසර තත්වවලට ඉතාමත් සංවේදීවේ. මදුරුවන්ගේ රඳා පැවැත්ම, ප්‍රජනනය සහ වර්ධනය සඳහා උෂ්ණත්වය, වර්ෂණය සහ ආර්ද්‍රතාවය ඉතා වැදගත් වන අතර මදුරුවන්ගේ බහුල පැවැත්මට බලපෑමක් සිදු කළ හැකිය.

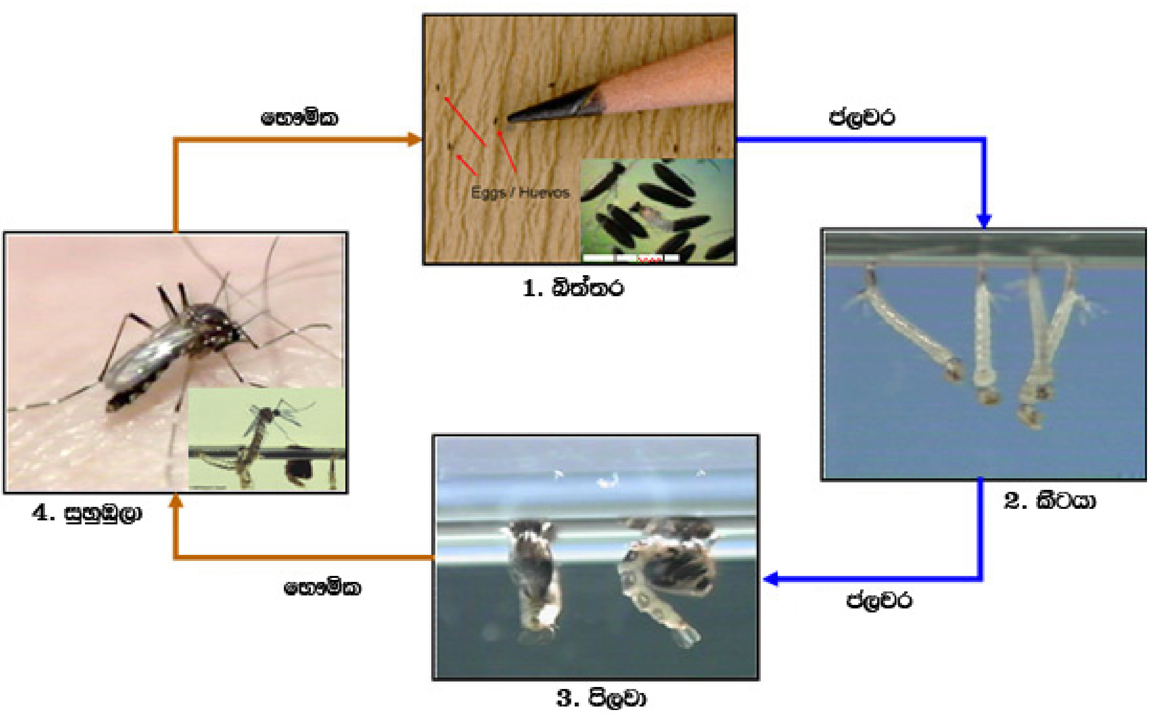
ශායනික ලක්ෂණ සහ ප්‍රතිකාර

ඩෙංගු උණෙන් පෙළෙන මිනිසුන්ට එය ස්වයං - සීමාකාරී තත්වයක් වන බැවින් මරණයේ අවදානමක් නොමැති වුවද, කලාතුරකින් සමහර අයට ඩෙංගු රක්තපාතික උණ (DHF) හෝ ඩෙංගු කම්පන සහලක්ෂණය (DSS) දක්වා වර්ධනය වීමක් දක්නට ලැබේ.

උණ ($>38^0C$) සමග තවත් රෝග ලක්ෂණ දෙකක්; හිසරදය, මාංශපේශි වේදනාව, සන්ධි වේදනාව, දම් පැහැති කුෂ්ට, රුධිරය වහනය වීම් (උදා: විදුරුමසින් ලේ ගැලීම), ඔක්කාරය සහ වමනය රෝගීන්ට තිබේ නම් එය ඩෙංගු උණ (DF) බවට අනුමාන කළ හැකිය.

රුධිර ප්ලාස්මා කාන්දුව, තරල එකතුවීම, ශ්වසන අපහසුතා, තදබල ලෙස රුධිරය වහනයවීම හෝ ඉන්ද්‍රිය ක්‍රියාකාරිත්වය අඩුවීම හෝ හේතු කොට ගෙන, තදබල ඩෙංගු උණ (DHF) මාරාන්තික සංකූලතා ඇති විය හැකි තත්වයක් ලෙස සැලකේ. පළමු රෝග ලක්ෂණවලට දින 3-7කට පසුව උෂ්ණත්වය අඩුවීමක් ($38^0C/100^0F$ ට අඩු) සමග අනතුරු හැඟවීම් සංඥා, එනම්, තදබල උදර වේදනාව, නොනවතින වමනය, ශීඝ්‍රයෙන් හුස්ම ඉහළ පහළ දැමීම, විදුරුමස්වලින් රුධිරය වහනය වීම, තෙහෙට්ටුව, අවිවේකීබව, සහ වමනය තුළ රුධිරය අන්තර්ගත වීම ඇතිවේ. මෙම බරපතළ අවධියට පසුව ගෙවෙන පැය 24-48ක කාලය මාරාන්තික විය හැකිය; DHF සහ DSS මගින් සංකූලතා සහ මාරාන්තික අවදානම මගහැර ගැනීම සඳහා සුදුසු වෛද්‍ය සුරක්ෂාවක් මෙහිදී අත්‍යාවශ්‍යවේ.

රෝග දෙකම බොහෝ දුරට සමාන වන බැවින් ප්‍රථම දින 2-3 තුළ දී ඩෙංගු උණ (DF) සහ ඩෙංගු



5 වන රූපය: ඊඩිස් මදුරුවාගේ ජීවන චක්‍රය

රක්තපාතික උණ (DHF) වෙන්කර හඳුනා ගැනීම අපහසුවේ. ආහාර රුචිය නැතිව යෑම, උණ බැස යෑම, රුධිර ගතික වෙනස්වීම් (අඩු රුධිර පීඩනය, ශීඝ්‍ර නාඩි (වේගය) අනුපාතිකය, මුත්‍රා ප්‍රමාණය අඩු වීම හෝ පැය 4-6කට මුත්‍රා පිටවීමක් නොමැති වීම) සහ රසායනාගාර පරීක්ෂා සොයාගැනීම් (පහතින් සඳහන් කෙරේ) DHF නිශ්චය කිරීම සඳහා ප්‍රමුඛ ලෙස දායකවේ.

ශායනික නිශ්චය කිරීම කල්තියා සිදු කළ හැකි නම්, සෞඛ්‍ය සුරක්ෂාව සපයන්නෙකුට තරල ප්‍රතිස්ථාපන චිකිත්සාව භාවිතයෙන් DHF සඳහා ඵලදායී ප්‍රතිකාරකයක් සිදු කළ හැකිය. DHF ප්‍රමාණවත් ලෙස කළමනාකරණය කිරීමට රෝහල් ගත කිරීමට අවශ්‍යවේ.

DHF ශායනික පටිපාටිය පහත සඳහන් පරිදි ඉදිරිපත් කළ හැකිය (7 වන රූපය).

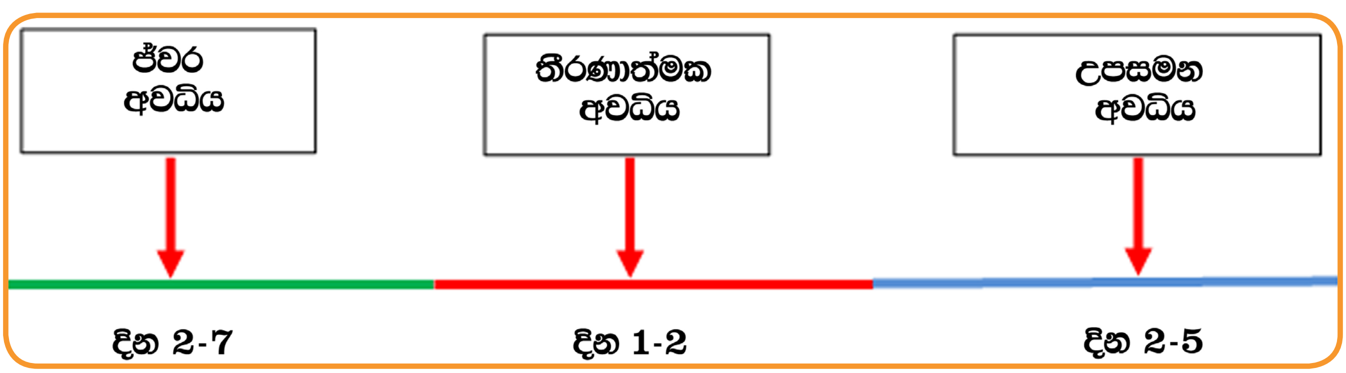
6 වන රූපය: මදුරුවන් අභිජනනය වන පොදු ස්ථාන

ඉහළ යෑම හේතු කොට ගෙන ප්ලාස්මාව කාන්දුවීම සිදුවේ. ප්ලාස්මා කාන්දුවීම ඇතිව නැතිව යන දෙයක් වන අතර එය සාමාන්‍යයෙන් පැය 24-48 දක්වා කාලයක් පවතී.

❖ ප්ලාස්මා කාන්දුවීම වරණීය ලෙස පෙණහලු සහ උදරය තුළ සිදුවේ.

❖ කෙසේවෙතත්, සමහර රෝගීන්ට තද උණ පවතින අතරතුරදී වැදගත් ඉන්ද්‍රියයන් වෙත රුධිර සැපයුම අඩු කරයි.

පූර්ණ රුධිර සෛල ගණනයේදී (FBC) ලියුකොපීනියා (සුදු රුධිරාණු සෛල ගණන් ගැනීම 5000ට අඩුවීම) සහ ත්‍රොම්බොසයිටොපීනියා (අඩු රුධිර පට්ටිකා ප්‍රමාණයක් හෝ රුධිර පට්ටිකා ගණන් ගැනීම 100,000ට



7 වන රූපය: DHFහි ශායනික පටිපාටිය

අඩුවීම) ප්‍රධාන රසායනාගාර සොයාගැනීම් ලෙස සලකනු ලැබේ. ත්‍රොම්බොසයිටොපීනියාව ඩෙංගු උණ (DF) තත්වයේදී 50%ක් ද ඩෙංගු රක්තපාත උණ (DHF) තත්වයේදී 100%ක් ද ලෙස ඇතිවිය හැකිය.

ඩෙංගු යනු වයිරසයක් මගින් ඇති කෙරෙන්නක් බැවින් එයට ප්‍රතිකාර

තීරණාත්මක අවධිය

❖ ප්ලාස්ම කාන්දුවීම ආරම්භවීම සමග (නිතරම උණ හටගැනීමෙන්, තුන්වන දින උණ අඩුවන විටදී) ඇරඹෙන හෙයින් මෙම තීරණාත්මක අවධිය කාන්දුවන අවධිය ලෙසද හඳුන්වනු ලැබේ.

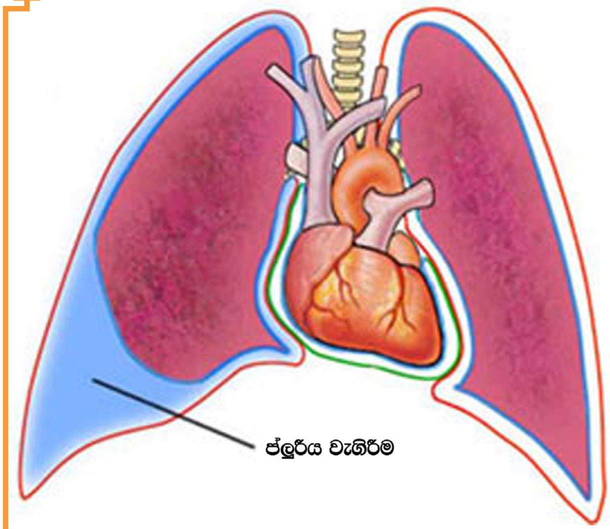
❖ කේශනාලිකාවල පාරගම්‍යතාවය තීරණාත්මක අවධියට එළැඹීම සිදුවිය හැකිය.

මෙම අවධිය තුළදී කේශනාලිකා පාරගම්‍යතාවය සහ කාන්දුවීම ඉහළ යෑම නිසා, පපුවේ සහ උදර කුහරයේ සැලකිය යුතු ප්‍රමාණයක් තරල එකතු වීම සිදුවිය හැකිය (8 වන රූපය). මෙය සංසරණයේ තරල ප්‍රමාණය අඩුවීමට මගපාදන අතර එමගින්

කිරීම පිණිස විශේෂිත ප්‍රතිකාරයක් හෝ එන්නතක් හෝ නොමැති අතර, සිදු කළ හැකි ප්‍රතිකාරය වන්නේ රෝග ලක්ෂණවලට ප්‍රතිකාර කිරීමය. සම්මත ඩෙංගු උණ සඳහා රෝග ලක්ෂණවලින් සඳහා අන්තඃශිරා දියර සම්පාදනය කිරීමට සිදු වනු ඇත. රුධිරය ගැලීමක් ඇත්නම්, රතු රුධිරාණු සෛල පාරවිලයනය කිරීමට අවශ්‍ය වනු ඇත.

හමුවීම හෝ ළඟම තිබෙන රෝහලට යෑම.

❖ පහත සඳහන් දෑ විද්‍යමානවීමක් තිබේ නම් නොපමාව සුදුසුකම් සහිත වෛද්‍යවරයකු වෙත යෑම හෝ



I – **පෙණහළු කුහරය තුළට තරලය කාන්දුවීම ප්ලූරිය වැගිරීම ලෙස හැඳින්වේ.**

II- **උදර කුහරය තුළට තරලය කාන්දුවීම ජ්ලෝදරය ලෙස හැඳින්වේ.**

8 වන රූපය: **තීරණාත්මක අවධිය තුළ ප්ලාස්මා කාන්දුවීම**

මුක්ත වීම, සහනය සැලසීම (සහපාතික) හුදෙක් සලකා බැලිය හැකි ප්‍රතිකාරය වනු ඇත. විවේකය සහ ප්‍රමාණවත් සජලනය සඳහා දියර ලබාගැනීම මෙහිලා ඉතා වැදගත්වේ.

ප්‍රතිකාර කිරීමේදී ප්‍රධාන වන්නේ රුධිර සාන්ද්‍රගතවීම සහ රුධිරය කාන්දුවීම හේතු කොට ගෙන ඇතිවෙන කම්පනය හැසිරවීම සඳහා උපකාරක චිකිත්සාව නියමිත වේලාවට සිදු කිරීමයි. තීරණාත්මක අවධිය (උණ හටගෙන දින 2-7ත් අතර) ඉතා වැදගත් ලක්ෂණ (නාඩි වැටීමේ ශීඝ්‍රතාවය, රුධිර පීඩනය, සහ කේශනාලිකා නැවත පිරීමට ගතවන කාලය) සමීප අධීක්ෂණයකට ලක් කිරීම ඉතා වැදගත්ය. විජලනය වැළැක්වීම සඳහා මුඛ මාර්ගයෙන් දියර ලබා ගැනීම මෙහිදී නිර්දේශ කෙරේ. රෝගියාට මුඛ මාර්ගයෙන් දියර ගැනීම සිදු කළ නොහැකි නම්, විජලනය සහ සැලකිය යුතු ප්‍රමාණයක් රුධිරය සාන්ද්‍රගත වීම වැළැක්වීම

ඩෙංගු උණ බවට අනුමාන කරන්නේ නම් ඔබ විසින් සිදු කළ යුතු සහ සිදු නොකළ යුතු දෑ:

සිදු කළ යුතු දෑ:

❖ උණ පාලනය කිරීම සඳහා නිර්දේශිත ප්‍රමාණයේ 'පැරසිටමෝල්' පමණක් ලබා ගැනීම සහ මඳක් උණු ජලයෙන් සිරුර මාත්තු කිරීම.

❖ රෝගියාගේ සාමාන්‍ය ආහාර වේල සමග ප්‍රමාණවත් තරම් දියර ආහාර (ජලය, කිරි, පලතුරු යුෂ, කැඳ, ජීවනි) (මුඛ ප්‍රති සජලන දියර) ලබාදීම.

❖ රෝගියා පූර්ණ විවේකයෙන් තැබීම.

❖ කල්තියා සුදුසුකම් සහිත වෛද්‍යවරයකු

ඩෙංගු උණ රෝගයේ ලක්ෂණ

උණ
හිසරදය
වමනය
පේශී වේදනාව
හන්දි රුදාව
(අස්ථි බිඳෙන උණ යැයි නම් කෙරේ)

ආසන්නයේම ඇති රෝහලට යෑම සිදු කළ යුතුය.

❖ ශායනික තත්වයේ අඩුවීමක් හෝ තත්වය තවත් නරක අතට හැරීමත්

❖ රුධිරය මිශ්‍රිත නොනවතින වමනය

❖ තදබල උදර වේදනාව

❖ කම්මැලි බව සහ / හෝ අවිවේකී බව, ක්ෂණිකව හැසිරීම වෙනස්වීම

❖ මලපහ කළු පැහැ ගැනීම

❖ කරකැවිල්ල

❖ අත් සහ පාද සුදුමැලි, ශීතල තෙත් ගතියක් දැක්වීම

❖ මුත්‍ර පිටවීම අඩු බව / පැය 4-6 දක්වා මුත්‍ර පිටවීමක් නොමැති වීම

❖ නාසයෙන් හෝ විදුරුමසෙන් හෝ රුධිරය ගැලීම

❖ ළදරුවකුගේ නම් නිරන්තර හැඬීම

❖ හුස්ම ගැනීමේ අපහසුතාවය

සිදු නොකළ යුතු දෑ:

❖ වේදනානාශක ඖෂධ ලබාගැනීම: ඇස්ප්‍රින්, ඩයික්ලොෆෙනැක් සෝඩියම්, ඉබුප්‍රොෆෙන්, මෙෆෙනමික් අම්ලය වැනි ස්ටෙරොයිඩ නොවන ප්‍රති - ප්‍රදාහක ඖෂධ (NSAIDS) සහ ස්ටෙරොයිඩ

❖ සනාථ නොකළ ප්‍රතිකාර ක්‍රමවල නිරතවීම

❖ තදබල ව්‍යායාම සිදුකිරීම සහ උපකාරක පන්තිවලට යෑම

❖ අනතුරු හැඟවීමේ ලක්ෂණ පහළ වනතුරු බලා නොසිටිය යුතුය.

වළකාගැනීම සහ පාලනය

ඩෙංගු මගහැරීම සඳහා වයිරස, මිනිසා සහ මදුරුවා අතර බන්ධනය බිඳ දැමීම වැදගත්ය.

ඊඩිස් මදුරුවාගේ නොමේරූ සහ සුහුඹුල් අවධි යන ද්විත්වයම ඉලක්ක කර සමෝධානිත වාහක පාලන ක්‍රම (IVM) මගින් මෙය සිදු කෙරේ. පහත සඳහන් ලෙස, පරිසරමය, ජෛව විද්‍යාත්මක / ජෛව රසායනික ක්‍රම, රසායනික ක්‍රම, සහ නීතිය බලාත්මක කිරීම මෙම සමෝධානිත ක්‍රමෝපායේදී එකිනෙකට සම්බන්ධ කර තිබේ.

අ. පරිසර කළමනාකරණය - බිත්තර දැමීමේ වාසස්ථාන වෙත මදුරුවන් ප්‍රවේශ වීම පහත සඳහන් ආකාරයට වළකාලීම

❖ පරිසරික වෙනස් කිරීම (ප්‍රභව අඩුකිරීම) - දිගුකාලයක් පවතින වාහකයින් බෝවන වාසස්ථාන භෞතික පරිවර්තනයකට ලක් කිරීම මගින් ඉවත් කිරීම සහ / හෝ මදුරුවන් බෝවීම වළක්වාලීම.
උදා: ඝන අපද්‍රව්‍ය සුදුසු පරිදි බැහැර කිරීම සහ මිනිසා විසින් සාදන ලද කෘත්‍රිම වාසස්ථාන ඉවත් කිරීම.

❖ පරිසරික හැසිරවීම (ප්‍රභව අඩුකිරීම) - බෝවීම වළකාලීමට හෝ අඩුකිරීමට හෝ වාහක අභිජනන ස්ථාන තාවකාලිකව වෙනස්කම් කිරීමට ලක් කිරීම.
උදා: සතිපතා ජලය එකතුවෙන බඳුන් ආවරණය කිරීම, හිස් කිරීම සහ පිරිසිදු කිරීම.

❖ පුද්ගලික සුරක්ෂාව (මිනිස් වාසස්ථාන හෝ හැසිරීම හෝ වෙනස් කිරීම) - මිනිසා සහ වාහකයා සම්බන්ධ වීම වැළැක්වීම.
උදා: ජනෙල් තිර යෙදීම, අත්දිග ඇඳුම් ඇඳීම, කෘමිනාශකවලින් ප්‍රතිකාර කරන ලද ද්‍රව්‍ය (මදුරු දැල්), මදුරු දඟර සහ වාෂ්පීකාරක, සමේ තැවරිය හැකි විකර්ශක වැනි පුද්ගලික ගෘහස්ථ සුරක්ෂා යොදාගැනීම්.

ආ. ජෛව විද්‍යාත්මක / ජෛව රසායනික ක්‍රම.

❖ ජෛව විද්‍යාත්මක - පළිබෝධ ලෙස සහ / හෝ ඉලක්ක ගත වාහක විශේෂ හා තරඟ කරන වාහක පාලන කාරක.
උදා: කීටයින් ආහාරයට ගන්නා මත්ස්‍යයන් - ගප්පි, නලහඳයා, දණ්ඩි සහ බැක්ටීරියාවන් - Bti.

❖ ජෛව රසායනික - වාහක විශේෂවල වර්ධනයට බාධා ඇති කිරීම.
උදා: කෘමි වර්ධක නියාමක (1GR).

ඇ. රසායනික ක්‍රම - කීට සහ සුහුඹුල් මදුරු පාලනය සඳහා සුදුසු කෘමිනාශක යෙදීම.

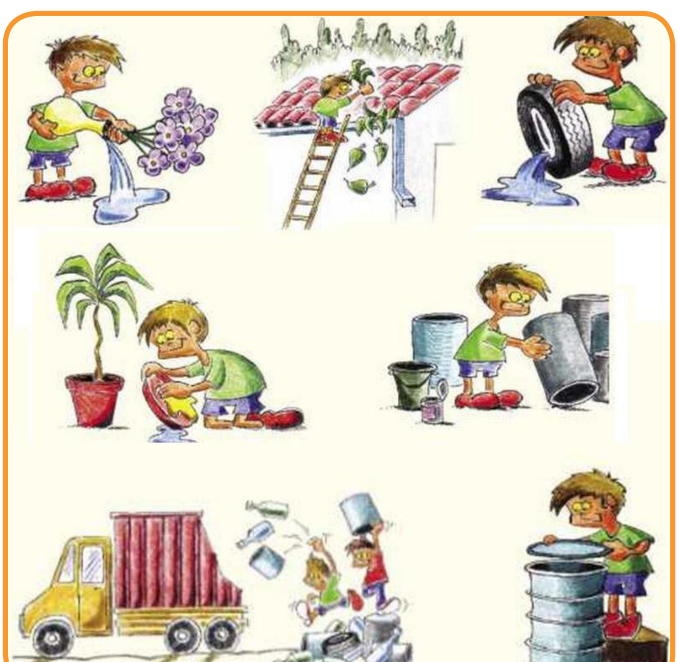
❖ රසායනික කීට නාශනය - ජලය රැඳෙන භාජනවලට කෘමිනාශක යෙදීම. උදා: ටෙමිෆොස්

❖ සුහුඹුල් වාහක පාලනය - අවකාශ ඉසීම් ලෙස කෘමිනාශක යෙදීම.
උදා: ධූමිකා භාවිතය

ඈ. සෞඛ්‍ය අධ්‍යාපනය සමග අන්තර් අංශ සහයෝගිතාවය - දිගුකල් පවතින වාහක පාලනයක් සඳහා ප්‍රජා සහයෝගිත්වය සහ සංවිධානය වීම.

ඉ. නීතිය බලාත්මක කිරීම - නැවත නැවතත් දැනුම්දීම් සිදු කිරීමෙන් අනතුරුව පවා කීටයන් සහිත බෝවන ස්ථාන හිතාමතාම තබා ගන්නා පුද්ගලයින්ට එරෙහිව නීති ක්‍රියාමාර්ග ගැනීම (ස්ථානීය දඩ, අධිකරණ නඩු).

වාහකයන් පාලනය කිරීම සඳහා මැදිහත් වීමේ කාර්යක්ෂමතාවය තීරණය කිරීමට සක්‍රීයව අධීක්ෂණය කිරීම සහ සෝදිසි කිරීම ඉතා වැදගත්ය.



සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ
ජාතික ඩෙංගු මර්දන ඒකකයේ
අධ්‍යක්ෂ සහ වසංගත රෝග පිළිබඳ
විශේෂඥ උපදේශක
විශේෂඥ වෛද්‍ය හසිත තිසේරා
M.B.B.S.,MSc, M.D.
(ප්‍රජා වෛද්‍ය විද්‍යාව)
0779169108

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ
ජාතික ඩෙංගු මර්දන ඒකකයේ
වෛද්‍ය නිලධාරී
වෛද්‍ය ඉන්දික වීරසිංහ
M.B.B.S.,MSc
(ප්‍රජා වෛද්‍ය විද්‍යාව)

ඩෙංගු උණ පාලනය සඳහා වන වෛද්‍යමය මැදිහත්වීම

විශේෂඥ වෛද්‍ය ආනන්ද විජේවික්‍රම

ඩෙංගු වයිරසීය ආසාදනයකි. එය මදුරුවන් විසින් මිනිසා වෙත සම්ප්‍රේෂණය කරන්නකි. ඩෙංගු ආසාදනයේ ශායනික ගමන්මග පුද්ගලයකුගෙන් තවත් පුද්ගලයෙකුට වෙනස් වනවා පමණ් නොව එකම පුද්ගලයා තුළවුව කාලයෙන් කාලයට වෙනස්වෙනු දැකිය හැකිය.

ඩෙංගු වයිරසයෙන් ආසාදනයවන බොහෝ රෝගීහු රෝග ලක්‍ෂණ දැක්වීමකින් තොරව පසුවෙති. අනෙකුත් අය තුළ ආසාදනයෙන් දින 4-7ක බීජෞෂණ සමයකින් පසුව උණ රෝග තත්වයකට පත්වෙති. මෙම උණ රෝගී තත්වය අවිභින්න (වෙන් කර දැකිය නොහැකි) උණ තත්වයකි. එය සම්මත ඩෙංගු උණ තත්වයක් හෝ ඩෙංගු රක්තපාත උණ තත්වයක් හෝ බවට පත්වීමට ඉඩ තිබේ.

ඩෙංගු වයිරසීය ආසාදනයට ලක්වන අයට, විශේෂයෙන්ම ප්‍රථමවරට ඩෙංගු රෝග ආසාදනයවන (එනම් ප්‍රාථමික ඩෙංගු ආසාදනය) අය හට වෙනත් වයිරස ආසාදන ඇතිකරන උණ අතරින් වෙන්කර හඳුනාගත නොහැකි සුළු උණ තත්වයක් බවට වර්ධනය වීමට ඉඩ ඇත.

සම්මත ඩෙංගු උණ තත්වයේදී එය මතුවන්නේ තිව්‍ර උණ රෝගී තත්වයක් ලෙසය. ඒ හා සමඟ දරුණු හිසරදය, හන්දි කැක්කුම, මස්පිඬු වේදනාව සහ කුෂ්ඨයක් මතුවීම වැනි ශායනික ලක්‍ෂණ ද ඇතිවිමට පුළුවන. රුධිරවේදීය පරීක්‍ෂණවලදී සුදු රුධිර සෛල සහ රුධිර පට්ටිකා ගණනයන්හී පහළ යෑමක් දැකිය හැකිය. ඩෙංගු උණ බොහෝවිට මාරාන්තික රෝගයක් නොවුවද එමගින් ඇතිවන අඟපත කැක්කුම විශේෂයෙන් කොන්ද රුදාව නිසා රෝගියා අඩපණ කිරීමක් සිදුවෙයි. ඩෙංගු උණ 'ඇට බිඳින උණ' ලෙසද හැඳින්වෙන්නේ එහෙයිනි. අවිභින්න එනම් වෙන්කර දැකිය නොහැකි උණ රෝග තත්ව සහ සම්මත ඩෙංගු උණ රෝගය, අනෙකුත් වයරසීය උණවලදී මෙන්ම රෝග ලක්‍ෂණ සඳහා ලබාදෙන ප්‍රතිකාර මගින් සුවපත් කළ හැකිය. කෙසේවෙතත් රෝගයේ මුල් අවධියේදී (උණ පවතින අවධියේදී) ඩෙංගු උණ, ඩෙංගු රක්තපාත උණ යන තත්ව දෙක එකිනෙකින් වෙන්කර හඳුනාගත නොහැකිය. ඩෙංගු රක්තපාත උණ හී උණ පවතින මුල් අවධියේදී එහි නිමිති හා ලක්‍ෂණ ඩෙංගු උණ තත්වයේදී පවතින නිමිති හා ලක්‍ෂණ හා සමානය. එහි ප්‍රධාන ගති ලක්‍ෂණය වන්නේ තිව්‍ර ලෙස අධිකව උණ ගැනීමය. ඩෙංගු රක්තපාත උණෙහි කැපී පෙනෙන ගති ලක්‍ෂණය වන්නේ රුධිර ප්ලාස්මාව කාන්දුවීමය. එය සාමාන්‍යයෙන් ඇතිවන්නේ උණ අවධිය පසුවීමත් සමගය. එමගින් මන්ද රක්ත පරිමා කම්පන තත්වයක් වර්ධනය වීමට (ඩෙංගු කම්පන සහලක්‍ෂණය) ඇතිවීමේ හැකියාවක් පවතියි. ඒ ප්ලාස්මාව

කාන්දුවීමේදී ප්ලාස්මාව සැලකිය යුතු ප්‍රමාණයක් කාන්දු වුවහොත්ය. රෝගියාගේ ජීවිතය රැකගැනීමට සහ ඉක්මන් සුවය ඇතිකිරීම සඳහා ප්ලාස්මාව කාන්දුවීමේ ආරම්භය සහ නිමාව ඉක්මනින්ම නිගමනය කිරීම මගින් කම්පනය සහ අනෙකුත් සංකූලතා සඳහා ඉක්මනින් ප්‍රතිකාර ලබාදීම සිදු කළ හැකිය.

ඔබට උණ ගැනී ඇත්නම්

ශ්‍රී ලංකාව තුළ විශාල වශයෙන් ව්‍යාප්ත වූ රෝගයක් බවට ඩෙංගු පත්ව ඇති බැවින් උණ වැළඳුන සියළු රෝගීන් ඩෙංගු රෝගීන් ලෙස සැක කිරීම වැදගත්ය.

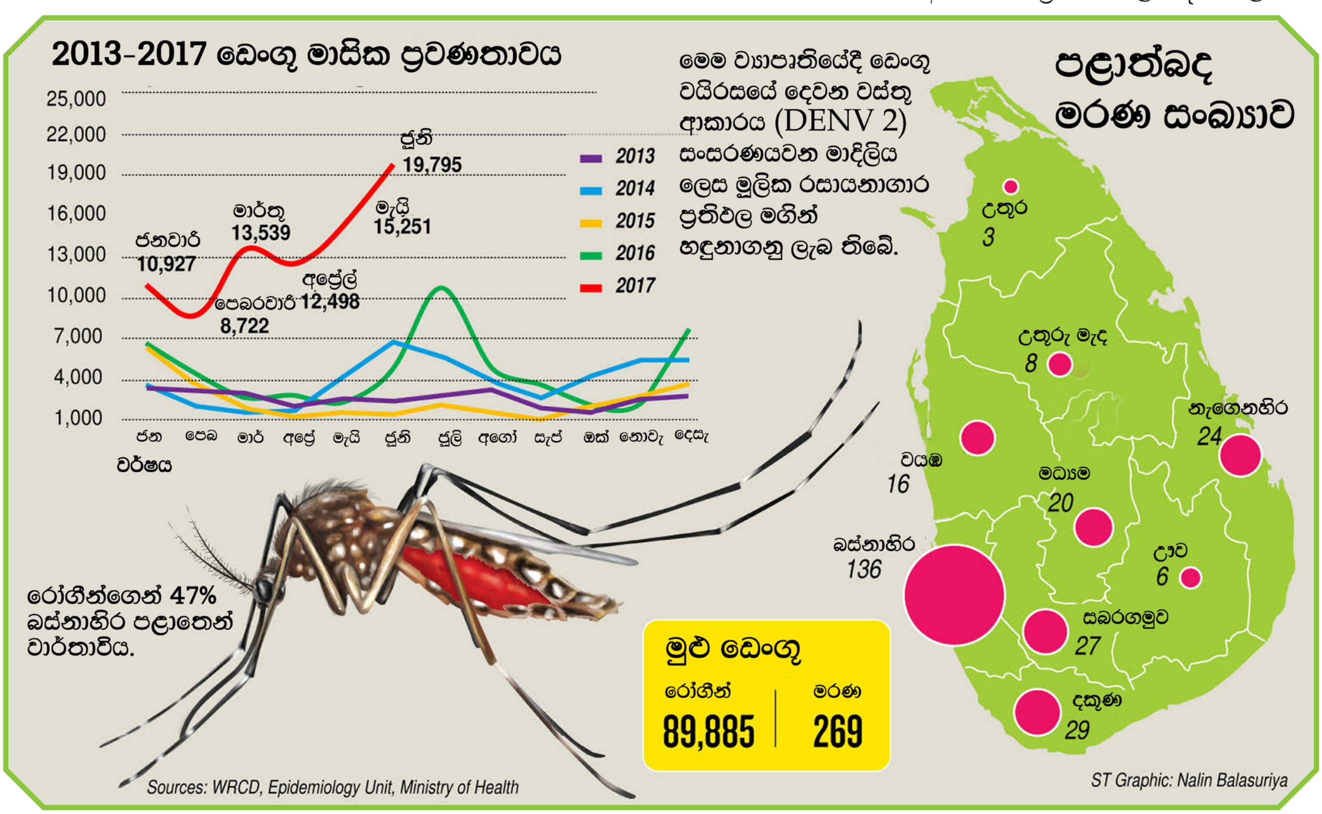
එහෙයින් උණ ගැනීමෙන් පසු ගතවන දෙවන දින අවසානයේදී පූර්ණ රුධිර සෛල ගණන පරීක්ෂාවක් (ෆුල් බලඩ් කවුන්ට්; FBC) සිදු කිරීම නිර්දේශ කෙරේ. පූර්ණ රුධිර සෛල ගණනය සාමාන්‍ය වූ පමණින් ඩෙංගු උණ නොපවතින බව තහවුරු කළ නොහැකිය. එහෙයින් එම පරීක්‍ෂණය නැවත සිදුකිරීම අවශ්‍යය. රුධිර පට්ටිකා ගණනය 150,000/mm^3 ට වඩා වැඩි නම් පූර්ණ රුධිර සෛල ගණන පරීක්ෂාව දිනපතා සිදුකිරීම නිර්දේශ කෙරේ. රුධිර පට්ටිකා ගණනය 150,000/mm^3 ට වඩා අඩු නම් පූර්ණ රුධිර සෛල ගණන පරීක්‍ෂණය දිනකට දෙවරක් සිදු කළ යුතුය. කෙසේ වුවත් ගර්භිණී මවුවරුන්ගේ සහ සහගලාන්‍යයන් (තවත් රෝග එකවර පවතී නම්) උණ ගත් පළමු දිනයේදීම පූර්ණ රුධිර සෛල ගණන පරීක්ෂාව සිදු කිරීම අවශ්‍යය.

රෝගියකු රෝහලට ඇතුළත් කළ යුතුද නැත්ද යන්න නිගමනය කිරීමේ තීරණාත්මක සාධකය වන්නේ පූර්ණ රුධිර සෛල ගණනයෙහි පවත්නා අසාමාන්‍යතා මතය.

ව්‍යුහමය නොවන ප්‍රෝටීන් -1 හෙවත් "නන් ස්ට්‍රක්චරර් ප්‍රෝටීන් -1" (NS-1) පරීක්‍ෂණය ඩෙංගු රෝගය මුල් අවධියේදීම හඳුනාගැනීමට ප්‍රයෝජනවත්ය. විශ්වාසදායී ප්‍රතිඵලයක් ලැබීමට නම් මෙම රුධිර පරීක්‍ෂණය උණ ගැනීමෙන් දින 3ක් ඇතුළත සිදුකිරීම වැදගත්ය. NS-1 ප්‍රතිදේහජනක පරීක්‍ෂණය ධන ප්‍රතිඵලයක් දැක් වුවහොත් ඩෙංගු ආසාදනය පවතින බව ඉහළින්ම සැලකිය හැකිය. එහෙත් NS-1 ප්‍රතිදේහජනක පරීක්‍ෂණය සෘණ ප්‍රතිඵලයක් දැක්වූ පමණින් ඩෙංගු ආසාදනය නොපවතින බව තහවුරු කළ නොහැකිය. NS-1 පරීක්‍ෂණය ධන ප්‍රතිඵල දැක්වුවත්, රෝගියා රෝහලට ඇතුළත් කළ යුතුද නැත්ද යන්න නිගමනය කරනුයේ පූර්ණ රුධිර සෛල ගණන පරීක්‍ෂණයේ ප්‍රතිඵල සහ රෝගියා දක්වන ශායනික ලක්‍ෂණ මතය.

රෝහලට ඇතුළත් කිරීම අවශ්‍ය නැතිනම් රෝගියාට බාහිර රෝගී අංශයෙන් ප්‍රතිකාර ලබාදීම කළ යුත්තේ රෝගියාගේ ශායනික තත්වය තක්සේරු කරමින් සහ පූර්ණ රුධිර සෛල ගණන පරීක්‍ෂණය නැවත නැවත සිදු කරමින් රෝගියා පිළිබඳ පසු විපරම් කළ හැකි අන්දමිනි.

මෙම අවධිය තුළදී උණ සහිත රෝගියා



ඩෙංගු උණ හඳුනාගැනීමේ දර්ශක

විසින් ප්‍රමාණවත් දියර ප්‍රමාණයක් පානය කරන බව (පැය 24ක කාලයක් තුළදී වැඩිහිටි රෝගියකු ජලය මිලි ලීටර් 2,500ක් පමණ) සහතික කළ යුතුය. මෙහිදී නිර්දේශිත දියර වර්ග ලෙස, ජීවනී (මුඛ ප්‍රතිසජලන ලවණ ද්‍රාවණය), තැඹිලි වතුර, පලතුරු යුෂ, කැඳ හෝ සුප් ලබාදීම ජලය ලබාදීමට වඩා සුදුසුය. කෙසේ වෙතත් රතු සහ දුඹුරු පැහැති දියර වර්ග පානය කිරීමට ලබා නොදිය යුත්තේ ලේ වමනය කිරීමක් සිදුවුවහොත් එය හඳුනාගැනීම අපහසුවන බැවිනි.

කායික විවේකය ලැබීම ඉතා වැදගත්ය. ඇල් ජලයෙන් පෙඟවූ තුවායකින් ඇඟ පිස දැමීම, හෝ විදුලි පංකාවක් යොදාගෙන රෝගියා සිසිල් කිරීම හෝ, උණ අඩුකිරීම සඳහා ලබාදෙන පැරසිටමෝල්වලට සහයවන ප්‍රතිකර්ම ලෙස සැලකිය හැකිය. පැය හයකට වරක් පැරසිටමෝල් පෙති 2ක ප්‍රමාණය ඉක්මවා නොයන සේ ලබාදීමට පුළුවන. ශරීර බර අඩු රෝගියකු හට එයට වඩා අඩු මාත්‍රාවක් ලබාදීම අවශ්‍යය. පැරසිටමෝල් ලබාදීමෙන් පමණක්ම උණ පහළ නොබැසීමට ඉඩ තිබේ. එසේ වුවත් මාත්‍රාව ඉක්මවා පැරසිටමෝල් ලබාදීම සිදු නොකළ යුතුය. වමනය සිදුවේ නම් එය පාලනය කිරීම සඳහා ප්‍රති - වමනකාරක ඖෂධ ලබාදීමට පුළුවන. එහෙත් කිසිම විටෙක ස්ටෙරොයිඩ නොවන ප්‍රතිප්‍රදාහක ඖෂධ (NSAID) සහ ස්ටෙරොයිඩ ගණයේ ඖෂධ ලබාදීමෙන් වැළකිය යුතුය. එයට හේතුව මෙම ඖෂධ ඩෙංගු රෝගීන් තුළ රුධිර වහනය සිදුවීමට පවත්නා ඉඩකඩ ඉහළ දැමිය හැකිවීමත්, අක්මාවට හානි කිරීමට හැකි අවස්ථාත් පවතින නිසාත්ය.

පට්ටිකා ගණනය 100,000/mm^3 ට වඩා පහළ වැටුනහොත් රෝගියා විමර්ශනය සඳහා රෝහල් ගත කිරීම අවශ්‍යය. පට්ටිකා ගණනය මීට වඩා ඉහළ වුවත් උණ / රෝගය ඇතිවී දින 3කට පසුව පහත දැක්වෙන අනතුරු ලක්ෂණ අතරින් එකක් හෝ ඇත්නම් රෝගියා රෝහල් ගත කිරීමට සලකා බලනු ලබයි.

අනතුරු ලක්ෂණ

උදර වේදනාව (බඩේ කැක්කුම), දිගින් දිගටම පවතින වමනය, ප්ලාස්ම කාන්දුව හඟවන ශායනික ලක්ෂණ, ප්ලූරිය අපලයනය, ජලෝදරය ශ්ලේෂමල රුධිර වහනය, අවිවේකී බව, >2cm ට වැඩි ප්‍රමාණයකින් අක්මාව විශාලවීම, පට්ටිකා ගණනය ශීඝ්‍රයෙන් අඩුවීම සමග හිමට්‍රෝක්‍රිට් අගය (HCI) ඉහළ යෑම, අනතුරු ලක්ෂණ ලෙස සැලකෙයි.

ඉහත රෝග ලක්ෂණ නොමැතිව වුවද රෝහල් ගත කිරීම අවශ්‍ය අනෙකුත් රෝගීන් වන්නේ ගර්භිණී මවුවරු, වියපත් රෝගින්, ස්ථූල රෝගින්, දියවැඩියාව, තිව්‍ර වෘක්ක අකරණය, ඉස්කීමීය හෘද රෝග, තැලසීමියාව සහ අනෙකුත් රුධිර ගත රෝග වැනි සමවාධීන් සහිත රෝගීන්ය.

රෝහල් ගත කළ රෝගීන් කළමනාකරණය

වාට්ටු තුළ ප්‍රතිකාර ලබන රෝගීන් අතර ඩෙංගු උණ සහිත රෝගීන් මෙන්ම ඩෙංගු රක්තපාත උණ සහිත රෝගීහුද වෙති. මුල් දින කිහිපය තුළදී (උණ ගැනී ගෙවන මුල් දින 3-4 කාලයේදී) මෙම රෝගීන් දෙවර්ගය වෙන්කර හඳුනාගැනීම අපහසුය. ඩෙංගු රක්තපාත උණ සතු ප්‍රධානම ගතිලක්ෂණය වන්නේ ප්ලාස්මාව කාන්දුවීමය. කම්පනය, පසුව ඇතිවන රුධිර වහනය, ඉන්ද්‍රිය අකරණය සහ මරණයට ප්‍රධාන හේතුවවන්නේ ප්ලාස්මාව කාන්දුවීමය. රෝගියකු ශායනිකව ඩෙංගු රක්තපාත උණ තත්වයෙන් පෙළෙන බවට රෝග විනිශ්චය කිරීමට හැකිවන්නේ ප්ලාස්මය කාන්දුවන බව සොයාගැනීමෙනි. එහෙයින් වාට්ටුවෙහි නතරව සිටින රෝගීන් පිළිබඳව සිදුවන ප්‍රධානම කාර්යය නම් ප්ලාස්ම කාන්දුවක් සිදුවූ මුල් අවධියේදීම (තීරණාත්මක අවධිය ඇරඹීම) සොයාගැනීම සහ නැණවත් ආකාරයෙන් දියර කළමනාකරණය මගින් කම්පනය සහ අධික දියර ප්‍රමාණයක් එක් රැස්වීම වැළැක්වීමත්ය.

මේ සඳහා මූලික ජෛව ලක්ෂණ (රුධිර පීඩනය, නාඩි වැටීමේ වේගය), පානය කරන දියර ප්‍රමාණය, බැහැර කරන මුත්‍ර ප්‍රමාණය, හිමොක්‍රිට් අගය යනාදිය නිරතුරුව විමර්ශනය කිරීම ඉතාමත් අවශ්‍යය. උදර සහ උරස් ප්‍රදේශ "අල්ට්‍රා සවුන්ඩ් ස්කෑන්" පරීක්ෂණයට ලක්කිරීම ද ප්ලාස්ම කාන්දුව පවතීද යන්න සොයාගැනීම සඳහා වන වැදගත් පරීක්ෂාවක්ය. ප්ලාස්මය කාන්දුවන බව සොයාගතහොත් විමර්ශනය වඩා තීව්‍ර කළ යුතුය. ඒ මෙම කාන්දුවීම මීළඟ පැය 48 පුරාම හෝ ඊටත් වැඩි කාලයක් පැවතීමට හැකි බැවිනි. මෙම කාන්දුවන ප්‍රමාණය පුද්ගලයාගෙන් පුද්ගලයාට මෙන්ම එකම පුද්ගලයකු තුළින් වුව වෙලාවෙන් වෙලාවට වෙනස් විය හැකිය. වඩා සංකීර්ණ සංකුලතා වැළැක්වීමට නම් කම්පනය වැළැක්වීමට හෝ ඒ සඳහා මුල් අවධියේම ප්‍රතිකාර ලබාදීම හෝ අවශ්‍යය. මුල් අවස්ථාවේදිම කම්පනය ඇති බව සොයාගැනීමට නම් ලක්ෂණ හා නිමිති නිරීක්ෂණය කිරීම වැදගත්ය. එහෙයින් පහත දැක්වෙන තත්ව විමර්ශනය කිරීම අත්‍යවශ්‍යය.

රෝගියා රෝහලට ඇතුළත් කිරීමේදී දක්වන රෝගී තත්වය ස්ථායි නම් සහ ඩෙංගු උණ / ඩෙංගු රක්තපාත උණ ඇති බවට සැක කරන්නේ නම් පහත දැක්වෙන පරාමිතීන් මැනීම සිදුකළ යුතුය.

❖ ශායනික ලක්ෂණ (ජෛව ලක්ෂණ) ශරීර උෂ්ණත්වය, රුධිර පීඩනය, ශ්වසන වේගය සහ හෘද ස්පන්දන වේගය.

❖ දියර පානය කරන ප්‍රමාණය සහ බැහැර කිරීමේ ප්‍රමාණ සටහන. තරල තුල්‍යතාව මැනීම පැය 2කට වරක් බැගින් සිදුකර වාර්තා කළ යුතුය.

❖ හිමෝක්‍රිට් ප්‍රමාණය (PCV)

❖ රුධිරය වහනය පිළිබඳ ඉඟි, විශේෂයෙන්ම මැලීනා තත්වය (කළු පැහැති මල පහවීම) හෝ යෝනි මාර්ගයෙන් රුධිරය වහනය හෝ සිදුවීම සහ එමගින් ඉවත යන රුධිර ප්‍රමාණය.

❖ වමනය, පාචනය ආදි ලෙස වෙනත් ආකාරයෙන් ශරීරයෙන් දියර බැහැරවීම සහ හැකිනම් එසේ බැහැර වන දියර ප්‍රමාණය තක්සේරු කිරීම.

නිශ්චිත ප්‍රතිකාර රැඳෙනුයේ මෙම පරාමිතීන් මතය. විමර්ශන සටහන් පත් තබා ගන්නේ නිවැරදි දියර කළමනාකරණයට සහ කම්පන තත්වය මුල්දීම හඳුනාගැනීම සඳහාය. එසේම ලබාදිය යුතු දියර ප්‍රමාණය මෙන්ම රෝගියාට රුධිර පාරවිලයනයක් අවශ්‍ය ද යන්න නිගමනය සඳහා ද මෙම තොරතුරු සටහන් පත්‍රිකා පැවතීම අවශ්‍යය.

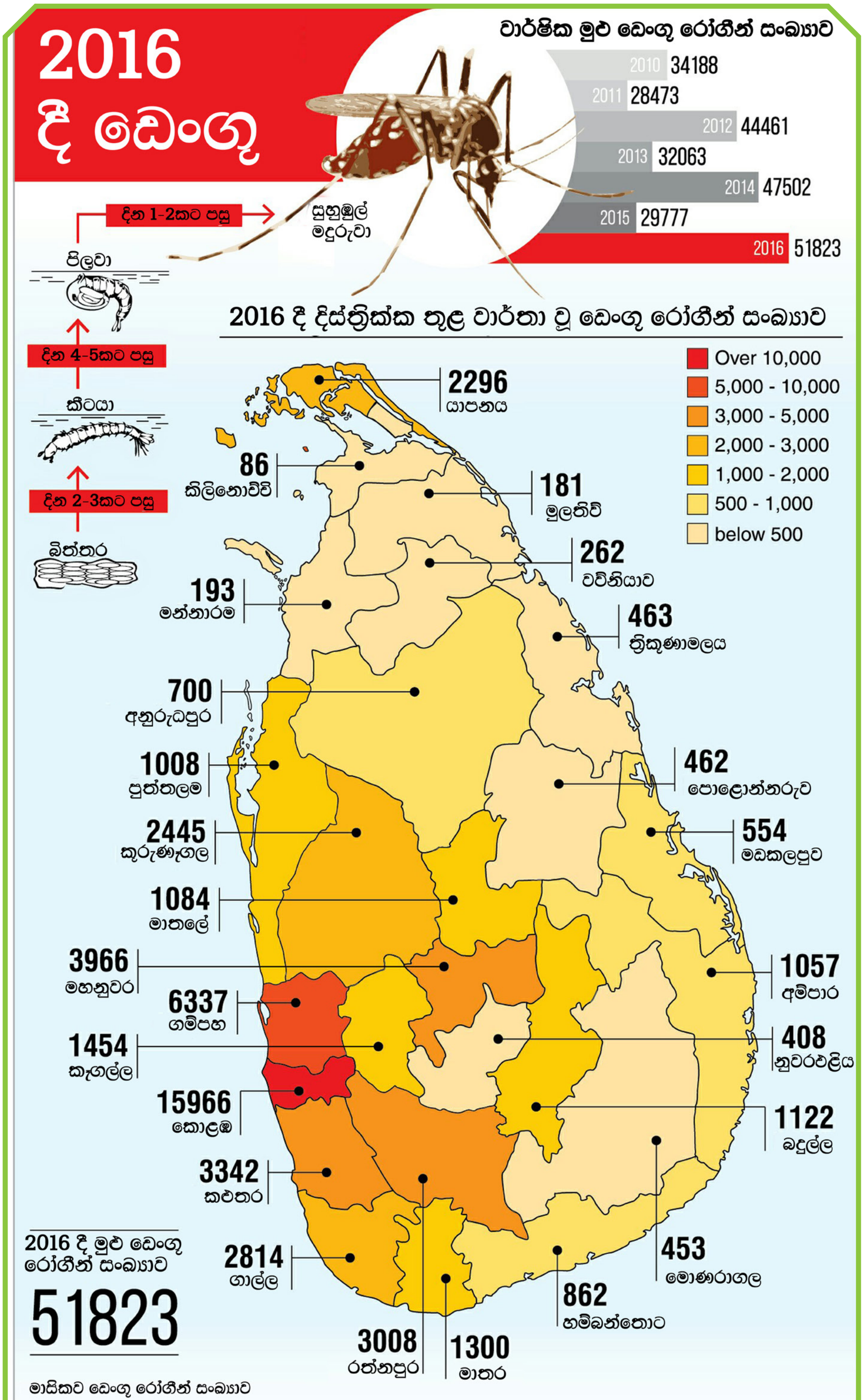
රෝහලෙහි නැවතී සිටින කාලය තුළ දියර ලැබීමට රෝගියා උනන්දු කරවනු ලබයි. ලබාගත යුතු දියර ප්‍රමාණය කොතරම්ද යන්න පිළිබඳ උපදෙස්, පරාමිති තොරතුරු අනුව සැපයෙනු ඇත. ජලය පානය කරනවාට වඩා ද්‍රාවිත පානය කිරීමට රෝගීන් පොළඹවනු ලැබේ. පානය කරනු ලබන දියර ප්‍රමාණය නොසෑහේ නම් සේලයින් ලබාදීමට පියවර ගනු ඇත. ආවිලයනය කරන සේලයින් වර්ගය සහ එය ලබාදෙන වේගය නිගමනය කරනුයේ රෝගියා පසුවන තත්වය අනුවය. රෝගියාට ආහාර ගැනීමට හැකිනම් ඒ සඳහා අවසර ලබා දෙනු ඇත. එහෙත් දිගින් දිගටම වමනය පවතී නම් ඝන ආහාර වෙනුවට දියර ආහාර ගැනීම උනන්දු කෙරේ.

උපසමන අවධිය

තීරණාත්මක අවධිය පසු කළ පසු රෝගියා තුළ සුවවීමේ ලක්ෂණ පහළ වෙයි. ආහාර රුචිය වැඩිවෙයි. සාමාන්‍ය යහපැවැත්ම දියුණුවෙයි. රෝගියා මුත්‍රා කරන ප්‍රමාණයද ඉහළ යැවෙයි. සුදු රුධිර සෛල හා පට්ටිකා ගණනය යන දෙකම වර්ධනය වෙයි. මෙම අවධියේදී සමහර රෝගීන් තුළ අත් සහ පාද කසන ගතියක් ඇති වුවද එය ඉක්මනින් පහව යයි. පැය 48ක කාලයක් උණ රහිත වූ විට සහ පට්ටිකා ගණනය ඉහළ ගිය විට රෝගියාට රෝහලෙන් පිටව නිවෙස කරා යාමට සාමාන්‍යයෙන් හැකිවෙයි. මෙය සාමාන්‍යයෙන් උදාවන්නේ රෝගය ඇතිවී දින 7ක් පමණ ගතවීමෙන් පසුවය. කලාතුරකින් සමහර රෝගියකුට ඩෙංගු සුවවන අවස්ථාවේදී බැක්ටීරියානු ආසාදනයක් ඇතිවීමට පුළුවන. එවැනි රෝගීන් තුළ දිගටම උණ පවතින අතර ඔවුන් හට ප්‍රතිජීවක ඖෂධ ලබාදීම අවශ්‍යය.

පට්ටිකා ගණනය සහ ඩෙංගු රෝගයේ සංකූලතා

කලින් පැවති විශ්වාසය වූයේ ඩෙංගු හී සංකූලතාවය පට්ටිකා අඩුවීම නිසා සිදුවන බවය. එහෙයින් වසර කිහිපයකට පෙර සිදුවූයේ පට්ටිකා ආවිලයනය කිරීමය. කෙසේවෙතත් දැන් එම ක්‍රියාමාර්ගය අනුගමනය නොකෙරෙනුයේ ඉන් ප්‍රයෝජනයක් නැති නිසා පමණක් නොව එමගින් සංකූලතා ඇතිවීමටත් ඉඩ තිබෙන බැවිනි. ඩෙංගු වැළඳුන රෝගීන් තුළ පට්ටිකා ප්‍රමාණය අඩුවීම සාමාන්‍යය. රෝගය වැළදී 5 වන සහ 6 වන දිනයන්හී මෙම අඩුවීම උපරිමයට පත්වන අතර එතැන් සිට එය ඉහළයෑම යළි ඇරඹෙයි. ඩෙංගු රෝගයේ සංකූලතා ඇතිවන්නේ පට්ටිකා සංඛ්‍යාව අඩුවීම නිසා නොවේ. රෝගියා සුවපත් වීම ඇරඹීමත් සමගම පට්ටිකා සංඛ්‍යාව ඉහළ යාම පටන් ගනියි. එහෙයින් කෘත්‍රිම ලෙස පට්ටිකා ගණනය ඉහළ යැවීම සඳහා වෙනත් ප්‍රතිකර්ම (පැපොල් කොළ යුෂ ලබාදීම වැනි) ලබාදීම නිර්දේශ නොකෙරේ. මෙමගින් සම්මත ප්‍රතිකාර ක්‍රම අවුල්කරන අතරම, රෝගියා කළමනාකරණයේ වැරදි සිදුවීමටත් පුළුවන.



මාසිකව ඩෙංගු රෝගීන් සංඛ්‍යාව

මාසය	ජන	පෙබ	මාර්	අප්‍රේ	මැයි	ජූනි	ජූලි	අගෝ	සැප්	ඔක්	නොවැ	දෙසැ
මරණ	6694	4439	2696	2832	2422	4731	10715	4873	3629	2185	2255	4352

Sources: www.epid.gov.lk / www.dengue.health.gov.lk Graphic by: Manoj Nishanth

රෝගියා නැවත නිවසට ගිය පසු

රෝහලින් නික්ම නිවසට ගිය පසුව දින කිහිපයක් කායිකව විවේකීව (ඇඳ විවේකය නොවේ) සිටින ලෙස රෝගියාට උපදෙස් ලබාදෙයි. මෙසේ දින කිහිපයක් විවේකයෙන් ගත කිරීමෙන් පසු බොහෝ දෙනෙකුට තම සුපුරුදු කාර්යයන්හී යළි නිරතවීමට අවස්ථාව සැලසෙයි.

යම් ලෙසකින් රෝහලේ ගතකරන කාලය තුළ රෝගියාට සංකූලතා ඇතිවූයේ නම්, එවැනි රෝගීන්ට පෙර සඳහන් රෝගීන්ට වඩා දීර්ඝ කාලයක් විවේක ගන්නා ලෙස උපදෙස් දෙනු ලැබේ. සාමාන්‍යයෙන් ඒ බොහෝවිට සති දෙකක (දින 14ක්) පමණ දක්වාය.

ඩෙංගු නැවතත් වැළදීම

ඩෙංගු මස්තු දර්ශ හතරකි (04)කි. මින් එක් දර්ශකයකින් ඩෙංගු වැළඳුන පුද්ගලයකුහට එම දර්ශකයට එරෙහි ප්‍රතිශක්තිය හිමිවෙයි. එහෙත් එම පුද්ගලයාට නැවතත් ඩෙංගු වැළඳවීමට අනෙක් දර්ශකයකට පුළුවන. කෙසේ වෙතත් ඩෙංගු වැළදී සුවවූ පසු, පුද්ගලයකු තුළ මාස කිහිපයක කාලයකට දර්ශ 4ටම එරෙහි ප්‍රතිශක්තිය උරුමවන නිසා ඩෙංගු වැළදී සුවවූ පුද්ගලයකුහට ඊළඟ මාස කිහිපය තුළදී යළි ඩෙංගු වැළඳීමට පවත්නා ඉඩකඩ අවමය.

ඩෙංගු එන්නත

ඩෙංගු වැළැක්වීමට සමත් එක් එන්නතක් පසුගියදා වෙළඳපොළට පැමිණ ඇත. ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය තම සාමාජික රටවල්වලට මෙම එන්නත භාවිත කිරීම සලකා බැලීම නිර්දේශ කරනුයේ යම් භූගෝලීය පිහිටීම් සහ වෙනත් යම් නිර්ණායකයන්ට (උපමානයන්ට) අනුවය. එහෙයින් මෙම එන්නත ශ්‍රී ලංකාව තුළ ලියාපදිංචිකර නැත. එයට අමතරව මෙම එන්නත මස්තු දර්ශ 2 වයිරසයට එරෙහිව ක්‍රියාකිරීමට අසමත්ය. ශ්‍රී ලංකාව තුළ දැනට බහුලව හමුවන්නේ මස්තු දර්ශ 2 ඩෙංගු වයිරසයෙන් ආසාදිතවූවන්ය. කෙසේවෙතත් මෙම එන්නත පිළිබඳ දත්ත විද්වතුන්ගේ නිබඳ සමාලෝචනයට ලක්වෙමින් පවතියි.

ඩෙංගු රෝගයට ප්‍රතිකාර කිරීම සඳහා බොහෝ පුළුල් ක්‍රියාමාර්ග පවතියි. එහෙත් **මතක තබාගත යුතු වැදගත්ම කරුණ නම් ශ්‍රී ලංකාව තුළ ඩෙංගු අතිවසංගත තත්වයක් පවතින නිසා උණ ගැනෙන ඕනෑම අයෙකුට ඩෙංගු වැළදී තිබිය හැකි බව සැලකිල්ලට ගැනීමේ අවශ්‍යතාවයක් පවතින බවය.**

පූර්ණ රුධිර සෛල ගණන පරීක්ෂාව (ෆුල් බ්ලඩ් කවුන්ට්)

- **150,000 සිට 400,000 ත් අතර ප්‍රමාණයක් තිබිය යුතු රුධිර පට්ටිකා අඩුවේදැයි සොයාගත හැකිය. එය රෝගයේ බරපතළකම දක්වන දර්ශකයකි.**
- **ඇහිරූ සෛල පරිමාව/ හිමොක්‍රිට් ගණනය මගින් රුධිර ප්ලාස්මාව බැහැර වේදැයි විමසීම.**
- **සුදු රුධිර සෛල ප්‍රමාණයේ අඩුවක් ඇත්දැයි සොයාගත හැකිය.**

බෝවන රෝග පිළිබඳ රෝහලේ කායික රෝග පිළිබඳ විශේෂඥ
විශේෂඥ වෛද්‍ය ආනන්ද විජේවික්‍රම

(බෝවන රෝග පිළිබඳ රෝහලේ, කායික රෝග විශේෂඥ වෛද්‍ය ආනන්ද විජේවික්‍රම මහතා සමග සාකච්ඡා කර සකස් කරනු ලැබුයේ ජිත්මල් මීගොඩ සහ සනත් රණවකය.)

ඩෙංගු රෝගයට අදාළ කීට විද්‍යාත්මක තොරතුරු

මහාචාර්ය බී.ජී.ඩී. නිශ්ශංක ද සිල්වා

මදුරුවන් මගින් බෝවෙන රෝග අතුරින් ලෝකය පුරා සීග්‍රයෙන් පැතිර යන රෝගයක් ලෙස ඩෙංගු ආසාදනය පත්ව ඇති බව ලෝක සෞඛ්‍ය සංවිධානය (WHO) පෙන්වා දෙයි. පසුගිය වසර 50ක පමණ කාලය තුළ 30 ගුණයක තරම් වර්ධනයක් පෙන්නුම් කිරීම මගින් එය දෙවැනි වන්නේ මැලේරියා රෝගයට පමණක් බැව් සංඛ්‍යා දත්ත අනාවරණය කරයි.

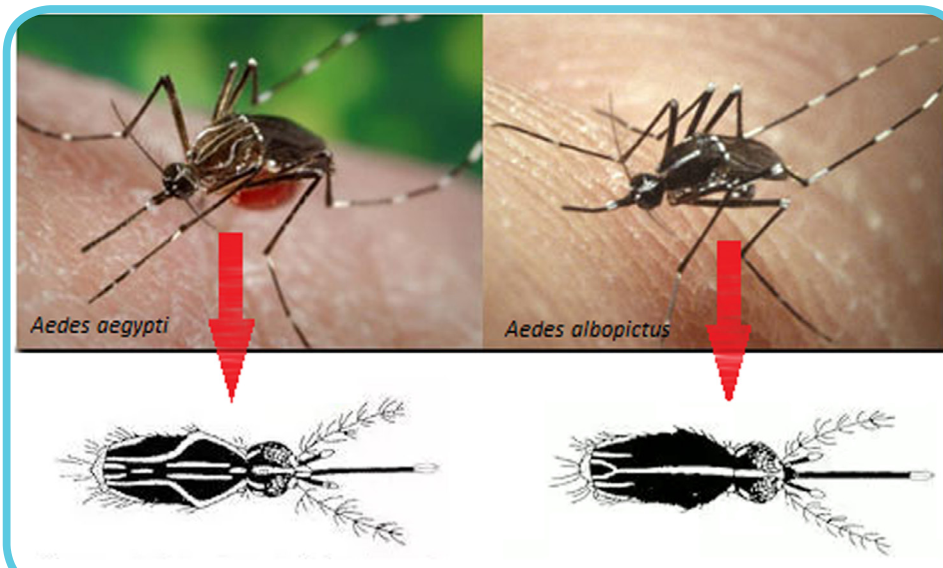
ඩෙංගු රෝග කාරක වයිරසය ෆ්ලැවිවයිරස (Flavivirus) ගණයට අයත්වන අතර එය ආකාර 4ක් ලෙස පවතී. ඒවා වාහක මදුරුවන් තුළ ගුණනය වීම ඒකාකර නොවන්නා සේම වයිරසයේ පැතිරීම ද කාලයෙන් කාලයට වෙනස් වේ.

ඩෙංගු රෝගය පතුරුවන ප්‍රධාන වාහක මදුරුවා *ඊඩීස් ඊජිප්ටයි (Aedes aegypti)* වන අතර ඊට අමතරව රෝගය පැතිරවීමට හැකියාව සහිත තවත් මදුරු වාහකයන් කිහිපදෙනෙකු හඳුනාගෙන ඇත. ඉන් ප්‍රධාන වන්නේ *ඊඩීස් ඇල්බොපික්ටස් (Aedes albopictus)* ය. ඩෙංගු රෝගය ව්‍යාප්තව පවතින සර්ම කලාපීය හා උප සර්ම කලාපීය රටවල් බොහොමයක මෙම මදුරු විශේෂ දෙවර්ගයම වාසය කරති.

Aedes aegypti මදුරුවාට ඇත්තේ අප්‍රිකානු සම්භවයකි. අතීතයේදී මොවුන් වනාන්තර ආශ්‍රිතව බහුලව ජීවත්ව ඇති අතර වනාන්තර ආශ්‍රිතව ජනාවාස පිහිටුවීමත් සමඟ තවත් උප විශේෂ දෙකක් ලෙස පරිණාමය වූ බවට විද්‍යාත්මක සාක්ෂි පවතියි.

එම නිසා අද දක්නට ලැබෙන්නේ *Aedes aegypti aegypti* සහ *Aedes aegypti formosus* යන උප විශේෂ දෙකයි. ආදි *aegypti* මදුරුවා වහලුන් වෙළඳාම හරහා යුරෝපයට පැතිර ගිය බවත්, පෘතුගාලයේ සහ ස්පාඤ්ඤයේ නැව් තොටුපොළවල් තුළින් බිත්තර අප්‍රිකාවේ සිට යුරෝපයට ප්‍රවාහනය වූ බවත් විශ්වාස කරති. ඉන් අනතුරුව යුරෝපයේ සිට ආසියාව සහ ඕස්ට්‍රේලියාව දෙසට මොවුන්ගේ ව්‍යාප්තිය සිදු වී ඇත.

Aedes albopictus මදුරුවන්ගේ සම්භවය පවතින්නේ බටහිර පැසිපික් හා දකුණු නැගෙනහිර ආසියානු රටවල් ආශ්‍රිතවය. තව ද සෞම්‍ය කලාපීය රටවල් තුළට වේගයෙන් ව්‍යාප්ත වීම දක්නට ලැබේ. ආසියානු සම්භවයක් ඇති බැවින් මෙම මදුරුවා ආසියානු කොටි මදුරුවා (Asian Tiger Mosquito) ලෙස අනුවර්තන නාමයකින් හඳුන්වනු ලබයි.



1 වන රූපය: ***Ae. aegypti*** සහ ***Ae. Albopictus*** අතර ඇති වෙනස්කම්

දේහය කළු පැහැතිවීමත් කුඩා සිට මධ්‍යම ප්‍රමාණයේ දේහ ප්‍රමාණයත් (මි.මී. 4 - 7mm), දේහයේ කළු හා සුදු වයිරම් ස්වභාවයත් *Aedes* මදුරුවන්ට ලාක්ෂණික වේ. මෙම වයිරම් ස්වභාවය විශේෂයෙන්ම පාද යුගල් 3 හි ද දක්නට ලැබේ. එයට අමතරව *Aedes aegypti* සහ *Aedes albopictus* මදුරුවන් එකිනෙකින් වෙන්කොට හඳුනාගනු ලබන්නේ උරසෙහි පවතින සුදු පැහැති වයිරමෙහි පිහිටීමෙනි. *Aedes aegypti* මදුරුවන්ගේ මෙය වීණාවක බඳෙහි ඇති ලය ආකාරයක හැඩයක් ගන්නා අතර *Aedes albopictus* මදුරුවාගේ උරහිසෙහි සුදු පැහැති ඉරක් ලෙස පවතියි (1 වන රූපය).

ශ්‍රී ලංකාවේ මදුරු විශේෂ 141ක් වාර්තා වී ඇති අතර ඉන් විශේෂ 48ක් *Aedes* ගණයට අයත් වේ. මෙයින් ශ්‍රී ලංකාව තුළ ඩෙංගු රෝගය ඇති කරන වාහකයින් වන්නේ *Aedes aegypti* හා *Aedes albopictus* ය. *Aedes aegypti* ප්‍රධාන වාහක මදුරුවාවන අතර *Aedes albopictus* මදුරුවන් වයිරස තටාක (Reserviour species) මදුරු විශේෂයක් ලෙස රෝගය වසංගතයක් නොවන වියළි කාලවලදී වයිරසය පවත්වා ගෙන යාමට දායකවන බව පර්යේෂණ මගින් පෙන්වා දී ඇත. *Aedes aegypti* හා *Aedes albopictus* මදුරුවන්ගේ ජීවිත කාලය සති 2-3 ක් පමණ වේ (1 වන සටහන).

1 වන සටහන:

මදුරුවන් සම්පූර්ණ රූපාන්තරණයක් පෙන්නුම් කරයි. මෙහිදි ගැහැනු මදුරුවා සංසේචනයෙන් පසු බිත්තර දමන අතර එයින් පසු කීට අවදි 4ක් පසුකොට ආහාර නොගන්නා අවදියක්වන පිලා අවදියට පත් වී සුහුඹුල් මදුරුවා බිහිවේ (2 වන රූපය). බිත්තර, කීට අවදි හා පිලා අවදි ජලජ පරිසරයක ගත කරන නමුත් සුහුඹුල් අවදිය පමණක් භෞමික වෙයි. සුහුඹුල් මදුරුවාගේ ජීවිත කාලය එක් එක් මදුරු විශේෂය අනුව වෙනස් වේ.

පිරිමි සහ ගැහැනු මදුරුවන් ශාක යුෂ මත යැපෙයි. ගැහැනු මදුරුවා බිත්තරවලට අවශ්‍ය ප්‍රෝටීන ලබා ගැනීම සඳහා පෘෂ්ඨවංශිකයන්ගෙන් ලේ උරා බොයි.

වාහක හැකියාව හා වාහක ධාරිතාව

ලේ උරා බීමේදී මිනිසා තුළට ඇතුළු කරන බේටයෙහි අඩංගු ප්‍රතිකැටිකාරකයක් වන හෙපරීන් මගින් රුධිරය තාවකාලිකව කැටි ගැසීම වළක්වාලයි. මෙම බේටය සමඟ ඩෙංගු වයිරසය මිනිස් දේහයට ඇතුළු වෙයි. මිනිසුන්ගෙන් රුධිරය උරාබීමෙන් පසු මදුරුවා තුළ වයිරසය හොඳින් ගුණනය වන අතර එය මදුරුවාගේ බේට ග්‍රන්ථි දක්වා පහසුවෙන් ශරීරය තුළ ගමන් කිරීමට ඇති හැකියාවත් ඉන් අනතුරුව වයිරස නැවතත් ධාරක මිනිසා තුළට ඇතුළු කිරීමට හැකි වීමත් වාහක හැකියාව ලෙස හැඳින්වේ. මෙය *Aedes aegypti* සහ *Aedes albopictus* යන මදුරුවන් දෙවර්ගයේම දක්නට ලැබේ. නමුත් වාහක ධාරිතාව වන්නේ වාහකයා රෝගය සම්ප්‍රේෂණය කිරීමේ කාර්යක්ෂමතාවය මනින මිනුම් දණ්ඩයි. එය පරිසර සාධක සහ මදුරුවාගේ ජෛව සාධක මත නිර්ණය වන්නකි. *Aedes aegypti* මදුරුවන්ගේ වාහක ධාරිතාවය *Aedes albopictus* මදුරුවන්ගේ වාහක ධාරිතාවයට වඩා වැඩිය. එයට හේතුව වන්නේ *Aedes aegypti* මදුරුවන් නිවාස තුළ ගැවෙසෙමින් විශේෂයෙන්ම මිනිසුන්ගෙන් රුධිරය උරා බීමත්, සම්පූර්ණ රුධිර වේලක් (Full Blood Meal) එනම් උදරය පිරෙන තුරු රුධිරය උරා බීම සඳහා වාර කිහිපයකදී ලේ උරා බීම සිදු කිරීමත්ය. එම නිසා මිනිසුන් අතර රෝග ව්‍යාප්තිය සැලකීමේදී *Aedes aegypti* ප්‍රධාන හා කාර්යක්ෂම මදුරුවෙකි.

ඩෙංගු වාහකයා

ප්‍රධාන වාහකයා - *ඊඩිස් ඊජිප්ටයි*

- **ජීවිත කාලය - සති 2-4**
- **බිත්තර දමන වාරය - 3-4 බිත්තර 250ක් පමණ දමයි.**
- **පියාසර දුර මීටර් - 50-500**
- **බිත්තර තනිව පිහිටයි. බඳුනට ඇලී පවතියි.**
- **මිනිස් රුධිරය උරාබීම ගැහැනු මදුරුවා සිදුකරයි.**
- **දිවාචර මදුරුවෙකි උදෑසන 6.00 - 10.00 සවස 4.00 - 6.00**
- **ගැහැනු මදුරුවා තුළ බිත්තර මේරීමට රුධිරවේල් කිහිපයක් (බහුවර පෝෂණ) අවශ්‍යය.**
- **උගේ සිරුරේ ලක්ෂණ අනුව කොටි මදුරුවා ලෙස නම් ලබයි.**

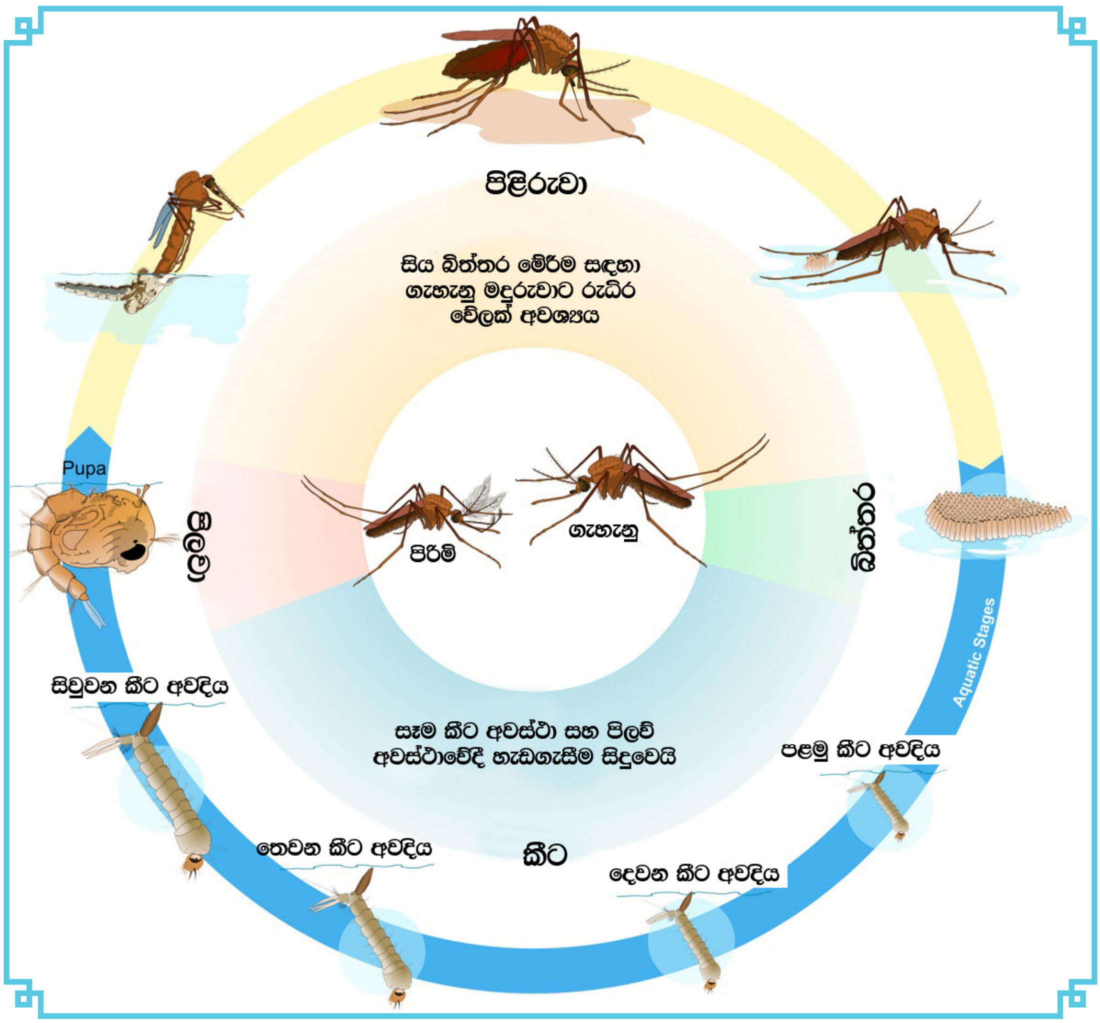
නමුත් *Aedes albopictus* බහුලව ගැවසෙන්නේ නිවාසවලින් පිටතවන අතර, ලේ උරා බීමට වඩාත් ප්‍රිය බවක් දක්වන්නේ සතුන්ගෙනි. විශේෂයෙන්ම ක්ෂීරපායින්ගෙන් ලේ උරා බීම සිදු කරන අතර උභය ජීවීන්, උරගයින් සහ පක්ෂීන්ගෙන් ද ලේ උරා බීමට ලැදියාවක් දක්වයි. එයට අමතරව මෙම මදුරුවන් සම්පූර්ණ රුධිර වේල (Full Blood Meal) එක් වරකදීම ලබා ගැනීමට උත්සාහ කරයි. එම නිසා *Aedes albopictus* මදුරුවන් රෝගය පැතිර වීමේ අඩු ප්‍රවණතාවයක් පෙන්වයි. මෙම මදුරුවන්ගේ ජීවිත කාලය පුරාම වයිරසය දක්නට ලැබෙන අතර වයිරසය බිත්තර මගින් ඊළඟ පරම්පරාවටද ගමන් කරන බව සොයා ගෙන ඇත.

සංවාස හා බිත්තර දැමීමේ චර්යාව

මදුරුවන් සාමාන්‍යයෙන් ජීවිත කාලය තුළදී එක් වරක් පමණක් සංවාසය සිදු වන අතර ගැහැනු මදුරුවා ශුක්‍රාණු ගබඩා කර ගත හැකි කෝෂය, එනම් ශුක්‍රධානිය (spermathecae) තුළ ශුක්‍රාණු විශාල ප්‍රමාණයක් රඳවා ගනී. සංවාසය සිදු වන්නේ ගුවනේදී වීම ද

විශේෂත්වයකි (3 වන රූපය).

Aedes aegypti මදුරුවන්, ටින් කැබලි, යෝගට් කෝප්ප වැනි ඉවත දමන ලද අපද්‍රව්‍ය තුළ වැඩි වශයෙන් බිත්තර දමනු ලබන අතර (4 වන රූපය) *Aedes albopictus* මදුරුවන් වැඩි වශයෙන් බිත්තර දමනු ලබන්නේ ස්වභාවිකව ජලය රැඳෙන ගස් බෙන, මල් ගස්වල ජලය රැඳුණු කොළ අතර වැනි ස්ථානයන්හිය (2 වන සටහන).



2 වන රූපය: මදුරුවාගේ ජීවන චක්‍රය

ගැහැනු *Aedes* මදුරුවන් සාමාන්‍යයෙන් වරකට බිත්තර 100-200 ක් පමණ ප්‍රමාණයක් දමයි. එක් ගැහැනු මදුරුවෙක් තම ජීවිත කාලය තුළ වාර 4-5ක් පමණ බිත්තර දැමීම සිදු කරයි. බිත්තර තනි තනිව විවිධ දුර ප්‍රමාණ සහිතව ජල මට්ටමට ඉහළින් අලවයි. එම නිසා මෙම බිත්තර වියළී යාමේ අවදානමක් ද පවතී. බිත්තර වියළී ගියද ඒවා බොහෝවිට විනාශයට පත් නොවේ. තව ද බිත්තර සියල්ල එකම ස්ථානයකට එක වර නොදමන අතර එක ස්ථානයක ස්වල්පයක් බැගින් ප්‍රදේශය පුරා බිත්තර පැතිර වීම සිදු කරයි. එම නිසා එම ප්‍රදේශයේ සිටින එම විශේෂයේ වෙනත් මදුරුවන්ගේ බිත්තරද, වෙනත් *Aedes* විශේෂවල බිත්තර ද, සුළු ප්‍රමාණයක් *Culex* හා *Anopheles* මදුරුවන්ගේ බිත්තර ද එකම ස්ථානයක නිරීක්ෂණය කිරීමේ සම්භාවිතාවක් පවතියි. කෙසේ වෙතත් වර්තමාන පරිසර හා අනෙකුත් සාධක හමුවේ මදුරුවන්ගේ බිත්තර දමන ස්ථානවල වෙනසක් සිදුව ඇති බැව් පෙනේ. මෙම *Aedes* මදුරු විශේෂ දෙකම ලවණතාවය සහිත විවෘත ජලාශ, ළිං හා වැසිකිළි වළවල්වල ද

3 වන රූපය: මදුරු සංවාසය ගුවනේදී සිදුවෙයි

බිත්තර දැමීම සිදුකරන බව නවතම පර්යේෂණ පෙන්වා දෙයි.

ලේ උරා බීමේ හා ලැග සිටීමේ චර්යාව

ඩෙංගු වාහක මදුරුවන් රුධිරය උරා බොන්නේ ආලෝකය පවතින අවස්ථාවලදීය. උදෑසන 06.00 සිට 11.00 පමණවන තුරු හා සවස් කාලයේ 3.00 සිට 7.00 පමණවන තුරු දෂ්ට කිරීම සිදු කරයි. එයට අමතරව පවතින පරිසර සාධක හා ජෛව සාධක මත මෙම කාල වකවානු සුළු වශයෙන් වෙනස් වේ. න්‍යායාත්මකව මෙම මදුරුවන් රාත්‍රී කාලයේදී දෂ්ට නොකළ ද හොඳින් ආලෝකය ලැබෙන නිවෙස් තුළදී ඇතැම් විට රාත්‍රියේදීද ලේ උරා බීම සිදු කරයි.

Aedes aegypti මදුරුවන් නිවෙස් හෝ ගොඩනැගිලි තුළ අඳුරු සහ ආර්ද්‍රතාවය අධික ස්ථානවල ඇති ද්‍රව්‍ය මත එනම් එල්ලා ඇති ඇඳුම්, ජනෙල් රෙදි හා ලී බඩුවල අඳුරු පැතිවල ලැගුම් ගෙන සිටින අතර නිවසින් පිට වෘක්ෂලතාදියෙහි ඇති අඳුරු ස්ථානවල ලැගුම් ගැනීම ඉතා අඩුවෙන් සිදු කරයි. නමුත් *Aedes albopictus* බහුලව ලැගුම් ගනු ලබන්නේ නිවෙස්වලින් පිටත වෘක්ෂලතාදියෙහි ඇති අඳුරු ස්ථාන හා ඉවත දමන ලද ද්‍රව්‍යවල අඳුරු ස්ථානවලය.

2 වන සටහන:
ශ්‍රී ලංකාව තුළ *Aedes aegypti* සහ *Aedes albopictus* මදුරුවන් බහුලව බිත්තර දමන ස්ථාන.

1. ඉවත දමන ලද ද්‍රව්‍ය (ප්ලාස්ටික් භාජන, ටින්, මැටි බඳුන්, යෝගට් සහ අයිස් ක්‍රීම් කෝප්ප, බිඳුණු සිරිමැටි භාණ්ඩ, පොල් කටු)
2. ජලය ගබඩා කරන ස්ථාන (ජලය ගබඩා කරන සිමෙන්ති ටැංකි, බැරල්)
3. ටයර් සහ අබලි වූ උපකරණ
4. ගොඩනැගිලිවල (වැහි පීහිලි, විවෘත කොන්ක්‍රීට් තට්ටු)
5. ගෘහාශ්‍රිත හා ආයතනවල උපකරණ (ශීතකරණ තැටි, මල් බඳුන්, අලංකාර පොකුණු, සුරතලුන්ට කෑම දෙන භාජන, කුරුල්ලන්ගේ නාන තටාක)
6. ස්වභාවික ස්ථාන (ගස් බෙන, බට ගස්වල කැපුම් ස්ථාන, ශාක පත්‍ර අග්‍රස්ථ)
7. වෙනත් ස්ථාන (ඉවත් කරන ලද බෝට්ටු, ළිං, සුසාන භූමි, අත් හරින ලද වැසිකිළි)

මදුරුවන්ගේ පියාසර පරාසය සහ පැතිරීම

මෙයට පදනම් වන්නේ බිත්තර දැමීමට ඇති අවකාශය

4 වන රූපය: පරිසර කළමනාකරණය ප්‍රභව: ගස්බෙන/මල්පැල/භාජන/ටයර්/වැහි පීහිලි

සහ මිනිසුන්ගේ බහුලතාවයයි. මෙම සාධක දෙක ඉතා හොඳින් නාගරික සහ අර්ධ නාගරික පරිසරවල දක්නට ලැබෙන බැවින් ඩෙංගු රෝගය බහුලව මෙම ප්‍රදේශවල දක්නට ලැබේ. සාමාන්‍යයෙන් මෙම මදුරුවන්ගේ පැතිරීම බිත්තර දමන ස්ථානයේ සිට මීටර 100 - 200 දක්වා පමණවන නමුත් ඉහත සාධක අඩුවෙන් ඇති විට එම දුර ප්‍රමාණය මීටර 400 පමණ දක්වා වැඩිවේ. මෙම මදුරුවන්ගේ ව්‍යාප්තිය (සුහුඹුල් මදුරුවා හෝ බිත්තර) මුළු ලෝකය පුරාම සිදුවිය හැක. මෙය රථ වාහන, අහස්යානා හා නැව් මගින් ප්‍රවාහනයේදී ද සිදුවේ. මෙලෙස සිදුවන ව්‍යාප්තියට (තිරස් පැතිරීම) අමතරව විශේෂයෙන් *Aedes aegypti* මදුරුවන් වඩාත් උස් ස්ථාන දක්වා ද (සිරස් පැතිරීම) පැතිරීම දක්නට ලැබේ. එනම් මහල් 6-7 උස ගොඩනැගිලිවලද මෙම මදුරුවන් සිටින බව වාර්තා වී ඇත.

Aedes aegypti සහ *Aedes albopictus* මදුරුවන් දෙවර්ගයම සීඝ්‍රයෙන් පැතිර යාමට දේශගුණික විපර්යාස, එනම් උෂ්ණ අධික බව, වර්ෂාපතනය හා ආර්ද්‍රතාවයේ වෙනස් වීම් බලපාන අතර පරිසරය කෙරෙහි මිනිසාගේ බලපෑමද ප්‍රධාන වශයෙන් හේතු වී ඇත. ඒ අතර අවිධිමත් නාගරීකරණය, ඝන අපද්‍රව්‍ය කළමනාකරණයේ අඩුපාඩු, මදුරුවන් මර්දනය කිරීමට ගනු ලබන ක්‍රියාමාර්ගවලදී පළාත් පාලන ආයතන හා අනෙකුත් රාජ්‍ය ආයතනවල අකාර්යක්ෂම හා අවිධිමත් වැඩපිළිවෙලවල් මෙන්ම මහජනතාව තුළ ඇති ආකල්පමය බිඳ වැටීම් යනාදී කරුණු ද ප්‍රධාන වේ.

ඩෙංගු වයිරසය විනාශ කළ හැකි බෙහෙත් ද්‍රව්‍යයක් හෝ ඊට එරෙහිව ප්‍රතිශක්තිකරණය ලබා දිය හැකි එන්නතක් (Vaccine) නිපදවීම අද දක්වාම පර්යේෂණ මට්ටමේ පවතී. එම නිසා මදුරුවා මර්දනය කිරීම

තුළින් රෝග මර්දනය කිරීම අනිවාර්ය කාර්‍යයක් වී ඇත.

මදුරු මර්දනය හා ඒ සඳහා අනුගමනය කළ හැකි ක්‍රියාමාර්ග මොනවාද යන්න ඊළඟට සලකා බලමු.

මදුරුවන්ගේ ජීවන චක්‍රය සම්පූර්ණ වන්නේත් ලේ උරා බීම සිදුවන්නේත් කුඩා වපසරියක් ආශ්‍රිතවය. ගෘහාශ්‍රිත පරිසරය තුළ මිනිස් ක්‍රියා හේතුවෙන් සැකසෙන මදුරු අභිජනනයට සුදුසුවන ස්ථාන විනාශ කිරීම මදුරු මර්දනය සඳහාවන වඩාත් සුදුසු විසඳුමයි (5 වන රූපය). එනම් ඝන අපද්‍රව්‍ය කළමනාකරණයෙන් මදුරුවන් බිත්තර දමන බොහෝ ස්ථාන ඉවත් කළ හැක. මේ සඳහා තම නිවෙස් හා ආයතනවල පිරිසිදු බව සතියකට දින කිහිපයකට වරක් සිදු කරන පිරිසිදු කිරීම සහ විධිමත් ඝන අපද්‍රව්‍ය බැහැර කිරීම අනිවාර්යයෙන්ම සිදු කළ යුතුය. ඒ සඳහා දැනට පවතින නීති රීති ක්‍රියාත්මක කිරීමත් නිරතුරුව සන්නිවේදන මාධ්‍ය ඔස්සේ ජනතාව දැනුවත් කිරීමත් අඛණ්ඩව සිදු කළ යුතුය. තව ද අන්නාසි වගාවන්, පැන්ඩනාස්, බ්‍රොමේලියා වැනි මල් වගාවන් හා වැහි පීලි සහිත

5 වන රූපයඃ මිනිස් ක්‍රියා හේතුවෙන් සැකසෙන මදුරු අභිජනනයට සුදුසුවන ස්ථාන

ස්ථානවලට Bti බැක්ටීරියා ඉසීම සිදුකළ හැක. ජලය එකතු කරන ටැංකි හා බැරල් ඇති ස්ථානවලට කීට භක්ෂක මසුන් (Larvivours Fish) හඳුන්වාදීම සාර්ථක විසඳුමකි. *Aedes albopictus* වැඩි වශයෙන් බිත්තර දමන්නේ ස්වභාවිකව ජලය රැඳෙන ස්ථානවල බැවින් හා ඉතා උස ගොඩනැගිලිවල ඇති වැහි පීලි පිරිසිදු කිරීමට නොහැකි බැවින් *Toxorhynchites* නම් කීට භක්ෂක මදුරුවන් පරීක්ෂණාගාරයක් තුළ ඇති කොට නිදහස් කිරීම සිදුකළ හැක (6 වන රූපය).

මෙවැනි පාලන ක්‍රම පරිසර කළමනාකරණය හා ජීව විද්‍යාත්මක පාලන ගණයට ලඝු කොට දැක්විය හැක. එමගින් වාහක මදුරු කීටයන් මර්දනය හා පාලනය සිදුකළ හැක. එසේ නමුත් මදුරු ගහනය වැඩි වූ අවස්ථාවක හෝ ඩෙංගු රෝගීන් බහුලව වාර්තා වන අවස්ථාවක වාහක මදුරුවා විනාශ කිරීම සඳහා අනිවාර්යයෙන්ම රසායනික ක්‍රම අනුගමනය කළ යුතුය. මේ සඳහා කීටයන් විනාශ කිරීමට Temphos නම් කීට නාශක දියර හෝ කැට භාවිත කළ හැකි අතර වාහක මදුරුවන් විනාශ කිරීම සඳහා රසායනික කෘමිනාශක වන මැලතියොන් හා පයිරොත්‍රොයිඩ භාවිත කළ හැකිය. මෙම රසායනික කෘමිනාශකයන් තාපමය ධූමකරණයක් (Thermal fogging) ලෙස (7 වන රූපය) හෝ ඉතා කුඩා පරිමා ඉසිනයක් (Ultra Low Volume Spray) මගින් සිදුකළ හැක. මේ සඳහා කීට විද්‍යාඥයන්ගේ සහාය අවශ්‍යය. ඔවුන් සිදු කරනු ලබන වාහක මදුරු සමීක්ෂණ මගින් ලබා ගන්නා දත්ත ඇසුරින් සංවිධානාත්මක ක්‍රියා පටිපාටියකට අනුව මෙම කෘමිනාශක ඉසීම සිදු කරයි. අවිධිමත් කෘමිනාශක භාවිතය මගින් මදුරුවා එම කෘමිනාශකවලට ඉතා ඉක්මනින්

6 වන රූපයඃ ජෛවීය පාලනය සඳහා කීටභක්ෂක මසුන්, Bti, ටොක්සොරින්කයිටිස් කීටභක්ෂක මදුරුවන්

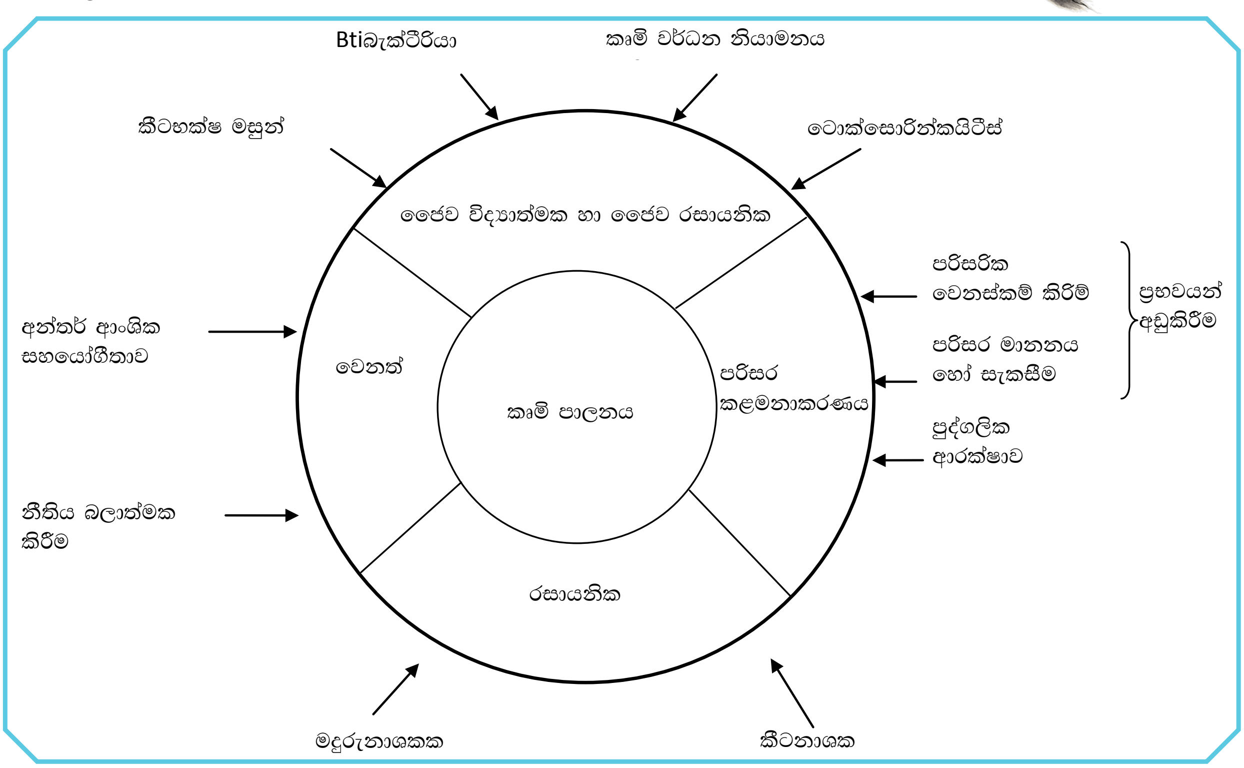
ප්‍රතිරෝධයක් පෙන්නුම් කරයි. එනම් සාර්ථක කෘමිනාශක නිපදවීමට වඩා වේගයෙන් මදුරු ගහනය කෘමිනාශක වලට ප්‍රතිරෝධිතාවය දක්වයි. එය පරිසරයට හා මිනිසා ඇතුළු අනෙකුත් සතුන්ට බලපෑම් ඇති කරන බැවින් කෘමිනාශක භාවිතය විශේෂිත වූ අවස්ථාවක පමණක් යොදා ගත යුතු බව සඳහන් කළ යුතුය.

මෙයට අමතරව මදුරුවන් දෂ්ට කිරීම වැළැක්වීම සඳහා විවිධ වර්ගයේ මදුරු විකර්ෂක යොදා ගනු ලැබේ. මෙවැනි විකර්ෂක බොහොමයක් අද වෙළඳ පොළෙහි දක්නට ලැබෙන අතර ඒවා බොහෝ විට පයිරොත්‍රොයිඩ යන කෘමිනාශක ගණයට වැටේ. මෙයට අමතරව ශාකමය නිස්සාරක ලෙස පැඟිරි තෙල්, කොහොඹ තෙල්, මදුරු තලා වැනි විකර්ෂක පෙන්වා දිය හැක.

මෙවැනි ක්‍රම රාශියක් එකවර යම් ප්‍රදේශයකට හඳුන්වා දීම සමෝධානිත ඩෙංගු පාලන ක්‍රමය (Integrated Vector Control) ලෙස හැඳින්වේ (1 වන රූප සටහන). එවැනි පාලන ක්‍රම හඳුන්වා දීමේදී කීට විද්‍යාත්මක වැඩසටහන් අවශ්‍ය වෙයි. එම වැඩසටහන ක්‍රියාත්මක කළ හැකි වන්නේ සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, පළාත් පාලන ආයතන, පරිසර අමාත්‍යාංශය, ආරක්ෂක අංශ, සිවිල් සංවිධාන සහ මහජනතාව යනාදී ලෙස පුද්ගලානුබද්ධ පාර්ශව රාශියක් හා සම්පත් රාශියක් යොදා ගැනීමෙන් පමණක් වීම රෝගය මර්දනය කිරීමේ අපහසුතාවය මනාව පිළිබිඹු කරයි.

7 වන රූපයඃ රසායන ඉසීම - රසායන පාලනය

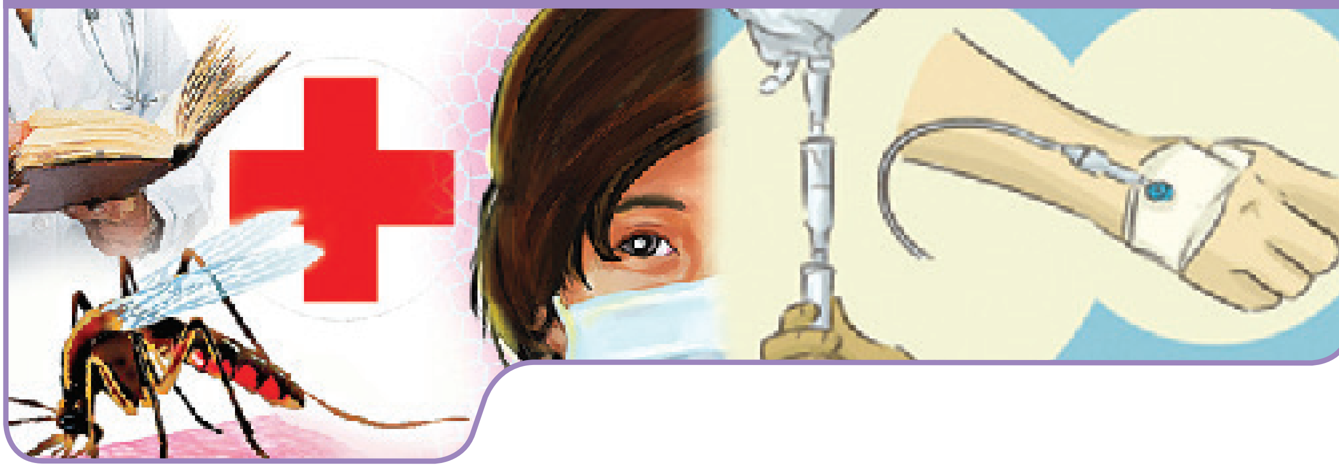
නුගේගොඩ,
ගංගොඩවිල
ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර විශ්වවිද්‍යාලයේ
සත්ත්ව විද්‍යා අධ්‍යයනාංශයෙහි
මහාචාර්ය නිශ්ශංක ද සිල්වා
0724258715



1 වන රූප සටහනඃ සමෝධානිත ඩෙංගු පාලන ක්‍රමය

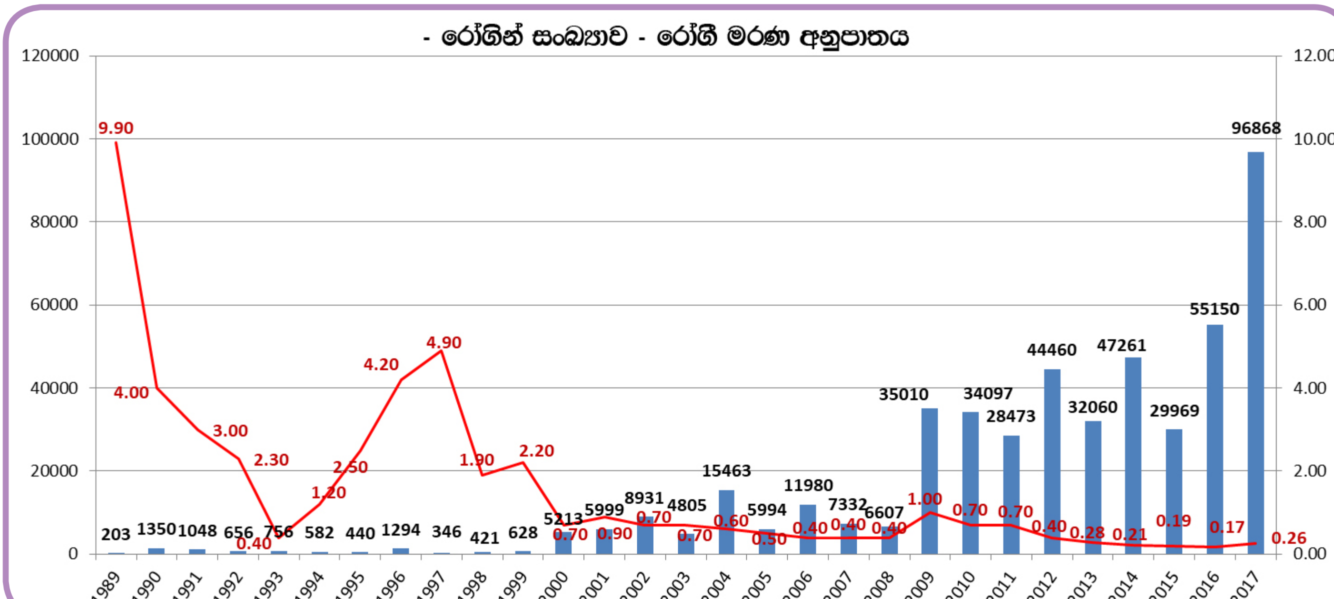
ඩෙංගු ප්‍රතිකාරයේ නව්‍ය මැදිහත්වීම්

මහාචාර්ය නීලිකා මලවිගේ



ඩෙංගු වයිරස ආසාදනය, බොහෝ භූගෝලීය කලාප වෙත ව්‍යාප්ත වෙමින් ලෝකයේ ඉතාම ශීඝ්‍රයෙන් මතුවෙමින් පවත්නා මදුරුවන් මගින් වහනයවන ආසාදනයක් ලෙස හැඳින්විය හැකිය. වසරක් පාසා මිලියන 390ක් පමණ පුද්ගලයන් මෙම වයිරසයෙහි ආසාදනයට ලක්වෙන බව තක්සේරු කර ඇත. ආසාදනයට පත්වූ අය අතරින් 70%ක්ම කිසිදු රෝග ලක්ෂණයක් නොපෙන්වයි. ඩෙංගු වයිරස ආසාදනයට ලක්වන අය අතරින් 70%ක්ම වාසය කරන්නේ ආසියාවෙහිය. වාර්ෂිකව ඩෙංගු සඳහා දරන ලෝක වියදම ඇමෙරිකානු ඩොලර් බිලියන 8.9ක් ලෙස තක්සේරු කර ඇත. වර්ෂ 2012 රෝහල්ගත කිරීම් සහ ඩෙංගු පාලන වැඩසටහන් සඳහා ශ්‍රී ලංකාව ඇමෙරිකානු ඩොලර් මිලියන 3.45ක් වැය කළ බව වාර්තා වී ඇත. මෙම රෝග තත්වය හේතුකොට සම්පත් හීන සංවර්ධනය වෙමින් පවතින දුප්පත් රටවල ආර්ථිකය වෙත පැටවෙන බර කොතරම් විශාලද යන්න ඉන් සිතාගත හැකිය.

ශ්‍රී ලංකාව තුළ ඩෙංගු උණ/ ඩෙංගු රක්තපාත උණ පළමු වරට වාර්තා වූයේ 1960 දශකයේ මැදභාගයේදීය. එතැන් පටන් එය ශ්‍රී ලංකාව තුළ ඒක දේශීය වසංගතයක් බවට පත්විය. දශක ගණනාවක සිට ශ්‍රී ලාංකික ජනතාව ඩෙංගු වයිරසයට නිරාවරණයවී සිටියද ඩෙංගු රක්තපාත උණ සහ ඩෙංගු කම්පන සහලක්ෂණය යන ඩෙංගු රෝගයේ උග්‍ර තත්ව ඇතිවූයේ කලාතුරකිනි. එසේ වුවත් පසුගිය වර්ෂ කිහිපය තුළ මදුරුවන් මගින් වහනයවන ආසාදන අතරින් මරණ ඇතිකිරීමෙහිලා පළමු ස්ථානයට එය පත්ව ඇත. ඩෙංගු ආසාදනයට පත්වන සංඛ්‍යාව ඉහළ යනවා



1 වන රූප සටහන: 1989 සිට 2017 ජූනි දක්වා ඇතිවූ ඩෙංගු රෝගීන් සංඛ්‍යාව සහ රෝගී මරණ අනුපාතය.
(වසංගත රෝග අංශයේ ඩෙංගු පාලන ඒකකයේ, අධ්‍යක්ෂ, වෛද්‍ය හසිත තිසේරා මහතාගේ අනුග්‍රහයෙනි)

පමණක් නොව එය ශ්‍රී ලංකාවේ සෑම ප්‍රදේශයකටම පැතිර යමින් පවතින බවක් ද දැකිය හැකිය. මෙරට විශාලතම ඩෙංගු ආසාදනය මෙම වර්ෂයේදී (2017) ඇති වූ අතර මේ වන විට 150,000 කට වැඩි රෝගීන් සංඛ්‍යාවක් වාර්තා වී ඇත (1 වන රූප සටහන).

ඩෙංගු වයිරස මස්තු දර්ශ හතරක් (ඩෙංගු වයිරස 1-4) අතරින් ඕනෑම එක් වයිරසයක ආසාදනය හේතුවෙන් ඩෙංගු ආසාදනය ඇතිවිය හැකිය. ඩෙංගු වයිරස මස්තු දර්ශ 4ම එකිනෙකට බෙහෝදුරට සමානය. මේ වයිරස හතරෙහි ස්වාභාවයන් 60% - 75% ක්ම එක හා සමානය. එනම් වයිරස හතරෙහි 60% - 75% සම්ප්‍රභවයෙන් යුක්තය.

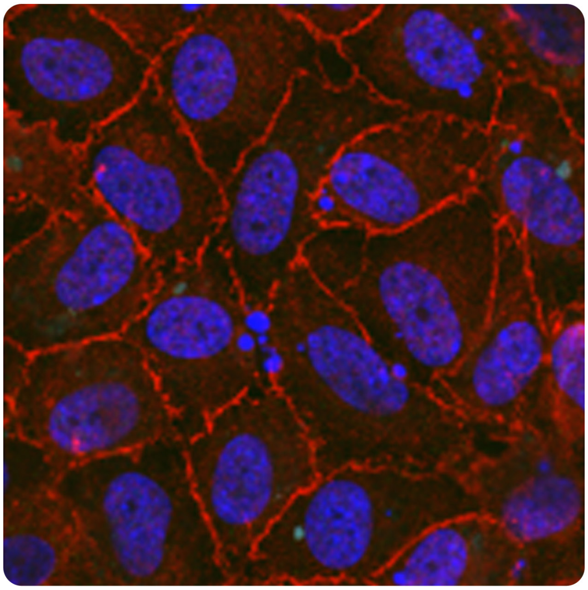
ඩෙංගු වයිරස මස්තු දර්ශ හතරක් (ඩෙංගු වයිරස 1-4) අතරින් ඕනෑම එක් වයිරසයක ආසාදනය හේතුවෙන් ඩෙංගු ආසාදනය ඇතිවිය හැකිය. ඩෙංගු වයිරස මස්තු දර්ශ 4ම එකිනෙකට බෙහෝදුරට සමානය. මේ වයිරස හතරෙහි ස්වාභාවයන් 60% - 75% ක්ම එක හා සමානය. එනම් වයිරස හතරෙහි 60% - 75% සම්ප්‍රභවයෙන් යුක්තය. කිසියම් එක් මස්තු දර්ශීය වයිරසයකින් ඇතිවන මුල් ආසාදනය ප්‍රාථමික ආසාදනය ලෙස හැඳින්වෙයි. එය බොහෝවිට රෝග ලක්ෂණවලින් තොර හෝ ඉතා සුළු රෝග ලක්ෂණ මතු කිරීමක් පමණක් හෝ පෙන්විය හැකිය. ඉන්පසුව වෙනත් මස්තු දර්ශයක් (ද්විතියක ඩෙංගු ආසාදනය) මගින් ඇතිවන ආසාදනය ඩෙංගු රක්තපාත උණ හෝ ඩෙංගු කම්පන සංධාවයට (සහලක්ෂණයට) හෝ ආදී වශයෙන්වන උග්‍ර රෝග තත්ව ඇතිකිරීමට පුළුවන. මෙම ආසාදනය බොහෝ පුද්ගලයන් තුළ ස්වයං - සීමිත (රෝගය ඉබේටම මෙන් නැතිව යන) ආසාදනයන් වුවද එය සැලකිය යුතු රෝගින් පිරිසක් තුළ ඩෙංගු රක්තපාත උණ වැනි ඉතා දරුණු ශායනික ලක්ෂණ සහිත ආසාදනයන් බවට පත්වීමට මෙන්ම ශරීර අභ්‍යන්තර අවයවවලට බලපෑම් කිරීමටද හේතුවනු දැකිය හැකිය. අප විසින් සිදු කළ එක් පර්යේෂණ ව්‍යාපෘතියක් පෙන්වා දී ඇත්තේ කොළඹ උප නාගරික කලාපයෙහි වෙසෙන දරුවන් අතරින් දළ වශයෙන් 50%කට අවුරුදු 10 වනවිට ඩෙංගු ආසාදනය වැළඳී ඇති බවය. එසේම කොළඹ උප නාගරික කලාපයෙහි ජීවත්වන ජනතාවගෙන් 95%කට වයස අවුරුදු 45 වනවිට ඩෙංගු වැළඳී ඇතිබව එම පර්යේෂණයෙන් හෙළිදරව් වී තිබේ.

ඩෙංගු ආසාදනයේ ශායනික ලක්ෂණ හා සංකූලතා

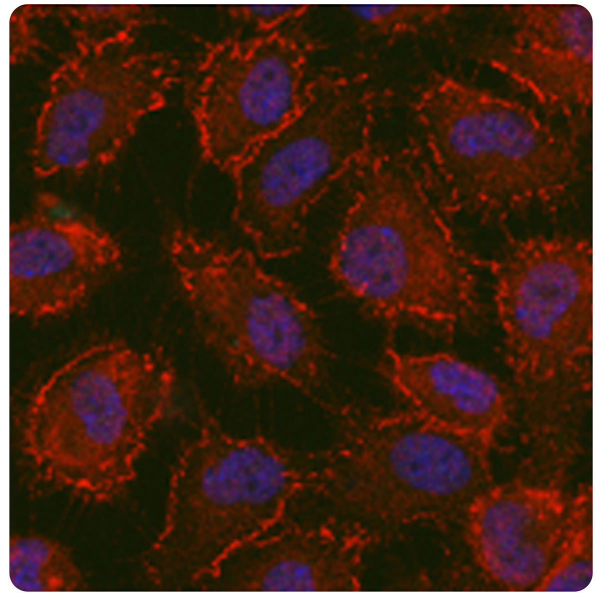
ඩෙංගු ආසාදනය සාමාන්‍යයෙන් මතුවන්නේ හදිසියේ ඇතිවන උණ රෝග තත්වයක් ලෙසය. ඒ හා සමග පේශි වේදනාව, හන්දි කැක්කුම සහ හිසරදය තිබෙනු දැකිය හැකිය. ආසාදනය ඇතිවන අය අතරින් බොහෝ දෙනෙකු කිසිදු දුෂ්කරතාවයක් නොදක්වා රෝග යෙන් සුවය ලබති. මේ අතර සමහර පුද්ගලයන් තුළ ඩෙංගු රක්තපාත උණ තත්වය ඇතිවෙයි. මෙහි ප්‍රධාන ගතිලක්ෂණයන් වන්නේ, ඉහළ ගිය කේශනාලිකා පාරගම්‍යතාව හේතුකොට තරල කාන්දුවීමය. මෙම තරල කාන්දුවීමේ සංකූලතා ලෙස කම්පනය, ප්ලූරිය අපලයනය, ජලෝදරය ඇතුළු අක්මා අකරණය සහ නිධිකර්පරදානය ආදී තත්වයන් ඇතිවෙයි. විමර්ශනය කළ යුතු ඉතාම වැදගත් කාර්යය වනුයේ රුධිර නාළ කේශනාලිකා තුළින් සිදුවන වාහිනී ප්ලාස්ම කාන්දුවය. උග්‍ර ඩෙංගු රක්තපාත තත්වයට මුල්වන්නේ මෙම හේතුවය. ඩෙංගු රක්තපාත උණ තත්වයේදී කේශනාලිකාවලින් කාන්දුවන තරලය පෙනහළු සහ උදර කුහරය තුළ එක්රැස් වෙයි. එහෙයින් රෝගියකු රෝහලට ඇතුළත් කළ විට "අල්ට්රා සවුන්ඩ් ස්කෑන්" පරීක්ෂණ මගින් කාන්දුවීමක් සිදුවන්නේ දැයි සොයා බැලේ. එසේම ඇහිරු සෛල පරිමාව හෝ හිමෝටෝක්‍රිට් අගයන් ද කාන්දුවීම අඟවන ලක්ෂණ විමසීමට යොදා ගැනේ. රෝගියා තුළින් කාන්දුවීම ඇරඹුනේ කවර අවස්ථාවකදීද සහ කොපමණ තරල ප්‍රමාණයක් කාන්දුවී ඇත්ද යන්න දැනගැනීම වැදගත්ය. සිදුවන කාන්දුවීම දැනගත නොහැකි වුවහොත් මෙන්ම ශීඝ්‍ර කාන්දුවීමක් සිදුවුවහොත් රෝගියා කම්පන තත්වයට පත්වනු ඇත. මෙය අක්මා සහ වකුගඩු අකරණයට හේතුවන අතර කම්පන තත්වය පැය කිහිපයක් පැවතිය හොත් රෝගියා මරණයට පත්වනු ඇත. මෙහිදී පවතින විශාලම අභියෝගය නම්, ඩෙංගු රෝග ලක්ෂණ දක්වන රෝගින් අතරින් රෝගින් 20% - 25% ක් පමණක් තරල කාන්දු තත්වයට පත්වන නිසා එසේ කාන්දුවීමට ලක්වන රෝගීන් කවුරුන්දැයි සොයා ගැනීමය.

අප විසින් සිදු කළ එක් පර්යේෂණ ව්‍යාපෘතියක් පෙන්වා දී ඇත්තේ කොළඹ උප නාගරික කලාපයෙහි වෙසෙන දරුවන් අතරින් දළ වශයෙන් 50% කට අවුරුදු 10 වනවිට ඩෙංගු ආසාදනය වැළඳී ඇති බවය. එසේම කොළඹ උප නාගරික කලාපයෙහි ජීවත්වන ජනතාවගෙන් 95%කට වයස අවුරුදු 45 වනවිට ඩෙංගු වැළඳී ඇතිබව එම පර්යේෂණයෙන් හෙළිදරව් වී තිබේ.

මෙම කාන්දුවීම සිදුවන අදියරේදී මුඛ මාර්ග යෙන් හෝ අන්තර් ශිරාමය මාර්ගයෙන් රෝගියාගේ සිරුරට ඇතුළු වන තරල ප්‍රමාණය සහ මුත්‍ර ලෙස ශරීරයෙන් බැහැර වන තරල ප්‍රමාණය විමර්ශනය කිරීම ඉතා වැදගත්ය. රෝගියාට ලබාදිය යුතු තරල ප්‍රමාණය ගණනය කිරීම සඳහා මෙය අතිශයින් වැදගත්ය. වැඩිපුර තරල ලබ්දීම මෙන්ම අඩුවෙන් තරල ලබාදීම මගිනුත් සංකූලතා ඇතිවෙයි. එහෙයින් ලබාදිය යුත්තේ රෝගියාට ගැළපෙන ප්‍රශස්ත මට්ටමින් යුතු තරල ප්‍රමාණයය. එය රෝගියාගෙන් රෝගියාට වෙනස්වෙයි. පට්ටිකා



සාමාන්‍ය මස්තු තුළ අන්තශ්ඡද සෛල



ඩෙංගු ආසාදිතයකුගේ මස්තු තුළ අන්තශ්ඡද සෛල

1 වන රූපය - ඩෙංගු ආසාදිතයකුගේ වාහිනී කාන්දුවීම

සංඛ්‍යාව ශීඝ්‍රයෙන් පහළ යෑම, ඩෙංගු රක්තපාත උණ නම් දරුණු තත්වය ඇතිවෙමින් පවතින බව ඉඟි කරන සූචකයකි. එසේවුවත් එසේ පට්ටිකා මට්ටම පහළ බැසීම, දරුණු රෝගී තත්වය ඇතිවීමට ඇති හැකියාව පිළිබඳ ඉඟියක් පමණය. ඇත්ත වශයෙන්ම පට්ටිකා ගණනෙහි පහළ යෑම දරුණු රෝගී තත්වයේ ප්‍රතිඵලයක් නිසා රෝගය දරුණුවීමට හේතුවක් නොවේ. ඉතා පහළ වැටුණු පට්ටිකා සංඛ්‍යාවක් සහිත සමහර පුද්ගලයන් තුළ දරුණු රෝගී තත්වය ඇති නොවන අතරම සැලකිය යුතු ඉහළ ප්‍රමාණයක පට්ටිකා සංඛ්‍යාවක් සහිත පුද්ගලයන් තුළ දරුණු රෝගී තත්වය ඇතිවෙනු දැකිය හැකිය. එහෙයින් පට්ටිකා ගණනය රෝග තත්වය විමර්ශනය සඳහා මෙන්ම රෝගියා රෝහල් ගත කිරීම අවශ්‍යද යන්න තීරණය කිරීමට භාවිත කළ හැකි ප්‍රයෝජනවත් සූචකයක් වුවද ඉතාම වැදගත් සාධකය වන්නේ කාන්දුවිමය.

ඩෙංගු රක්තපාත උණ ලක්ෂණ

- **වමනය, මල සහ මුත්‍ර රතු හෝ කළු පැහැ ගැනීම.**
- **සමේ රතු ලප**
- **තරල උදරයේ එක්රැස්වීම නිසා ජලෝදරය.**
- **පෙනහළු කුහර තුළ තරල රැස්වීම නිසා ප්ලූරිය ආපලයනය.**
- **රුධිර පට්ටිකා සංඛ්‍යාව අඩුවීම.**

ඉහත දැක්වෙන රූප සටහනෙහි (1 වන රූපය) දැක්වෙන පරිදි තරල කාන්දුවීම සිදුවන්නේ, කේශනාළිකා ආස්තරණය කරන අන්තශ්ඡද සෛල පරතර අතරිනි. වම්පස රූප සටහන මගින් අන්තශ්ඡද සෛල පවතින සාමාන්‍ය තත්වය දැක්වෙයි. එහි පෙනෙන පරිදිම මෙම සෛල සිමෙන්ති වැනි ද්‍රව්‍යයකින් එකිනෙකට ඇලවී පවතියි.

ඩෙංගු රෝගියෙකුගේ මස්තුවල (දකුණු රූප සටහන) අන්තශ්ඡද සෛල අතර පවතින හිදැස් තුළින් තරල කාන්දුවීම සිදුවෙන බව දැක්වෙයි.

ඩෙංගු ආසාදිතයකු තුළින් ප්ලාස්මාව කාන්දුවීම සිදුවන බව සොයාගැනීමත් සමඟම එසේ කාන්දු වන තරල ප්‍රමාණය නිවැරදිව ගණනයකර එම ප්‍රමාණය හරියටම ආපසු ලබා දීම වැදගත්ය. මෙම කාන්දුවීමේ අදියර පවතින්නේ පැය 48ක තරම් වූ කාලයක් සඳහා පමණය. රෝගියා පසුවන කාන්දුවන අදියර (තීරණාත්මක අදියර) පැය 48න් පසුව පහව යන අතර කාන්දුවීම ද නතර වී කාන්දු වූ තරල ආපසු අවශෝෂණය කරගැනෙයි. මේ හා සමඟම පට්ටිකා සංඛ්‍යාවද ඉහළ යාම සිදුවෙයි. ඒනිසා දින 2-3 ක කාලයක් පට්ටිකා සංඛ්‍යාව පහළ බැසීමත් ඉන්පසුව හදිසියෙන්ම ඉහළ යාමට පටන් ගැනීමත් සිදුවීම ස්වභාවිකය. මේ සඳහා විශේෂ ප්‍රාතිහාර්ය ප්‍රතිකාරයන් අවශ්‍ය නොවන්නේ මෙය ස්වභාවිකවම සිදුවන ක්‍රියාවන් නිසාය.

වාහිනික කාන්දුවීම සහ නව ප්‍රතිකාර ක්‍රම

වාහිනික කාන්දුවීම ඇතිකිරීමෙහිලා මැදිහත්වෙන ඉතාම වැදගත් සාධකය අප විසින් හඳුනාගෙන ඇත. එය **"පට්ටිකා සක්‍රීයකිරීම් සාධකය"** ලෙස නම් කර ඇත. ඩෙංගු රක්තපාත උණ සහිත රෝගීන්ගේ රෝගයේ උග්‍රම අවධියේදී එනම් කාන්දුවීමේ අදියරේ දී ඉතා ඉහළ පට්ටිකා සක්‍රීයකිරීමේ සාධක මට්ටමක් පෙන්නුම් කරයි.

වාසනාවකට මෙන් මෙම මැදිහත්කරු අවහිර කළ හැකි ඖෂධයක් දැනටමත් සොයාගෙන ඇත. එය රුපටඩීන් (Rupatadine) ලෙස හැඳින්වේ. ඩෙංගු රෝගයේදී රුපටඩීන් හි කාර්යක්ෂමතාව සොයා බැලීමටත්, එමගින් සාර්ථක ප්‍රතිඵල ලැබේද, රෝගීන් ආරක්ෂාකාරීද යන කරුණු විමසීමටත් අප විසින් අත්හදාබැලීමේ ශායනික පර්යේෂණයක් සිදුකරනු ලැබිණ.

බොහෝ යුරෝපීය රටවල මෙන්ම ඔස්ට්‍රේලියාව, ජපානය, ඇමෙරිකාව සහ ඉන්දියාව යන රටවල ද සමහර අසාත්මික තත්වයන්ට ප්‍රතිකාර කිරීම සඳහා දැනටමත් රුපටඩීන් භාවිත කෙරේ. දරුවන්ටත් මෙම ඖෂධය ලබාදෙන නිසා එය අරාක්ෂාකාරී බවද පැහැදිලිය. අප සිදුකළ අත්හදාබැලීමේ පර්යේෂණය සැලසුම්කරනු ලැබුවේ තෝරාගත් රෝගීන් අතරින් අඩකට ඖෂධය ලබාදීමටත් ඉතිරි අඩට **"ගවුන කල්පයක්"** (ඖෂධයට සමාන පෙනුමක් සහිත එහෙත් සක්‍රීය සංඝටකවලින් තොරවූවක්) ලබාදෙන ආකාරයටය. ඖෂධ පිළිබඳ කෙරෙන අත්හදාබැලීමේ පර්යේෂණවලදී ගවුන කල්පයක් ලබාදීම වැදගත් වන්නේ, සුවපත් කළහැකි ඖෂධයක් තමන්ට ලබාදෙන බව රෝගීන් විශ්වාස කළවිට ඔවුන්ව සුවපත්වන බවට හැඟීමක් ලැබෙන නිසාය. තමන් ප්‍රතිකාර කරන කිසියම් රෝගීන් පිරිසක් ඖෂධයක් ලබන බව දැනගත් විට වෛද්‍යවරු පවා අගතිගාමී විය හැකිය. එහෙයින් මෙම අත්හදාබැලීමේ පරීක්ෂණයට සම්බන්ධ වූ රොගීන් මෙන්ම වෛද්‍යවරුද සිටියේ "අඳුරෙහි" ය. එනම් ඖෂධය ලබන්නේ කවුරුන්ද නොලබන්නනේ (ගවුන කල්පය ලබන්නේ) කවුරුන්ද යන්න ඔවුන් කිසිවෙකුත් දැන නොසිටියහ. නිසියාකාර, අගතිගාමී නොවන විද්‍යාත්මක දත්ත එක්රැස් කරගැනීම සඳහා මෙවැනි ක්‍රමයක් අනුගමනය කිරීම ඉතා වැදගත්ය. එසේම නිසි ප්‍රමාණයකින් යුත් නියැදියක් භාවිතය මගින් ද සනාථ කළ නොහැකි, විද්‍යාත්මක නොවන නිගමනයන්ට එළඹීමකින් තොරව ප්‍රයෝජනවත් නිගමනයන් ලබාගැනීමට පුළුවන.

වාහිනික කාන්දුවීම අඩුකරන/ වළක්වන ඖෂධය පිළිබඳ මුල් අත්හදාබැලීමේ පර්යේෂණය අප සිදුකර හමාරය. ඉන් ලද ප්‍රතිඵල බලාපොරොත්තු ඇති කරයි. ගවුන කල්පය ලද රෝගීන් හා සංසන්දනය කරන විට මුල් අවස්ථාවේදීම මෙම ඖෂධය (රුපටඩීන්) ලද රෝගීන් තුළ ඇතිවූ සංකූලතා අඩුය. එසේම රෝගය පැවතුන කාල පරිච්ඡේදයද අඩුවිය. ලද ප්‍රතිඵල බලාපොරොත්තු සහගත බවක් ඇතිකරන නිසා මෙම අත්හදාබැලීමේ ඊළඟ අදියර ආරම්භ කිරීමට අප දැන් පියවර ගෙන ඇත. එහිදී රෝගියා රෝහලට ඇතුළත් කිරීමට පෙර එනම් බාහිර රෝගී අංශයේදීම ඖෂධය ලබාදීම සිදුකිරීමට අපේක්ෂා කෙරේ.

ඩෙංගු වැළඳී ඇතැයි රෝග විනිශ්චය කරනු ලැබුවහොත් ඔබ ගතයුතු පෙර - පරෙස්සම්වීම්

උණ ඇතිවුන මුල්ම අවස්ථාවේදීම වෛද්‍යවරයෙකු හමුවී උපදෙස් ලබාගැනීම ඉතා වැදගත්ය. සනාථ නොකළ අත්බෙහෙත් ගැනීමට ප්‍රයත්න දැරීම අනතුරුදායකය. වාසනාවකට මෙන් ඩෙංගු වැළඳුන බොහෝ රෝගීහු උග්‍ර රෝග තත්වයට එනම් ඩෙංගු රක්තපාත උණ තත්වයට පත් නොවන නිසා කුමක් ලැබුවත් සුවවිය හැකිය. කෙසේවෙතත් ඩෙංගු ඇතිවුන රෝගීන් අතරින් කවරෙකු උග්‍ර රෝගී තත්වයට පත්වේදැයි කිව නොහැකිය. සමහරු රෝහල වෙත පැමිණෙන්නේ බොහෝ පමාවීය. කම්පන තත්වයට පත්වීමෙන් පසු රෝහල වෙත පැමිණෙන රෝගීන් සුවපත් කිරීම අසීරුය. නිසි අවස්ථාවේදී ප්‍රතිකාර ගැනීමට රෝගීහු පැමිණියහොත්, ඩෙංගු නිසා ඇතිවිය හැකි මරණ සංඛ්‍යාව බොහෝ සෙයින් අවම කළ හැකි බව වටහා ගැනීම වැදගත්ය.

ඔබට උණ ගැනී ඇත්නම් පූර්ණ රුධිර සෛල ගණනය කෙරෙන පරීක්ෂණයක් සිදුකර වෛද්‍යවරයාට පෙන්වීම වැදගත්ය. එම අවස්ථාවේදී ඔබට ඩෙංගු NS-1 ප්‍රතිදේහජනක පරීක්ෂාවද සිදුකළ හැකිය. NS-1

ඩෙංගු NS-1 ප්‍රතිදේහජනක පරීක්ෂණය

- **උණ ගැනී මුල් දින 3 තුළදී කළ යුතුය.**
- **ප්‍රතිඵලය ධන නම් නියත වශයෙන්ම ඩෙංගුය.**
- **ප්‍රතිඵලය සෘණ වුවත් ඩෙංගු නැතිබව අවධාරණය කළ නොහැකිය.**

පරීක්ෂණයේ ප්‍රතිඵලය ධන වුවද එය කලබලයට පත්විය යුතු තත්වයක් නොවේ. ඩෙංගු උණ ඇතිවන රෝගීන් අතරින් උග්‍ර ඩෙංගු රක්තපාත උණ තත්වයට පත්වන්නේ රෝගීන් අතරින් 20% - 25% ක් පමණය. NS-1 ධන ප්‍රතිඵලයක් ලැබීමට වැඩිම ඉඩ ඇත්තේ උණ ඇතිවූ මුල්ම දවසේදීම එම පරීක්ෂණය සිදුකළහොත්ය. ඉන්පසුව ඔබට ඩෙංගු වැළඳී තිබුණත් ධන ප්‍රතිඵලයක් ලැබීමට ඇති ඉඩකඩ ක්‍රමයෙන් පහවීයයි. කෙසේවෙතත් NS-1 ප්‍රතිඵලය ධන නම් නියත වශයෙන්ම පවතින්නේ ඩෙංගුය. එහෙත් උණ ගත් පළමු දිනයේදීම NS-1 පරීක්ෂණ සෘණ ප්‍රතිඵල පෙන්වුවද ඔබට ඩෙංගු වැළඳී නැති බවක් එමගින් නියත ලෙසම නොදක්වයි. ඩෙංගු වැළඳුන රෝගීන් අතරින් සැලකිය යුතු සංඛ්‍යාවක NS-1 පරීක්ෂණය ප්‍රතිඵලය සෘණය. එහෙත් NS-1 ප්‍රතිදේහජනක පරීක්ෂණයෙහි ප්‍රතිඵලය ධන හෝ සෘණ වුවද ඔබට උණ ඇත්නම් වෛද්‍ය උපදෙස් ලබාගැනීම ඉතා වැදගත්ය.

නුගේගොඩ, ගංගොඩවිල
ශ්‍රී ජයවර්ධනපුර විශ්වවිද්‍යාලයේ
වෛද්‍ය විද්‍යා පීඨයෙහි
ක්ෂුද්‍ර ජීව විද්‍යා දෙපාර්තමේන්තුවේ
මහාචාර්ය
මහාචාර්ය නීලිකා මලවිගේ
0772443193

ඩෙංගු නැවතීමට වොල්බැකියා බැක්ටීරියා

ශ්‍රී ලංකාවට පමණක් නොව බොහෝමයක් නිවර්තන සහ උප නිවර්තන රටවලට මහත් හිසරදයක්ව පවතින ඩෙංගු වසංගතයට තිත තැබීමට වොල්බැකියා බැක්ටීරියාවන්ගේ උපකාරය ලබා ගත හැකි දැයි මදුරුවන් පිළිබඳ ජගත් වැඩසටහන (World Mosquito Program) මගින් මේ වන විට පරීක්ෂණ සිදු කෙරෙමින් පවතී.

වොල්බැකියා යනු කෘමි සෛල තුළ පමණක් ජීවත්වන, බැක්ටීරියා ගණයකි. සමනලයින්, බත්කූරන් සහ සලබයින් මෙන්ම බොහෝ මදුරු විශේෂ තුළ ද මෙම බැක්ටීරියාව ජීවත්වේ. ශ්‍රී ලංකාවේ ඩෙංගු වයිරසයෙහි ප්‍රධාන වාහකයා වන *ඊඩීස් ඊජිප්ටයි* තුළ මෙම බැක්ටීරියාව ස්වභාවිකව හට ගන්නේ නැත.

ගැහැනු කෘමි සතුන්ගේ බිත්තර තුළ අන්තර්වීමෙන් පමණක් වොල්බැකියා බැක්ටීරියාවන් එක් කෘමි පරම්පරාවකින් තවත් පරම්පරාවකට සම්ප්‍රේෂණයවේ. *ඊඩීස් ඊජිප්ටයි* මදුරුවන් තුළට වොල්බැකියා ඇතුල් කිරීමෙන් එය බිත්තර මගින් ජනිතයන් වෙත සම්ප්‍රේෂණය කරනු ලැබ වොල්බැකියා බැක්ටීරියාව එකී මදුරු ගහනය තුළ පැතිරෙන්නට ඉඩහරී. මෙම බැක්ටීරියාව මගින් ඩෙංගු වයිරසය මිනිසුන් තුළට සම්ප්‍රේෂණය වීම වළකාලයි. එමගින් ඩෙංගු රෝගය පැතිරීම වළකී.

වොල්බැකියා යනු විවිධ වර්ග සහ මාදිලි අයත් වන බැක්ටීරියා ගණයකි. මදුරුවන් පිළිබඳ ජගත් වැඩසටහන මේවන විට wMel සහ wMel Pop යන මාදිලි දෙක පිළිබඳව පර්යේෂණ පවත්වයි. මෙම ජගත් වැඩසටහන ශ්‍රී ලංකාව ද අතුලත්ව රටවල් 10ක එනම්, ඕස්ට්‍රේලියාව, බ්‍රසීලය, කොලොම්බියාව, ඉන්දුනීසියාව, ඉන්දියාව, වියට්නාමය, කිරිබටි, ෆීජී සහ වනුආටු යන රටවල ක්‍රියාත්මකවේ.

මේ යටතේ, ඩෙංගු, සිකා සහ චිකන්ගුන්යා යන මානව වයිරස සම්ප්‍රේෂණයෙහිලා මදුරුවන් සතු හැකියාව අඩු කෙරෙන බව පෙන්වා දී තිබේ.

කේ. ජී. ජනක කරුණාසේන

තොරතුරු මුලාශ්‍රය : මදුරුවන් පිළිබඳ ජගත් වැඩසටහන (World Mosquito Program)

ඩෙංගුවලින් ආරක්ෂාවීම සහතික කිරීම: අපගේ වගකීම

විශේෂඥ වෛද්‍ය හසිත තිසේරා සහ වෛද්‍ය නිමල්කා පන්නිලහෙට්ටි සහ වෛද්‍ය ඊ.එච්.කේ. ප්‍රනාන්දු

ඩෙංගු රෝගය කාර්යක්ෂම සහ තිරසර ලෙස වළකාගැනීම සහ මර්දනය කිරීම සඳහා වාහකයන් බෝවීම සිදුවිමට හිතකර සියලුම සාධක සමග සටන් වදින බහු - ආංශික ප්‍රවේශයක අවශ්‍යතාවය මතුව ඇත. ප්‍රජාව බලාත්මක කිරීම සහ එකී කටයුතුවලදී හිමිකම ලබා දීමකින් තොරව ඩෙංගු වැළැක්වීම සහ මර්දනය සිදු කිරීමට / තිරසර ලෙස පවත්වා ගැනීමට නොහැකි බව ගෝලීය සාක්ෂ්‍ය පෙන්වා දෙයි.

ඩෙංගු සම්ප්‍රේෂණය වීම පාලනය කිරීම සහ වළකාලීම සෞඛ්‍ය අධිකාරීන්ට සහ රජයට ඉටුකර ගත හැක්කේ ප්‍රජාවේ සක්‍රිය සහභාගිත්වය තුළිනි. ඩෙංගු වළක්වා ගැනීමේ සහ පාලනය කිරීමේ තනිපුද්ගල සහ සාමූහික වගකීම ප්‍රජාව සතුය.

ප්‍රජාව වෙත මේ පිළිබඳ වටිනා පණිවුඩ ගෙන යාමෙහිලා අදහස් වෙනස් කිරීමට හොඳම නියෝජිතයන් වන්නේ පාසල් දරුවන්ය. වඩා හොඳ හැසිරීමකට අනුහුරුවීමට සහ එවැනි වෙනස්කම් වැඩිහිටියන් තුළ ඇති කිරීම ප්‍රවර්ධනය කිරීමට ඔවුනට හැකියාවක් ඇත. ධනාත්මක හැසිරීම් වෙත දරුවන් වෙනස් වූ විට එම වෙනස්කම් ඔවුන්ගේ ජීවිත කාලය තුළ රඳා පවතිනු ඇති අතර දිගුකාලීනව එකී යහපත් බලපෑම ප්‍රජාව වෙත ලැබෙනු ඇත.

රෝගී වූ දරුවකු සඳහා පාසලේ ඇති වගකීම

පාසලේ ප්‍රථමාධාර කාමරය වෙත උණ, හිසරදය සහ වමනය සහිත දරුවකු පැමිණි විට එම දරුවාට සැකයකින් තොරව ප්‍රතිකාර කිරීම වෛද්‍යවරයාගේ යුතුකමවේ.

මෙකල, උණ සහිතව යමෙකු පැමිණියහොත්, විවිධ රෝග විනිශ්චයක් තුළ පළමුව ඩෙංගු රෝගය

බවට සැක කළ යුතුය. ඩෙංගු වයිරසය ආසාදනය වුණු බොහෝ රෝගීන් (90%ක්) රෝග ලක්‍ෂණ නොපෙන්වන අතර ඉතිරි අයට උණ සහිත රෝගී තත්වයක් ආසාදනයෙන් දින හයකට (06) පමණ පසුව (බීජෞෂණ සමයෙන් පසුව) ඇතිවේ.

පහත සඳහන් ලක්‍ෂණ සහිතව අධික උණ උග්‍ර ආක්‍රමණයක් පෙන්නුම් කරන දරුවකු ඩෙංගු රෝගියකු බවට සැක කළ යුතුය.

❖ හිසරදය සහ අක්ෂිය වේදනාව
❖ මාංශපේශි වේදනාව / සන්ධි වේදනාව
❖ විසිරුණු, රතු පැහැති කුෂ්ඨ
❖ ඔක්කාරය සහ වමනය
❖ රුධිර වහනය විද්‍යාමාන වීම

වසංගතය පවතින ප්‍රදේශයක ජීවත්වීම සහ එමෙන්ම එම ප්‍රදේශයේ ඩෙංගු උණ සහිත රෝගීන් සිටීම ඩෙංගු නිශ්චය කිරීමේ හව්‍යතාවය ඉහළ නංවයි.

උණ සහිත අවධියේ පළමු දින කිහිපය තුළ ඩෙංගු උණ, ඩෙංගු රක්තපාතික උණෙන් වෙන්කොට හඳුනා ගැනීම අපහසුය. එනිසා, මෙම කාලය තුළ රෝගියා සමීපව අධීක්‍ෂණය කිරීම ඉතා වැදගත්ය.

ප්‍රථමාධාර කාමරය තුළදී වෛද්‍ය නිලධාරියාට මූලික අවධිය පහත දැක්වෙන පරිදි කළමනාකරණය කරගත හැකිය.

❖ ප්‍රමාණවත් තරමට රෝග ඉතිහාසය ලබාගැනීම
❖ උෂ්ණත්වය මැනීම
❖ රුධිරය වහනය වීම විද්‍යාමාන වන ලක්‍ෂණ තිබේදැයි බැලීම
❖ ශරීර බරට අනුව ප්‍රමාණවත් මාත්‍රාවකට පැරසිටමෝල් ලබාදීම
❖ ප්‍රමාණවත් ආකාරයට දියර ලබාගැනීම සහතික කිරීම
❖ දෙමව්පියන් වෙත දැන්වීම

රෝහලක් වෙත ඇතුල් කිරීමකින් තොරව ළමයා තම නිවස තුළම තබාගෙන රෝගී තත්වය කළමනාකරණය කරගැනීමට නොහැකි නම්, වෛද්‍ය නිලධාරියා විසින් නිවස පාදක කරගත් සුරක්‍ෂාව පිළිබඳ දෙමව්පියන්ට උපදෙස් දීම සිදු කළ යුතුය. එහිදී,

❖ ප්‍රමාණවත් තරමේ භෞතික විවේකය ලබා දිය යුතුය. දරුවා සම්පූර්ණයෙන්ම සුව වන තුරු, පාසල්, පංති, ක්‍රීඩා හෝ වෙනත් විනෝද චාරිකා මගහැරිය යුතු වන අතර නිවස තුළ විවේකයෙන් සිටීම සහතික කළ යුතුය.
❖ උණ පාලනය කිරීම පැරසිටමෝල් නිසි මාත්‍රාවලින් පමණක් සිදු කළ යුතුය.
❖ ඉබුප්‍රොෆේන්, ඩයික්ලොෆිනැක්, සෝඩියම් මෙෆෙනැමික් අම්ලය, සහ ප්‍රෙඩ්නිසිලෝන්, ඩෙක්සොමෙතසෝන් වැනි ස්ටෙරොයිඩ නොවන වේදනා නාශක හා ප්‍රති - ප්‍රදාහක ඖෂධ සහ ස්ටෙරොයිඩ යනාදී වේදනා නාශක ලබාදීමෙන් වැළකිය යුතුය. මේවා තදබල රුධිර වහනය ප්‍රේරණය කරනු ඇත.
❖ ජීවනී, තැඹිලි වතුර වැනි පැහැදිලි දියර, පළතුරු යුෂ, කැඳ හෝ සුප් හෝ ප්‍රමාණවත් තරමින් ජලය වෙනුවට පරිභෝජනය කළ යුතුය.
❖ රතු සහ දුඹුරු පැහැති බීම වර්ග පානය කිරීමෙන් වැළකිය යුතුය.

ඩෙංගු කම්පන තත්වයේ ලක්‍ෂණ

- **ඇඟ සීතල වීම**
- **රුධිර පීඩනය අඩුවීම**
- **හෘද ස්පන්දනය වේගවත්වීම**
- **නාඩි වැටීම දුර්වල වීම**
- **මුත්‍ර ප්‍රමාණය අඩුවීම**

❖ උණ ගැනී දෙවන දිනයේදී පූර්ණ රුධිර සෛල ගණනයක් (FBC) සිදු කිරීමට සහ වෛද්‍යවරයකුට පෙන්වීම සඳහා උපදෙස් දිය යුතුය.
❖ පහත සඳහන් අනතුරු සංඥා දෙමව්පියන්ට හෝ භාරකරුවන්ට හෝ වහාම දනුම් දිය යුතු අතර වෛද්‍ය ප්‍රතිකාර ලබා දීමට උපදෙස් දිය යුතුය.

✸ උණ බැසයාමත් සමග සෞඛ්‍ය තත්වය පිරිහීම
✸ කෑමට / බීමට නොහැකිවීම
✸ තදබල උදරාබාධ / වමනය
✸ රුධිර වහනය විද්‍යාමාන වීම: විදුරුමසින් ලේ ගැලීම / නාසයෙන් ලේ ගැලීම / කෝපි පැහැ වමනය / කළු පැහැ මල බැහැරවීම
✸ මුත්‍රා පිටවීම අඩුවීම / පැය 6කට අධික කාලයක් මුත්‍රා පිට නොවීම

❖ මෙම කාලය තුළදී ළමයා වෙතින් මදුරුවෙකුට ආසාදනය සම්ප්‍රේෂණය කළ හැකි බැවින් මදුරු දෂ්ටනය වළකාලීම සඳහා ළමයා මදුරු දැලකින් ආවරණය කර තැබිය යුතුය.

පාසල් අධිකාරියෙහි වගකීම

පාසලේ විවිධ උණ රෝගීන් සිටින විට, අදාළ අවශ්‍ය කටයුතු සිදු කිරීම පිණිස පාසල්, වෛද්‍ය අධිකාරීන්ට දැනුම් දිය යුතුය. ගුරුවරුන් සහ ශිෂ්‍යයින් සියලු දෙනාගේ සහභාගිත්වය සහිතව ඩෙංගු මර්දනය සහ වැළැක්වීමේ කටයුතු සිදු කළ යුතුය. ප්‍රධාන වශයෙන් පරිසරික කළමනාකරණය කෙරෙහි අවධානය යොමු කළ යුතුය.

❖ පාසල් ඩෙංගු මර්දන කමිටුවක් පිහිටවිය යුතු අතර ඩෙංගු මර්දන සහ වැළැක්වීමේ කටයුතු ක්‍රියාත්මක කිරීම සඳහා වගකිව යුතු පුද්ගලයකු පත් කළ යුතුය.
❖ මදුරුවන් බෝවෙන ස්ථාන ඉවත් කිරීම සඳහා තෝරා ගත් දිනයක තම පරිශ්‍රය පිරිසිදු කිරීමෙහිලා පාසල කටයුතු කළ යුතුය.
❖ ඩෙංගු මර්දන කමිටුව පාසල් පරිශ්‍රය තුළ මදුරුවන් බෝවන ස්ථාන

දෛනිකව පරීක්ෂා කළ යුතු අතර සතියකට වරක් විදුහල්පතිවරයා වෙත වාර්තාවක් ලබාදිය යුතුය.

ශිෂ්‍යයන්ගේ වගකීම

ඩෙංගු වැළැක්වීම සහ මර්දනය හුදෙක් ගුරුවරුන්ගේ හෝ දෙමව්පියන්ගේ පමණක් වගකීම නොවේ. එය, සියලුම පුරවැසියන්ගේ සාමූහික වගකීමකි. සිසුහු තම පරිසරය පිරිසිදුව තබා ගැනීමේ වැදගත් කාර්යභාරය ඉටු කරති.

❖ **කසළ වෙන්කිරීම සහ ඉවත ලෑම**

බොහොමයක් පාසල්වල විවිධ වර්ණ කසළ බඳුන් තිබේ. එනිසා, නිවැරදි බඳුනට අදාළ කසළ එකතු කිරීමට සිසුන් උනන්දු විය යුතුය.

❖ **'පොලිතීන් - නැත' ප්‍රතිපත්තිය**

පරිසරයට බැහැර කිරීම ප්‍රතිඵලය කරවන පොලිතින් භාවිතය අඩුකිරීම ඉතා වැදගත්වේ. නැවත පරිශීලනය සිදු කළ හැකි සිලි මළු භාවිත කළ යුතුය. පරිසර උවදුරක් වන කෑම ඔතන කොළ භාවිත නොකර නැවත භාවිත කළ හැකි භාජනවලට ආහාර රැගෙන ඒමට සිසුන්ට උපදෙස් දිය යුතුය. තවද, ඔවුන් පාසල වෙත රැගෙන එන කෑම බඳුන් / ජලය ගෙනෙන බෝතල් පාසල තුළ බැහැර නොකර නැවත ගෙවල්වලට ගෙන යෑම සිදු කළ යුතුය. මෙම පුරුදු ඔවුන්ගේ වැඩිහිටි ජීවිතයේදී ද ඔවුනට වැදගත් වනු ඇත.

❖ **පරිසරික පිරිසිදුභාවය**

පරිසරය පිරිසිදුව තබා ගැනීම මදුරුවන් බෝ කෙරෙන ස්ථානවලින් මුක්ත කිරීම සහතික කරනු ඇත. එමෙන්ම, පාසලේ පිරිසිදු වටාපිටාව එවැන්නක් තිබීමේ වැදගත්කම සිසුන්ට පසක් කරවන අතර එහි ප්‍රතිඵලයක් ලෙස ඔවුන්ගේ නිවෙස්වල වටාපිටාවද වෙනස් කිරීමට පෙළඹවීමක් සිදු කරනු ඇත.

❖ **ස්වයං - සුරක්ෂාව**

පාසල් පවත්වන කාලය තුළ මදුරුවන් ඉතාමත් ක්‍රියාකාරී වන බැවින්, එම කාලය තුළ සියලුම පාසල් සිසුන් මදුරු දෂ්ටනයට පාත්‍ර වීමේ අවදානමක් තිබේ. එනිසා, ආරක්ෂාකාරී ඇඳුම් ඇඳීම මගින් සිරුරේ නිරාවරණය වූ ප්‍රදේශ ආවරණය කරගැනීමටත්, මදුරු විකර්ෂක භාවිත කිරීම මගින් ශිෂ්‍යයන් හට තමාව මදුරුවන්ගෙන් ආරක්ෂා කරගැනීමටත් හැකියාව ලැබෙනු ඇත.

❖ **නිවෙස් පරිසරය**

පාසල් පරිසරය පමණක් පිරිසිදුව තබා ගැනීම ප්‍රමාණවත් නැත. මදුරුවන් බෝවීම වැළැක්වීමට නිවෙස් පරිසරයද පිරිසිදුව තබා ගත යුතුය. නිවෙස් පරිසරයේ මදුරුවන් බෝවන ස්ථාන තිබේ නම් සිසුන්ට තම දෙමව්පියන් දැනුවත් කිරීම මගින් ඒවා ඉවත් කළ හැකිය.

❖ **දෙමව්පියන්ගේ වගකීම**

✸ නියමිත වේලාවට වෛද්‍ය උපදෙස් ලබා ගැනීම. දරුවෙකුට උණ තිබෙන විට, වහාම වෛද්‍ය උපදෙස් ලබා ගැනීම සඳහා ක්‍රියාත්මක විය යුතු අතර වෛද්‍යවරයා ලබා දෙන උපදෙස්වලට අනුගත වීම සිදු කළ යුතුය. අනතුරු සංඥා පිළිබඳව තියුණු සුපරීක්ෂාවෙන් යුක්ත වීම සහ ඒ සඳහා වහාම ක්‍රියාත්මක වීම ඉතා වැදගත්වේ.

✸ වෛද්‍යවරුන් විසින් ශිෂ්‍යයින්ට දැනුවත්භාවයක් ලබාදීම. වර්තමානය වන විට වෛද්‍යවරුන් ලෙස කටයුතු කරන ආදිශිෂ්‍ය / ශිෂ්‍යාවන් බොහොමයක් සිටිය හැකිය. ශිෂ්‍යයන්, ගුරුවරුන් සහ දෙමව්පියන් සඳහා දෛනිකව උපදෙස් ලබා දීමට ඔවුන්ගේ සේවය ලබා ගත හැකිය.

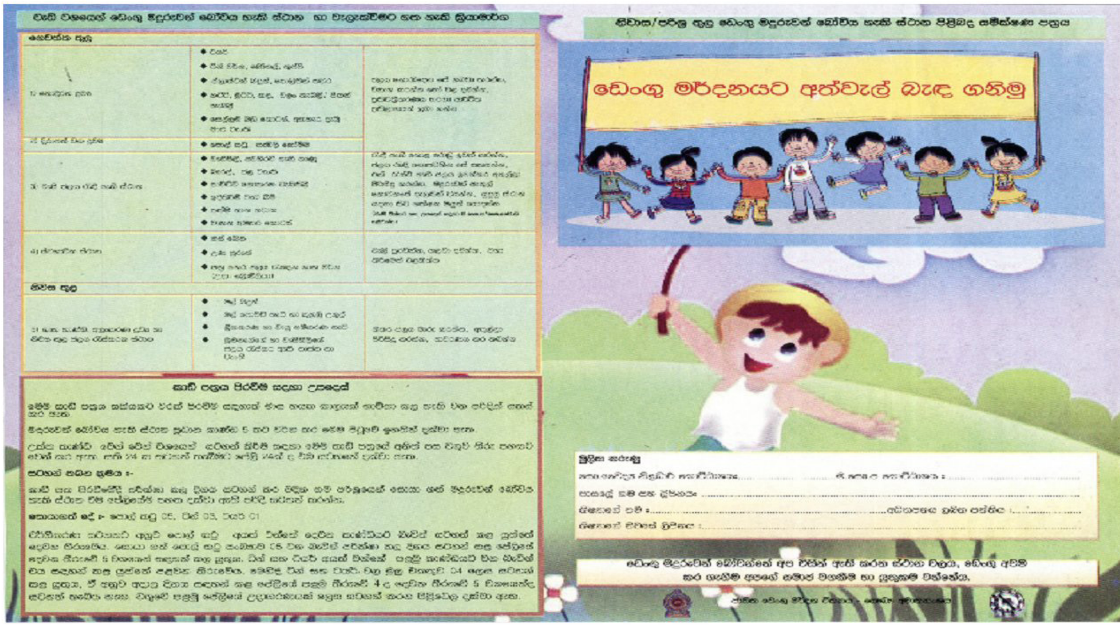
ඩෙංගු වළක්වා ගැනීමට සහ මර්දනය කිරීමට නිරන්තර දැනුවත් කිරීමේ වැඩසටහන් ඉතා වැදගත්වේ. පාසල තුළ විවිධ උණ රෝගීන් සිටින

අවස්ථාවක මෙම වෛද්‍යවරුන්ට අනෙකුත් අධිකාරීන්ගේ සහයෝගය ඇතිව, වහාම මර්දනය කිරීමේ සහ වැළැක්වීමේ කටයුතු ක්‍රියාත්මක කළ හැකිය.

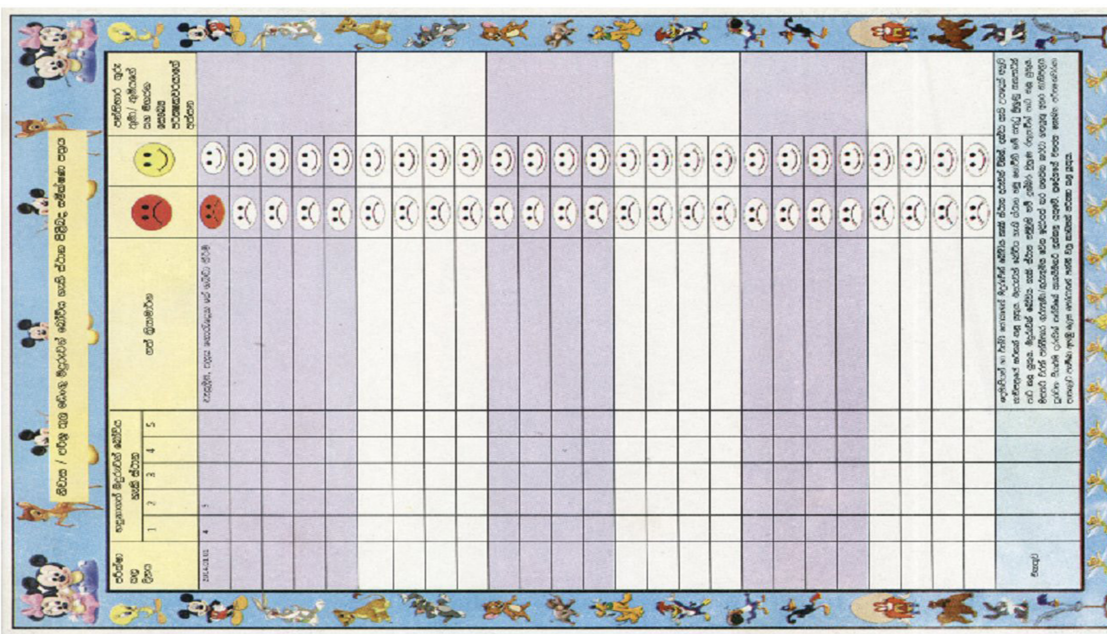
✸ පාසල් පරිශ්‍රය පිරිසිදු කිරීම දෙමව්පියන්ගේ, ආදිශිෂ්‍ය / ශිෂ්‍යාවන්ගේ උපකාරය ඇතිව පාසල තුළ නිරන්තර පිරිසිදු කිරීමේ වැඩසටහන් ක්‍රියාත්මක කිරීම සංවිධානය කළ හැකි වන අතර එමගින් ඩෙංගු බෝවන ස්ථානවලින් තොර පරිසරයක් පාසල තුළ ඇති කළ හැකිය.

✸ පාසල් කාඩ්පත යාවත්කාලීන කිරීම (1 වන රූපය) ශිෂ්‍යයින් විසින් පාසල සහ නිවාස යන ද්විත්වයම පරීක්ෂා කර සම්පූර්ණ කළ යුතු පාසල් කාඩ්පතක් ඩෙංගු මර්දන ඒකකය විසින් 2015 දී හඳුන්වා දෙන ලදී.

✸ නිවාස පරීක්ෂා කිරීමේ කාඩ්පත යාවත්කාලීන කිරීම (2 වන රූපය) නිවසේ තබා ගැනීම සඳහා නිවාස පරීක්ෂා කිරීමේ නව කාඩ්පතක් ජාතික ඩෙංගු මර්දන ඒකකය හඳුන්වා දී තිබේ. මදුරුවන් බෝවීමට ඉඩ තිබෙන ස්ථාන ලැයිස්තුවක් සහ එවැනි ස්ථාන හඳුනා ගත්විට ගත යුතු ක්‍රියාමාර්ග



1 වන රූපය



2 වන රූපය

මෙම කාඩ්පතෙහි අඩංගු කර ඇත. මෙම කාඩ්පත ප්‍රවේශම් සහිත ස්ථානයක තැබිය යුතු අතර නිවස සහ ඒවා අවට පරිශ්‍රය සතියකට වරක් පරීක්‍ෂා කර කාඩ්පත පිරවීම හා එය වසර පුරා අඛණ්ඩව පවත්වා ගැනීම සිදු කළ යුතුය. සෞඛ්‍ය පරීක්‍ෂකවරයා නිවසට පැමිණි විට දී එම කාඩ්පත පරීක්‍ෂා කර බලා නව පියවර ගනු ඇත.

දෙමව්පියන්ට මෙම වගකීම දරුවන් වෙත පැවරිය හැකි වන අතර තම සමීක්‍ෂණය යටතේ ඔවුන්ට මෙය සිදු කිරීමට ඉඩ සැලසිය යුතුය. මෙමගින්, පරිසරයේ පිරිසිදුකම පිළිබඳව සහතික විය හැකි අතර එය දරුවන්ගේ ජීවිත කාලය පුරා අනුහුරු විය හැකි චර්යාවකට මගපාදනු ඇත.

සමස්තයක් ලෙස ශිෂ්‍යයන්ට, ගුරුවරුන් / පාසල් අධිකාරීන් සහ දෙමව්පියන්, ගුරුවරුන් / පාසල් අධිකාරිය සහ දෙමව්පියන් කණ්ඩායමක් ලෙස එකට එකතු වී කටයුතු කරන්නේ නම්, අනාගතයේ දී ඩෙංගු වළක්වා ගැනීම සහ මර්දනය කිරීම ඉතා පහසු කටයුත්තක් වනු ඇත.

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ ජාතික ඩෙංගු මර්දන ඒකකයේ අධ්‍යක්‍ෂ සහ වසංගත රෝග පිළිබඳ විශේෂඥ උපදේශක
විශේෂඥ වෛද්‍ය හසිත තිසේරා
M.B.B.S.,MSc, M.D. (ප්‍රජා වෛද්‍ය විද්‍යාව)
0779169108

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ ජාතික ඩෙංගු මර්දන ඒකකයේ ප්‍රජා වෛද්‍ය විශේෂඥ උපදේශක
වෛද්‍ය නිමල්කා පන්නිලහෙට්ටි
M.B.B.S., MSc, M.D.
(ප්‍රජා වෛද්‍ය විද්‍යාව)

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ ජාතික ඩෙංගු මර්දන ඒකකයේ ප්‍රජා වෛද්‍ය විද්‍යා රේජිස්ට්‍රාර්
වෛද්‍ය ඊ.එච්.කේ. ප්‍රනාන්දු
M.B.B.S., MSc (ප්‍රජා වෛද්‍ය විද්‍යාව)