لس مشهورې ناروغۍ

پېژندنه، لاملونه، نښې او درملنه

١. زکام
٢. شری
٣. ملاریا
٤. سینه بغل
٥. برانشولایتس
٦. شجیلوزس
٧. منځني غوږ التهاب
٨. حاده اوبلنه نس ناسته
٩. د نویو زېږېدلو ماشومانو زیړی
١٠. د نویو زېږېدلو ماشومانو اسپیکسیا

Ketabton.com

ډاکتر سید ملیار سادات

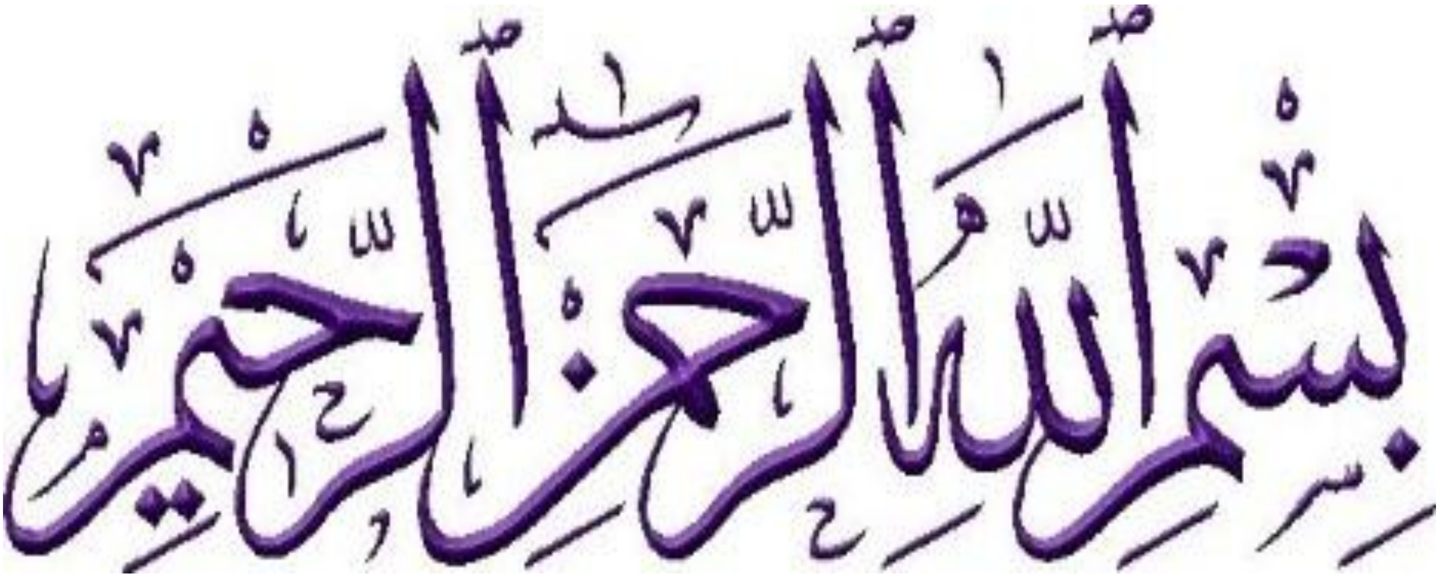
(c) ketabton.com: The Digital Library

لس مشهورې ناروغۍ

TOP TEN DISEASES

ډاکټر سید ملیار سادات

(c) ketabton.com: The Digital Library



(c) ketabton.com: The Digital Library

دکتاب ځانګړني :

دکتاب نوم لس مشهورې ناروغۍ

لیکوال ډاکټر سید ملیار سادات

چاپ کال ۱۳۹۵ هـ

سکن کوونکي: عزت الله سلطانزي

پر لیکه کوونکي عزت الله سلطانزي

دا کتاب د خان کتابتون څخه ډانلوډ شوي دي

یادونه : ګرانو لوستونکو که تاسی د کوم کتاب سافټ لري مهرباني وکړي زمونږ برېښنالیک ته يي را واستوی مونږ به يي په ټولنیزو شبکو او ویبپاڼو کي نشر کړو .

Esultanzai@hotmail.com

azatullahsultanzai@gmail.com

www.facebook.com/Ezatullah.sultanzai

(c) ketabton.com: The Digital Library

لیکلړ

۱- زکام COMMON COLD 3

۲- حاده اوبلنه نس ناسته ACUTE WATERY DIARRHEA 11

۳- سینه بغل / نمونیا (PNEUMONIA) 24

۴- ملاریا (MALARIA) 33

۵- برانشیولایتیس (BRONCHIOLITIS) 45

۶- شری/ سرخکان MEASLES (RUBEOLLA) 50

۷- شیجیلوزس SHIGELLOSIS (BACILLARY DYSENTERY) 57

۸- د نوو زیږیدلو ماشومانو ژیړی NEONATAL JAUNDICE 61

۹- د منځني غوږ التهاب OTITIS MEDIA 79

۱۰- د نوي زیږیدلي ماشوم اسپیکسیا BIRTH ASPHYXIA 85

ماخذونه 95

(c) ketabton.com: The Digital Library

ډالۍ

دا کتاب خپل ګران ارواښاد پلار، ګرانه مور او ګران ورونه هريو ډاکتر صحرايي سيّد، سيد اجمل سادات، زيرک ذهين او اسدالله سادات ته يې په ادبي او پښتنه مينه ډالۍ کوم.

() () ()

په دوهم قدم کې يې هغو ډاکترصاحباتو ته ډالۍ کوم چې نفسونه يې د طبي تجارت څخه پاک دي او د هرناروغ درد خپل درد بولي او د ناروغانو د ښې روغتيا لپاره هلې ځلې کوي.

() () ()

ډاکترسيدمليار سادات

(c) ketabton.com: The Digital Library

خپلې خبرې

ټول حمد ، ثنا او صفتونه هغه ذات لره دي چې په خپل ذات او صفاتو هيڅ شريک نه لري خپل کامل قدرت سره يې داستر نړۍ پيدا کړې او د ډېرو اوچتو صفاتو خاوند دی، چاته چې وغواړي عزت ورکوي او چاته چې وغواړي ذلت ورکوي .

وروسته د حمد او ثناځخه د لوي الله شکر ادام کوم چې وروسته دډېرې مودې څخه يې زه د دې جوګه کړم چې يو ځل بيا دخپلو هېوادوالو د علمي سطحې د لوړوالې لپاره يو علمي اثر چمتو کړم .

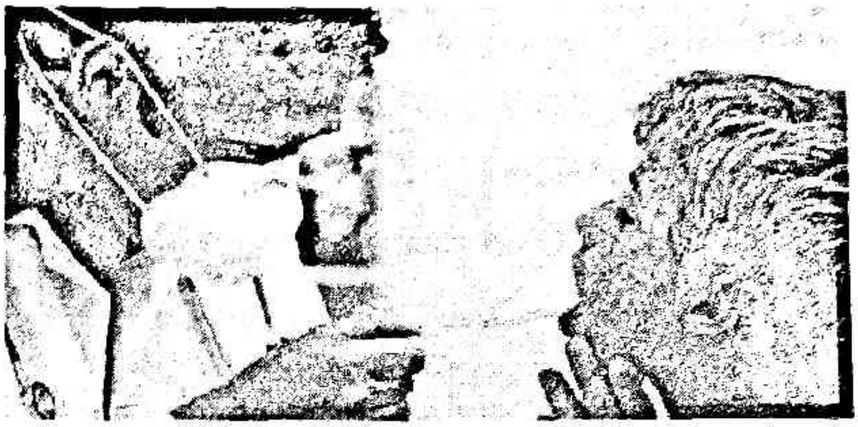
افغانستان يو ډېر غريب هېواد دي اوخلک يې د ډول ډول اقتصادي ستونزو سره لاس په ګريوان دي او هغه صحي خدمات چې د يوې سالمې روغتيا لپاره اړين ګڼل کيږي په بشپړډول سره نه دې چمتو ، چې همدا لامل يې دي چې ورځ په ورځ ساري او غير ساري ناروغۍ مخ په ډېريدو دي او د ډېرو ماشومانو ژوند يې، د ګواښ سره مخ کړی، نو همدا وجه وه چې زه يې دې ته اړ کړم چې د هغه ناروغيو په اړه چې په ماشومانو کې ډېر وقوعات لري اومرګوني اختلاطات لري او هم نوموړې ناروغۍ زموږ په ټولنه کې په سرکې دي يعنې زموږ په روغتونونو ،روغتيايي مرکزونو او شخصي کلينيکونو په ناروغانو کې همدغه ناروغۍ دي چې زموږ د ناروغانو ډېره فيصدي جوړوي ، نو په همدې خاطر مو دغه کتاب مو (لس ټاپ ناروغۍ) يا Top ten diseases (زکام، نس ناسته، نمونيا، وينه لږونکې

(c) ketabton.com: The Digital Library

اسهال، برانشیولایتس، ملاریا، شری، د نووزیږیدلوماشوماتوژیړی، د منځني غوږ التهاب او د نووزیږیدلوماشومانو اسپیکسیا) باندې ونوموو، د دغه کتاب په لیکلو کې د نړیوال منل شوو طبي کتابونو او هم د هېواد په سطحه د معتبروکتابونو څخه په کې استفاده شوې ده، نوموړی کتاب په ډېره ساده او اسانه ژبه چمتو شوې او ټول ډاکترصاحبان او خصوصاً د طب پوهنځي ګران محصلین ترې ډېر په اسانۍ سره استفاده کولای شي، زه د لوی خدای له دربار څخه غواړم چې نوموړی کتاب زما لپاره صدقه جاریه وګرځي او د هېوادوالو داستفادې وړ وګرځي.

سید ملیار سادات
کنړ ولایت، نورګل ولسوالي
سیدانو جونګړه

(c) ketabton.com: The Digital Library



(1)
زکام
Common Cold

زکام یا Common Cold د علوي تنفسي لارې یعنې د پوزې او ستونې او ساینوسونو خفیف ویروسي انتان دی چې د پوزې بلاک یا بندښت رامنځ ته کوي چې دغه بندښت په اوبه لرونکې پوزه، پرنجي او د ستونې درد او ټوخي سره تعقیبیږي په ابتدایي ډول سره اکثره پوزه (Nose) متاثره کوي همدارنګه په دوهم قدم کې ستونې مصابوي چې د Pharyngitis لامل کېږي، ساینوسونه هم مصابوي چې Sinusitis لامل ګرځي که چیرته ځنډني شي نو Conjunctivitis ورکوي چې زیاتره وخت د یوه ناروغ لپاره ډېر ستونزمن تمامیږي، زکام یوه عامه او په خپله ښه کیدونکي ساري ناروغي ده چې د مختلف ډوله وایروسونو په واسطه منځ ته راځي، زکام یا common cold د پورتني تنفسي لارې انتان دی چې د 200 څخه یې زیات ډوله وایروسونه پیژندل شوې دي چې د زکام لامل ګرځي چې ځینې مهم یې په لاندې ډول دي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Rhinovirus تقریباً د %40-%10 د ټولو کاهلانو د زکام عامل جوړوي. همد ارنګه نور وایروسونه چې د زکام په رامنځ ته کېدو کې رول لري د Coronavirus,adenovirus,respiratory syncytial virus او Parainfluenza virus څخه عبارت دي، نو په همدې خاطر باندې زیات ډوله وایروسونه د زکام د رامنځ ته کېدو سبب جوړیدای شي ځکه چې د زکام نوي وایروسونه په پرله پسې ډول سره رامنځ ته کېږي او بدن هیڅکله د دغه وایروسونه په مقابل کې مقاومت نه کوي. په حقیقت کې د مکتب څخه مخکې دورې کوچنیان او د ابتدایي ښوونځي کوچنیان په کال کې د شپږو څخه تر دولس ځلې پر زکام اخته کېږي په داسې حال کې چې کاهلان په کال کې د دوو څخه تر څلورو ځلو پورې په زکام باندې اخته کیږي، زکام په مکرر ډول سره په مني او ژمي په موسومونو کې زیات منځ ته راځي او په نړۍ کې د ټولو څخه زیات رامنځ ته کېدونکې ناروغي ده او د نورو ناروغیو په پرتله ډاکټر ته دتګ تر ټولو زیات سبب جوړوي او هم د ښوونځي ته د تګ او د ورځني کارونو پروړاندې ستونزې جوړوي.

د انتقال لاره او میکانیزم:

زکام یا common cold د نورونو منتنو خلکو څخه د هوایي معلقو څاڅکو، مستقیم تماس یعنې د ټوخي او پرنجې او په منتن لوښو کې د خوراک کولو څخه منځ ته راځي، زکام هغه وخت منځ ته راځي کله چې د زکام ویروس د پوزې او یا ستونې څنډو پورې ونښلي چې په دغه وخت کې معافیتي سیستم د دغه ویروس له منځه وړلو لپاره د وینې سپین حجرات (White blood cells) استوي چې دغه د ویروس په مقابل کې ابتدایي شخړه ناکامیږي او پوزه او ستونې پړسوب کوي او میوکس جوړوي او په مقابل کې یې زکام منځ ته راځي، د مثال په ډول rinovirus د ناروغ شخص څخه د مستقیم تماس په واسطه روغ شخص ته انتقالیږي چې وروسته د انتقال څخه د یو ناپیژندل میکانیزم له مخې نوموړې ویروس د Human

(c) ketabton.com: The Digital Library

ICAM-1 receptors سره باند جوړوي چې د دغه باند جوړیدو په صورت کې Inflammatory mediators ریلیز کیږي چې د دغه التهابي میډیاټورز د ریلیز کیدو په نتیجه کې ناروغ ته اعراض پیداکیږي مګر نوموړې ویروس په عمومي ډول سره Nasal epithelium ته کومه صدمه نه رسوي مګر د بل طرفه respiratory syncytial virus د مستقیم او غیر مستقیم تماس په واسطه د پوزې اپیتلیم تخریبوي او همدا ډول parainfluenza ویروس په قسمي ډول سره د پوزې ، ستونې او برانکسونو التهاب رامنځ ته کوي، په غټوماشومانو کې کله چې دا ویروس trachea متاثره کړي نو کېدای شي چې د هوایي لارې د تنګیدو له امله د کروپ اعراض ورکړي.

اپیدیمولوژي:

زکام (Common Cold) د کال په هر موسم کې منځ راځي خو زیاتره د ژمي او د پسرلي په موسومونو کې یې وقوعات زیات دي ، زکام یوه ډیره عامه انساني ناروغي ده او د نړۍ په هر ګوټ کې ترې خلک متاثره دي، زکام د عمر له لحاظه په هر عمر کې لیدل کېږي مګر په ماشومانو او زړو خلکو کې د ضعیف معافیتي سیستم له امله یې پېښې زیاتي لیدل کیږي، په پرمختللو هېوادونو کې د درستي حفظ الصحې له برکته یې وقوعات کم دي او هغه هېوادونه چې د پرمختګ په حالت دي وقوعات یې زیات دي.
هغه خلک چې په ګڼو کورونو کې ژوند کوي او هم یې حفظ الصحه درسته نه وي او یا د ژمي په موسومونو کې په یخو سیموکې کارونه کوي د دي ویروس سره زیات مواجه کیږي.

اعراض او علایم:

Signs and symptoms

د زکام وصفي اعراض په لاندې ډول دي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- بهیدونکې پوزه.(runny nose)
- ټوخی (Cough)
- د پوزې بندښت(Nasal Congestion)
- د ستونې درد (Sore throat)
- پرنجی(Sneezing)

همدرانګه ځینې وخت د لاندې اعراضو سره ملګری وي

- د عضلاتو درد (Muscle Pain)
- ستړتیا(Fatigue)
- سردردي(Headache)
- د اشتها خرابوالی(loss of appetite)

وده یا Progression :

زکام اکثره وخت د ستړتیا او د خستګۍ د احساس سره پیل کېږي چې ناروغ پرنجي او د سردرد ورسره لري او دوه ورځو په دوران کې بهیدونکې پوزه او ټوخی هم شروع کېږي، دغه اعراض امکان لري چې د زکام ویروس اخته سره د شپاړسو ساعتونو په موده شروع شي اوبیا د دوه یا دریو ورځو په دوران کې خپل اخري حد ته لوړیږي چې دا بیا زیاتر وخت په د لسو ورځو په موده کې شفایات کیږي او هم کیدای شي دغه اعراض تر درې اونیو پورې پاتي شي، د ټوخي منځنۍ موده بې تر اتلس ورځو پورې وي او په ځینو کیسونو کې ناروغانو یو ډول ټوخی پیداکیږي چې د Post-Viral cough په نامه سره یادیږي چې کله کله دا ټوخي یو اوږد سیر پیداکوي.

اسباب(Causes):

Virology

Coronaviruses یو ډله پیژندل شوې ویروسونه دي چې زکام رامنځ ته کوي، دغه ویروس کله چې د الیکترون مایکروسکوپ لاندې ولیدل شي د

(c) ketabton.com: The Digital Library

تاج په شکل منظره لري، common cold د پورتني تنفسي لارې يو ويروسي انتان دی چې د لامل له نظره ځينې مهم ويروسونه د فيصدۍ له لحاظه په لاندې ډول دي.

1. Rhinovirus (30-80%)
2. Picornavirus with 99 known serotypes)
3. Human coronavirus (15%)
4. Influenza virus(10_15%)
5. Adenoviruses (5%)
6. Parinfluenza virus
7. Human respiratory syncytial virus
8. Enteroviruses
9. Metapneumovirus

تشخيص (Diagnosis):

تشخيص يې زياتره د عراضو د سير او د اعضاوو د اخته کيدو د موقعيت پورې اړه لري

مخنيوي (Prevention):

د زکام د مخنيوي لپاره يو اځنۍ ممکنه او مهمه لار چې د زکام د ويروس خپريدنه او وقوعات راکم کړي فزيکي تدابير دي لکه د لاسونو پريمينځل ، ماسک کارول ، همدارنګه په health car environment کې د چپن او disposable دستکشو استعمال دی.

- لومړې بايد په دوامدار او منظم ډول سره وروسته د پوزې يا دخولې د مسح کولوڅخه او د غذا د چمتوکولو لاسونه بايد په صابون باندې پريمينځل شي.
- هميشه بايد پرنجی او ټوخی په يو دسمال او يا بل يو کاغذ کې وشي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- هغه کارې ساحې چې مورد هلته کار کاوو باید روزمره د میکروبونو څخه پاکې وي.
- د زکام ناروغان باید د خپلو ځانونو لپاره پیالې اولوحي جدا کړي.

د ماشومانو منظم لاسونه وینځل د زکام ویروس انتقال په کم والي د هر موثر دي همدرانګه هغه خلک چې د زکام په ویروس اخته دي د هغوي سره د خبرو کولو پرمهال باید ماسک وکارول شي اویا منتن اشخاص ماسک وکاروي، په کور ، دفتر او یا نورو کاري ځایونو کې باید نومورې منتن اشخاص خپل د خوراک څښاک لوښي جدا کړي، نومورې ناروغانو ته باید صحي تعلیمات ورکړل شي او د زکام د اضرارو څخه دې خبر کړای شي، Zinc سفلیمینټ استعمال هم یو څه موثر تمامیږي ځکه دا د زکام په پریویلانس کې کموالي راولي،نوو مطالعاتو ښودلې ده چې که چیرې د زکام د شروع کیدو په لومړیو 24 ساعتونو Zinc وکارول شي د ناروغی وخت او شدت کموي د Vitaminc C استعمال د ناروغی شدت نه کموي مګر وخت راکموي.

اداره (Managment) :

زکام کومه خاصه تداوي نه لري چې د انتان وخت راکم کړي او یوازې او یوازې اعراضي کراروونکي تداوي ورته توصیه کیږي لکه د بیلګې په ډول ناروغ ته باید پوره ارام وکړل شي، همدارنګه د ارام سره سره د زکام ناروغان باید کافي مایعات واخلي چې هایدریشن برقراره وساتي، د دې سره سره ناروغ ته اړینه چې په مالګینو اوبو سره غړغړه وکړي، او ورسره د درد او د تبي لپاره د درد ضد درمل (analgesics) او د تبې ضد درمل (antipyretics) لکه Ibuprofen او acetaminophen/Paracetamol ورکړل شي، شواهدو ښودلې ده چې د توخي ضد درمل د انلجیزیکو په پرتله په

(c) ketabton.com: The Digital Library

زکام کې دومره موثر نه دي او په کوچنيانو کې په زکام کې کوچنيانو ته د توخي ضد درمل نه توصيه کيږي.
په کاهلانو کې د زکام اعراض (runny nose) امکان لري چې په first generation antihistamines سره راکم کړای شي، په هر حال دغه درمل په ناروغانو باندې adverse effects لري لکه د مثال په ډول drowsiness او داسې نور، همدارنګه نور decongestants لکه pseudoephedrine هم موثره تماميږي، د دې سره خوا کې Iprtropium nasal spray شايد په زکام کې اعراض راکم کړي مګر لږ موثر تماميږي.

: Antibiotics and antivirals

په ويروسي انتان باندې انتي بيوتيک کوم تاثير نه لري او نه يې په مقابل کې کوم خاص تاثير تر سترګو کيږي او د دوی جانبي عوارضو له کبله انتي بيوتيک استعمال ضررناک تماميږي ،د انتي بيوتيک استعمال د ناروغ لپاره يو خاص استطباب او خاص ځای لري او بايد چې په عادي حالاتو کې ونه کارول شي او که چيرې وکارول شي نو د ناروغ لپاره د اختلاطاتو لامل ګرځي او د ناروغ معافيت ته صدمه رسوي، تر اوسه پورې د زکام لپاره کوم خاص درمل نه دې تجويز شوي، يوائې د تبې ضد درمل توصيه کيږي تر څو د سر فشارونه کم کړي زکام ويروسي حالت دی او وروسته له يو څو ورځو څخه خپله ښه کيږي يعنې د ناروغۍ دوره يو څو ورځې کورس لري کله چې نو موړې ناروغي خپله دوره پوره کړي ناروغ شفاياب کيږي.

انزار (Prognosis) :

په عمومي ډول سره common cold يو خفيف او خپله ښه کيدونکې (-self limiting) حالت دی چې د يوې اونۍ په جريان کې ښه والی منځ ته راځي، په نيمايي کيسونو کې نوموړې ناروغي لس ورځوته هم اوږديږي،د زکام

(c) ketabton.com: The Digital Library

شدید اختلاطات په ډېر زړو ناروغانو کې منځ ته راځي او په هغه ناروغانو کې اختلاطات ورکوي چې کم معافیته (immunosuppressed) وي او امکان لري چې ثانوي باکتریایي انتان د sinusitis,pharyngitis او یا د غوږ د انتان په نتیجه مینځ ته راشي.

د Common Cold ناروغان باید هغه وخت ډاکټر ته مراجعه وکړي:

کله چې

- د زکام اعراض د درې اونیو څخه زیات مقاومت پیدا کړ.
- کله چې د بدن د حرارت درجه پورته شي (102.2°F)
- ناروغ وینه لرونکې توخي پیدا کړي.
- د سینې درد رامنځ ته شي.
- تنفسي مشکلات رامنځ ته شي.
- تخرګ او غاړه کې د Lymph nodes پړسوب رامنځ ته شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

(2)
حاده اوبلنه نس ناسته
Acute Watery Diarrhea

د نورو ناروغیو په پرتله اسهال په کوچنیانو(د پنځوکالو څخه کم عمره ماشومان) کې زیات لیدل کیږي او د اطفالو متخصیصن او معالج ډاکټران ورسره په کلینیکونو، روغتونونو او نورو صحي مرکزونو کې ورسره مخاخ دي، د کوچنیانو لپاره هره ناروغي که هغه وړه وي او یا غټه که چېرې په خپل وخت سره تداوي نه شي ستونزمن تمامیږي او دمرګونې اختلاطاتو لامل ګرځي . نس ناسته په دوه ډوله ده چې یو یې د لنډ وخت لپاره نس ناسته (حاده نس ناسته) او بل یې ځنډنۍ (یا اوږد مهاله) نس ناسته بلل کیږي لنډ مهاله نس ناسته هغه ده چې لږ وخت د بیلګې په ډول یوه ورځ یا څو ورځې دوام کوی او لدې وروسته پخپله یا د درملنې پوسیله په بشپړ ډول له منځه ځي مګر ځنډنۍ نس ناسته بیا هغه ده چې میاشتې، کلونه او په ځنې وختونو کې ان ټول عمر په ناروغ کې شتون لري او د ناروغ لپاره په ژوند کې یو عمده صحي ستونزه وي.

تعریف (Definition) :

حاده ناسته: که چېرې د یو کوچنې تغوط (frequency) شمېر په ورځ درې یا د درې ځلوڅخه زیات او غایطه مواد اوبلن شکل ولري دغه حالت د نس ناستې څخه عبارت دی او یا که چېرې د غایطه موادو په Consistency او frequency کې تغیر راشي دې حالت ته اسهال ویل کیږي او که چېرې په ساده ډول سره تعریف کړو نو داسې به ووایو چې نس ناسته هغه حالت ته

(c) ketabton.com: The Digital Library

ویل کیږي چې یو شخص پکې د عادي حالت په خلاف ژر ژر اوبلنې دکې متیازی کوي. یا داسې یې هم تعریف کولای شو چې حاده نس د غایطه موادو د قوام او دفعاتو له ناڅاپي بدلون څخه عبارت دی او که چېرته په غایطه موادو کې وینه موجود وي نو بیا دې حالت ته dysentery ویل کیږي. په زیاتره پیښو کې حاد وقفوي نس ناستې د اوو ورځو په موده کې له منځه ځي مګر په 15%-5 واقیعاتو کې امکان لري چې حاده نس ناسته تر دوه(۲) اونیو پورې هم پاتې شي. او که چېرې د نس ناستې ناروغي د څوارلسو (۱۴) څخه زیاته پاتې شي مقاومه (persistent) نس ناسته بلل کیږي او که د اعراضو وخت د یوې میاشتې څخه زیات شي نو داسې حالت بیا د ځنډنۍ نس ناستې په نوم نومول کیږي، د حادې نس ناستې زیاتره پیښې په خپله ښه کېدونکې (self-limited) وي.

وقوعات (Incidence):

د اسهال وقوعات د نړۍ په هرګوټ کې لیدل کیږي، مګر په هغه هیوادونو کې یې پیښې (Mortility,Morbidity)زیاتي لیدل کېږي چې د حفظ الصحې شرایط یې درست نه وي او یا یې اقتصادي کچه ټیټه وي.

د ګلوبل پنډاداری د اسهال په کلنۍ تخمیني اندازه کې ښودلې ده چې په کال ۳-۵ میلیونه کوچنیان د نس ناستې دواقیعاتو سره مخ کېږي او په دې کې بیا ۲ میلیونه کوچنیان د نس ناستې له لاسه خپل ژوند له لاسه ورکوي او وایي چې د پنځو کالو څخه په کم عمره ماشومانو کې نس ناسته د ټولو نورو مړینو په پرتله ۲۰ فیصده څخه زیات مړینه جوړوي.

د نس ناستې دوه مهم لاملونه د سوئغذی (malnutrition) او دیهایدریشن (dehydration) څخه عبارت دي، دیهایدریشن او سوئغذی د نس ناستې د رامنځ ته کیدو لپاره یو ناوړه سیکل جوړوي چې بیا په دې کې سوئغذی د نس ناستې خطر شدت زیاتوي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

یو ماشوم په کال کې د ۳-۴ ځلې د نس ناستې د پېښو سره مخ کیږي، چې پیښې یې زیاتره د یو کال څخه په کم عمره ماشومانو کې ریکارډ شوې دي او د ۴۰-۵۰ فیصده په روغتونونو کې د بستر ناروغان جوړوي

د نس ناستې پېښې زیاتره په معتدلو سیمو کې چې په اوړي کې باکتریائي انتاناتو له لامه او په ژمي کې دویروسي انتانانو له کبله منځه ته راځي او زیاتره په هغه سیمو کې زیات منځ ته راځي چې هلته د حفظ الصحي شرایط برابر نه وي او هم ورسره د خلکو تعلیمي کچه ټیټه وي، د نس ناستې پېښې په هغو کې ماشومانو کې ډېر کمې منځ ته راځي هغوی د مور په شېدو تغذیه کیږي ځکه چې د مور شېدې د نس ناستې د مخنیوي لپاره یو ښه غذا ده، اسهال د انفاسي په مرحله کې د childhood په نسب ډېر وخامت لري، ځکه چې د انفاسي په مرحله کې د ماشوم مقاومت د انتان او مایعاتو او ایلکټرولایټونو د تشوشاتو په مقابل کې کم وي، نس ناستې د ماشومتوب په هره مرحله کې لیدل کېږي مګر په هغو کوچنیانو یې پېښې زیاتې لیدل کېږي چې عمرونه یې د دوه کالو څخه کم وي.

: Epidemiology

اسهال په ماشومانو کې د مورتیلیتي او د موربیډیتي یو مهم سبب دی.

د سرایت یا د انتقال مهم میکانیزم یې د فیکواورال لاره ده چې د منتن غذا او اوبو څخه منځ ته راځي.

پیښې یې په هغه کوچنیانو کې زیاتې دي چې د مور د شېدو په واسطه نه تغذیه کیږي، یا د غیر صحي اوبو څخه استفاده کوي او یا هغه کوچنیان چې په سوئ‌تغذي باندې اخته وي.

اسباب (Etiology) :

د نس ناستې په اسبابو کې ډېر زیات لاملونه شامل دي چې په هغې کې د ډېر زیات او معمول د کولمو انتانات دي، خو په هر حال ځینې درمل، غذایي تسممات، سیستیمک انتانات،(د بولې لارې انتان ،د غوږ

(c) ketabton.com: The Digital Library

التهاب) او جراحي حالتونه (Hisrchsprung diseases یا appendicitis) هم د اسهال واقیعات منځ ته راوړي. په ۷۰-۸۰ فیصده واقیعاتو کې د اسهال سبب پیژندل شوې دی چې په هغه کې Rota ویروس د شدید ډیهایدریشن او gastroenteritis یو ستر عامل جوړوي، په عمومي ډول سره ویلای شو چې د نس ناستې په اسبابو کې باکتریايي انتانات، ویروسي انتانات، پرازیتونه او فنګسونه شامل دي چې ځینې مهم یې په لاندې ډول دي.

باکتریايي انتانات (Bacterial Infection):

Escherichia.coli (25%): Enterotoxigenic,enteropathogenic, Enteroinvasive andenteroaggregative

Shigella (5%): S. snnei,S. flexneri, S.boydii and S.dysenteriac

Vabrio cholera serogroups O1 and O139(5-10%)

Salmonella (10 %): Chiefly S.typhi and S.paratyphi A,B or C

Compylobacter species

نور باکتریايي انتانات:

Bacillus cereus,Clostridium difficle

Clostridium perfringens,staphylococcus aureus,Vibrio

Plesiomonas shigelloides , parhemolytic,

ویروسي انتانات (Viral Infections):

Rota Virus(40 %)

Norovirus spp : Human caliclviruses

Enteric adenovirus serotypes 40 and 41

Astroviruses,coronaviruses,cytomegalovirus : others

پرازیتي انتانات (Parasitic Infection):

Giardia lambia

Crptosporidium paroum

Entamoeba histolytica

Cyclospora cayetanensis

Isospora belli

(c) ketabton.com: The Digital Library

Parenteral infection

Otitis media,UTI,Pneumonia:

: Dietary factors

Over feeding,Starvation, Food allergy,Food Poisoning

: Drugs

Antibiotics, allopurinl,digoxin,colchicines,cytotoxic drug, magnesium-containing anti acid,meformin,non steroidal anti- inflammatory drugs,PPI,Selective serotonin reuptake inhabitors,statins,theophylline,thyroxine and high-dose vitamin C.

د نس ناستې د خطر فکتورونه (diarrheal Risk factors):

- د ناروغیو د خپریدو ضعیف مخنیوي.
- د پرسونل هایوجین نشت والې.
- د څښلو د خوندي اوبو نه موجودیت.
- د معافیت او د مور د شېدو کموالې.
- ځوان کوچنیان او هغه چې په سوئي تغذي باندې اخته وي حادې نس ناستې ته ډېر اړ دي چې د نس ناستې ډېر شدید او اوږد سیر لري چې د بیا بیا او د اوږدې نس ناستې د خطر فکتورونه د Helicobacter pylori انتان یا د PPI سره د تداوئ، selective IgA کموالې، HIV او نورو مزمنو حالتونو له امله د معدې د تیزابو کموالې او یا نه موجودیت دی.

د ناروغ ارزیابي کول(Evaluation of the patient):

تاریخچه:

د نس ناستې ناروغانو موجوده شکایت د لوز موشن، استفراقات، او تبه وي.

Loose motion: د لوز موشن، وخت، دفعات، درجه، په غایطه موادو کې وینه او یا میوکس او هم د غایطه موادو رنګ په اړه وپوښتئ.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Vomiting : د استفراقاتو د وخت، دفعات، د غذا سره ارتباط، اندازه، ماهیت، رنګ او په استفراقاتو کې د وینې د موجودیت په اړه پوښتنه وکړئ.

Fever : د تبې د وخت او د درجې په اړه پوښتنه وکړئ چې لوړه درجه تبه او یا ټیټه.

همدارنګه د نورو ناروغیو د اعراضو په اړه پوښتنه وکړئ لکه د ټوخي په اړه چې په تنفسي انتاناتو کې وي، جلدي رش چې په شري کې وي،

Urine : د ادرارو په اړه وپوښتئ چې په تیر شپږو ساعتونو کې یې ادارار کړي دي او که نه.

د ګېډې د درد او پړاخوالي په اړه پوښتنه وکړئ.

همدارنګه د ناروغ څخه د اختلاجاتو د تاریخچې په اړه پوښتنه وکړئ او معلومه کړئ چې ایا ناروغ مخکې هم د نس ناستې سره مخ شوې و او لپاره یې ورته کوم درمل کارولي و لکه انتي بیوتیک، د نس ناستې ضد درمل او یا **ORS**.

د تغذیې تاریخچه : پوښتنه وکړئ چې ناروغ د مور په شېدو تغذیه کیږي او یا نه، که تغذیه کیږي د وخت، اندازې او ډول په اړه پوښتنه وکړئ، او که د مور د شېدو په واسطه نه تغذیه کیږي او نورې شېدې ورکوي نو بیا معلومه کړئ چې د بوتل په واسطه شېدې ورکوې او یا په واسطه او په 24 ساعتونو کې یې څومره شېدې څښلې.

همدارنګه د ناروغ څخه د واکسین او د توبرکلوزس او د شری د ناروغ سره د اړیکې په اړه پوښتنه وکړئ او هم د ناروغ د اجتماعي ژوند په اړه پوښتنه وکړئ.

: Examination

ناروغ د عمومي کړو وړو له نظره خوبجن یا مخرش وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ناروغ په عمومي معاینه کې باید نبض، حرارت، تنفسي ریټ، د وینې فشار او وزن باید معاینه شي.

مخاطي غشا، وکتل شي چې نارمله، وچه او یا بل کوم شکل لري.

Skin turgor: د نس ناستې په ناروغانو کې جلدي ټرګر معاینه کیږي چې نارمل، ضعیف، خپل ځای ته په قلاره ځي او یا ډېر په قلاره خپل ځای ته ځي.

سترګې: د ناروغ سترګې باید معاینه شي چې ایا ناروغ ننوتې سترګې دي او یا کوم خواته ځوړندې دی او یا نارملې دي.

قدامي فانتېنال هم باید ارزیابي شي چې ایا خلاص دی، که بند او یا زور کړی شوې او یا څه برامدګې لري.

ګیډه: د ناروغ ګیډې په معاینه کې باید د ګیډه اوازونه، پراخوالې او نور افات په کې ولیدل شي.

د نورو اړونده ناروغیو لپاره باید مرکزي عصبي سیستم او تنفسي سیستم معاینه شي.

پتوفزیولوژي:

د نس ناستې په ناروغانو کې ډیهایډریشن د مایعاتو او د الکترولایتونو د ضیاع په نتیجه منځ ته راځي چې لاندې تظاهرات پکې لیدل کېږي.

د مایعاتو ضیاع (lose fo water):

د اسهال ناروغانو د مایعانو د ضیاع په نتیجه کې جلدي ټرګر ضعیف کیږي، ورک یا ضعیف نبض لري، د ناروغانو د زړه ضربان زیات وي، سترګې یې ننوتي وي، فانتېنل یې ښکته خواته ننوتې وي، ناروغ ډډ اواز لري، د اطرافو شینوالې هم پکې موجود وي، جلد یې یخ وي او ادرار یې وي موجود او یا کمې وي.

د مغذي موادو د ضیاع په نتیجه کې په ناروغ کې هایپوګلایسیمیا، اختلاجات، د وزن باختل او یا کوما منځ ته راځي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د بایوکاربونیټ د ضیاع په نتیجه کې استفراقات، ژور تنفس، د زړه دعضلې د تقلص کموالې او ژور تنفس منځ ته راځي.
د پوتاشیم د ضیاع په تنیجه کې په ناروغ کې د ګېډې پړاخې(Abdominal distention) پارالایتیک الیوس او مقاوم شاک منځ ته راځي.

د ډیهایدریشن طبقه بندي:

د کلینک له نظره دیهایدریشن په درې ډوله دی .
خفیف: چې د وزن ضیاع یې د ۵٪ څخه کمه وي.
متوسط: چې د وزن صیاع یې د ۵٪ـ۱۰٪ په مینځ کې وي.
شدید: چې د وزن ضیاع یې د ۱۰٪ څخه زیاته وي.
بایوکیمیکل طبقه بندي:
ایسوټونیک: د سودیم اندازه د ۱۳۰-mmol/L۱۵۰ په مابین کې وي.
هایپوټونیک: د سودیم اندازه پکې د mmol/L۱۵۰ څخه کمه وي.
هایپرټونیک: د سودیم اندازه پکې د mmol/L۱۵۰ څخه زیاته وي.

کلینیکي تظاهرات:

پېښې په نا څاپي ډول د اسهال او استفراقاتو سره شروع کېږي.
دنس ناستې په ناروغانو کې دیهایدریشن په عاجل ډول په غایطه موادو او استفراقاتو کې د مایعاتو او د الکترولایتونو د ضیاع په نتیجه کې منځ ته راځي او د دیهایدریشن دمختلف پړاوونو اعراض او علایم په لاندې ډول دي.
خفیف ډیهایدریش : ناروغ پکې ناارامه او مخرش وي، تنده پکې ډېره ښکاره وي او کوچنې په مشتقانه ډول شېدې څښي مګر زیاتره وخت یې استفراقوي او قدامي فانتېنل پکې په کم ډول ښکته وي.
متوسط ډیهایدریش : د نارو مخرشیت پکې ډېر وسیع وي، سترګې او قدامي فانتېنل پکې ننوتي وي او جلد چې یې کله کش کړای شي کونځوالې یې غیرنارمل وي، نهایات یخ احساسیږي او امکان لري شین

(c) ketabton.com: The Digital Library

والې هم ولري او شاید میتابولیک اسیدوزس هم موجود وي چې پکې چټک او ژور تنفس لري او تنده پکې ډیره وسیع وي.
شدید دیهایدریشن : د ناروغ حالت پکې د اولیگیمیا او د مخیطي دوراني عدم کفایې له امله ډېر خطرناک وي، جلد پکې یخ او شین بخن وي، نهایات پکې ډېر ژور شین والې یعنې سیانوتیک وي او د کوچنې د اوبو او یا د تی رودل پکې له منځه تللي وي، د سترګې کورنیا طبقه پکې ډېره ځلانده وي او د سترګې ګاتې پکې اکثره وخت پورته خواته تاو شوې وي، فانتېنل پکې ډېر ژور ننوتې او د ادرارو خروج پکې کم وي.

پلټنې (Investigation):

- Blood count.
- Stool examination
  - Giardia cysts and entamoeba
  - Leucocytes and RBCs
  - Culture and sensitivity
  - Elisa test for Rota virus
- Serum electrolytes(Na^+ K^+) and biocarbonate
- Urine examination and culture (for parentral diarrhea)
- Blood culture fo Shigellosis
- Chest X-ray for Pneumonia

د نس ناستې اختلاطات:

- ډیهایدریشن:
- شاک.
- میتابولیک اسیدوزس.(د بایوکاربونیت د ضیاع له امله)
- پارالایتیک الیوس.(هایپوکلیمیا له امله)
- اختلاج او کوما (د هایپرنیټریمیا)
- سوئې تغذي (د اوږد مهال نس ناستې له امله)
- مقاوم اسهال (د ډایسکرایډیز فقدان له امله)
- د نورو انتاناتو مداخله.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- ترش.
- مرینه.

اداره یا Management :

مخکې له دې څخه د نس ناستې ناروغ ته درملنه شروع شي ، باید
لومړی د یهایدریشن درجه او ډول وټاکل شي
لومړی باید له مور څخه پوښتنه وشي .

- ایا ناروغ نس ناسته لري؟
که چیرته ځواب هو و. پوښتنه وکړی.
د څومره وخت راهیسې ؟
- ایا په غایطه موادو کې وینه شته ؟
وګوری او حس کړئ.
د ناروغ عمومي حالت ته وګورئ چې ایا ناروغ محرش دی او که بیهوشه
.ایا ناروغ ناارامه دی او که خوبجن.
- د ناروغ سترګو ته وګورئ چې ننوتې دي او که نه ؟.
- ناروغ ته اوبو څښلو توصیه وکړئ.
چې ایا ناروغ د اوبو څښلو قابلیت لری او که نه اویا ډیر په قراره اوبه
څښي ؟او یایې په ډیر مینه څښي.
د ګېډې د پوستکې پنج کړئ چې خپل حالت په قراره او که په تیزي سره
(ددوه سیکیندو څخه زیات وخت).

اوس نس ناسته طبقه بندي کړئ او تداوئ لپاره یې پلان ګذاري وکړئ.

Treatment Plan A (for no dehydration)
Treatment Plan B (for some dehydration)
Treatment Plan C (for sever dehydration)

(1) د تداوئ پلان A د No دیهایدریشن لپاره :

دتداوئ په دغه پلان کې ناروغ په کور کې تداوي کېږي او د مور سره په درې
خبرو سلامشوره کېږي او توصیه ورته کېږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

a) چې په بشپړ ډول سره ماشوم ته شېدې ورکړي
موربايد ماشوم د ورځې ۴ ځخه تر ۷ ځلو پورې خپلې شېدې او يا د غوا شېدې ورکړي او هم ورته تازه جوس يا کيله ورکړيد.
b) او هم ورته اضافي مايعات ورکړي
مور بايد ماشوم ته د سېنې شېدو سره په پاکو جوش شوو اوبو کې ORS ورکړي هغه کوچنيان چې عمر يې 2 کالو څخه ښکته وی د 50 څخه تر ORS 100ml وروسته د هر تغوط ځخه ورکول کېږي او هغه کوچنيان چې عمر يې د 2 کالو څخه پورته وي 100 څخه تر ORS 200ml وروسته د هر تغوط ځخه ورکول کېږي مور بايد د دغه مايعاتو سره خپل کو چني ته شوروا يا سوپ ورکړي.
c) او بيا کله بيرته مراجعه وکړي.
مور بايد په دې وپوهول شي چې د کوچني د وضعيت د ارزيابۍ لباره 5 ورځې ورسته بيرته راشي او هغه وخت عاجل بيرته راشي که چيرته په ماشوم کې لاندې حالتونه وليدل شي.

- دڅښلو او د تی رودلو توانايي ونه لري.
- د موجوده حالت څخه زيات ناروغ شي.
- ناروغ تبه پيدا کړي.
- په غايطه موادو کې يې وينه پيدا شي.
- او ضعيف څښناک ولري.

2) د تداوئ پلان B د some ديهايدريشن لپاره :

د ديهايدريشن دا ډول هم په ORS سره تداوي کيږي او بايد چې ناروغ ته په لومړئ 4 ساعتونو په دوارن کې ORS ورکړل شي، د ناروغ عمر معلوم کړې او ORS 75ml/kg ورکړئ ، که چيرته ناروغ د ORS دڅښلو سره سره بيا هم نور ORS غوښتل وربې کړئ. هغه ماشوم چې عمر يې د 6 مياشتو څخه کم وي د 100-200ml په اندازه ورته پاکې

(c) ketabton.com: The Digital Library

اوبه ورکړئ ، همدارنگه مور ته بې وښایئ چې په کوم ډول ORS ورکړي.

- په قاشوقه یا په پیاله باندې وار په وار کوچنې د گوټ په شکل د ORS محلول ورکړی.
- که چیرته ماشوم کانګې وکړي د 10 دقیقو په اندازه ورته صبر وکړئ او بیا ورته د ORS محلول ورکړئ خو ډیر په قراره.
- ناروغ ته باید مور خپلې شېدې ورکړي تر هغه چې مور یې غواړي.

وروسته د 4 ساعتونو څخه :

د ناورغ ارزیابي وکړئ او دیهایدریشن یې وګورئ

او هم مورته وښایي چې په کوم ډول ORS محلول په کور کې جوړ کړي. او هم مورته د کورني تداوئ 3 رولز وښایئ لکه په لاندې ډول

1. اضافي مایعات ورکړي.
2. شېدې ورته په جاري ډول ورکړي.
3. او بیا کله بیرته کلینیک یا روغتون او یا شخصي کتنځي ته راشي

د تداوئ پلان C د شدید دیهایدریشن لپاره :

د دیهایدریشن په دې ډول کې ناروغ ته وریدي مایعات ورکول کیږي هغه ماشومان چې عمر یې د 12 میاشتو څخه کم وي په لومړي اول ساعت کې ورته 30ml/kg په هرکیلوګرام وزن د بدن ، بیا ورته 70ml/kg په هرکیلو ګرام وزن د باندې په 5ساعتونو کې او هغه ماشومان چې عمرونه یې 12 میاشو څخه تر 5کالو پورې وي په لومړئ 30 دقیقو کې ناروغ ته په هر کیلوګرام وزن د باندې 30ml/kg ورکړئ بیا 2 نیم ساعتونو کې 70ml/kg په هر کیلو ګرام وزن د بدن باندې.

دوریدي مایعاتو د تطبیق په وخت کې باید د ناروغ بشپړ ارزیابي وشي او په هرساعت کې د ناروغ وضیعت چیک کړای شي ۱

(c) ketabton.com: The Digital Library

همدارنگه که چیرته د نس ناستې سببي عامل میکروب و نو په دغه صورت کې مناسب انتي بیوتیک ورکړي او د ناروغ فیوازانو ته توصیه وکړي چې په کور د ORS محلول تطبیق هیر نه کړي. د وریدي مایعاتو د تطبیق په وخت د ناروغ ریډیال نبض چیک کړئ که چیرته ډیر کمزوری و نو نور مایعات ورکړي.

کله چې د ناروغ وضیعت ښه شي نو خپل د تدوائ پلان بدل

که چیرته ماشوم په شاک کې و نو په دغه صورت کې 20ml/kg مایعات په 10-15 دقیقو کې سیروم د کیمنډلو په ډول ورکړي او بیا ناروغ دوباره ارزیابي کړئ که چیرته radial نبض لاهم ډیر کمزوری وی اویا د جس کیدو وړ نه وي نو په صورت کې مایعات په پورتني ډول بیا ورکړئ او کله چې ناروغ د شاک څخه ووت نو بیا ناروغ ته د خپل وزن مطابق مایعات لکه چې بورته ذکر شوی ورکړئ

که چیرته ماشوم د خولې د لارې د مایعاتو په څښلو قادر شو نو د maintenance تیراپۍ لپاره 5% dextrose 1/5 saline په هر کیلو وزن د بدن باندې 100ml/k g/day باندې ورکړي که چیرته ناروغ د خولې د لارې په مایعاتو څښلو قادر شو نو بیا maintenance تیراپي به ORS محلول سره شروع کړئ.

(c) ketabton.com: The Digital Library

(3)
سینه بغل / نمونیا
(Pneumonia)

سینه بغل (نمونیا) د ماشومانو یوه ډېره معمول ناروغي ده ، چې د ماشومتوب په هر عمر کې منځ ته راځي او زیاتره په هغو کوچنیانو کې زیاته لیدل کېږي چې عمرونه یې د دوه کالو څخه کم وي، ځکه نوموړي کوچنیان د نورو لویو کوچنیانو په نسبت د انتان سره ډېر مخ دي او هم یې معافیتي سیستم بشپړ شوي نه وي، نو باید ټول هغه ډاکټرصاحبات چې په دولتي کلینیکونو ، روغتونونو ، تشخیصیه کلینیکونو او شخصي کتنځایونو کې د ناروغانو په معاینه بوخت دي د نمونیا د تشخیص، تداوی، اختلاطاتو او د نورو اساساتو په اړه پوره تجربه او بشپړ معلومات ولري او د ناروغ معاینه خپله وجداني او ایماني دنده وبولي او د ناروغ سره د ښه برخورد په نتیجه کې د ناروغ لپاره د تداوی یو ه داسې پلان جوړ کړي چې په بشپړ ډول سره ناروغ شفایابات او د اختلاطاتو او د مړینې څخه یې مخنیوي وشي.

د نمونیا تعریف او وقوعات :

Definition and Incidence of Pneumonia

نمونیاد سږو د پرانشیم(Paranchym) التهاب او د سږو داسناخو التهابي کونسولیډیشن ته ویل کېږي،د سږو پرانشیم (paranchym) د

(c) ketabton.com: The Digital Library

ښکتنې تنفسي لارې برخه ده چې مشتمل دی په تنفسي برانکیولونو، الویولر ډکټ، الویولرسک او په الویولای (alveoli) باندې.
یا نمونیا د سږویوالتهابي حالت دی چې په ابتدایي ډول سره مایکروسکوپیک هوایي کڅوړې چې د اسناخو (alveoli) په نامه سره یادیږي مصابوي.
په اسبابو کې یې معمولاً ویروسونه، باکتریاګانې، فنګسونه، په لږه اندازه مایکروارګانیزمونه، درمل او نورې ناروغۍ لکه اتوامیون ناروغي پکې شاملې دي.

وقوعات Incidence:

په نړۍ کې هر کال ۴۵۰ میلیونه خلک په نمونیا باندې اخته کیږي چې د ټول نفوس ۷ فیصده جوړوي او ۴ میلیونه مړینه ترې منځ ته راځي. په ۱۹ پیړۍ کې William Osler نمونیا د نارینه و د مړینې د کپتان په نوم نومولې وه یعنې مانا دا چې په هغه وخت کې ترې مړینه زیاته منځ ته راتله چې بیا په شلمه پیړۍ کې دانتي بیوتیک په استعمال او واکسین په تطبیق سره د مړینې په دغه کچه کې کموالې راغي سره له دې چې په انکشاف یافته هیوادونو کې په مابین د ډېر و زړو او په ډېر ځوانانو کې او په مزمنو ناروغیو کې نمونیا د مړینې یو سبب پاتې شو.
نمونیا په کوچنیانو کې یو عامه صحي ستونزه ده چې د روغتونونو د ۲۰٪ - ۱۰ د بستر ناروغان جوړوي.
د نمونیا ډول او شدت د عمر له لحاظه په مختلف ډول سره لیدل کیږي د بېلګې په ډول مایکولازما نمونیا دښوونځي ځخه مخکې مرحله کې عمومیت لري خو د بله طرفه ویروسي نمونیا په شېدو خوړونکو کوچنیانو کې ډېره لیدل کیږي، نمونیا په هغو کوچنیانو کې چې په خوارځواکۍ باندې اخته وي وقوعات یې زیات دي

(c) ketabton.com: The Digital Library

د نمونیا طبقه بندي :

د نمونیا په دوه ډوله طبقه بندي کېږي.

1) اناتومیکه طبقه بندي.

- برانکونمونیا.

په دې ډول نمونیا کې د برانکیولونو ګرد چاپیره د سږو یو شیندل شوې التهاب موجود وي چې د سږو کانسولیډېشن رامنځ ته کوي.

- لوبر نمونیا.

په دې ډول نمونیا کې د سږو یو لوب یا ډېر لوبونه مصاب وي.

- نموناېټيس.

په دې کې د سږو patchy التهاب موجود وي خو شاید چې کانسولیډېشن ورسره وي او یا نه.

- بین الخلالي نمونیا.

دا د بین الخلالي انساجو د التهاب څخه منځ ته راځي. بین الخلالي انساج د اسناخو د دیوال نه ، الویولر سک، الویولر ډکت او د برانکیولونو څخه جوړ دي.

2) اېټیولوجیکه طبقه بندي.

د نمونیا په دا ډول سببي طبقه بندی کې د نمونیا لاندې قسمونه شامل دي.

- باکتریایي نمونیا.
- ویروسي نمونیا.
- اسپایریشن نمونیا.
- هایپوستیټیک نمونیا.
- فنګسي نمونیا.
- پروتوزوایي نمونیا.
- لوفلرز نمونیا.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- التهابي نمونیا.
- هغه ډول نمونیا چې د زهرجن موادو له امله منځ ته راغلي وي.

د نمونیا د خطر فکتورونه:

- د زیږون کم وزن.
- سوءِ تغذي.
- د ویټامین A فقدان.
- د مور د شېدو کموالی.
- د مور سګرټ څښنه.
- د کورنۍ د غړو د شمېر زیاتوالی.
- د برانشیټ کورنۍ تاریخچه.
- د هوا کثیف کېدل.
- د چاپېریال ککړتیا .

د نمونیا کلینیکي تظاهرات :

- لوړه درجه تبه
- چټک تنفس.
- ټوخی.
- سالنډي (SOB) یا ستونزمن تنفس.
- د سینې درد .
- په کوچنیو شېدوخوړونکو ماشومانو کې سیانوزس، لیترجي،
- په شدید کیسونو کې د سینې ښکته تلل (انډرو ینګ) .

د نمونیا د پورته اعراضو او علایموسره سره د نمونیا کلینیکي منظره د نمونیا په مختلف ډولونو کې فرق کوي یعنې کلینیکي منظره یې په ویروسي نمونیا ، باکتریایي نمونیا او فنګسي نمونیا کې سره توپیرلري ، د بیلګې په ډول هغه نمونیا چې د Legionella په واسطه منځ ته راغلي وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

m,, ik9jkkj شاید چې ناروغ په کې د ګېډې درد، اسهالات او کونفیوژن ولري همدارنګه په Streptoccoccus Pneumoniae کې ناروغ زنګ وهلي رنګین (Currant jelly) بلغم لري. په مایکوپلازما نمونیا کې د غړې په لمفاوي عقداتو کې پړسوب او د مفاصلو درد یا د منځني غوږ انتان د لیدو وړ وي، په ویروسي نمونیا کې د ناروغ په سینه کې ویزینګ موجود وي.

پلټنې یا Investigations

1. د وینې د سپین کورویاتو اندازه:

Leukocytosis 15000-4000/mm^3 (په دغه اندازه زیاتوالی زیاتره په نوموکوکل نمونیا کې لیدل کیږي).

د وینې د سپین حجراتو اندازه د 5000/mm^3 څخه کم وي چې ښه انزار نه لري.

2. د سینې اکسرې (Chest X-ray) :

د نمونیا په ناروغانو کې په اکسرې کې لاندې تغیرات لیدل کیږي.

پراخه او منتشر کانسولیدیشن.

امکان لري چې پلیورل افیوژن موجود وي او یا نه.

په نوموکوکل نمونیا کې په اکسرې کې لوبرنمونیا د زیږ یا د ګراس کانسولیدیشن سره لیدل کیږي.

په سټریپټوکوکل نمونیا کې اکثراً منتشر برانکونمونیا د غټ پلیورل ایفیوژن لیدل کیږي.

په سټیپایلوکوکل نمونیا کې شاید چې په لومړئ قدم کې په اکسرې کې غیرخاص برانکونمونیا ولیدل شي چې بیا په چټک ډول سره په لوبرنمونیا تـه اوړي.

په H. influenza نمونیا کې شاید چې په اکسرې کې لوبرنمونیا سره د کوچنیو هوایي لارو د پراخ تخریب سره و لیدل شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د Streptococcal نمونیا په صورت باید چې ASO(anti-streptolysin O) ټایټر اجراشي.

د توبرکولین ټیسټ باید هم اجراشي.

د نمونیا یا د سینه بغل اختلاطات:

- د منځنې غوږ التهاب ، سینوزایټس او Bronchiectasis.
- پریکاردایټس، اندوکاردایټس، شاک. د زړه احتقاني عدم کفایه.
- توکسیک او میتابولیک اسیدوزس، هیمولایټیک انیمی او اختلاجات.

د نمونیا تداوی:

د نمونیا د تداوئ لپاره اړینه دا ده چې یو ډاکټر د نمونیا په ټولو ډولونو او اسبابو باندې وپوهیږي او یو ډول یې له بل ډول څخه جلا کړي ، ځکه چې د نمونیا تداوي د سبب سره ارتباط لری او باید چې سببي تداوی یې اجرا شی، خو بیا هم به یې تداوي په عمومي ډول سره ذکر کړو

دنمونیا د تداوئ تدابیر په دوه ډوله دي

1. کومکي تدابیر.
2. خاص تدابیر.

کومکی تدابیر:

a) ناروغ ته ارام ورکول او یا یې بستر کول.

د نمونیا ټول شدید او وخیم ناروغان باید په روغتون کې بستر شي او عادي واقعات یې د امکان په صورت کې په شخصي کتنځایونو او صحي کلینیکونو کې تداوي شي او هغه ناروغان چې کورنۍ یې د نمونیا له امله د مړینې تاریخچه ولری باید چې په روغتون کې بستر شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د نمونیا د ناروغانو د بسترکېدو ځینې خاص استطبابات په لاندې ډول دي

- سیانوزس یا شین والی.
- د شعور مختل کېدل.
- دیهایدریشن.
- شدید تنفسی ډیستریس.
- ناروغ به کورني تداوي سره شفایاب شوی نه وي.
- د سږو د یو لوب څخه زیات لوبونه دخیل وي.
- ناروغ استفراقات ولری او هم کمزوری ځنباک ولری.
- د کوچنې عمر د ۲ میاشتو څخه کم وی.
- د نموینا د اختلاطاتو موجودیت.

b) تغذیه: د نمونیا ناروغان باید په درست ډول سره تغذیه شي څکه چې ښه انرژی د ښې تغذیې څخه لاس ته راځی او په ټولو انتاني واقعاتو کې ناروغان ښه تغذیه شي کیدای شی چې ناروغان ژر شفایاب شي.

c) د نمونیا په شدیدو او وخیمو واقعاتوکې(لکه په تنفسي بې کفایتي،سیانوزس، د تنفسي ریټ زیاتوالې ، د دوه میاشتو څخه کم عمره ماشوم 70/min< ، ددوه میاشتو څخه تر 12 میاشتو څخه کم عمره ماشوم 60/min< او د یو کال څخه پورته عمر ماشوم کې 50/min< په اندازه تنفسي ریټ وي) د سیانوزس ، ناارامئ او تخریشیت په صورت کې باید ناروغ ته 2-4 L/min په اندازه اکسیجن تطبیق شي.

d) ناروغ ته د تبې د دضد درمل د حرارت د ښکته کولو په خاطر ورکړئ که چیرته د ناروغ د تودوخي حرارت د 103^0F څخه پورته وی نو په دغه صورت کې ناروغ لوڅ کړئ او یوه یخه ټوټه ورته په څرباندې واچوئ.

(c) ketabton.com: The Digital Library

e) د Tachypnea له امله د insensible water loss په خاطر ناروغ ته کافي مايعات ورکړئ.

f) د رغيدو په جريان کې ناروغ ته فزيوتراپي او تنفسي تمرين ورکړئ.

g) هغه ډول توخي څخه چې تقشع ورسره موجوده وي بايد جلوګيري ونشي مګراوچ توخي چې په ويروسي نمونيا کې عموميت لري بايد د کودين (په ۲۴ ساعتونو کې د بدن په هر کيلوګرام وزن 2 mg) او يا د methadin (0.2mg/kg په ۲۴ ساعتونو کې) په واسطه ارامېږي

، دنمونيا د تداوی لپاره خاص تدابير:

په نمونيا يا سينه بغل کې د انتي بيوتيکو استعمال:

که څه هم د نمونيا د مړينې شمير زيات دی مګربيا هم بايد يادونه وشی چې د سږو يو زيات شمير انتانات په خپله ښه کيږي ،په نمونيا کې انتي بيوتيک د 7-10 ورځو لپاره د سببي عامل له مخې ورکول کيږي او په Staphylococcal pneumonia کې د 2-3 اونيو پورې انتي بيوتيک ورکول کيږي

۱) Pneumococcus :
First generation cephalosporins Benzyl penicillin

۲) Streptococcus :
Erythromycin ، Benzyl penicillin

۳) Staphylococcus.
First generation cephalosporins,Cloxacillin.

۴) H-influenzae : Second & third generation cephalosporins,Chloromphencol

۵) Mycoplasma : Erythromycin,Clarithromycin.

۶) E-coli : Aminoglycosides(gentamyci,Amikacin)

۷) Tuberculosis : د توبرکلوز ضد درمل.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د دوه میاشتو څخه ښکته عمر ماشومانو کې د نمونیا تداوي:

: First line

Ampicillin (100-200mg/kg/day+gentamycin 5-7.5mg/kg/day

: Second line

که چیرته ماشوم وخیم حالت ولري او یا په ۴۸ ساعتونو په موده کې تداوي دپورته ذکرشوو انتي بیوتیکو سره ځواب ورنکړي نو په دې حالت کې generation cephalosporin (Ceftriaxone 50-75mg/kg/day Cefotaxime یا Ampicillin (100-200mg/kg/day+ 3rd 100mg/kg/day په اندازه د تیست دوز په اجراکولو سره د ورید له په قراره سره تطبیقیږي.

د ۲ میاشتو څخه تر ۵ کالو عمر ماشومانو تداوي:

Ampicillin : First line په پورتني دوز سره.

. Cefotaxime یا Ceftriaxone : Second line

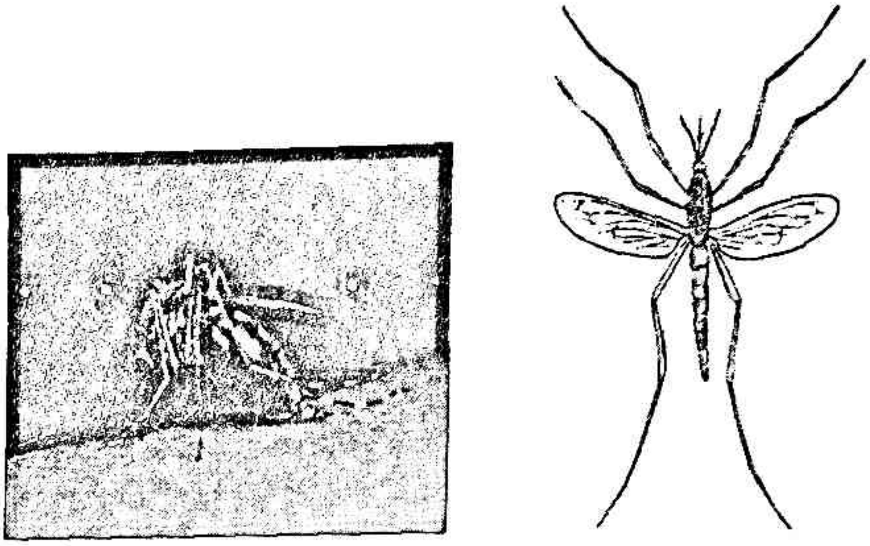
د ۵ کالو څخه پورته عمر ماشومان:

Macrolids (Erythrocin 50mg/kg/day, : First line Clarithromycin 15mg/kg/day, Azithromycin 10mg/kg 1st day than 5mg/kg/day.

Ceftriaxone or cefotaxime : Second line

نوټ:. دوهم او دریم لاین انتي بیوتیکونه باید د مشرانو ډاکترصاحبانو او یا د اطفالو متخصیصونو په مشورې سره شروع شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library



(a) Female mosquito (b) Anopheles

Copyright © 2004 Pearson Education, Inc., publishing as Benjamin Cummings

(4)
ملاريا
(Malaria)

ملاريا د بشر په تاريخ کی يوه خطرناکه پروتوزوائي ناروغي ده چې د فلازموديم په واسطه رامنځته کېږي او د ښځينه انافيل مياشې په واسطه له يو شخص څخه بل شخص ته انتقالېږي

د ملاريا ناروغۍ نوم له خرابی هوا څخه اخيستل شوې دی چې داړيکو شتون ته اشاره کوه چې د ناروغۍ او دهوا ترمنځ موجوده وی د اټکلونو په اساس لا اوس هم هر کال دا ناروغی په کال کی تر اتولکو زيات د پنځوکلنو څخه کم عمره ماشومان وژنی او کابو د دری ميليارد وګړو ژوند ګواښوی ، ملاريا په انسانانو کې د هغو غوره پرازيتي ناروغيو له ډلې څخه شميرل کېږي چې هر کال يو سلو دری بيلا بيلو هېوادونو کې له

(c) ketabton.com: The Digital Library

یو ځخه تر دري بیلیونو خلک پرې اخته دي او ۴۰ فیصده د نړۍ خلک د ملاریا د خطرسره مواجه دي

ملاریا د نړۍ په تودو سیمو (Tropical region) او په نیمه تودو سیمو کې د morbidity (رنځ) یو حاد یا مزمن انتاني سبب دی، دغه ناروغي د پلازموديم پرازيت د څلورو ډولونو په واسطه منځ ته راځي اود طحال په غټوالي، کم خوني او د بیا پیښیدونکې لوړې درجې تبې سره مشخص کیږي.

د ملاریا پرازیت ډولونه:

3) Plasmodium falciparum
4) Plasmodium Vivax
5) Plasmodium Malaria
6) Plasmodium Ovale

د ملاریا د پرازیت د تفریح دوره :

پلازموديم فلسيپارم (۹-۱۴ ورځې)
پلازموديم وای واکس (۱۲- ۱۷ ورځې)
پلازموديم اووال (۱۲-۱۸ ورځې)
پلازموديم ملاريا (۱۸-۴۰)

انتقال او اپیدیمولوژي:

د ملاریا انتقال په عمده ډول سره داب او هوا تراغیزی لاندی دی

ملاریا ناروغی د مونث انافیل ماشی د چیچلو په واسطه انتقال او انتشار کوی او کله کله د وینی تبدیلیدو د پلاسنتا له لاری او د ملوثو ستنو په واسطه هم انتقالیدای شی.

ولاړې اوبه او ګرم اقلیم د ملاریا د پرازیت د خپریدو لپاره یو ډېر ښه محیط دی

د نړۍ څلوېښت سلنه خلک د ملاریا د خطر لاندې دي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

ملاریا په جنوبی اسیا او همدارنګه په هندوستان کی مورتیلیتی او د موربیډیتی یو مهم سبب دی، چې هر کال یې تقریباً ۲۹ میلیون پیښې ریپورټ کیږی چې په دې کې تقریباً هر کال ۱۰۰۰ مړینې منځ ته راځی.

د ملاریا د واقعاتو تعریف:

1. غیر اختلاطي مشکوکه ملاریا:

د ملاریا په دغه ډول کې ناروغ تبه لري (حرارت په تخرګ کې 37.5 او یا د ده څخه لوړه وی)

- همدارنګه ناروغ ټوخی لري چې تنفس یې هم ورسره سریع وي.
- جلدي رش.
- جاري پوزه (Runny Nose).
- د تانسلونو التهاب.
- د غوږ افرازات.

د خطر علایم:

- د شېدې څښلو عدم توانایي
- د بل د مرستې څخه پرته کیناستل.
- کوما.
- د غاړی شخوالی
- وینه لرونکي اسهالات.

غیراختلاطي تاید شوي فالسیپارم ملاریا:

تبه لرونکي ناروغ (چې د تخرګ لاندې د تودوخي درجه یې ۳۷.۵ درجې او یا تر دې لوړ وي) او یا په تیرو ۲۴ ساعتونو کې د تبې تاریخچه په اوسنی ناروغی کې ولري او د مایکروسکوپ یا چټک تشخیصه ټیسټ په واسطه یې پلازموديم فالسیپارم تائید شي او د شدید ملاریا اعراض او علایم ونلري.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ملاریا پتوفزیولوجي:

- د ملاریا اعراض هغه وخت ښکاره کیږي چې کله د وینې سره کرویات ریچر وکړي.
- کله چې ایریتروسایټ ریچر وکړي او میروزوییټ دوران ته ولویږي په دغه وخت کې تبه د ملاریا فوق العاده اعرض وي چې نومړې تبه د tumor necrosis factor او یا د نورو سایتوکین له امله وي ، همدارنګه د تبې په څواب کې محیطي وازوډایلیشن منځ ته راځي او د وازواکټیب موادو له امله وي چې د ملاریا د بارازیت په واسطه جوړیږي.
- هایپوګلایسیمیا په ملاریا کې د ګلایکوجین ذخیرو د کمبوت په اساس منځ ته راځي.
- همدارنګه د وینو د سروکورویاتو د پارچه کېدو له امله کم خوني منځ ته راځي.
- امکان لري چې په کتلوي ډول د هیمولایزس له امله هایپرکالیمیا ، هایپربیلیروبینیمیا ، هیموګلوبینیمیا او هیموګلوبین یوریا تظاهر وکړي.

کلینیکي تظاهرات :

غیراختلاطي ملاریا :

- تبه یا د محیطي پرازیتمیا موجودیت.
- لړزه.
- خوله.
- عضلي دردونه.
- مفاصلو دردونه.
- د ګېډې درد .

(c) ketabton.com: The Digital Library

- نس ناسته.
- د زړه بدوالی.
- کانګې.
- کم حوصله ګي.
- بې اشتهایي.

شدیده ملاریا:

- د حواص احتلال.
- کوما (Glasgow Coma Scale <10)
- اختلاجات (په ۲۴ ساعتونو کې د دوه حملو څخه زیات).
- ژور تنفس (Acedotic breathing).
- د فشار ټیټوالی (په کاهلانو کې سیستولیک فشار 70mmHg څخه کم او کوچنیانو کې 50mmHg څخه کم
- ژیړی سره د حیاتي ارګانونو د عدم کفایي د شواهدو سره.
- په ادرارو کې د هیموګلوبین موجودیت (Haemoglobinuria)
- غیرنارمل خون ریزی
- ریوي اذیما.

په کاهلانو کې د ملاریا کلینیکي منظره:

د ملاریا ناروغي پیل په بې اشتهایي، سردردي، او تبې سره شروع کېږي. او حملات یې په دریو کلینیکي مرحلو ویشل کیږي.

1. Cold Stage: په دې مرحله کې ناروغ د یخوالي احساس کوي او تو ل وجود یې ریپیږیږي او هم غاښونه کرپوي، بې ځایه خبرې کوي او ځان به کمپل کې تاووي دا مرحله د ۳۰ دقیقو څخه تر یوه ساعته پورې دوام کوي په دې مرحله کې د تودوخي درجه تر 37 سانتی ګرید پورې وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

2. **Hot Stage** : په دې مرحله کې لړزه له منځه ځي او ناروغ د ګرمۍ احساس کوي، او کمپل له ځانه لري کوي.
3. **Sweating Stage** : په دې مرحله کې په ناروغ زياتی خولې راځي د تودوخي درجه په تيزۍ سره لوېيږي او ناروغ د ارام والي احساس کوی.

Plasmodium Vivax and Ovale Infection

د ناروغۍ حمله ۴۸ ساعته وروسته تکراريږي، توری او کبد په تدريجي ډول سره لوييږي او که په وخت سره تداوي نه شي کيدای شي حساس وګرځي.

Plasmodium Malariae Infection

د ملاريا په دې ډول ناروغۍ کې اعراض په خفيفه ډول رامنځ ته کيږي او د ناروغۍ په هرو دريو ورځو کې تکراريږي او هڅه کوی چې په ځنډنۍ ډول سير وکړی.

Plasmodium Falciparum Infection

دا د ملاريا يو اختلاط او خطرناک ډول دی چې پيل يې په ناڅاپي ډول سره کيږي، د ناارامۍ، سردردي، خواګرځۍ، تبه او نس ناستی سره پيل کيږي.

د تبی منظره يې وصفي نه وي يعنې يخه ګرمه او د خولې کولو مرحله په کې نه ليدل کيږي.

Organ Damage : د منتو **RBC** په سطح کوبه ډوله تبارزات(**Knob-like surface projection**) رامنځ ته کيږي چې د وينې د اوعيو سره د دې **RBC** نښليدل اسانوی چې په پايله کې **Vascular occlusion** رامنځ ته کوی چې دا بيا د پښتورګو، کبد، دماغو **Organ damage** رامنځ ته کړي همدارنګه **Splemomegaly** امکان لري چې په وروستۍ مرحله رامنځ ته شی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص:

د ملاریا د تشخیص لپاره کلینیکي تاریخچه او معاینات ډېر مهم دي. د ملاریا تشخیص په Giemsa-stained thick or thin blood film کې د ملاریا پرازیت په پیژندلو سره کېږي ، څرنگه چې پارازیتیمیا په حملوي ډول رامنځ ته کېږي نو MP کېدای شي په ځیني وختونو کې منفي او په ځینو نورو وختونو کې مثبت وي نو له همدې کبله وینه باید په هرو ۸ ساعتونو کې د دریو ورځو لپاره د تبې د لوړوالی په مابین او تر هغه وروسته معاینه شي همدارنگه نور اړین لابراتواري معاینات یې په لاندې ډول دي

- هایپوگلایسیمیا (<2.2mmol/d)
- هایپرلکتیمیا (> 5mmol/L)
- میتابولیک اسیدوزس(<15mmol/d)
- د ځیگر د انزایمونو لوړوالی.
- د عضلاتو د انزایمونو لوړوالی.
- WBC د L 12000/μ څخه لوړ.
- شدیده کم خوني(PCV <15%).
- دمویه صفحات(Platelate) 50000 څخه ښکته وي

د ملاریا تفریقی تشخیص؛

- Meningitis (د منینجیت التهاب)
- Appendicitis (اپندیکس التهاب)
- Gastroenteritis (د معدی او کولمو التهاب)
- Hepatitis
- Tuberculosis
- Septicemia.
- Dengue Fever

(c) ketabton.com: The Digital Library

- Kalazar
- د ځيگر اميبي ابسې.
- Sepsis
- بولي انتانات.
- د محرقې تبه
- انتاني هيپاتايتس.

د ملاريا اختلاطات :

اکثره وخت د ملاريا اختطلاطات د پلازموديم فلسيپارم له امله وی، د پلازموديم فلسيپارم تشخيص يوه طبی ايمرجنسی ده چی بايد هميش په دقيق ډول سره يې تشخيص وضع شی او په بشپړډول سره تداوی شی، د ملاريا خاص اختطلاطات په لاندې ډول دي.

دماغي ملاريا (Cerabral Malaria):

- دماغي ملاريا (Cerabral Malaria): دماغي ملاريا د ملاريا ناروغی د ټولو اختلاطاتو په پرتله يو خطرناک اختلاط دی چې په شديد سردرد،د شعور د کچی کموالی، اختلاج، کوما او يا نورو نيورولوجيک تغيراتو سره پيژندل کېږی، CSF فشار په کې لوړ وی مگر معاينه اکثره وخت نارمل وی ، دماغی ملاريا که چې په وخت سره يې تداوي ونه شي د مورتيبليتی ريټ يې لوړ دی او پاتی نيورولوجيک نيمگړتياوې په خاص ډول هغه وخت منځ ته راځی چې کله ورسره هايپوگلايسيما ملگری وی ، کوما دشديدي فلسيپارم ملاريا يوه ځانگړې او منحوسه کلينيکي لوحه ده چې له درملنې سره سره به لويانو کې ۲۰ فيصده او په کوچنيانو کې ۱۵ فيصده مړينه رامنځ ته کوي د ناروشغ د خواصو تغير (Delirium او په لړه اندازه د شعوراختلال ته هم بايد جدي دماغي ملاريا کېدای شي په ناځاپه يا په ورو ډول له اختلاج سره پيل شي او د دوه اړخيزي انسفالوپتي په شان ځرگندتياوي ولري پاملرنه وشي او

(c) ketabton.com: The Digital Library

هغه وخت چې بشپړ د ملاریا ضد درمل او حساس وقایوی تدابیر ونیول شي انذاريې ښه دی.

- بلیک واټرفیور(hemoglobinuria): په کتلوی ډول سره د هیمولایزس له امله هیموګلوبین یوریا منځ ته راځي چې د ادرارو رنګ ډارک یعنې تور معلومیږي او شاید د پښتورګوحاده عدم کفایه منځ ته راشي.
- د زړه احتقاني عدم کفایه،
- ډیهایدریشن.
- حاد تنفسی ډیسترېس سندروم.
- .ژیړی.
- شدیده وینه لږی(Anemia).
- ډیسیمینټید انټراواسکولرکواګولیشن(DIC).
- هایپوګلایسیمیا.
- دوراني کولبس.
- ټروپیکل سپلینومیګالي سندروم.
- نیپروتیک سندروم.

درملنه

1. عمومي اهتمامات:

2. خاص تدابیر:

عمومي اهتمامات

- ناروغ ته باید د درد ضد درمل او د تبې ضد درمل ورکړل شي.
- د ډیهایدریشن په صورت کې ناروغ ته مایعات ورکړل شي.
- که چیرته اړتیا وه د انیمیا لپاره ټرانسفیوژن.

(c) ketabton.com: The Digital Library

خاص تدابیر:

د درملو په واسطه درملنه :

کله چې د ملاریا تشخیص وضع شي نو باید چې ناروغ ته سمدلاسه د ملاریا ضد درمل شروع شي. او که چیرته د ملاریا په درملنه کې معطل وشي نو کیدای چې د ملاریا په اندازرو باندې اثر وغورځوي اوناروغ د ملاریا شدید ډول ته واوړي او د تداوۍ په مقابل کې مثبت ځواب هره ورځ په ناروغ کې پارازیتیمیا کمه وي.

:Palsmodium Vivax (1)

Chloroquine Phosphate

کلوروکین د ملاریا ضد درمل دي چې په ایروتوسایتیک پارازیټ باندې اثر کوي او یوازې په **Chloroquine Sensitive plasmodium** کې کلوروکین پاسپیټ انتخابي درمل دي ، ډوز یې په هرکیلوګرام وزن دبدن ۱۰ میلي ګرام (10 mg/kg) ورکول کیږي په ازاد بازارونو کې په مختلفونومونو(Resochin) یادیږي چې **250mg chloroquine phosphate** لري په داسې حال کې چې **150mg Chloroquine base** دی او د کوچنیانولپاره یې شربتونه هم شته چې اندازه یې 50mg/5ml ده او که چیرته د 48-24 ساعتونو په دوران کې په چټک ډول سره د پارازیتونو اندازه ښکته رانغله او یا دځلورو ورځو په مابین کې ټیسټ منفي نه شو نو دا بیا **chloroquine resistant malaria** په ګوته کوي. کلوروکین په لاندې ډول ورکول کیږي

10mg base/kg orally follow by 5mg base/kg at 6 hour,24 hours ، 48 hours.

یا لومړی ۴ تابلیت.

شپږساعت وروسته ۲ تابلیت.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د راتلونکو دوه ورځو لپاره ۱ تابلیت د ورځې دوه ځلې. چې یو کاهل شخص ته ټوټل ۱۰ تابلیت ورکول کیږي.

او یا 10mg base /kg on day, 10mg base/kg on day 2 and 5mg base/kg on day 3

(2) Plasmodium Falciparum Malaria یا Chloroquin resistant P. Vivax

a) Quinine sulphate

ډوز: 10mg/kgTID for 7 days جمع یو د لاندې درملو څخه.

Doxycycline: 4mg/kg د ورځې دوه ځلې د 7 ورځو لپاره. دا تو کالو څخه ښکته ماشومانو ته نه ورکول کیږي.

Tetracycline: 25mg/kg/day QID د 7 ورځو لپاره ، دا هم د اتو کالو څخه ښکته ماشومانو ته نه ورکول کیږي.

Clindamycin: 20mg/kg/day TID د 7 ورځو لپاره.

Fansidar: Pyramithamine 1mg/kg once

b) Arthemeter: 3.2mg/kg/day for one day follow by 1.6mg/kg for 5-6 days.

(3) د شدیدې او اختلاطي ملاریا تداوي:

Quinine DHC: 20mg/kg (loading dose) باید په 10ml/kg 5% مایع کې رقیق شي یا په 10% D/W IV کې او بیا د 4 ساعتونو په دوران کې ورکړل شي ، تعقیب یې وروسته د 8 ساعتو د loading dose څخه 10mg in 10ml/kg 5% or D/W په دوران د 4 ساعتونو سره وشي ترهغه پورې چې ناروغ د خولې د لارې د کونین توانایي پیدا کړي (10mg/kg TID) او د تداوۍ 7 ورځې پوره کړي، که چیرته په ناروغ کې کوما د 48 ساعتو څخه زیات دوام وکړي نو بیا د کونین دوز 7mg/kg/day ته راټیټ کړي. جمع

(c) ketabton.com: The Digital Library

Arthemeter: 3.2 mg /kg IM تعقیب بې په 1.6mg/kg هره ورځ د 6 ورځو لپاره د شدیه اود سرزوري کیسونو کې باید د مشرانو پروفیسرانو ډاکټرصاحبانو سره مشوره وشي.

(4) په P.Vivax تثبیت شوو ناروغانو کې د ملاریا د بیا راګرځیدو ضد (Anti Relapse) تداوي.

Primaquin:

د وقایې او د یا د ملاریا د بیا راګرځیدو د مخ نیوي په خاطر اړینه ده چې ناروغ ته 0.25mg base/kg primaquin د ورځې یوځل د دوه اونیو لپاره د غذا سره ورکړل شي. ترڅو hepatic hyponozoites له منځه یوسي او له راګرځیدو څخه یې مخنیوي وکړي

هغه ناروغان چې په G6PD deficiency باندې اخته وي باید primaquin ورته ورنه کړل شي، Primaquin یوازې هغه ناروغانو ته ورکړل شي چې P.Vivax په کڅ تثبیت شوې وي.

- مخکې د primaquin د توصیه کېدو څخه باید د G6PD deficiency خفیف، شدید او متوسط وضیعت مشخص شي.
- تر هغه پورې چې د G6PD deficiency د وضیعت مراحل ممکن نه وي د طبي پرسونل د نظارت لاندې د خون ریزی دکشف په خاطر ناروغ ته 0.75mg base/kg primaquin په هفته کې یو ځل د 8 اونیو لپاره ورکړل شي.
- د خون ریزی یا د وینې بهېدنې په ټولو واقعیاتو کې باید primaquin په عاجل سره قطع شي او د اضافي معایناتو لپاره ناروغ ته رجعت ورکړل شي.
- هغه مېندې چې حا مله وي او یا خپلو کوچنیانو ته شېدې ورکوي باید Primaquin ورته توصیه نه شي.
- که primaquin په خالي ګېډه توصیه شي د ګېډې د ناراحتی سبب کیږي نو اړینه ده چې له غذا سره یوځای توصیه شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

(5)
برانشیولایتیس
(Bronchiolitis)

برانشیولایتیس په کوچنیانوکي دښکتنیوتنفسي هوايي لارو یو شدید او حاد انتان دی چې زیاتره هغه ماشومان پرې اخته کیږي چې عمرونه يې د یو څخه تر شپږو میاشتو پورې وي(خو په هر حال د دغه عمر څخه پورته کوچنیان هم پرې اخته کېدای شي

او یا برانشیولایتیس د شیدو خوړونکو ماشومانو دبرانشیولونو یوه التهابي ناروغي ده چې د التهابي بندښت له کبله په کې تنفسي عسرت منځ ته راځي.

وقوعات:

دا ناروغي په ماشومانو کې یوه ډیره معمول ناروغي ده چې د کوچنیو تنفسي لارو له امله تقریبا 6-7% په هغوماشومانو کې منځ ته راځي چې عمرونه يې 2 کالو څخه کم وي خو زیاتره وقوعات يې په 6 میاشتني عمرکې منځ ته راځي.

د ښځوپه نسبت دا ناروغي په سړو کې ډیره منځ ته راځي. چې زیاتره وقوعات يې په ژمي او سپرلي کې منځ ته راځي).

(c) ketabton.com: The Digital Library

اسباب:

1. د نورو سببو نو په نسبت یې **Respiratory syncytial virus** (RSV) یو ډیر عام سببي عامل دی.
2. **Para-influenza virus**
3. **Adenovirus**

پتوجنیزیس:

د برانشیولونو ویروسي حمله التهاب رامنځ ته کوي او دمیوکس، حجروي debris او پړسوب د یو ځای کېدو له امله د برانشیولونود انسداد لامل گرځي او په ځینو ناروغانو کې spasm هم پیدا کوي چې په نتیجه کې تنفسي مقاومت زیات او د هوا جریان کمیږي.

د برانشیولایټس د خطرفکتورونه:

- د وخت څخه مخکې زیږیدنه.
- کم وزنه ماشومان ځکه چې په دې ماشومانو کې معافیتي سیستم یې پوره بشپړشوی نه وي او د بلې خوا مورنۍ انتي بادي یې موجوده نه وي.
- د سږو مزمنې ناروغي.
- د مور د سگرټو څښل.
- د زړه ولادي ناروغي.

کلینیکي تظاهرات:

- د پورتني تنفسي سیستم د انتان موجودیت. چې زیاتره کورنۍ تاریخچه لری.
- په ناروغ کې تنفس سریع وي چې په نتیجه کې یې تنفسي عسرت منځ ته راځي.
- زیاتره ناروغان په کې خفیف اعراض لري او د درې څخه تر اوو ورځو په موده ریکور کیږي او هغه ناروغان چې شدیدحالت ولري شاید چې په کې د ښکتنیو intercostals spaces ریټرکشن موجود وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- ناروغ خفیف پوزه بهید نه لري.
- ناروغ په شېدو څښېلو ستونزه لري او استفراق کوي بې او هم ورسره ناارامه وي.
- په شدید انتان کې ناروغ ډیسپنیک وي او شاید چې سیانوزډ ډوله ښکاره شي.
- ناروغ کې متوسطه تبه موجوده وي.
- فاین کریپیټیشن او رانکای په کې د اورید قابل وي.
- په شدیدو واقیعاتو کې امکان لري چې تنفسي اواز د اوریدو قابل نه وي او یا کمزوري وي.

تشخیصي پلټنې :

1. د سینې اکسری (Chest-X-ray): د سینې په اکسری کې په سږو کې هایپراینفلیشن لیدل کیږي چې lucency بې هم زیاته وي او هم بې قدامي خلفي قطر زیات وي.
2. اکسرا WBC په کې نارمل وي.
3. د naso-pharyngeal افرازاتو څخه باید وایرل کلچر اجرا شي.
4. وایرل انتي بادي ټایټر.

اختلاطات :

1. تنفسي عدم کفایه.
2. دیهایدریشن.
3. تنفسي اسیدوزس.
4. د زړه عدم کفایه.
5. نوموتوراکس.
6. نمونیا .

تفریقي تشخیص :

1. د زړه احتقاني عدم کفایه.

(c) ketabton.com: The Digital Library

2. نفس تنګي.
3. برانکونمونیا.
4. پرتیوزس.
5. په تنفسي لارو کې د اجنبي اجسامو داخلیدل.
6. سیستیک فایبروزس.

تداوي:

د ناروغۍ کورس او انذار:

په عمومي ډول سره برانشیولایتس یوه خپله ښه کېدونکې ناروغي ده، اعراض یې د 7-3 ورځو په موده کمیږي، په شدیدو ناروغانو کې د تنفسي عدم کفایې له امله په یو فیصد ناروغانو کې مړینه منځ ته راځي.

عمومي اهتمامات:

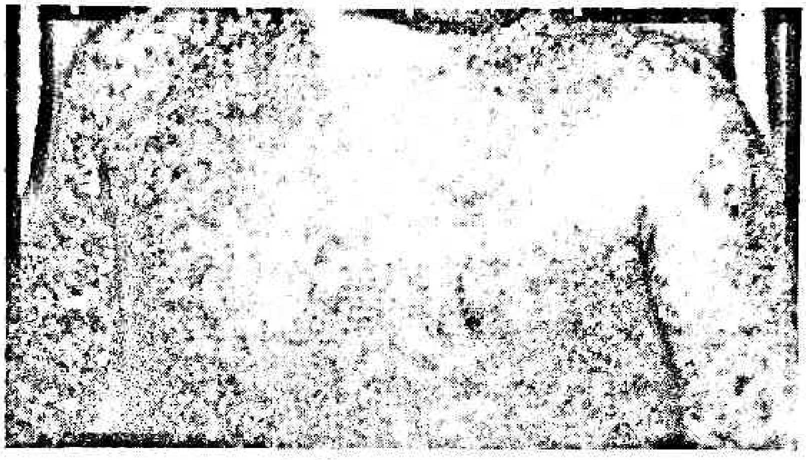
1. هغه ماشومان چې په برانشیولایتس اخته وي باید چې د والدینو له خوا یې بشپړ مراقبت او ساتنه وشي.
2. نوموړې ناروغان باید په کور کې د نورو ناروغانو څخه لري وساتل شي او هم یې حفظ الصحه په نظر کې ونیول شي.
3. که چیرته په ناروغ کې په ناڅاپي ډول سره تنفسي ستونزې ولیدل شي نو باید چې ژر تر ژره صحي کلینیک یا روغتون ته ولیږدول شي.
4. ناروغان باید د خاورو دوړو څخه لري وساتل شي.
5. ناروغ ته باید کافي او مناسب خواړه ورکړل شي.
6. همدارنګه ماشوم باید توند بو یو څخه وساتل شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

فارمکالوژیکه درملنه (Pharmacotherapy)

1. هغه کوچنیان چې شدیده ناروغي ولري یعنې تنفسي عسرت ولري باید چې په روغتون کې داخل شي او زیاتره وخت یې تداوي عرضي وي.
2. زیاتره وخت د برانشیولایتس تداوی عرضي وی، هغه کوچنیان چې په متوسط ډول سره ناروغي ولري په کور کې په مرطوبه هوا کې ساتل کیږي. او که چیرته تنفسي ناروغي یې زیاته شي او یا ورته په شپږو ځنبلو کې ستونزه پیدا شي نو په دغه صورت کې ماشوم باید روغتون ته انتقال شي.
3. اوکسیجن (Oxygen) د هایپوکسیا لپاره.
4. ناروغ ته باید 30-40° زاویه په اندازه وضیعت ورکړل شي.
5. د ډیهایدریشن لپاره وریدي مایعات یا د خولې له لارې.
6. د الکترولایتونو عدم توازن او تنفسي اسیدوزس باید سم کړای شي.
7. په شدید برانشیولایتس کې چې Respiratory Synctial virus د ناروغي عامل وي Ribavirin چې یو انتي وایرل اجینټ دی شاید چې استعمال شي (خو په اختلافي ډول سره).
8. په برانشیولایتس کې د خوب راوړنکو درملو د استعمال څخه باید ډډه وشي.
9. په شدیدو واقیعاتو کې که چیرته د باکتریایي انتان د مداخلې شک موجود وي انتي بیوتیک ورکول کیږي.
10. Bronchodilators او کورتیکوستیروایډ استعمال کوم خاص رول نه لري خو بیا هم د اعراضو په کموالي کې مرسته کوي.

(c) ketabton.com: The Digital Library



(6)

شری / سرخکان

(Rubeolla) Measles

شری یوه حاده وخیمه ساري ویروسي ناروغي ده چې د ویروس په واسطه منځ ته راځي او د تبې، پورتني تنفسي لارې التهاب، maculopapuler جلدي اندفعات او Kopliks spot په موجودیت سره پیژندل کیږي، د شری ویروس د RNA د ویروسونو له جملې څخه دی چې د Paramyxoviridase د کورنۍ سره اړیکې لري.

Epidmiology:

انسان د شری کوربه دی شری په ټوله نړۍ کې په ایندیمیک او ایپیدیمیک ډول لیدل کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

وقوعات يې په ژمي کې ډېر منځ ته راځي.

شرى د جلدي اندفاعاتو د ښکاره کېدو څخه ۴ ورځې مخکې او وروسته بيا تر ۵ ورځو پورې سرايت کولای شي.

هغه ماشومان چې عمرونه يې د ۳ کالو څخه کم وی او په درست ډول سره تغذيه شوي نه وي وقوعات يې په کې ډېر ليدل کېږي.

د شرى د انتقال لاره:

شرى د انفي بلعومي افرازاتو(naso-pharyngeal secretions) په واسطه د هواد لارې د پورتني تنفسي سيستم څخه روغ ماشوم ته سرايت کولای شي.

پتوجينيزس:

کله چې د شرى ويروس پورتني تنفسي لارې مخاطي غشا ته سرايت وکړي، په همدغه مخاطي غشا کې او په لمفاوي عقداتوکې تکثر کوي او په دوهمه او دريمه ورځ ابتدايي وايريميا منځ ته راوړي او د دغه ځاى څخه ويروس لمفاوي انساجو ته سرايت کوي او د ناروغۍ په ۵ يا ۷ ورځ شديده ثانوي وايريميا منځ ته راوړي او ناروغي په ټول بدن کې خپرېږي.

کلينيکي تظاهرات:

د شرى د ناروغي د تفريح دوره د ۱۰-۱۲ ورځوپورې ده او د دغه دورې د تيريدو څخه وروسته درې مرحلې ليدل کيږي يا د شرى په ناروغۍ کې درې کلينيکي مرحلې لبدل کيږي.

۱) Prodromal Stage:

دغه مرحله د ۳- ۵ ورځو پورې دوام کوي دا مرحله په لوړې درجې تبې، کمزوتيا چې ورسره ټوخى هم ملګرى وي، منضموالتهاب (Conjunctivitis) ريزش، د جفن التهاب او kopliks spots چې د شرى ناروغي يو پتوګوناميک نښه ده پيژندل کيږي چې د جلدى اندفاعاتو د

(c) ketabton.com: The Digital Library

پیدا کیدو څخه دوه ورځې د مخه پیدا کیږي، په دې مرحله کې توخی شدید دغیپا په شکل وی او د شپې پر مهال ډېر د نوټ کیدو وړ وي همدارنګه Kopliks spots د شری د ناروغۍ د پیژندو لپاره یوه ډېره ښه تشخیصي نښه ده او کیدای شي خلفي سرویکل lymphadenopathy ور سره هم یو ځای وي.

۲) د Exanthem مرحله یا د جلدي اندفاعاتو مرحله:

جلدی اندفاعات یا Maculopapular Rash د شری یوه وصفي نښه ګڼل کیږي او د ۳-۵ ورځو پورې دوام کوي نوموړې اندفاعات د د غوږونو د خلفي برخو، د غاړی جنبي برخه څخه شروع او په ۲۴ ساعتونو کې مخ، غاړه، د سینې پورتنۍ برخه او متانو ته انتشار کوي او په دوهم ۲۴ ساعتونو کې خیټې، شا، لاسونو او په دریمه ورځ پښوسرایت کوي چې په دې مرحله په جلد کې اذیمااو په مخ کې یو اندازه پړسوب لیدل کیږي. د کلینیک له نظره نوموړې اندفاعات ډېر ارزښت لري یعنې څومره چې د پوستکې پرمخ اندفاعات ګڼ وی د ناروغۍ شدت په ګوته کوي او که اندفاعات ګڼ نه وي نو کیدای شي ناروغی خفیف شکل ولري.

۳) د نقاهت او تفلس دوره:

کله چې جلدی اندفاعات له منځه ولاړ شي نوموړې مرحله منځ ته راځي او د جلد پرمخ تفلسات لیدل کیږي مګردا تفلسات د لاسونو او پښو په تلو کې نه لیدل کیږي او د تفلس د منځه تلو څخه وروسته صباغات یا Pigmentation منځ ته راځي.

همدارنګه امکان لري چې Posterior cervical lymphadenopathy او په لږه اندازه Spenomegaly هم ولیدل شي. او هم شاید چې د mesenteric lymphadenopathy له امله د ګېډې درد هم موجود وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

هيمورژيک شری او یا بليک ميزل د شري يو شديد ډول دی چې په دغه ډول شری کې جلدي اندفاعات په کې ډېر ګڼ وی ایکایموزس او د خولی او پوزې څخه وینه بهیدنه په کې هم لیدل کیږي او مخکې د دې څخه چې جلدي اندفاعات په کې تظاهر وکړي مړینه هم منځ ته راوړي.
ناروغ تبه او د پورتني تنفسي سیستم انتان مخکې د جلد د بخار د رامنځ ته کېدو څخه لري.

تشخيص:

- د شرى تشخيص عموماً د كلينيكي اعراضو او علايمو په واسطه صورت نيسي او قطعي تشخيص يې د وايروس د كلچر په واسطه صورت نيسي.
- د WBC يا د وينې د سپين كروياتو اندازه په كې كمه او ورسره لمفوسايتوزس موجود وي او په سيرالوجي معايناتو كې جلدي اندفاعات د ښكاره كېدو څخه ۳۰-۲۰ ورځې وروسته د Specific IgM سويه لوړه وي.
- د شرى په ناروغي كې د IgM antimeasles antibldy اټكل كيږي چې د جلدي اندفاعاتو څخه درې ورځې وروسته او د يو مياشتې لپاره پاتې كيږي.
- شرى بايد د ماشومتوب د نورو exanthematous ناروغيو څخه تفريق شي.

تفريقي تشخيص:

1. Rosola infantum.
2. Kawasaki disease
3. توكسوپلازموزس.
4. انتاني مونونوكليوزس.
5. Erythema infectious>

(c) ketabton.com: The Digital Library

6. مینینګوکوسیمیا.
7. سکارلیت تبه.
8. روبیلا.

اختلاطات:

د شری اختلاطات په هغه کوچنیانو ډېر تظاهر کوي چې سوېي تغذي او یا کم مافیته کوچنیان وی. د شری عام اختلاطات په لاندي ډول دی

1. د منځني غوږ التهاب
2. بکتریایي برانکونمونیا.
3. د حنجرې التهاب.
4. د تراهیا التهاب.
5. د قصباتو التهاب.
6. Giant cell نمونیا.
7. برایشوایکتایزس.
8. توبرکلوز.
9. مقاوم اسهال.
10. د اپنډیکس التهاب.
11. هیپاتایتس.
12. د اوریو ګانګرین.
13. اینسیپالایتس(1:1000 واقیعاتو کې).
14. تحت الحاد سکلیروزنګ پان اینسیپالایتس. د ا یو مزمن اینسیپالایتس دی چې د مرکزي عصبی سیستم د شری د مقاوم ویروسي انتان له امله منځ ته راځي.
15. هیمورژیک شری: په fulminant شری کې شاید چې د هضمیي سیستم په مکوزا کې هیموراج منځ ته راشي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

16. ترومبوسایتوپینیا .
17. د شری څخه وروسته د معدې او کولمو التهاب.
18. اوپتیک عصب تخریب.
19. کورنیال السریشن.
20. کوجنکتیوایتس.
21. مایوکاردایتس.
22. د زړه عدم کفایه.

تداوي :

د شری لپاره کومه خاصه Anti-viral درملنه نشته او یوازې محافظوي او عرضي تداوي یې اجراکیږي خو بیا هم د تداوۍ په منظور یې لاندې ټکي په نظر کې نیول کیږي.

- ټول هغه کوچنیان چې په شری اخته وي او شدیده تبه ولری باید په روغتون کې په داسې اطاق کې بستر شي چې نور ناروغان ورسره نه وی او د نرسانو او ډاکټرصاحبانو له خوا یې بشپړ ۲۴ ساعته مراقبت او ساتنه وشي.
- ناروغ ته باید نرمه غذا او مناسبه غذا ورکړل شي.
- که چیرته ناروغ د حنجرې په التهاب اخته وي په دغه صورت کې باید د کوټې رطوبت او د تودوخې درجې ته خاصه پاملرنه وشي.
- ټول د شری ناروغانو ته باید کافي استراحت توصیه شي.
- تبې لپاره د تبې ضد درمل توصیه شي.
- هغه ماشومان چې پوټوپوبیا ولري باید د قوې رڼا د معروضیدو څخه وساتل شي.
- د Otitis media او دنمونیا لپاره مناسب انتي بیوتیک ورکړل شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- د شرې په ۹۰ فیصده ناروغانو کې هایپوریټینیمیا موجوده وي او د Vit A ذخایر کم او Xeropthalmia او د قرني تقرح منځ ته راځي نو له همدې باید چې د شرې ټولو ناروغانو ته Vit A تطبیق شي چې په شرې کې د Vit A تطبیق د ناروغانو په مورټیلیټي او موربیډیټي کې د کموالي سبب کیږي.
- د ویټامین A ډوز: هغه ماشومان چې عمرونه یې د ۲ میاشتو څخه تر ۱۲ میاشتو پورې وي 100000 unit او د یو کلنۍ څخه پورته عمر ته 200000 unite توصیه شي.

په شرې کې د Vit A نقش:

- تقریباً د شرې ۹۰ – ۷۲ فیصده ناروغان hypo-retinemia لري.
- که چیرته retinal concentration کم وي نو شرې په ډیر خطرناک وي.
- دا په ثبوت رسیدلی ده چې په شرې کې د Vit A ورکړه د ناروغانو مړینه راکموي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

(7)

شیجیلوزس

(Bacillary Dysentery) Shigellosis

شیجیلوزس یا باسیلری ډایزینټري عبارت د هغه اسهال څخه دی چې په غایطه موادو کې وینه،میکوس (بلغم) او pus cells موجود وي او یا داسې هم ویلای شو چې کله په اسهال ښکاره وینه موجوده وي دغې حالت ته ډایزینټري وایي

د Bacillary Dysentery اصطلاح هغه وخت کارول کله چې ډایزینټری دشجیلا په واسطه رامنځ ته شوې وي.

شجیلا یو غیر حرکت کوونکې ګرام منفي باسیل دی چې څلور خاص ډولونه لري.

1. Shigellae dysenteriae(group A)
2. Shigellae flexneri(group B)
3. Shigellae boydi (group C)
4. Shigellae sonnei (group D

(c) ketabton.com: The Digital Library

ایپیدیمیولوجي:

شجیلوزس د ماشومانو یوه ډېره عامه ناروغي او په هغه ماشومانو کې ډېره منځ ته راځي چې عمرونه یې د ۱۰-۱ کالو په شاو خواکې وي او په دغه ګروپ ماشومانو کې یې زیاتره د انتقال لاره فیکواورال ده او نوموړې ناروغي په لومړی شپږمیاشتني عمر ماشومانو کې کمه منځ ته راځي.

انسان د دې انتان کوربه دی.

ملوثه غذا او به د دې ناروغۍ د خپریدو مهمې منابعې دي.

د تفریح دوره یې ۷-۱ ورځې ده.

پتوجینیزس:

شجیلا یو حمله کوونکې پتوجین دی او د امعاوو سطحي ایپیتیل حجرات تخریبوی او التهاب ، پړسوب ، مایکرو ابسي او د وینې سره السریشن رامنځ ته کوي چې زیاتره د غټو کولمو د کولون برخه مصابوي.

کلینیکي تظاهرات:

- امکان لري چې پیل یې ناڅاپي وي.
- کوچنیان شاید چې د ګېډې درد ولري.
- د استفراقاتو او اسهال له امله په ناروغانو کې ډیهایدریشن لیدل کیږي.
- تبه د $104^0F(40^0C)$ په اندازه وي چې د ۳-۱ ورځو لپاره پاتې کیږي.
- د ګېډې په ښکتنۍ برخه کې منتشر د ګېډې سختوالې موجود وي.
- په اوبلن او میوکایید غایطه موادو کې وینه موجوده وي.
- په شجیلوزس کې اعراض د ۷-۳ ورځو لپاره پاتي کیږي.

تشخیص:

- د غایطه موادو په معاینه کې به لیوکوسایت (pus cells) او د وینې سرو کرویاتو حجرات به په کې لیدل کیږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- د وینې په بشپړ اندازه کې به لیوکوسایتوزس لیدل کیږي.
- هغه کوچنیان چې توکسیک ښکاري شاید چې د وینې کلچر په کې مثبت وي.
- دقیق تشخیص یې د غایطه موادو د کلچر په واسطه د شجیلا تشخیص دی.

اختلاطات:

- هیمولاتیک یوریمیک سندزوم.
- میتاستاتیک انتانات.
- فیبرایل اختلاج.
- شاک.
- اسیدوزس.
- ریکټل پرولپس.

تفریقي تشخیص:

- د هغه اورګانیزمونو سره یې باید تفریقي تشخیص وشي چې هغه د ډایزینټري لامل کیږي لکه Entero-invasive E.coli ، Entamoeba-histolytica ، Yersinia-enterocolitica.
- التهابي bowel ناروغي.

تداوي:

- ناروغ ته مایعات او هم ورسره الکترولایتونه ورکړل شي
- د O.R.S محلول باید وکارول شي.
- انتي بیوتیک : منتخب انتي بیوتیک هغه وخت وضع کیږي چې د غایطه موادو کلچر اجرا شي.
- ټول انتي بیوتیکونه باید د ۵ ورځو لپاره ورکړل شي.
- موثره انتي بیوتیک په کې Ampicillin ، Trimethoprim-Sulfamethoxazole، nalidixic acid ،

(c) ketabton.com: The Digital Library

Chloramphenicol، Ceftriaxone,Ciprofloxacin,Cefixime

او Azithromycin(12mg /kg)

د خولې له لارې د ورځې یو ځل چې تعقیبي دوز یې 6mg/kg د ۴ ورځو لپاره.

مخنیوی:

- میندې باید وهڅول شي چې د اوږدې مودې لپاره خپلو کوچنیانو د سینې شیدې ورکړي.
- وروسته د رفع حاجت څخه په پشپړ ډول سره د لاسونو پریمینځل.
- د ډوډۍ څخه وروسته او مخکې د لاسونو وینځل.
- په پشپړ ډول سره د حفظ الصحی مراعت کول.
- د کور او د اړونده برخو د چاپیریال پاک ساتل.

(c) ketabton.com: The Digital Library

(8)

د نوو زیږیدلو ماشومانو ژیړی

Neonatal Jaundice

(Jaundice Neonatorum)

د نووو زیږیدلو ماشومانو ژیړی یا Neonatal hyperbilirubinemia یو داسې حالت دی چې په وینه کې د بیلروبین د غلظت د زیاتوالي له امله منځ ته راځي. او یا داسې هم ویلای شو چې ژیړی د پوستکې یا سکلیرا ژیړ رنګ ته ویل کیږي چې د بیلروبین د زیات تراکم او زیات تولید له کبله رامنځ ته کیږي.

زیړی (Jaundice) :

په نوو زیږیدلو ماشومانو کې جاینډس یا د پوستکې او د سترګو زیړوالی یو ډېر عام حالت دی چې په حقیقت کې ۶۰ فیصده ماشومان د ولادت په څو ورځوکې په زیړی باندې اخته کیږي او د ډېرو ناروغیو د موجودیت لپاره یوه ډېرې نښې جوړوی او هغه وخت منځ ته راځي کله چې په لوړ غلظت بیلروبین په وینه کې منځ ته راشي، بیلروبین یو زیړ رنګ یا پیګمنټ دی چې د وینې د سرو کرویاتو د پارچه کېدو په صورت کې منځ ته راځي، په نارمل ډول سره بیلروبین د ځګر له لارې د امعاوو لیومین ته خوشي کیږي، په هر حال په نوو زیږیدلو ماشومانو کې ځګر د پخیدو په حال کې وي او نه شي کولای چې په درست ډول د وینې څخه بیلروبین اخراج کړي او نوموړې بیلروبین په جلد، مخاطي غشا، دبدن معایعات او سترګوکې تراکم کوي

(c) ketabton.com: The Digital Library

او پوستکې او سترګې ژیړې معلومیږي چې همدغې ژیړوالي ته ژیړی وایي.

د ژیړی ډولونه.

ژیړی یا hyperbilirubinemia عموما په دوه ډوله ده.

۱) Indirect (Unconjugated) hyperbilirubinemia

۲) Direct (Conjugated) hyperbilirubinemia

غیرمستقیم بیلروبین به په خپله منشا کې پتالوجیک وی او یا به فزیالوجیک مګر مستقیم بیلروبین همیشه د پتالوجیک اسبابو له امله منځ ته راځي چې دواړه ډولونه یې ژیړی رامنځ ته کوي. د غیر مستقیم بیلروبین نیورولوجیک غلظت شاید چې په نوو زیږیدلو ماشومانو کې Kernicterus رامنځ ته کړي چې د کوچنیانو د دایمي معیوبیت او یا د مړینې لامل ګرځي.

ژیړی د نووزیږیدلو ماشومانو د ناروغیو یوه برخه جوړوي، 60% په مودې ماشومانو کې او 80% په بې مودې ماشومانو کې کلینیکي ژیړی منځ ته راځي چې د بیلروبین اندازه یې د ژوند په لومړۍ اونۍ کې د 5 ملي ګرامو څخه پورته وي.

Indirect (Unconjugated) hyperbilirubinemia:

غیر مستقیم هایپربیلروبینیمیا:

ایتیولوجي:

غیرمستقیم هایپربیلروبینیمیا شاید چې د بیلروبین د زیات تولید، (هیمولایزس) د وینې څخه د بیلروبین د نامکمل پاکیدو څخه او یا د ځګر په واسطه د بیلروبین د نامکمل اتصال په نتیجه کې منځته راشي.

خاص اسباب:

1. ډیر عام سبب یې فزیولوجیک ژیړی دی.
2. هیمولایتیک انیمیا.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- ABO incompatibility
- Rh incompatibility
- G6PD deficiency
- انتانات. خصوصاً sepsis.
- دواګاني.
- Hereditary sphrocytosis

3. پولي سايتيميا :

- د شکرلرونکو ميندو ماشومان.
- د کارد وروسته بندوالي.
- Feto-meternal or feto-fetal transfusion

4. Blood extravasation

- سيالوهيماتوما .

5. Breast milk and breat feeding jaundice
6. Glucuronyle transferase defect

- Crigler Nijjar Syndrom(type 1,11)
- Gilbert syndrom

7. ميتابوليکي ناروغی

- Galactosemia
- Hypothyroidism

8. Increased enterohepatic circulation

- د کولمو بندښت او د پايلور دبرخې بندښت.

فزيالوژيک ژيړی:

فزيولوژيک ژيړی د ژيړی يو ډېرمعمول او عمومي ډول دی چې د نوو زيږيدلو ماشومانو د ژوند په لومړی هفته کې د ارتقا په حالت کې د ليدلو وړ ژيړی چې د Indirect (Unconjugated)د غلظت د لوړوالي پورې اړه لري چې دغه عمومي حالت د فزيولوژيک ژيړی په نوم ياديږي، نوموړې ژيړی په لومړی مرحله کې په بامعياده کوچنيانو(term) کې ۵ ورځې او په

(c) ketabton.com: The Digital Library

preterm ماشومان کې ۷ ورځې په برکې نیسي او د وینې د بیلروبین سویه په سرعت سره 10 – 12mg/dl او حتا تر 15mg/dl ته هم پورته کیږي او په دوهمه مرحله کې دوه اونۍ په برکې نیسي او د وینې د بیلروبین سویه 2mg/dl ته راښکته کیږي. د دې ډول زیړی د پیداکیدو په برخه کې د بیلروبین اینتهیرو هیپاتیک سرکولیشن هم رول لري ځکه چې د نوی زیږیدلو ماشومانو په کولمو کې د څو لومړنیو ورځولپاره د باکتریاو فعالیت موجود نه وي له همدې کبله بیلروبین په یوروبیلینو جین نه بدلیږي.

خصوصیات:

- دا ډول زیړی معمولاً په روغو ماشومانو کې ښکاره کیږي.
- نوموړې کلینیکي زیړی وروسته د ۲۴ ساعتو څخه ښکاره کیږي.
- د مجموعي بیلروبین لوړوالی په ورځ کې د 5mg/dl څخه کم وی.
- فزیولوژیک زیړی د ځګر د immaturity او ګلوکورونیل ترانسفراز انزایم د کموالی له امله پیداکیږي.
- هغه ماشوم چې په فزیولوژیک زیړی اخته وي ناروغ نه ښکاری او د هیمولایزس اعراض او علایم یې موجود نه وي د فزیولوژیک زیړی د موجودیت په حالت کې د ادرارو او غایطه موادو رنګ نورمال وي . د بیلروبین سویه ۱۰-۱۴ ورځې وروسته 1mg ته رسیږي او که چیرته غیرمستقیم بیلروبین د ژوند لومړنیو دوه اونیو څخه وروسته دوام وکړي نو په نوموړې حالت کې ممکم هیمولایزس، ګلوکورونیل ترانسفراز انزایم ارثي کموالي، breast milk jaundice ، هایپوتایرویدیزم، د کولموانسداد او د کالوری د پیداکیدو سبب کیږي .
- د پورتنیو کریتیریاګانو څخه علاوه بل زیړی فزیولوژیک زیړی نه ګڼل کیږي او باید چې د لا زیاتو تاریخچې او بشپړ معایناتو لپاره یې ارزیابي وشي.

د زیړي د ډول ډول لاملونو تفریقي تشخیص:

(c) ketabton.com: The Digital Library

- هغه زیړی چې د ماشوم د زیږیدلو څخه وروسته په لومړۍ ورځ پیدا شي عموماً د هیمولایتیک ناروغیو له امله وي.
- په لومړیو ۲۴ ساعتونو کې فزیولوژیک زیړی نه لیدل کیږي او که په یو full term ماشوم کې د ژوند د اولې هفتې څخه وروسته زیړی ولیدل شي نو نوموړی زیړی فزیولوژیک نه دی. او هغه زیړی چې د ژوند په دوهمه او دریمه ورځ پیدا شي فزیولوژیک زیړي بلل کیږي.
- په فزیولوژیک زیړی کې د ادرارو او غایطه موادو رنګ نورمال وی او که د غایطه موادو رنګ خاتف او د ادرارو رنګ تیاره وي انسدادي زیړی ته فکر کیږي.

د فزیولوژیک زیړي میکانیزم:

1. په نوو زیږیدلو ماشومانو کې د بیلروبین لوړ زیاتوالی د غټو RBC حجراتو والیم له امله ، د وینې د سروکرویاتو د ژوند کمولی له امله او د اینتیرو هیپاتیک سرکولیشن له کبله منځ ته راځي
2. د ځګر په واسطه د بلروبین نامکمل اخیستنه .
3. د بیلروبین نامکمل اتصال.
4. صفرا ته نابشپړ اطراح.
5. او په ټوله کې د ځګر د وظایفو کموالی.

پلټنې (Investigations) :

که چیرته د پتالوجیک لاملونو په اړه شک موجود و نو په دغه صورت کې باید په بشپړ ډول سره د Hyperbilirubinemia په اړه پلټنې وشي.

1. د total,direct,indirect سیروم بیلروبین اندازه.
2. د ریتوکولوسایت او د وینې د حجراتو مکمل اندزې تعینول.

- د هیمولایتیک انیمیا لپاره د هیموګلوبین اندازه.
- د دمویه صفحاتو اندازه د sepsis لپاره .
-

(c) ketabton.com: The Digital Library

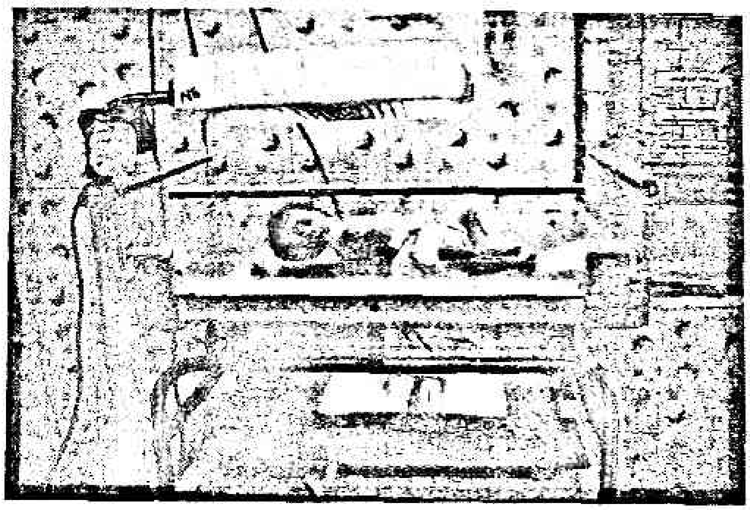
3. د مور او د ماشوم د وینې د ګروپ تعین.
4. په ماشوم کې د direct Combs test.
5. نور اضافي معاینات. لکه.

- Thyroid function test
- Compleat urine examination
- Liver function test.
- TORCH antibody titer.
- G6PD enzyme assay.
- Abdominat USG.
- HIDA Scan.
- Liver biopsy.

د زیړي
اداره :

په عام ډول سره د غیرمستقیم بیلروبین رابښکته کولو لپاره درې میتودونه کارول کیږي.

- **Phototherapy**
- **Exchang transfusion**
- **Pharmacological therapy**



(c) ketabton.com: The Digital Library

:Phototherapy

په پوتوتیراپي کې بیلروبین په Photo isomers باندې بدلیږي چې بیا د ځگر conjugating system له فرعي لاروځخه په صفرا او ادرارو کې بې له دې ځخه چې د میتابولیزم نورې لارې طی کړي اطراح کیږي. ماشومان چې د غیرمستقیم هایپربیلروبینیمیا ولري د فوتوتیراپی ابي رنگه گروپونه چې د انرژي اعظمي out put یې 425-475mm وي د فوتوتیراپي لپاره خوار کافی او نوموړي کوچنیان د دغه ابي رنگه گروپونو لاندې لوڅ اچول کیږي چې نوموړې لایټ انرژي په جلد کې توکسیک غیرمستقیم بیلروبین په نان توکسیک غیرمستقیم بیلروبین بدلیږي او د صفرا له لارې اطراح کیږي چې د ځگر په واسطه هیڅ کوم اتصال ته اړتیا نه لري. د فوتوتیراپی لاندې د ماشوم سترگې د یو سپینې ټوټې یا گاز په واسطه تړل شوي وي او د یو معین وخت لپاره ترې ماشوم لاندې پروت وي، ماشوم هر دوه ساعته وروسته د یو اړخ ځخه بل اړخ ته باید واړول شي او د حرارت درجه یې کنترول شي او باید هر ۸-۴ ساعته وروسته یې SBR اندازه شي د evaporation water loses په خاطر ۳۰ فیصده مایعات ورکول کیږي.

همدارنگه فوتوتراپي ته باید هغه وخت خاتمه ورکړل شي چې کله SBR ټیټ شي او د Toxicity خطرات له منځه ولاړ شي او هم د بیلروبین toxicity لپاره د خطرفکتورونه له منځه ولاړشي او د ماشوم عمر دومره زیات شي چې د بیلروبین زیاتوالی تحمل کړي او کله چې فوتوتراپي بنده شي باید د 12-24 ساعتو ځخه وروسته SBR ارزیابي شي

د پوتوتیراپي لپاره استطبابات:

- د وینې د سیروم بیلروبین د un-conjugated له ۲۰ ول ځخه وي.
- د وینې د سیروم بیلروبین سویه د Exchang transfusion د سویې ځخه 5mg ښکته وي.
- د Exchang blood په تعقیب سره فوتوتراپي اړینه ده.
- د نوو زیږیدلو ماشومانو په هیمولایتیک ناروغیو کې د Exchang transfusion د انتظار په موخه.

(c) ketabton.com: The Digital Library

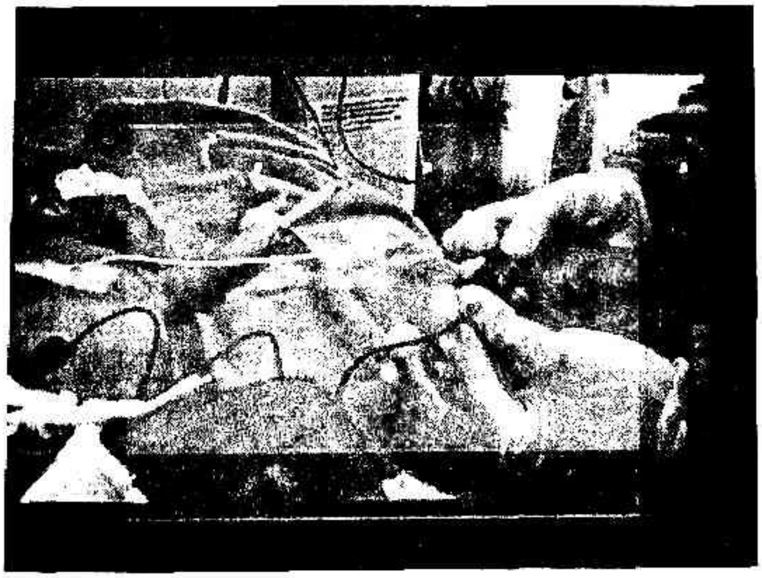
- د بیلروبین د اضافي سویې د لوړوالي د مخنیوي په خاطر.
- شاید چې په شدید کم وزنه ماشومانو کې وقایوي پوتوتیراپی استطباب و لري.

د پوتوتیراپی مضاد استطبابات:

- د وینې د مستقیم بیلروبین زیاتوالي.
- **Mixed hyper bilirubenemia**
- ولادي ایریتروپویتیک پورپایرین.

د فوتراپی اختلاطات:

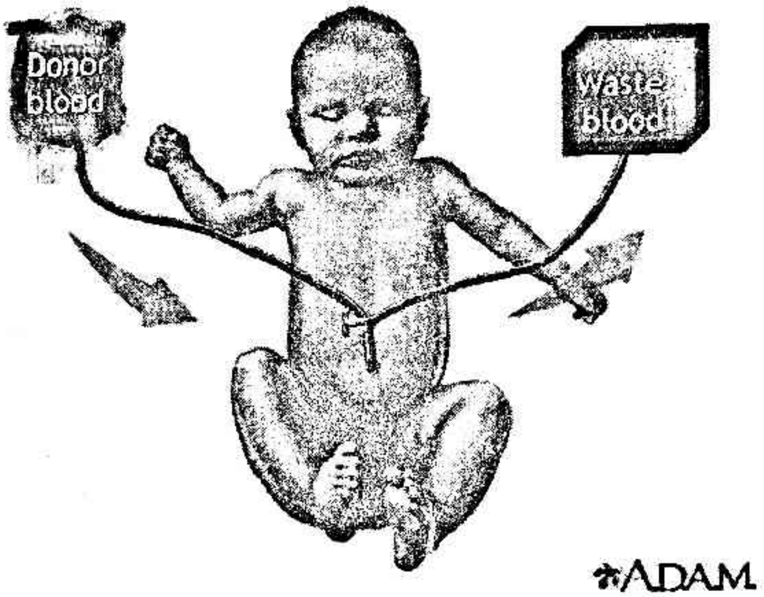
- د حرارت لوړوالی.
- ډیهایدریشن.
- د پوستکې **rash**.
- د سترګو زخمونه.
- **Broze baby syndrome** . په هغه وخت کې چې د مستقیم **bilirubine** په حالت کې فوتوتراپي اجراشي.
- په کولمو کې د غیرمستقیم **bilirubine** او د زیاتې صفراوي مالګي له امله د غایطه موادو ضیاع.



(c) ketabton.com: The Digital Library

:Exchangs transfusion

په نووو زیږیدلو ماشومانو کې Exchangs blood transfusion هغه وخت اجراکیږي کله چې د بیلروبین د لوړ غلظت لپاره وصفي خطرات موجود وي چې په دغه صورت کې ماشوم ته د نامه د ورید له لارې Exchangs transfusion اجراکیږي. او باید چې د Exchangs blood transfusion د تطبیق لپاره ماهره او تجربه لرونکي پرسونل او مجهز سامان الات موجود وي. Umblical ورید د زیږیدنې څخه وروسته تر یوې اونۍ پورې خلاص وي چې یو مخصوص سروی Catheter په نوموړې ورید کې د Exchangs blood transfusion د تطبیق لپاره داخلیږي



(c) ketabton.com: The Digital Library

موخې:

۱) د وینې د دوران څخه د حساسو سروکرویاتو او د انتي باډي او د دوراني بیلروبن لرې کول او د کوچنې د کم خونی اداره کول.

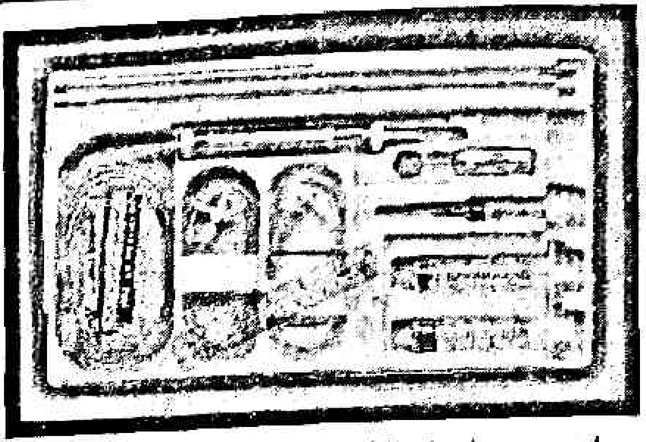
استطبابات:

- د زیږیدنې څخه وروسته د حبل سروی (Cord blood) په وینه کې د هیموګلوبین د۱۲ ګرامو څخه کم وي.
- په ماشوم کې د Comb تیست مثبت وي.
- د بیلروبن اندازه د ۵ ملي ګرام څخه زیاته وي.
- د Reticulocyt شمیره د 15% څخه زیاته شي.

Complication of Exchangs blood transfusion

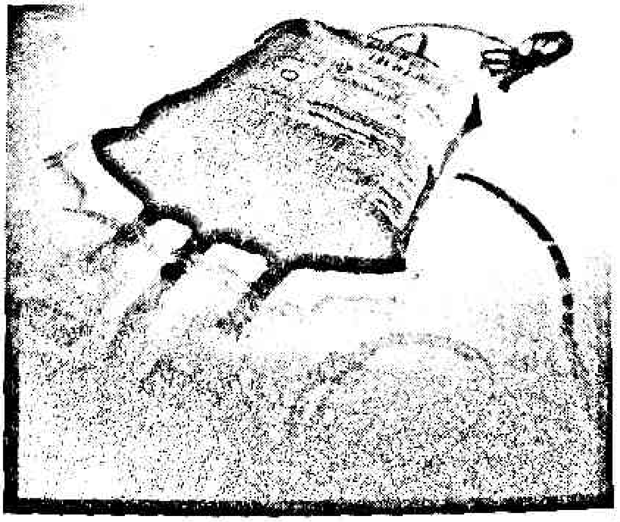
- Hypocalcemia
- Hypokalemia
- Hypervolemia
- Acidosis
- Hypothermia
- Infection
- Septicemia
- Peritonitis
- Reactions of blood
- Vomiting
- Aspiration
- Air embokism
- Portal vin thrombosis
- Necrotizing enterocolitis
- Anemia

(c) ketabton.com: The Digital Library



د EBT لپاره اړین سامان الات:

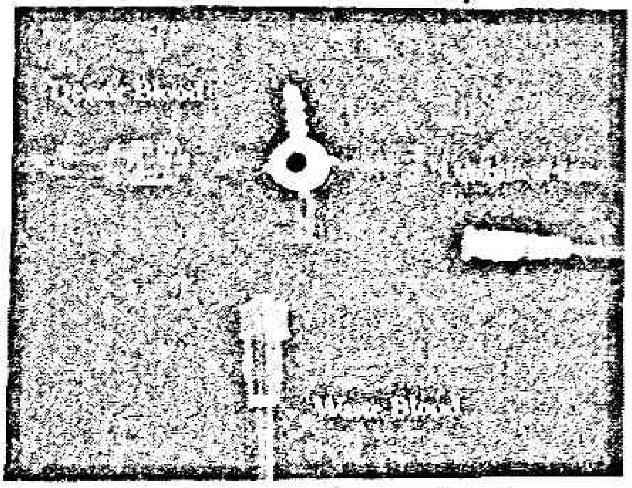
- دوه داني معقم لاس پاکي.
- شپږ داني ارټري فورسيپس.
- سپونج فورسيپس.
- ټوټ فورسيپس.
- Scalpel blade.
- ګاز پيسز.
- سروي کيتيتر يا N G tube No 6
- Three way stop cock دوه داني.
- Disposable 30ml سيرينج دوه داني.
- Exchangs transfusion ريکارډ شيټ.



(c) ketabton.com: The Digital Library

د EBT د اجرا تخنیک:

مخکې له دې څخه چې ماشوم ته EBT شروع باید د منتخب ګروپ وینه اماده او سیږي، که وینه یخه وي لومړۍ باید لږه ګرمه کړای شي او د دې په خاطر چې ماشوم کم خونه نه شي په لومړۍ سایکل کې 10ml وینه داخل او بیرون کیږي او په پاتي نورو سایکلو کې 20cc وینه داخل او بیرون کیږي چې هر دوران کې 100cc په نظر کې نیول کیږي او د هر سایکل په اخر کې د هایپوکلسیمیا او هایپوګلایسیمیا د مخ نیوي په خاطر 1cc Calcium gluconate او ورسره 4cc ګلوکوز 10 فیصده په قراره سره د وریدي کنولا له لارې رنځور ته ورکول کیږي.



Exchangs transfusion د تطبیق خواوې:

1. Umblical Vein
2. Umblical artery
3. Larg peripheral vein`

عمومي تدابیر او پارماکولوجیک تیراپي:

1. په نوې زیږیدلو ماشومانو کې د زیړي لپاره لومړۍ باید د زیړی سبب تداوي شي.
2. په هغه صورت کې چې Septicemia موجوده وي انتي بیوتیک باید توصیه شي.
3. کافي شېدې باید ورکړل شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

4. د کوچنې په مور کې Rh-isoimmunization دمخ نیوي په خاطر د Rh0(D) immuneglubulin انجیکشن په واسطه د Rh positive ماشوم ولادت په ۷۲ ساعتونو په دوران کې وکړل شي.
5. Phenobarbiton: فینوباربیتون د نوې زیږیدلی ماشوم د ځګرحجم زیات او د انزایمونو ، صفراوي مالګې او د صفرا د افرازاتو د زیاتوالي سبب ګرځي ، د فینوباربیتون اغیزې په نوې زیږیدلې full term ماشوم کې د ۳ – ۷ ورځې وروسته او په پریمیچور ماشومانو کې په ځنډ سره لیدل کیږي.
6. Metallo-porphyrins چې یو heme oxygenase نهې کوونکې دی توصیه کیږي چې د بیلروبین د تولید د کمیدو باعث کیږي.
7. د ولادت څخه وروسته 500mg/kg داخل وریدي ایمیونوګلوبولین په تطبیق سره داسې ښودل شوې ده چې د Exchangs transfusion اړتیا کموي.

Kernicterus:

(Bilirubine encephalopathy)

د بیلروبین encephalopathy د Kernicterus په نامه سره یادیږي ، kernicterus یو نیورولوجیک سندروم دی چې په عصبي حجراتو کې د غیر مستقیم بیلروبین د تراکم څخه منځ ته راځي ، غیرمستقیم بیلروبین په دماغو باندې ناوړه او توکسیک تاثیرات لري د غیر مستقیم بیلروبین دقیق مقدار او غلظت چې په انفرادي ډول سره د هرماشوم لپاره توکسیک وي معلوم نه دی.

لنده پتالوجي:

کله چې غیرمستقیم بیلروبین چې په شحمو کې منحل دی اندازه یې د 20mg/dl څخه پورته شي په دغه صورت کې یه نوو زیږیدلو ماشومانو په عصبي حجراتو کې Blood brain barrier (BBB) کراس کوی او په

(c) ketabton.com: The Digital Library

عمومي ډول سره basal ganglia ، 3rd او 4th قحفي عصب هستې ته او نور عصبي مراکزرنګه کیدل دي چې په نوموړو برخو کې نیورونونه تخریبوي او د ماغي زیږی لامل ګرځي.

کلینیکي تظاهرات:

- هغه ماشومان چې په kernicterus باندې اخته وي نیورولوجیک نښې په کې ډېرې لیدل کیږي.
- هغه ماشومان چې په ژور زیړی اخته وي ناڅاپي ډول سره لیترجي، ضعیف تی رودنه په کې لیدل کیږي.
- د Moro عکسې ضعیف یا نه شتون.
- لوړه او تیزه ژړا.
- د عضلاتي تون زیاتوالی.
- اپنیا.
- تنفسي بې نظمي.
- اختلاج.
- زیاتره کوچنیان د Kernicterus له امله خپل ژوند له لاسه ورکوي هو هغه ماشومان چې تر یوکاله ژوندي پاتي شي اختلاج او عضلاتي شخوالي لري.
- وروسته د ژوندپه دوهم او دریم کال بشپړ نیورولوجیک سندروم تاسس کوي چې په نوموړې سندروم کې دوه طرفه choreoathetosis ، extrapyramida signs ، high tone deafness ، Squints ، Seizures او دماغي وروسته والی.
- مړینه د تنفسي عدم کفایې او د جاري کوما له امله منځ ته راځي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنیوی:

- یوځل چې Kernicterus رامنځ ته شي بیا غیررجعي وي.
- یواځې د Kernicterus مخ نیوي په فوتوتراپي سره او یا د وینې په تبدیلیدوصورت نیولای شي.
- البومین انفیوژن 1 gm/kg د هایپوالبومینیمیا لپاره امکان لري چې مرسته وکړي.
- د صوتي وظایفو او ایکستراپایرامیډل وظایفو لپاره د مکتب تر وخته د ماشومانو څارنه ډېره اړینه ده.

د مور د شېدو زیړی(Breast Milk Jaundice) :

Breast Milk Jaundice د زیړی یو ډول دی یو شمیر ماشومان چې د مور د شېدو په واسطه تغذیه کیږي په متوسطه اندازه زیړی په کې لیدل کیږي چې وروسته د دوه هفتو څخه ښه والي حاصلیږي، د مور د شېدو زیړی دقیق لامل تر اوسه نه دی معلوم خوبیا هم داسې ویل کیږي چې د مور د شېدو زیړی د غیرمستقیم هایپربیلروبینیمیا وروستي پیل دی چې د څینو مېندو په سینوکې د اتصال یا د conjugation نهې کوونکې موجود وي چې څینې نهې کوونکي فکتورونه عبارت دي له pregnanediol ، ازاد شحمي اسیدونه او Steroids څخه.

د ۱۵ – ۱۰ ورځې عمر په موده کې، Hyperbilirubenemia د 30mg/dl-20 په اندازه لوړیږي او بیا په قراره سره د ۱۲ – ۴ هفتو عمر په موده رانښکته کیږي

مقاوم یا Persistent زیړی :

مقاوم زیړی داسې واضح کولای شو چې هغه زیړی چې د دوه اونیو څخه زیات وخت ونیسي مقاوم زیړی ورته وایي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

اسباب:

- د وخت څخه مخکې زیږیدنه.
- د موردشېدو زیږی.
- هایپوتایریدیزم.
- ډاون سندروم.
- سریګلرنیجارسندروم.

پتالوجیک زیړی:

خصوصیات:

- د داډول زیړی شواهد د ژوند د لومړی ورځې څخه موجود وی.
- د بیلروبین په یو ساعت کې د0.5mg /dl په اندازه لوړیږي.
- په term ماشومانو کې د بیلروبین اندازه 13mg /dl او په preterm ماشومانو کې د 15mg /dl په اندازه لوړیږي.
- د مستقیم بیلروبین فریکشن د 1.5-2.0mg/dl څخه لوړ وی.
- هیپاتوسپینومیګالي او کم خوني موجوده وي.

مستقیم بیلروبین زیاتوالي:

(Conjugated(direct)Hyperbilirubinemai

مستقیم هایپربیلروبینیمیا داسې واضح کیږي کله چې په وینه کې د مستقیم بیلروبین غلظت د 2mg/dl(34.2mmol/L) یا 20% د ټوټل بیلروبین څخه زیات شي.

عمومي پاملرنه:

- د مستقیم بیلروبین زیاتوالي د هیپاتوبیلري عدم فعالیت لپاره یوه نښه ګڼل کیږي.
- د مستقیم بیلروبین زیاتوالي د صفرا دافراز د نقیصې یا د بې کفایتی په نتیجه کې منځ ته راځي چې په دغه ځای کې یو عدم فعالیت موجود

(c) ketabton.com: The Digital Library

وي چې د بدن څخه بیلروبین اخراج کړي چې دانقیصه همیشه پتالوجیک وي.

- کله چې د فزیالوجیک زیړی غیر مستقیم هایپربیلروبینیما په څنګ شي ،په نوی زیږیدلي ماشومانو کې اکثره وخت مستقیم هایپربیلروبینیما وروسته د یوې اونۍ عمر څخه ښکاره کیږي.
- شاید چې نوموړې زیړی د هیپاتوسپلینومیګالي، خاسف غایطه مواد او د توررنګه ادرارو سره ملګري وی.

اسباب:

1. د صفرا د جریان بندښت.
   - بیلری ارتریزیا.
   - د صفرا قنات تنګوالي.
   - سیستیک فایبروزس.
2. د ځګر دحجراتو ژوبلونه.
   - انتانات لکه سیپسیس ، هیپاتایتس ، TORCH انتانات.
   - میتابولیک ناروغی. ذخیروی ناروغی ګلکتوسیمیا. فرکتوسیمیا .
   - جینیتکي ناروغی. لکه ډوبین جانسین سند روم او روتور سند روم.

تشخیص:

- د direct hyperbilirubenemia د ټولو شکمنو لاملونو په اړه دې منتخب تحقیقات اجراشي.
- د direct,indirect,total بیلروبین اندازه.
- TFT, SGOT,SGPT معاینات باید اجراشي.
- د وینې ، ادرارو ، Spinal fluid کلچر.
- TORH انتي باډی تایتر.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- HbsAg حالت.
- د وينې او ادرارو ميتابوليک سکرينينګ.
- د ځګرتحت الجلدي بايوپسي

اداره:

اداره يې د مستقيم بيلروبين د حقيقي لامل په معلوميدو سره وضع کيږي.

په منتخبو انتي بيوتيکو په استعمال سره سيپسيس تداوي کيږي.

په Cholestatic jaundice کې د صفرا جريان سريع کول، د سويي تغذي مخه نيول، ويتامين فقدان د منځه وړل د تداوۍ اصلي مقصد دی.

د choletyramine او phenobarbiton استعمال دصفراجرايان تنبع کوي او د سيروم بيلروبين او د صفراوي مالګو اندازه راکموي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

(9)
د منځني غوږ التهاب
Otitis Media

د منځيني غوږ حاد التهاب:
Acute Otitis Media (AOM)

د منځيني غوږ التهاب يعنې د منځيني غوږ د جوف قيحي انتان او التهاب دی، دا ډول انتانات اکثراً د هغو انتاناتو په واسطه منځ ته راځي کوم چې د مخه په ناروغ کې د ستونې درد، ريزش يا د نورو تنفسي ناروغيو سبب شوې وي چې د نوموړې محراقاتو څخه يې منځيني غوږ ته سرايت کړی وی. ځکه منځني غوږ استاخين ټيوب له لارې ستونې سره نښتي وي او که چيرې له درملنې پرته پريښودل شي په هغه صورت کې ځينې خطرونه لکه د غوږ مزمن التهاب ، کوڼوالی او د ډېر مهم ماستويديت(يعنې ماستويديت انتان د غوږ د شا هډوکي کې وتل) چې کولی شي د مننژيت او د دماغ د ابسې لامل شي چې دواړه ناروغۍ جدې مراقبت او تداوی ته اړتيا لري.

د منځني غوږ التهاب ی Otitis Media د ماشومتوب يو د ډېرو عامو انتاناتو له جملې څخه ګڼل کيږي، نوموړې ناروغي په هر عمر کې کوچنيان مصابولای شي خو بيا هم وقوعات يې د شپږومياشتو څخه تر درې کالو عمر په مابين کې ډير ليدل کيږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

اسباب:

1. باکتریا: باکتریا د ټولو لاملونو په نسبت یو ډیر معمول اجینټ دی چې د منځني غوږ التهاب رامنځ ته کوي، ترټولو زیات عام اورګانیزمونه عبارت دی له..

- Streptococcus pneumonia(15-40%)
- Haemophilus influenza (15-25%)
- Moraxella catarhalls(12-20%)
- Group A streptococcus
- Staphylococcus aureus(acut and chronic otitis media)
- Paeudomonas aeruginosa(chronic otitis media)

2. ویروسونه: ویروس د غوږ د التهاب د مستقیم سبب لپاره دومره مهم نه دی خو په هر حال د پورتني طرق تنفسي ویروسي انتانات د استاخین تیوب بندښت رامنځ ته کولای شي چې د باکتریاګانو د نشونما لپاره زمینه مساعدوي.

پتوجینیزس:

کله چې د Eustachian تیوب مجرا د موضعی انتاناتو په واسطه یا د ضخاموی ادینوید له امله وتړل شي، باکتریاګانې مینځني غوږ ته ځان رسوي، د مینځني غوږ جوف ایسار شوی هوا له سره رشف او جذبیږي او په نوموړي جوف کې منفي فشار مینځ ته راځي او جوف ته د باکتریا د رارسیدو زمینه مساعد ګرځوي دغه د باکتریاګانو رارسیدنه مینځنی غوږ ته اوله جوف څخه د افرازاتو نه راوتنه او بندش بلعوم ته د دی سبب کیږي چې د متوسط غوږ کې مایع راټوله شي او د باکتریاوو په واسطه سره منتن شی،

مساعد کوونکي فکتورونه:

➢ هغه ماشومان چې په غریبو کورنیو کې ژوند کوي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- ماشومان چې عمرونه يې د يو کال څخکه کم وي.
- ډاون سندروم.
- په يخو ارتفاعاتو کې اوسيدل.
- په اب او هوا کې ناڅاپي تغيرراتلل.
- ساختماني نقيصه چې چې استاخين تيوب دنده خرابوي لکه Cleft palate
- د معافيت فقدان..

کلينيکي تظاهرات:

- نوزادان او ماشومان شايد چې اعراض ونلری اويا لاندې اعراض به په کې موجود وي.
- مخرشيت.
- تبه
- کانګې.
- اسهالات
- د غوږدرد.
- د ماشومانو په واسطه د اخته غوږ کيکاږل.
- د اواز د اوريدو ضياع.
- د غوږ افرازات.
- د ماشومانو ژړا کول.
- په غوږکې د اجنبي اجسامو حس کيد .
- بې خوبي.

اختلاطات:

1. Mastoiditis
2. Meningitis

(c) ketabton.com: The Digital Library

3. Hearing loss

تشخیص:

د منځیني غوږ د التهاب د تشخیص لپاره لاندې میتودونه په کار اچول کیږي.

Otoscope

د کوچنیانو ډاکټران د کوچنیانو د غوږد التهاب د معلومولو او تشخیصولو لپاره یوه اله کاروي چې د Otoscope په نامه سره یادیږي د دغې الې په مرستې سره کولای شو چې د غوږ داخلي مجرا وګورو او اړونده نقیقه یا کوم التهابی حالت معلوم کړو، د غوږ د معاینې پر مهال باید معاینه کوونکې لاندې شیان په نظر کې نیولو سره د غوږ بشپړ ارزیابي وکړي.

- ✓ سوروالی.
- ✓ پړسوب.
- ✓ وینه.
- ✓ افرازات.
- ✓ په منځیني غوږ کې د مایع موجودیت.
- ✓ د غوږد بهرنۍ مجرا پړسوب.

Tympanometry

د tympanometry test په دوران کې ډاکټریوه وړه اله کاروي چې په مرسته یې د غوږ فشار معلومیږي او که چیرته eardrum ریچر کړی وی هم یې معلوموي.

Reflectomety

د reflectometry ټیسټ په دوران کې ډاکټریوه وړه اله کاروي

(c) ketabton.com: The Digital Library

چې د کوچني د غوږ په خوا کې اواز وباسي چې په مرسته يې يو ډاکتر کولای شي د اواز په اوريدو سره چې بيرته اواز منکعس کيږي د غوږ په داخل کې مايع معلومه کړي.

Hearing test

د اواز د اوريدو معاينې سره د يوماشوم يا د يوناروغ د اواز د اوريدو قابليت معلوموي.

Ear discharge culture

Needle aspiration and culture of the middle ear contents په هغه صورت کې چې دغوږ افرازات نه وي

تداوي:

Acute Otitis Media(AOM)

- ماشومان ته بايد ارام وکړل شي.
- مايعات او کافي غذا ورته توصيه شي.
- د غوږ فرازات يې ديو معقم ګاز په واسطه پاک کړای شي.
- د درد لپاره ورته انلجيزيک يا د درد ضد درمل توصيه شي.
- د تبې په خاطر ورته انتي پايريتيک ورکړل شي.
- د تداوۍ په لومړي قدم کې ورته د ډېرو معمولو مايکرولورګانيزمونو (S.Pneumoniae and H. Influenzae) په ضد درمل ورته توصيه کيږي خوکله چې د کلچر او حساسيت نتيجه معلومه شي درمل يې بدليږي، د منځيني غوږ حاد التهاب کې انتخاپي درمل Amoxicillin (80-90mg/kg/day) په درې تقسيم شوو ډوزونو باندې د ۱۰ ورځو لپاره. همدازنګه نور درمل چې د منځيني غوږ حاد التهاب کې ورکول کيږي په لاندې ډول دي. تداوۍ د ۱۰-۷ ورځولپاره توصيه کيږي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- clavulanic acid
- Erythromycin
- Sulfamethoxazole
- Cefaclor
- Cefuroxim
- Trimethoprim-sulfamethoxaole
- Cefixime

• د penicillin-resistant pneumoccocci لپاره دوهم اپشن Ceftriaxone 50mg/kg/day IM د ورځې يو ځل توټل دوزونه ۳-۱ورکول کيږي يا Macrolide antibiotic (azithromycin)

• هغه ناروغان چې د انتي بيوتيکو د دوهم کورس توصيه کيدو باوجود هم شفاياب نه شي او يا ناروغي بې لا هم شديده شي نو په دغه صورت کې د tympanocentesis په اړه فکر کيږي چې تر څو اصلي سببي لامل په ګوته شي او دقيق انتي بيوتيک ورته توصيه شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

(10)
د نوي زيږيدلي ماشوم اسپيکسيا
Birth Asphyxia/Perinatal Asphyxia Or Neonatal Asphyxia

د نوي زيږيدلي ماشوم اسپيکسيا يو طبي حالت دی چې د يو نوي زيږيدلي ماشوم د ولادت په وخت د اوکسيجين د محروميت څخه منځ ته راځي يعني کله چې يو نوی زيږيدلي ماشوم تر بشپړې زيږيدنې سمدستي وروسته په بنفسهي ډول سره تنفس پيل نه کړي نونوموړې حالت منځ ته راځي او که چيرته د زيږيدنې د وخت اسپيکسيا په وخت سره او په جدي ډول سره تداوي نه شي نو په نتيجه کې خطرناک اختلاطات منځ ته راځي او د Encephalopathy له کبله د مرکزي عصبي سيستم حجرات په دايمي ډول سره زيانمنې کيږي چې ښايي د نوي زيږيدلي ماشوم د مړينې اويا په موخر ډول سره د cerebral palsy او mental deficiency سبب شي. نو په جامع ډول سره د زيږيدنې د وخت اسپيکسيا په دا ډول تعريفوو، که چيرې يو نوی زيږيدلي ماشوم د پوره زيږيدنې يا ولادت څخه وروسته سمدستي په بنفسهي ډول سره خپل تنفس شروع نه کړي د زيږيدنې د وخت اسپيکسيا په نوم ياديږي اويا د ماشوم د زيږيدنې د عمر په لومړيو ۱- ۵ دقيقو کې د ابګار سکور درجه د ۵ څخه ښکته شي او يا د وينې PH بې ټيټ شي د زيږيدنې اسپيکسيا ورته وايي.

Hypoxia: هغه حالت ته ويل کيږي چې د شرياني وينې اکسيجن د نورمال حالت څخه کم وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

Ischemia: هغه حالت ته ویل کیږي چې د حجراتو او اورګانونو د وینې جریان کم او خپل نورمال وظایف رسولای نه شي.

د خطر فکتورونه:

مورني عوامل.

- د وینې لوړ فشار په شمول د ایکلامپسیا او پري ایکلامپسیا.
- د حوصلې ابنارملتي.
- د شکر ناروغي.
- د نیپرونونو التهاب.
- د وینې ټیټ فشار.
- انتانات.

پلاسینتا پورې اړوند عوامل:

- Abruptio پلاسینتا.
- د توکسیمیا له امله د پلاسینتا بی کفایتي.

د جین پورې اړونده عومل:

- کم خوني.
- انتانات.
- د قلبي او تنفسي ستونزو له امله هایپوکسیا.

د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا سبب:

د انیستیزیا، د قلبي ناروغیو، نمونیا، تنفسي عدم کفایه، د هایپوتینشن له کبله د ولادت د وخت د مور کم فشار د ابهر او ویناکاوا د کومپریژین له کبله) په وخت کې د مورنی وینې غیر کافي اوکسیجن رسیدنه.

سریري تظاهرات:

- د وینې د PH کموالي د ۷.۲ څخه.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- اسیدوزس.
- دجنین Distres په حالت کې چې د امنیوتیک مایع کې میکونیم موجود وي.
- خسافت.
- سیانوزس.
- اپني.
- د زړه د ضربان کموالی
- د تنبه په مقابل کې د عکس العمل نه ښودل.
- تنفسي عدم کفایه.
- د ماشوم دعضلاتو د ټون کموالي.

لنډه پتوفزیولوجي:

د بیرت اسپیکسیا پتالوجي د ناروغۍ دوخامت اودارګان د مصابیدو سره تړاو لري.

د اسپیکسیا پیل په لاندې حالتونو په تعقیب سره پیل کیږي.

میتابولیک اسیدوزس.

هایپوګلایسمیا.

هایپوتینشن.

د دماغي وینې په جریان کې تغیر راتلل.

په مرکزي عصبي سیستم د شعریه عروقو دنفوذیه قابلیت د زیاتوالي له امله د مایع لیکاژ مینځ ته راځي چې cerebral اذیما او حجروی مړینه رامنځ ته کوي.

میتابولیک پایلې:

د ګلایکولایزس سریع کیدل سره د brain lactate levels د زیاتوالي سره او ورسره د high energy phosphate concentration کې کمښت را مینځ ته کیدل..

(c) ketabton.com: The Digital Library

د دماغي وينې په جريانات کې بدلون راتلو سره لاندې ميتابوليک تغيرات رامنځ ته کيږي.

- په لومړي قدم کې د دماغي وينې په جريان کې ډېربښت.
- وعايي يا واسکولر autoregulation له مينځه تلل.
- د وينې د فشار کمښت او بيا د Cerebral blood flow کې کمښت رامنځ ته کيدل چې دا ټول پورتنې حالتونه د زيږيدنې د وخت اسپيکسيا رامنځ ته کوي.

تشخيص:

د اسپيکسيا د تشخيص لپاره خصوصي کلينيکي ميتودونه موجود دي دوينې بيوشيميک معاينات اجرا او د نومورو معايناتو څخه د يو لارښود په ډول کار اخيستل کيږي.

د ولادت څخه مخکې:

د بيرت اسپيکسيا د خطرفکتورونو پيژندل او د هغې لپاره اړين د قدامات نيول.

ټولې مېندې د ولادت په دوران کې کم څه کم څلور پنځه واري نږدې روغتيايي مراکزو ته يا د ولادي نسايي متخصص يا ډاکترانو ته مراجعه وکړي ترڅو د وخت څخه دمخه د هغوروغتيايي ستونزو مخه ونيول وشي چې د ولادت په وخت کې د اسپيکسيا يا د نورو روغتيا ستونزو لامل ګرځي.

په کارديو ګرافي باندې د جنين Tachycardia، bradycardia او يا late-Deceleration حالت معلوميداى شي.

په التراساوند باندې د جنين د فعاليت کموالې. د جنين د تنفسي حرکاتو کموالې او يا په Liquor کې د ميکونيم د موجوديت له امله fetal distress معلوميداى شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د اسپیکسیا ماشومانو ۷۰ فیصده د خطرفکتورونه له زیږیدني څخه مخکې معلومیدای شي او پاتې ۳۰ فیصده ماشومانو د خطر فکتورونه لانه معلومیږي.

د ولادت په وخت کې:

د ولادت په وخت کې د APGAR سکور د اندازي ښکته والي د ټولو څخه زیاته استعمالیدونکې کریتیریا ده چې تریو حده د زیږیدني د وخت اسپیکسیا پرې تشخیص کیدای شي. د اپګار سکور په دې طریقه کې دماشوم تنفسي حالت،رواني حالت او عصبي حالت څیړل کیږي، که د پنځو دقیقو څخه زیات وخت لپاره د APGAR سکوراندازه که ۳ شااوخوا کې وي د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا شواهد په ګوته کوي خو په هر حال شاید چې په preterm ماشوم کې low apgar scor د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا په ګوته نه کړي چې نوموړې ماشومان د ولادت په وخت هایپوتونیک ،د اطرافو سیانوزس او د تنبه په مقابل کې کم ځوابه وي.

په غیر asphyxiated ماشوم کې شاید چې low apgar scor موجود وي چې امکان لري چې لاملونه یې لاندې حالتونه وي.

Depression from meternal anesthesia or analgesia

Trauma، نیورومسکولرناروغي، انتانات او داسې نور.

خو داسې به وو وایو چې د ماشوم د حالت د ارزیابی لپاره ابګار سکور یو ښه اینډیکیټور دی.

(c) ketabton.com: The Digital Library

APGAR SCOR

A	0	1	2
Appearance (color)	Blue,pale	Body pink Extremities blue	Fully pink
P Pulse(heart rate)	Absent	Below 100	Over 100/min
G Grimace (respons to stimulation	No response	Facial Grimace	Cry
A Activity (muscle tone)	Flaccid	Some flexion	Normal with move
R Respiration	Absent	Gasping	Regular

په عمومي ډول سره اپګار سکور په ۱. ۵ ، ۱۰ او ۱۵ دقیقو کې اندازه کیږي.

دا پګار سکور ډله بندي:

1) نارمل اپګار سکور............. له ۸ څخه زیات.

2) متوسط اپګار سکور.......... له ۴ څخه تر ۸ پورې.

3) ډیر بنکته اپګار سکور........ له ۴ څخه بنکته نمبر اخلي.

داسپیکسیا اختلاطات:

1) مرکزي عصبي سیستم: Hypoxic Ischemic encephalopathy.

2) پښتورګي: د پښتورګو د تیوبولونو حاد نیکروز.

3) تنفسي سیستم: میکونیم ایسپایریشن. تنفسي ډیسترس سندروم، د سږو مقاوم لوړ فشار، اپني.

4) قلبي وعایي سیستم: د میوکارد التهاب. اسکیمیا. قلبي عدم کفایه. ټرایکسپید او میترال ریګرجیتیشن.

(c) ketabton.com: The Digital Library

5) د معدې او دامعاو سیستم: د معدې زخم ، نیکروټایزینګ اینټیرو کولایټیس او د کولمو پرفوریشن.
6) د وینې سیستم : ډیسټامینیټید اینټراواسکولر کواګولیشن . د نووزیږیدلو ماشومانو د هیموراژیک ناروغیو دخطرزیاتوالی.
7) میټابولیک: په کمه اندازه هایپوګلایسیمیا ،

:Hypoxic Ischemic encephalopathy

په نووو زیږیدلوماشومانو کې د اسپیکسیا له امله اول هایپوکسیا او اسیدوزس مینځ ته راځي او بیا په ثانوي ډول د نیونیټل اینسیپلاپتی لامل ګرځي چې په لاندې چوکاټ کې په دریو ستیجونو ویشل شوې ده .

Stages of hypoxic ischemic encephalopathy.			
Signs	Stage 1	Stage 2	Stage 3
Level of Consciousnes	Hyperalert	Lethergic	Stuporous,coma
Muscle tone	Normal	Hypotonic	Flaccid
Posture	Normal	Flexion	Decerebrate
Tendon reflexes	Hyperactive	Hyperactive	Absent
Moclonus	Present	Present	Absent
Moro reflex	Strong	Weak	Absent
Pupils	Mydriasis	Miosis	Unequal,poor light reflex
Seizures	None	Common	Decerebrate
EEG	Normal	Low voltage	Burst suppression changing to isoelectric seizure activity
Duration	<24hr	24 hr to 14 day	Days to weaks
Outcome	Good	Variable	Death,sever deficitis

د اسپیکسیا تداوي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

- د اسپیکسیا د تداوۍ یو اصلي هدف دا دی چې د اسپیکسیا د نور حملو مخه ونیول شي.
- ټول نوي زیږیدلي ماشومان باید د وخت څخه دمخه د اسبیکسیا لپاره ارزیابي شي او د لوړ خطرواله ولادتونه دې په دوام دار ډول څارنه وشي او ښه ولادي خدمات دې ورته وړاندي شي او په ولادت خانه کې دې په درست ډول سره د ټولو نوو زیږیدلو ماشومانو resuscitation اجرا شي.
- د حرارت درجه دې کنترول شي او د هایپوترمیا څخه دې کوچني وژغورل شي.
- د کوچني حیاتي علایم او output دې په درست ډول سره ریکارډ شي.
- که د ناروغ حالت ډېر وخیم وي او یا ختلاج ولري په دغه صورت کې باید د خولې له لارې څه شی ورنه کړل شي.
- د ګلوټیک د برخې سکشن دې اجرا شي ترڅو تنفسي لاره د وینې، مخاط او مایکونیم څخه پاکه شي او د ماشوم د پښې د ګوتو د ورو ورو ضربو په واسطه تنبع او اکسیجن د بیګ او ماسک په واسطه د فمي بلعمومي airway د اخلولو څخه وروسته د اړتیا مطابق تطتیقیږي.
- هایپوکسیا د (4L/minute) اوکسیجین سره تداوي کړۍ او په هغه صورت کې چې hypercarbia واقع شوې وي Intermittent positive pressure ventilation (IPPV) ورکول کیږي.
- د اسیدوزس په صورت کې باید بای کاربونیت د یو متخصص یا د تجربه کار ډاکتر په واسطه ورکړل شي ځکه د سودیم بای کاربونیت زیات مقدار hypercarbia او د hypernatremia د رامنځ ته کېدو خطرزیاتوي او هم بې زیات مقدار د دماغي اذیما چانس زیاتوي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- که ناروغ هایپوګلایسیمیا (Blood glucose <50mg/dl) ولري 2ml/kg of D/W10% په یوه دقیقه کې او بیا د د وینې د عادي ګلوکوز د برقراره ساتلو لپاره 6-8mg/min ورکول کیږي.
- Hypocalcemia: (Blood calcium <7mg/dl) په اعراض لرونکې (اختلاج اپنی، تیتاني) کیسونو کې Clacium gluconat 1-2mg/kg 10% IV د پنځو دقیقو په جریان کې تطبیقیږي که چیرته نوموړې تداوي نتیجه ورنکړي نوموړې دوز ۱۰ دقیقې وروسته بیا تکراریږي.
- همدارنګه د تولد د دوه ساعتونو په دوران کې ورته وقایوي Vit K IM تطبیقیږي.
- هغه ماشومان چې په شدیده اسپیکسیا باندې اخته وي دزړه د وضعی له نظره نوموړې ناروغان په دریو ګروپوویشل کیږي لومړي هغه ناروغان چې د زړه ضربان بې په یو دقیقه کې د ۱۰۰ څخه پورته وي، دوهم د زړه ضربان په یوه دقیقه کې ۱۰۰ څخه کم وي او دریم د زړه ضربان هیڅ موجود نه وي او په دې هغه ناروغان چې د زړه ضربان بې هیڅ موجود نه وي په عاجل ډول سره ورته د سکشن څخه وروسته IPPV په واسطه ورته وینتیلیشن اجراکیږي او خارجي قلبي مساج ورته د منځنۍ او انډیکس ګوتو په واسطه اجراکیږي که چیرې د ۴-۵ دقیقو په موده کې ناروغ کې تغیر رانشي نو په دې حالت کې ادرینالین د ۱۰۰۰۰: ۱محلول څخه یوملي لیتر اینتراکاردیک او یا داخل په ورید کې تطبیقیږي.
- که چیرته د انتان خطر مواجه وي په دغه صورت باید مناسب انتي بیوتیک ورکړل شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د اسپیکسیا د اختلاطاتو تداوي:

1) Seizures:
Phenobarbiton 20mg/kg loading dose slow IV
تعقیبی دوز 3-5mg/kg/day

2) Cerebral odema : Fluid restriction او په اختیاط سره د ایلیکترولایتونو په خارنې سره او شاید چې د hypertonic sclution د 20% مانیترل (0.5-1.0g/kg/dose IVover 20 min) په دوران کې.

3) Hypotention: پلازما او انوتروفیک سپورت لکه دوپامین.

4) Cardia failure: تداوي په Digoxin او .Inotropic support

5) د ادرارو Out put باید په ډېراحتیاط سره وڅارل شي او باید د 1ml/kg/hr څخه پورته شي.

6) Apnea and Carbon dioxide retention په IPPV سره.

(c) ketabton.com: The Digital Library

ماخذونه

1. Basis of Pediatrics. 8th Edition.Parvez Akbar khan
2. Practical Paediatric Guide by Dr.Malte L von Blumroeder.
3. Ghai Essential Pediatrics 8th Edition.
4. Children Diseases Volume 1 by Professor Dr Ahmad Siar Ahmady
5. Treatment Guide 8th Edition by Muhammad Inayatullh and Shabbir Ahmad Nasir.
6. Medical Diagnosis and Management Eleventh Edition By Dr Muhamad Inam Danish.
7. Childrens Common Diseases by professor Dr Abdul Satar Niazi
8. Medical Emergency Treatment by Dr Sayed Malyar Sadat.
9. Drug Dosages in Children 8th Edition By Meharban Singh and Ashok K. Deorari
10. Pediatrics Diseases:by dr Sultan Muhamad Safi
11. Treatment Guidelines of Pediatrics : by Dr Mansoor Aslamzai MD Associat prof of Pediatrics.
12. Our Environment(how to keep our environment clean) by Dr.Sayed Malyar Sadat
13. www.healthline.com
14. https/en.wikipedia.org
15. www.healthcomunites.com
16. د کوچنیانو ناروغی . لومړی ټوک : لیکوال: پوهاند دوکتور عبدالستارنیازی.
17. انتاني ناروغی. پوهنوال ډاکټرعبدالناصرجبارخیل.
18. د ملاریا ناروغی د درملني ملي لارښود (کال ۱۳۸۹)
19. د درملنې ملي معیاری لارښود د لومړنیوروغتیایي خدمتونو مرکزونو لپاره.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د لیکوال پېژندګلوي:

ډاکټر سید ملیار سادات د اروانباد استاد سید غلام علي سادات زوی دی، چې په ۱۳۶۳ کال د کونړ ولایت په نورګل ولسوالۍ د بر نورګل کلي د ساداتو په کورنۍ کې زیږېدلی دی
لومړنۍ زده کړې یې د ننګرهار په عالی لیسه ترسره کړی او بیا وروسته په ۱۳۸۲ کال د نورګل مزار لیسې څخه په اعلی درجه فارغ شوی دی او په ۱۳۹۱ کال د پکتیاپوهنتون د معالوجوی طب څخه فارغ شوی، نوموړی یو هڅاند ځوان دی او په خپل مسلک پورې د اړونده کتابونو ترڅنګ د پښتو ادب مطالعې سره ځانګړې مینه لري، چې اوس یې پښتو ادب سره د ډېرې مینې له امله په خپل مسلک کې د څېنو کتابونو د لیکلو تکل کړی دی.
ډاکټر صاحب یو هڅاند ځوان دی او په خپل مسلک پورې د اړوندو کتابونو ترڅنګ د پښتو ادب مطالعې سره ځانګړې مینه لري، چې اوس یې پښتو ادب سره د ډېرې مینې له امله په خپل مسلک کې د څېنو کتابونو د لیکلو تکل کړی دی.
د سادات صاحب د همدې تکل او مزل څېنې نورې بېلګې هم شته، چې یو څه یې په کتابې بڼه چاپ شوی او د نورو یې تر دې وروسته د چاپ په هڅه کې دی چې چاپ او ناچاپ آثار یې په لاندې ډول دي.

1. د پښغلو دژوند پټ انځور(چاپ)
2. د نشه يي توکوزيانونه(چاپ)
3. بیړنۍ طبي درملنې (ژباړه چاپ)
4. سګرټو ځان وژغورئ (چاپ)
5. پر روغتیا د شرابو اغېزې (چاپ)
6. زموږ چاپېریال (چاپ)

(c) ketabton.com: The Digital Library

7. انساني عظمت (چاپ)
8. د داخله ناروغیو اساسات، لیکوال ډاکتر ابراهیم شینواری (دوهم واری کتنه او زیاتونه) چاپ)
9. پر روغتیا د شرابو (الکولو) اغېزې (چاپ)
10. لس تاپ ناروغی، همدا اثر (چاپ)
11. زمونږ چاپېریال (دوهم ځل چاپ)
12. طبابت که تجارت. ناچاپ
13. د بریا لار (ناچاپ)
14. د ژوند حقیقته (ناچاپ)
15. اسلام او معاصر طب
16. په افغانستان کې د نشه یانو د ژوند ربښتني انځور (ناچاپ)
17. د والدینو حقوق (ناچاپ)
18. ورځني مېډیاوې او افغاني کلتور (ناچاپ)
19. د اروابناد استاد سید غلام علی سادات ژوند ته لنډه کتنه (ناچاپ)
20. کاردیولوژی (ناچاپ)
21. ژوند او رژېدلې هېلې.

سادات صاحب وروسته د طب پوهنځي د فارغیدو څخه د هېواد په لرې پرتو سیمو کې په مختلفو روغتونونو او کلینیکونو کې د ډاکتر په صفت دندې ترسره کړي چې دا مهال هم په خپلو دندو بوخت دی.

په درنښت
نوراغا سعید
توحید غږ راډیو
کنړ/نورګل

(c) ketabton.com: The Digital Library

Top Ten Diseases

Introduction, Causes, Signs & Treatment

1. Common Cold
2. Acute Watery Diarrhea
3. Malaria
4. Pneumonia
5. Bronchiolitis
6. Measles
7. Bacillary Dysentery
8. Neonatal Jaundice
9. Otitis Media
10. Birth Asphyxia

By: Dr. Sayed Malyar Sadat

Designed by: Abdul Hadi Asar

چاپ چارې
د ختیځ خپرندویې ټولنې تخنیکي څانګه- جلال اباد
ختیځ خپرندویه ټولنه/facebook.com
۰۷۷۲۷۱۹۰۳۰-۰۷۷۱۱۰۴۲۴۳

Get more e-books from www.ketabton.com
Ketabton.com: The Digital Library