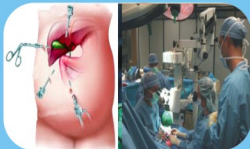


د جراحی انګال

رنځور یار دوکتور عجب گل مومند

Afghanic



ننگرهار طب پوهنځی

Pashto PDF
2015

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

Surgery

Dr Ajab Gul Momand

Download: www.ecampus-afghanistan.org
Ketabton.com



ننگرهار طب پوهنځی



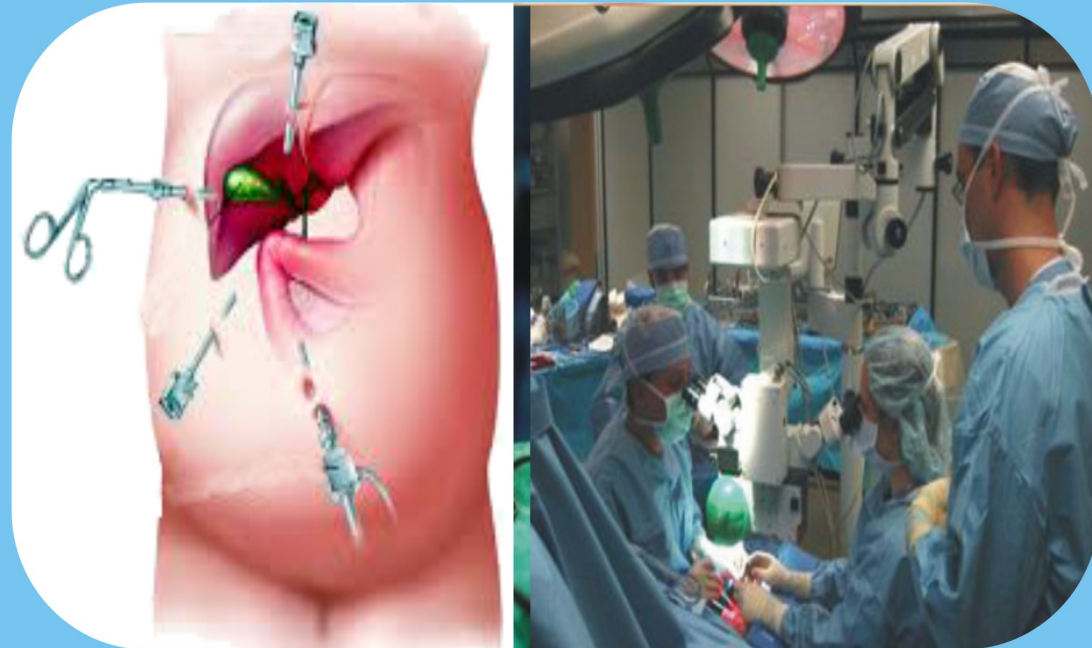
Nangarhar Medical Faculty

Afghanic

د جراحی انکال

د جراحی انکال

Dr Ajab Gul Momand

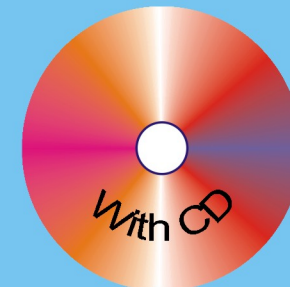


Surgery

Surgery

رنځور یار دوکتور عجب گل مومند
۱۳۹۴

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan



رنځور یار دوکتور عجب گل مومند

۱۳۹۴

2015

بسم الله الرحمن الرحيم

د جراحی انکال

رنخوړ یار دوکتور عجب گل مومند

دغه کتاب په پی دی اف فورمت کی په مله سی دی کی هم لوستلی شی:



د کتاب نوم	د جراحی انکال
لیکوال	رنخوړ یار دوکتور عجب گل مومند
خپرندوی	ننگرهار طب پوهنځی
ویب پاڼه	www.nu.edu.af
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ کال	۱۳۹۴
ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org
چاپ ځای	افغانستان ټایمز مطبعه، کابل

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمیټې په جرمني کې د Eroes کورنۍ یوې خیریه ټولنې لخوا تمویل شوی دی. اداري او تخنیکي چارې یې په آلمان کې د افغانیک لخوا ترسره شوي دي. د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت د کتاب په لیکوال او اړونده پوهنځی پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبیق کوونکي ټولنې په دې اړه مسؤلیت نه لري.

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له موږ سره اړیکه ونیسئ:

ډاکټر یحیی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کابل

تیلیفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: textbooks@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بی ان ۵ - ۰۶ - ۹۳۴۲۹۳ - ۱ - ۹۷۸

د درسي کتابونو د چاپ پروسه

قدرمنو استادانو او گرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لویو ستونزو څخه گڼل کېږي. یو زیات شمیر استادان او محصلین نوي معلوماتو ته لاس رسی نه لري، په زاړه میتود تدریس کوي او له هغو کتابونو او چپترونو څخه گټه اخلي چې زاړه دي او په بازار کې په ټیټ کیفیت فوتوکاپي کېږي.

تراوسه پورې مونږ د ننگرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ او کاپیسا د طب پوهنځیو او کابل طبي پوهنتون لپاره ۱۵۶ عنوانه مختلف طبي تدریسي کتابونه چاپ کړي دي. د ننگرهار طب پوهنځی لپاره د ۲۰ نورو طبي کتابونو د چاپ چارې روانې دي. د یادونې وړ ده چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هیواد ټولو طب پوهنځیو ته په وړیا توگه ویشل شوي دي. ټول چاپ شوي طبي کتابونه کولای شي د www.afghanistan-ecampus.org ویب پاڼې څخه ډاونلوډ کړي.

دا کړنې په داسې حال کې تر سره کېږي چې د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د (۲۰۱۰-۲۰۱۴) کلونو په ملي ستراتیژیک پلان کې راغلي دي چې: "د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کیفیت او زده کوونکو ته د نویو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړینه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د لیکلو فرصت برابر شي د تعلیمي نصاب د ریفورم لپاره له انگریزي ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او درسي موادو ژباړل اړین دي، له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلین او استادان نشي کولای عصري، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي".

د لوړو زده کړو د وزارت، پوهنتونونو، استادانو او محصلینو د غوښتنې په اساس په راتلونکې کی غواړو چې دا پروگرام غیر طبي برخو لکه ساینس، انجنیري، کرهڼې، اجتماعي علومو او نورو پوهنځیو ته هم پراخ کړو او د مختلفو پوهنتونونو او پوهنځیو د اړتیا وړ کتابونه چاپ کړو.

کوم کتاب چې ستاسې په لاس کې دي زمونږ د فعالیتونو یوه بېلگه ده. مونږ غواړو چې دې پروسې ته دوام ورکړو، تر څو وکولای شو د درسي کتابونو په برابرولو سره د هیواد له پوهنتونو سره مرسته وکړو او د چپتر او لکچر نوټ دوران ته د پای ټکی کېږدو. د دې لپاره دا اړینه ده چې د لوړو زده کړو د موسساتو لپاره هر کال څه نا څه ۱۰۰ عنوانه درسي کتابونه چاپ کړل شي.

له ټولو محترمو استادانو څخه هيله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه وليکي، وژباړي او يا هم خپل پخواني ليکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چېټرونه ايډېټ او د چاپ لپاره تيار کړي. زموږ په واک کې يې راکړي، چې په ښه کيفيت چاپ او وروسته يې د اړوندې پوهنځۍ استادانو او محصلينو په واک کې ورکړو. همدارنگه د يادو شويو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه او نظريات زموږ په پټه له موږ سره شريک کړي، تر څو په گډه پدې برخه کې اغيزمن گامونه پورته کړو.

د يادونې وړ ده چې د مولفينو او خپروونکو له خوا پوره زيار ايستل شوی دی، ترڅو د کتابونو محتواي د نړيوالو علمي معيارونو په اساس برابر شي، خو بيا هم کيدای شي د کتاب په محتوی کې ځينې تيروتنې او ستونزې وليدل شي، نو له درنو لوستونکو څخه هيله مند يو تر څو خپل نظريات او نيوکې مولف او يا موږ ته په ليکلې بڼه راوليږي، تر څو په راتلونکې چاپ کې اصلاح شي.

د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کميټې او د هغې له مشر ډاکټر ايروس څخه ډېره مننه کوو چې د دغه کتاب د چاپ لگښت يې ورگړي دي دوی په تيرو کلونو کې هم د ننگرهار د طب پوهنځی د ۶۰ عنوانه طبي کتابونو د چاپ لگښت پر غاړه درلود.

په ځانگړي توگه د جې آي زيت (GIZ) له دفتر او (CIM) Center for International Migration & Development چې زما لپاره يې په تېرو پنځو کلونو کې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړي دي هم د زړه له کومې مننه کوم.

د لوړو زده کړو وزارت علمي معين ښاغلي پوهنوال محمد عثمان بابري، مالي او اداري معين ښاغلي پوهنوال ډاکټر گل حسن وليزي، د ننگرهار طب پوهنځی رييس ښاغلي ډاکټر خالد يار، د ننگرهار طب پوهنځی علمي مرستيال ښاغلي ډاکټر همایون چارديوال، او استادانو څخه مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړۍ يې هڅولې او مرسته يې ورسره کړې ده. د دغه کتاب له مولف څخه منندوی يم او ستاينه يې کوم، چې خپل د کلونو کلونو زيار يې په وړيا توگه گرانو محصلينو ته وړاندی کړ.

همدارنگه د دفتر له همکارانو حکمت الله عزيز، احمد فهيم حبيبي او سبحان الله څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې يې نه سترې کيدونکې هلې ځلې کړې دي.

ډاکټر يحيی وردگ، د لوړو زده کړو وزارت مشاور

کابل، جنوري ۲۰۱۵

د دفتر ټيليفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ايميل: textbooks@afghanic.org

wardak@afghanic.org

مخونه	نيوليك	گڻه
		1 ستاينليڪ (تقريب)
		2 سريزه
1	لومري ڇپرڪي	3
1		4 دگڏي سٽونري
1-12		5 دگڏي پرسوب (انتقاع)
13-26		6 دگڏي درد (Abdominal Pain)
27	دوهم ڇپرڪي	7
27		8 ميٽابوليڪ بدلونونه
27-33		9 اسيدوزس Acidosis
33-35		10 الڪلوزس Alkalosis
35-37		11 تنفسي الڪلوزس Respiratory alkalosis:
38	دريم ڇپرڪي	12
38-41		13 انافيلائيڪ غير ڪوئونه (درملوغير ڪوئونه)
42-48		14 وينه لڙي (ڪمخوني Anemia)
49-52		15 در ڪوئو شرياني لاري سٽونزمن حالتونه
53	څلورم ڇپرڪي	16
53-59		17 د اسپايريشن Aspiration
60-65		18 براي ڪارڊيا Brady Cardia
66-70		19 همياتوچيزيا (Hematochezia)
71	پنجم ڇپرڪي	20
71-77		21 د سڀرو او زره ودرپدنه
78	شپڙم ڇپرڪي	22
78-86		23 صدي دردونه (صدي خناق Chest pain)
87	اوم ڇپرڪي	24
87-93		25 د صدي ٽيوب سٽونري:
94	اتم ڇپرڪي	26
94-98		27 د عصبي حالت بدلون
99	نهم ڇپرڪي	28

99-104	نه پرن کېدنه (عدم تحشر)	29
105	لسم څپرکې	30
105-109	د کولوسټومي او ایلوسټومي ستونزې	31
110	یوولسم څپرکې	32
110-113	قبضیت (Constipation)	33
114	دوولسم څپرکې	34
114-118	ټوخي (Cough)	35
119-126	د وړیدي سهولتونو ستونزې	36
127-133	نس ناسې (اسهالات Diarrhoea)	37
133-136	د ډرین دهانه (Drain Output)	38
137-140	د ټریمینز هذیانات (Delirium Tremens)	39
140-144	ساتنگی (تنفسی عسرت Dyspnea)	40
144-147	د متیازو سوځېدنه (Dysuria)	41
147-150	د پوزې وینه بهېدنه (رعاف Epistaxis)	42
150-157	تبه (Fever)	43
156	دیارلسم څپرکې	44
156	د الکیرولایټونو اختلال	45
156-163	هایپوکلسمیا (Hypocalcemia)	46
163-166	هایپوگلاسیسمیا (Hypoglycemia)	47
167-171	هایپوکالیمیا (Hypokalemia)	48
172-177	هایپوناتریمیا (Hyponatremia)	49
178-182	هایپرگلاسیسمیا (Hyperglycemia):	50
182-185	هایپرکالیمیا (Hyperkalemia)	51
186-188	هایپرناتریمیا (Hypernatremia)	52
189	څوارلسم څپرکې	53
189-199	هایپوټنشن یا شاک (Shock) Hypotension	54

200	پنځه لسم څپرکې	55
200-206	د تشو مټيازو راتوليدنه - مټيازې ډنډېدنه { بولي احتباس (Urinary Retention) }	56
207	شپاړسم څپرکې	57
207 - 210	بې خوابي INSOMNIA	58
211	اوه لسم څپرکې	59
211-116	غير منظم نبضان Irregular pulse	60
217	اته لسم څپرکې	61
217	د جراحي پروسې جرونه	62
217-222	د وريدي لاس رسي ستونزې	63
222-226	نخاعي بډل Spinal Tub	64
227	نولسم څپرکې	65
227-233	زړه بدوالی او کانګې Nausea / Vomiting	66
234	شلم څپرکې	67
234-241	د انفي معدوي ټيوب منجمنټ (Nasogastric tub management)	68
242	يو ویشتم څپرکې	69
242-250	اوليګوريا او انوريا (Oligurial / Anuria)	70
251	دوه ویشتم څپرکې	71
252-254	د درد درملنه (Pain Management)	72
255	درویشتم څپرکې	73
255-257	پاراسټيزيا (Parasthesia)	74
258	څلور ویشتم څپرکې	75
258-260	د وريدونو التهاب (فليبيټ Phlebitis)	76
261	پنځه ویشتم څپرکې	77
261-263	خاربنټ (Pruritus)	78
264	شپږ ویشتم څپرکې	79

264-267	د سرود شریان کیترايز یشن ستونزې	80
268	اوه ویشتم خپرکې	81
268-272	پرته له نبضان خخه نهایتونه (Pulseless Extremities)	82
273	اته ویشتم خپرکې	83
273-276	اختلاج (Seizures)	84
277	نه ویشتم خپرکې	85
277-279	پرسېدلي نهایتونه Swollen Extremities	86
280	دېرشم خپرکې	87
280-285	سینکوپ Syncope	88
286	یودېرشم خپرکې	89
286-289	ټاکي کارډیا (Tachycardia)	90
290	دوه دېرشم خپرکې	91
290-294	د وینې د ترانسفیوژن (نقل الدم) غبرگون:	92
295	درې دېرشم خپرکې	93
295-299	دمهبل وینه بهېدنه (Vaginal Bleeding)	94
300	څلور دېرشم خپرکې	95
300-303	د وینتیلاتور منجمنټ : اجیټیشن Agitation : Ventilatory management	96
303 -366	د وینتیلاتور منجمنټ : په شهیق کې چې لوړه سویه د اوکسیجن ولري	97
266-309	د وینتیلیټور منجمنټ د لوړ پیک فشار په صورت کې	98
209-313	د وینتیلیټور منجمنټ د ټیټ شریاني اوکسیجن/اولوړ کاربن ډای اکساید سویې په حالت کې	99
314	پنځه دېرشم خپرکې	100
314-317	سینکاري (wheezing)	101
318	شپږ دېرشم خپرکې	102
318-321	د ټپ وازېدنه (Wound Bursting) Wound Dehiscence	103
321-226	د ټپ دریناژ (Wound Drainage)	104
227	اوه دېرشم خپرکې	105

227-334	لابراتواري آزماينستونه او دهغوي تفسير	106
335	اته دپرشم خپرکې	107
335	ميټابوليک ستونزې	108
335-316	ميټابوليک الکولوزس (Metabolic Alkalosis)	109
317-360	تنفسي الکولوزس (Respiratory Alkalosis)	110
361	نه دپرشم پرکې	111
361 -366	دوينې لوړ فشار (Hypertention):	112

سريزه

الْحَمْدُ لِلَّهِ وَكَفَى

دا کتاب پداسی حال کښې لیکل شويدي چې زمونږ په وطن کښې د اوږدې مودې د جنگونو او شخړو له کبله د وطن ټول مادي او معنوي زيرمې او يا هم د اور په لمبو کښې سوځيدلې دي . د يا دولو وړ بولم چې ووايم دغه رازدجراحي اړوند کتاب لا تر اوسه د کوم بل چا او يا د بلي موسسې له خوا ندي چاپ شوي او يا هم دغه ته ورته کتاب لا هم نشته چې وکړای شي د زده کوونکي او يا ځوان طبيب د مخامخ کيدونکي پيښو دحل لپاره مرسته وکړي . يو لړ زياتو طبيبانو په بيلا بيلو اړخونو او موضوعاتو باندې د طب په څانگه کښې گټه ور او معتبر کتابونه لیکل دي چې دافغان زده کوونکو او طبيبانو لپاره کولای شي مرستندويه وي چې زه په خپل وار سره د هغه طبيبانو او استاذانو قدرداني کوم چې زياربي ايستلې او خپل وخت يې پری مصرف کړيدی او د علم او پوهی د پراختيا لپاره يې په افغانی ژبو دا خدمت تر سره کړيدی .

په طبي زده کړه کښې چې داختلاطونو اوستونزو سره هغه ډاکتران چې دتريننگ په دوره کښې دشپي له خوا د نوکريوالپيرمهال دجراحي ناروغانو اړوند دستونزو سره مخامخ کيږي دا ستونزي بايد وپيژندل شي اودهغوي درملنه ژر تر ژره ترسره شي .

د جراحي تخصص پروگرام زده کړي لپاره دا ضروري ده چې زده کوونکي په دوره يي بڼه په بيلا بيلو څانگو کې د زده کوونکي په توگه کار وکړي او د ستونزو دپيژندلو اود درملني لاري چارو زده کړه وکړي د جراحي انکال هغوي ته ور زده کوي چې دخپلو ناروغانو سره څرنگه چلند وکاندي او دغه بيلگه د نړي ديلا بيلو برخو دجراحي ډاکترانو، متخصصينو اوجراحي کرسې مشرانو پواسطه راټوله اولیکل شوي ده . او په هره يوه برخه باندې ډيره څيړنه ترسره کړي ده پدې لړ کښې ئي دگن شمير **Text book** او **Manual book** کوچنيو او لويو کتابونو څخه گټه پورته کړي ده . هره ستونزه څيړل شويده او هغه دغوره ستونزي په څير پيژندل شويده پرهغي خبري اتري شويدي او د درملني لاري چاري ورته موندلي شويدي .مادغه بيلگه دځوانو ډاکترانو د پوهاوي او علمي پياوړتيا لپاره ژباړلي او هيله لرم چې دهغي په لوستلو سره دخپلو ناروغانو د ستونزو د ليري کولو اودهغوي د ژوند ژغورلو اړوند هڅه ، بشپړه مرسته وکړي .

د يا دولو وړ بولم چې ووايم که چيري د کتاب په متن کښې او يا هم د کرښو په چاپ او املاکښې کومه غلطی راغلی وي هيله ده هغه مونږ ته را په گوته کړي او د هغه په هکله زمونږ معذرت او

ننوتې ومني مونږ به زيار وباسو چي يه راتلونكي ټوكونو كښې هغه اصلاح او په پام كښې ولرو
همدارنگه زه له هغه ټولو دوستانو څخه چي زما سره يې د مطلبونو راټولو او ترتيب كولو كښې مرسته
كړې ډيره مننه كوم.

په درنښت

رنځور يار ډاکټر عجب گل (مومند)

د جراحي علومو پروفیسور - ټرینر متخصص

ستاینلیک (تقریظ)

د اچی پدغه راز له ستونزو ډکو شرایطو کښې ښاغلي رنځور یار ډاکټر عجب گل (مومند) وکړای شو ځوانو طبیبانو او زده کوونکو لپاره له معتبرو زیرمو او د نړۍ له غوره منابعو او کتابونو څخه مواد راټول او هغه یې ژباړه او په ترتیب سره تر نظم لاندې راوستلي دي او زیار یې ایستلای دی هغه نیولیکونه چی ډیر اړین او ضروری دي او د هغوی پوهېدنه یې یوه طیب لپاره حتمی ده په خلص او لنډډول سره د ژباړلی وروسته یې د هغوی لپاره اړوند تصویرونه برابر کړيدي چې د مطلب د پوهیدنی په کښې مرستندویه دي په اړوند ځایونو کښې ځای په ځای کړیدی .

د یا دولو وړ بولم چی ووايم دغه راز بنسټیز کتاب لا تر اوسه د کوم بل چا او یا د بلی خپرندویه موسسې له خوا ندی چاپ شوی او یا هم دغه ته ورته کتاب لا هم نشته چی وکړای شی د زده کوونکی او یا ځوان طیب د مخامخ کیدونکی پښو دحل لپاره مرسته وکړی . زه په خپل وار سره د رنځور یار ډاکټر عجب گل (مومند) او د هغه طبیبانو او استاذانو قدردانی کوم چی زیاری ایستلې او خپل وخت یې پری مصرف کړیدی او د علم او پوهی د پراختیا لپاره یې په افغانی ژبو یې لیکنې کړیدی .

د یا دولو وړ بولم چی ووايم چې دغه راز مسلکي او طبي کتابونو لیکنه د طب خانگي غنا او لا پیاوړتیا بولم او ددغې کار کونکو ته لایریالیټوب غواړم او د نوموړي هڅې ستایم او ورته لا بریالیټوب د لوي الله (ج) له درباره غواړم.

په درنښت

رنځور وال ډاکټر محمد ابراهیم (هایل)

د عمومی جراحی پروفیسور - ټرینر متخصص

ستاینلیک (تقریظ)

د اچی پدغه راز له ستونزو ډکو شرایطو کښې ښاغلي رنځور یار ډاکټر عجب گل (مومند) وکړای شو ځوانو طبیبانو او زده کوونکو لپاره له معتبرو زیرمو او د نړۍ له غوره کتابونو څخه مواد راټول او هغه یې ژباړه او په ترتیب سره تر نظم لاندې راوستلي دي او زیار یې ایستلای دی هغه نیولیکونه چی ډیر اړین او ضروری دي او د هغوی پوهېدنه یی یوه طبیب لپاره حتمی ده په خلص او لښډول سره د ژباړلی وروسته یې د هغوی لپاره اړوند تصویرونه برابر کړيدي چې د مطلب د پوهیدنی په کښې مرستندویه دي په اړوند ځایونو کښې ځای په ځای کړیدی .

د یا دولو وړ بولم چی ووايم دغه راز بنسټیز کتاب لا تر اوسه د کوم بل چا او یا د بلی خپرندویه موسسې له خوا ندی چاپ شوی او یا هم دغه ته ورته کتاب لا هم نشته چی وکړای شی د زده کوونکی او یا ځوان طبیب د مخامخ کیدونکی پېښو دحل لپاره مرسته وکړی . زه په خپل وار سره د رنځور یار ډاکټر عجب گل (مومند) او د هغه طبیبانو او استاذانو قدردانی کوم چی زیاری ایستلې او خپل وخت یی پری مصرف کړیدی او د علم او پوهی د پراختیا لپاره یی په افغانی ژبو یی لیکنې کړیدی .

دا کتاب لکه دنورو کتابونو په څیر د یو لړ ناروغیو شکایتونو پر بنسټ چې د جراحي ځانگو کښې د ستونزو سره مخامخ شوي او نوکریوال ډاکټران د هغې د حل لپاره هڅه او هاند کوي تر د ناروغانو شته ناروغي له منځه یوسي اړوند بشپړ معلومات راټول او لیکل شویدی دغه مطلبونه په ډیر ساده ، روانه ټول پوهه ژبه لیکل شویدی او د زده کړي د لارې لپاره ډیر گټه وردی ..

د یا دولو وړ بولم چی ووايم چې د غه راز مسلکي او طبي کتابونو لیکنه د طب ځانگي غنا او لا پیاوړتیا بولم او ددغې کارکونکو ته لایبریا لیتوب غواړم او د نوموړي هڅې ستایم او ورته لا بریالییتوب د لوي الله (ج) له درباره غواړم .

په درنښت

رنځوروال ډاکټر محمد جعفر (لورین)

د ماشومانو د عمومي جراحي پروفیسور-ټرینر متخصص

ستاينليک (تقريظ)

د اچي پدغه راز له ستونزو ډکو شرايطو کښې ښاغلي رنځوريار ډاکټر عجب گل (مومند) وکړای شو ځوانو طبيبانو او زده کوونکو لپاره له معتبرو زيرمو او د نړۍ له غوره کتابونو څخه مواد راټول او هغه يې ژباړه او په ترتيب سره تر نظم لاندې راوستلي دي او زيار يې ايستلای دی هغه نيولیکونه چې ډير اړين او ضروري دي او د هغوی پوهېدنه يې يوه طبيب لپاره حتمی ده په خلص او لنډډول سره د ژباړلی وروسته يې د هغوی لپاره اړوند تصويرونه برابر کړيدي چې د مطلب د پوهيدنی په کښې مرستندويه دي په اړوند ځايونو کښې ځای په ځای کړیدی .

د يا دولو وړ بولم چې ووايم دغه راز بنسټيز کتاب لا تر اوسه د کوم بل چا او يا د بلې خپرندويه موسسې له خوا ندی چاپ شوی او يا هم دغه ته ورته کتاب لا هم نشته چې وکړای شوی د زده کوونکی او يا ځوان طبيب د مخامخ کيدونکی پيښو دحل لپاره مرسته وکړی . زه په خپل وار سره د رنځوريار ډاکټر عجب گل (مومند) او د هغه طبيبانو او استاذانو قدردانی کوم چې زيار يې ايستلي او خپل وخت يې پری مصرف کړیدی او د علم او پوهی د پراختيا لپاره يې په افغانی ژبو يې ليکنې کړيدي .

دا کتاب لکه دنورو کتابونو په څير د هر يوه عنوان (نيو ليک) په هکله د (تعريف ، ميکانيزم ، اناتومي ، فزيولوژی ، سبيونو ، کلينيکی نښو نښانو ، پتالوژی ، اختلاطونو ، انزار ، درملنه ، جراحی کړنلارو) اړوند بشپړ معلومات راټول او ليکل شويدي دغه مطلبونه په ډير ساده ، روانه ټول پوهه ژبه ليکل شويدي او د زده کړي د لارې لپاره ډير گټه وړدی ..

د يا دولو وړ بولم چې ووايم چې دغه راز مسلکي او طبي کتابونو ليکنه د طب څانگي غنا او لا پياوړتيا بولم او ددغې کارکونکو ته لا برياليتوب غواړم او د نوموړي هڅې ستايم او ورته لا برياليتوب د لوي الله (ج) له درباره غواړم .

په درنښت

رنځورپوه ډاکټر عبدالکبير عبدالله

د عمومي جراحي پروفېسور-ټرينر متخصص

د انکال ستونزې

لومړۍ څپرکې

د بېلابېلو روغتونونو په جراحی څانگو کې له عملیات څخه دمخه او یا هم د عملیاتو تر سره کولو وروسته د بستر شویو ناروغانو او یا هم هغه ناروغان چې د بېرني (عاجل) سرویس خونې ته مراجعه کوي یو لړ داسې پېښې شته دي چې بېلابېلو ستونزې لري چې پدې کتاب کې ستونزې په ګوته او اړوند د ستونزو دحل لپاره لارې چارې ، سپارښتنې شوی دي چې د ناروغانو په درملنه کې ښائې ډېرې ګڼه وړې څرګندې شي چې پکار دي د اړوند ډاکټرانو له خوا د درملنې پر مهال په پام کې وساتل شي.

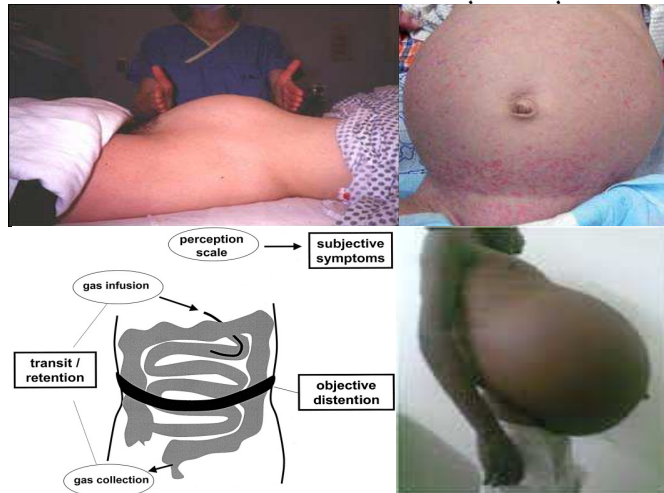
د ګډې ستونزې

ABDOMENAL PROBLEMS

د ګډې پرسوب (انتفاخ)

:Abdominal Distention

i. یو ناروغ چې د ګډې پرسوب څخه شکایت کوي سمدلاسه کومې پوښتنې په ذهن کې شته والې لری .



a- آیا ناروغه په نږدې وختونو کې تر عملیات لاندې راغلي؟ سمدلاسه وروسته له عملیات څخه د ګډې پرسوب (انتفاخ) معمول اوبشائې د فلیج (Ileus) یا د معدې اتساع اړوند وي خلف پریتوني (Retro Peritoneal) جراحی ښائې د Ileus علت وګرځی .

- b- يولې درمل که چېرې استعمال شوي وي ؟ يولې درمل نارکوتیک لکه کودين (Codeine)، مورفين (Morphine) او اتي کولينرجیکونه (لکه اتروپين ، Belladonna) بنسټی دکولمو حرکتونه لږ کړي او يا يې فلج کاندې همدارنگه ديورتيکونه لکه (Furosamides) که چېرې استعمال شي د پوتاشيم لږوالي (Hypokalemia) سبب گرځي او دکولمو د حرکتونو د لږوالي لپاره لامل ګڼل کيدلای شي.
- c- آیا اتفي معدوي ټيوب N.G Tube په معده کېنې شته او که ؟ معدې اتفي ټيوب د معدې د پړسوب څخه مخنيوی کوي او د معدې هوا او مايع بهر ته راوباسي خودغټو کولمو يا کولون دکا زاتو د لږوالي لامل نه گرځي د ټيوب دکار کړنې څخه بايد بشپړ اطمینان ترلاسه کړي.
- d- کوم ډول پخواني عمليات ورته ترسره شوېدي ؟ دکېډې دانتفاخ علت بنسټی دکولمو بندښت دالتصاقونو ، ټومور ونو اوچري (Hernia) له کبله وي څيرنه ترسره شي.

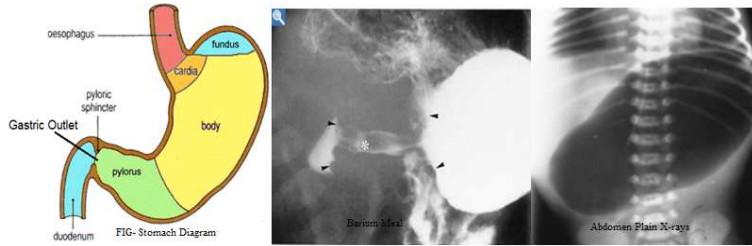


د کولمو د بندښت لاملونو تصویر

- e- حیاتي علايم څه ډول دي ؟ دکېډې دانتفاخ کېدای شي چې د سپرو دندې ترسره کول اغيزمن کاندې او چېنک تنفس (Tachypnea) منځ ته راشي همدارنگه تبه (Fever) بنسټی دانتاناتو څرګندونه وکړي لکه پريټونیت ، پنومونیا چې دواړه بنسټی دایليوس سبب وگرځي .
- f- که يا څه وخت دکولمو حرکت (هوا تيريدنه) په نيردي موده کېنې ليدل شوېدي ؟ دکولمو حرکت يا دهوا تيريدنه دکولمو د حرکت کولو لپاره ښه څرګندونه بلل کېږي او که چېرې حرکت شته والې ونلري دا ايلوس وبلل شي بنسټی ميکانیکي بندښت او يا وظيفوي (adynamic ileus) غیر ډيناميکي ايلوس وګڼل شي.
- g- آیا ناروغ کانګې کړېدي او که ؟ معمولاً کانګې کول د بندښت نښه ګڼل کېږي دمخوي له مخي کولاي شو د بندښت برخې پېژندنه په سمه توګه وکړو لکه د معدې د خولې (gastric out let) برخې بندښت شتون نوېدي ناروغی کېنې به دکانګو مخوي کېنې به تريخی (صفر) نه وي او يا ډيره لږه وي او يوازې د معدې مخوي ليدل کېږي حال دا چې چه ليري دکولمو په برخې بندښت کېنې به مخوي تريخی مواد (صفر) او کولمو مواد ولري.
- ||| توپيري پېژندنه:

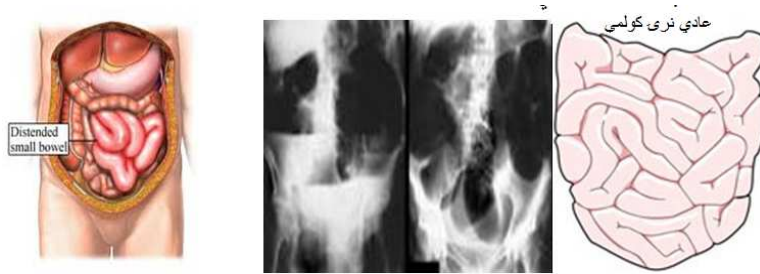
a: د معدې (ژرندې) او کولمو بندښت Gastro Intestinal Tract obstruction :

- 1- معده Stomach: د معدې بندښت د ټومور ، قرحي د معدې اټوني اوضعيې په ثانوی توګه دجراحی له کبله د معدې اتساع او پړسوب احساس منځ ته راتلای شي.



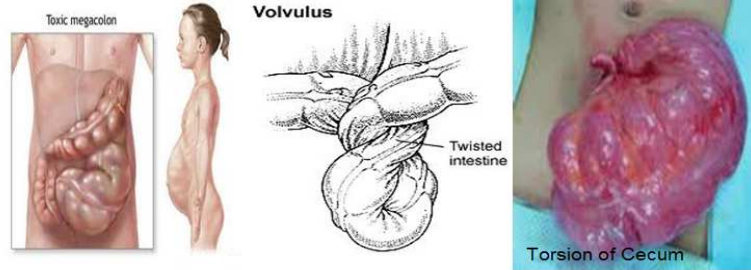
2- نری کولمې Small Intestine :

التصاق وروسته له پخواني عملیات څخه اودنورو میخانیکي علتونو لکه د لومن دننه برخې بندښت (اجنبي جسمونه ، د تریخی ډبرې اونور) د لومن څخه بهر ته د ټومور ونو له کبله د نری کولمو د بندښت سبب گرځی ، دننه چرې (Internal Hernias) کیدلای شي چې د کوچنیو کولمو بندښت سبب وگرځی .



3- غټې کولمې Large Intestine :

د بندښت علتونه لکه ټومور ونه ، تدور (Volvulus) او غایطه موادو کلکوالي (Fecal Impaction) په ځانگړي توگه په ډیر عمر درلودونکو او په بستر محکوم ناروغانو کېښې لیدل کېږی .



4- پرته له معدې او کولمو څخه:

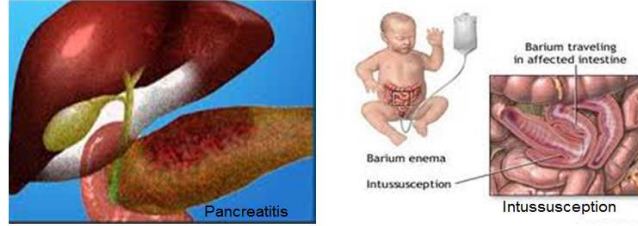
نور ټومور ونه لکه دنسائي بنځینه ناروغانو ، خلف پریوانی سارکوما لمفوما ، بولي تناسلي خبیث ټومور ونه بنسائي د بندښت لامل وگرځی .

B- دکولمو اسکیمیا Intestinal Ischemia:

معمولاً د اسیدوز له مخې پیژندل کېږی او د W.B.C لوړوالي اود درد شته والی پرته له فزیکي نښو موندنو له مخې پیژندنه کېږی .

C- پرلایټیک ایلیوس Paralytic Ileus:

داد غیر دینامیک ایلیوس پنامه هم یادېږي د اېنښای په ثانوی توگه دننه د کبېډې (داخل البطني) اتانانو (Peritonitis) له کبله منځ ته راشي او یا هم د التهابی پروسولکه پانکریاټیت (Pancreatitis) او کولې سیسټیت له کبله وي اود معمولاً وروسته د عملیاتي کړني ترسره کولو له کبله په کېډه کېښي یا خلف پریوانی برخه کېښي او یا وروسته د کبېډې د پخې تروما څخه او یا هم د درملو ورکولو وروسته هم لیدل کېږي .



Reflex ileus معمولاً د پتومونیا او د بولي لارې اتانانو ترسره سم لیدل کېږي لکه د (Pyelonephritis) سره یوځای .

Intussusception - D تغلف: د کولمې د یوې برخې نوبل په بله برخه کېښي منځ ته راځي په اکثریت پېښو کېښي دا Ilio cecal valve برخو کېښي منځ ته راځي د اېنښای د ټومور ونو له کبله وي او د کولمو د بندښت لامل ګرځي .



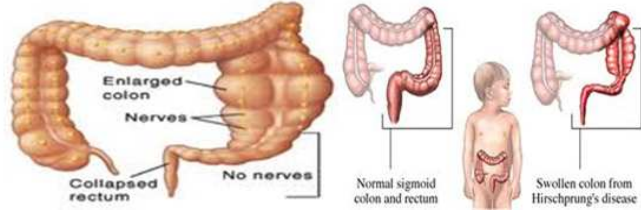
E- د غړو (ارګانونو) لویوالي Organomegaly: په کلوې توگه د کبډې ضخامه اود طحال یا توري ضخامه ښایي د کبېډې د انتخا سره غلط کړل شي .

F- د کبېډې دننه کلي: بیلابیل آفتونه لکه Cysts (مېزانتريک) ، دهگي ځالي سیستونه اود پښتورگو سیستونه) ټومور ونه ، انیوریزم ، له نظره پاتي بلارښت کولای شي چې د کبېډې د اتساع سبب وګرځي .

G- دمثاني اتساع او پرسوب: دمثاني د تشیدني د لارې بندښت ښایي د پرسوبات د ضخامې اولویوالي ، نیوروجنیک مثاني او یا دنخاع درسي د جرحي له کبله د مثاني پرسوب منځ ته راځي .

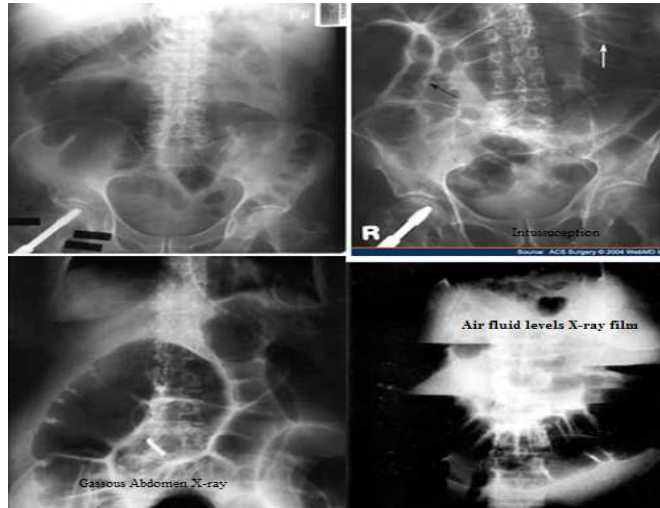
H- د کبېډې د جدار او یا سپوږنو (Groin) برخو چره: دغه یولړ علتونه د کولمو د لوب د بندښت او ښایي دا ختناق او همدارنگه اسکیمیا لامل وګرځي .

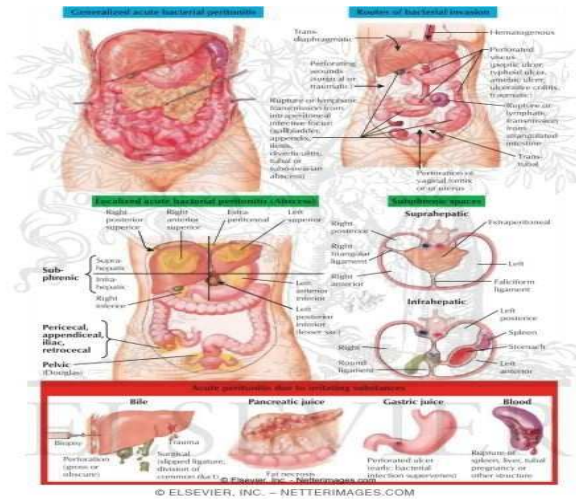
I- د هر شپرونګ ناروغی (Hirschprong's disease): همدارنگه نوموړي ناروغی د (Aganglionic mega colon) پنامه پیژندل شوېده د عمر په لومړیو کېښي د پیژندنې وړده او د کبېډې د اتساع علت ګرځي په متناوب ډول د قبضیت او گازاتو تولید او کانګولامل ګرځي .



ل- حبن Ascites: دانا روغی معمولاً په مزمینه توگه دینې (خټیگر) ناروغیو، الکولیک سیروز، کارسینوما (خبیث حبن) سره مل وي اود فزیکي کټني تاریخچې له مخي پېژندنې وړوي.

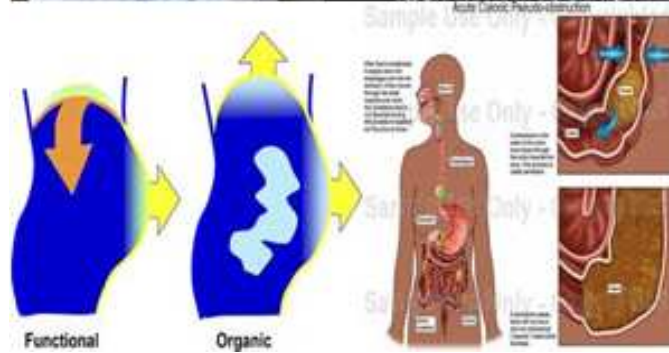
K- Ogilvie's Syndrome: دا د غټو کولمو حاد کاذب ډول بندښت (Acute Colonic Pseudo-obstruction) دي چې په کولون کېښې آفت شته والبنلري دا په بستر محکوم ناروغانو کېښې چې په خارج البطني ناروغیو شدید اخته ناروغانو کېښې لیدل کېږي لکه د تنفسي یا کلیوي نه بریالیتوب ناروغی او د فقراتو کسر له کبله وي.





فزیکي کڼې غوره ټکي :

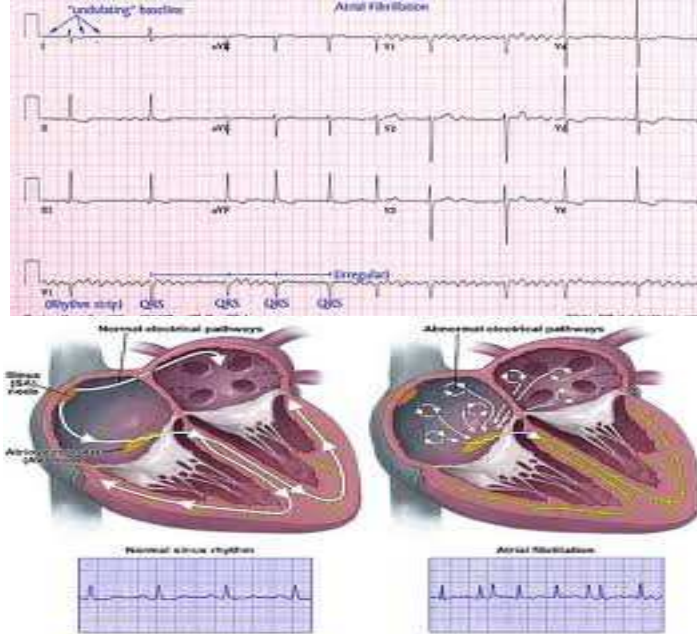
► **دردونه** : د اراز ناروغان به د کڼې دردونه چې بشايي په دوره ئي ډول وي شتون ولري او دردونو پر مهال بشايي لت په لت واوري او ډېر نارامه وي چې د کولمو په بند بست کڼي به ډېر وليدل شي.



► **حياتي علايم** : تبه Fever دالتهابي پروسې څرگندونه کوي او ټاکي پښا بشايي دنتفسي سيستم اخته کېدنه څرگنده کاندې. ټاکي کارډيا په دوراني سيستم کڼي راڅرگند کړي او د

فشار بدلون به غوره معلومات راکړي د نبضان ناستوب به همدارنگه یولړ ناروغی راپه گوته کاندې.

▶ زړه Heart: د E.C.G له مخې که چېرې Atrial Fibrillation (اذینې فیبریلسن) شته والې ولری دابه دکولمو فلج یا دولارې حالت او Ischemia څرگندونکې وي.

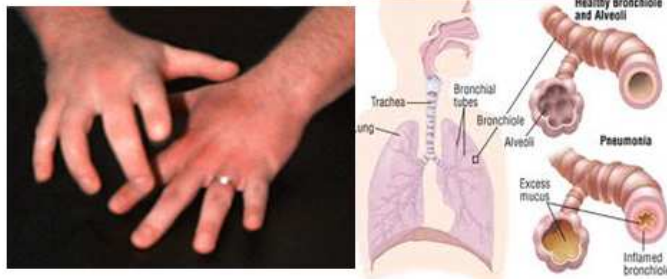


▶ کډوه (Abdomen): د کډې د ناروغیو پیژندنې په موخه باید تقییش ، اصغا ، قرح اوجس ترسره شي نیغ په نیغه (مخامخ) توگه د کډې پورتنې برخه وکل شي ترڅو دمعدې اتساع او پرسوب لیون اوکنه ترسره شي Tempanism د کډې اودکولمو داآزونو یا غړونو نشتوالي به په پریونیت کېنې اودکولمود High pitch غړونه یا پرسالتیزم به دکولمو په بندښت باندې دلالت وکړي. که چېرې د کډې پرمخ هرراز ندبه (Scar) شته والې ولری دابه د کډې پخواني جراحي عملي په ترسره کیدلو باندې دلالت وکړي. که چېرې هرراز Tenderness حساسیت شته والې ولری دابه د پریونان په التهاب (په عمومي توگه د منتشر پریونیت او په موضعي توگه به دحاد بطن لکه کولې سیسیتې دلالت وکړي).

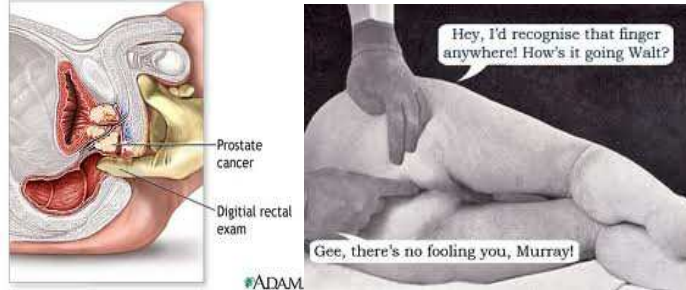
د کډې دجدار چره یا قق ښائي شته والې ولری او وپیژندل شي. همدارنگه د ضلعي فقری (Costo vertebral)، برخې زاوئي حساسیت به دحجاب حاجز ، ښي (ځیگر) ، توري (طحال) او یا پښتورکو التهابی حالت شته والې څرگند کړي ، د اصمیت بیخایه کېدنه (Shifting dullness) او د مایع څپه (Fluid wave) یا دمایع تریل (Thrill) به د کډې په حبن (Ascites) په ناروغی کېنې ولیدل شي.



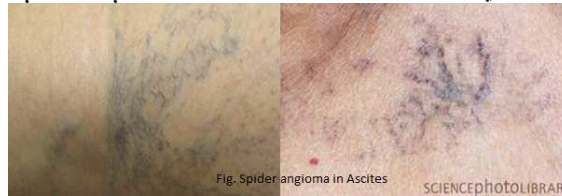
سږي (Lungs): د سږو په فزيکي کڼې کڼې خاصا داصغاء په واسطه کېدای شي چې دپنومونيا په پېژندنه کې مرسه وکړي چې پکې به [ټوخي، تبه، خراشکې، او سږو آوازونه زير ه (رالونه، کريپيشن)] شته والې ولری .



- ▶ د مقعدی کتنه (Rectal Exam): د گوتی پواسطه کتنه ښائې په مقعد اوریکټوم کښې د غایطه موادو کلکه کله څرگنده کړل شي. او یا هم دریکټوم حساسیت د دوگلاس جوف حساسیت او همدارنگه دریکټوم په برخه کښې (وینه بهیدنه ، بواسیر، فیسوریا فیسټول ټومور اونورو) حالتونو شته والې څرگند کړل شي.



- ▶ د سپوږنو (مغبنې) برخه: د فزیکي کتنې په لړ کښې د مغبنې او فخذی برخې د قفق د شته والې ولری ولټول شي.
- ▶ پوستکي Skin: د پوستکي د تغیراتو تعدد اودوام به د الکډولو استعمال سره ولیدل شي همدارنگه غښې جال په څېر علامه (Spider angioma) ، اود ورغوي سوروالي ښائې داوردې مودې لپاره به په حبن (Ascites) کښې شته والې ولری .



- ▶ محیطي رگونه: د نه حرکت له کبله هر راز نښې ښائې د ناروغی باید ولټول شي ښائې چې د گډېږې آمبولې دکولمو داسکیمیا سبب شي چې د نبضان نشوالی په ښکته نهایاتو کښې د آمبولې په شته والې کښې تثبیت شي.
- ▶ د حوصلي کتنه Pelvic Exam: د غدواتو (Adenex) غټوالي او کله او حساسیت به د هکې ځالو د خباث ښکارندوي وي او د حبن علت اویا (PID) د حوصلي التهابی ناروغی لپاره ځانگړې کښل کېږی .

B- لابراتواري کتنې:

- i. د وینې کتنه (Hemogram): که چېرې د فورمول کښې ته اووښتنه اولوکوسیتوز حالت شتوالی ولري دابه اتانې پروسې څرگندویه وي.
- ii. د سیروم الکترولایت (Serum electrolyte) : په شدید بڼه ها پوکالیمیا ښائې دکولمو د ایلیوس لامل وگرځی .

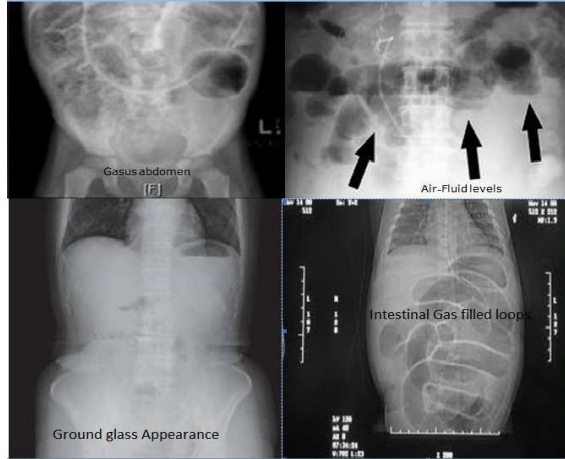
- .iii د بڼې (ځيگر) دندې آزموينې (LFT): که چېرې دهغوي سويه لوړه وي دکبد (بڼې) ناروغیولپاره ځانگړي کېږي اود بیلرویین ، الکالین فاسفتیز انزایم ، SGPT ، SGOT ، بڼایي لوړه سويه څرگنده کړي
- .iv دمیتازو آزموینه Urine analysis :دمیتازو په گڼه کښې د W.B.C اود لوکوسیت استراز شته والې به د بولي سیستم په اتاناتودلالت وکړي.
- .v دسیروم امایلز انزایم Serum Amylase: په ځانگړي توگه د(Pancreatitis) ناروغی کښې لوړه سويه څرگندوي اوهمدارنگه دکولمو تثب ، دکولمو بندښت اومېزاتریک اسکیمیا کښې هم تثبیت کېږي .
- .vi دشریان د وینې دگاز ټاکه: اسیدوزس بڼایي دکولمو داسکیمیا په پېژندنه کښې گڼه ورڅرگند شي
- .vii دوینې بیوکیمیاوي آزموینه : که چېرې د وینې یوریا اوCreatinine لوړ تثبیت شي دابه په یوریمیا دلالت وکړي اودایلیوس لامل بلل کېږي .



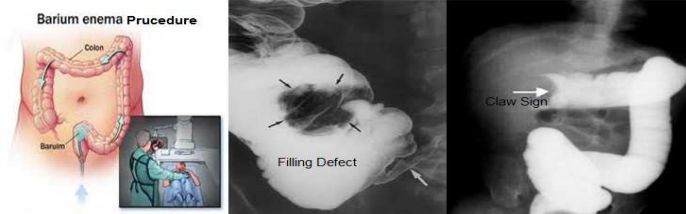
راډیولوژیک آزموینې :

دگېډې راډیوگرافي (Abdomen X-Ray) : د Supine استیجاع ظهري او اوپه ولاړه راډیوگرافي دگېډې دبطني انتفاخ ټولو ناروغانو ته ورکول کېږي اوترسره کېږي (Ground Glass Appearance) منظره چې داسې یوه نښه ده چې (لکه چې دښینې پرمخ رنګ اچول شوې وي) چې دابه حین (Ascites) اوگېډې ماچ په پرتونیت کښې دپېژندنې وړده. اوهمدارنگه Air Fluid Level دهوا اوماچ سويي په ایلیوس اوکولمو بندښت کښې دلیدلو وړوي اومعدې دپوڼاکي په څیر بڼه Large gastric babble بنسودونکي وي اومعدې د تشبدي اټوني (Gastric Atony) بنسودونکي وي او د معدې د تشبدي او توسع ولري

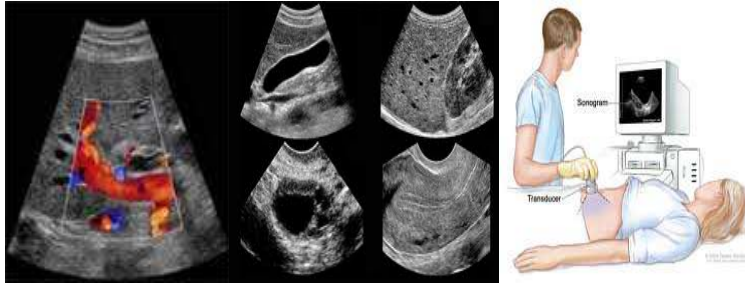
(>10-12cm across) په اپنډيسيت او غټو کولمو بندښت او په نثب به دلالت وکړي دهوا شته والي دځيگر څخه پورته دکولمو په نثب دلالت کوي.



- 1- د صدر راديوگرافي Chest X-Ray: په ولاړه د صدر يا ټټر راديوگرافي کېښې کېدای شي په ښه توگه د حجاب حاجز لاندي وليدل شي که چېرې آزاده هوا سمډلاسه وروسته دگېډې عمليات (لاپراټومي) څخه نثيت شي نارمل بلل کېږي. خو که چېرې دلاپراټومي دمخه اويا هم څو ورځې وروسته له لاپراټومي څخه وليدل شي دابه دکولمو دنثب لپاره ځانگړي وي. داسې هم کېدای شي چې پنومونيا په ښه توگه وپېژندل شي همدارنگه پلورائي انصباب او هيموتورکس Hemothorax، پنوموتورکس Pneumothorax، دپېژندنې وړدي دامېم په صورت کې دپلورا او Sub diaphragmatic تحت الحجاب حاجزي التهابې پروسې پورې تړاو لرلای شي.
- 2- دباريوم سلفيت کتنه: دا کتنه هم دراديوگرافي د سرته رسولو پواسطه ترسره کېږي چې دباريوم مواد دخولي له لارې خوړل کېږي اويا هم دريکټوم له لارې کولمو ته تېرول کېږي که چېرې په هره برخه کېښې بندښت شته والي ولري (پيلور)، دائشاءعشر بندښت، او همدارنگه د Intussusception پواسطه دکولمو بندښت دپېژندلو وړگرځي. دباريوم انيما پواسطه Claw sign د Intussusception تغلف او د تارنښه (String sign) دپلور د هايپيرټروفې په ناروغۍ کېښې لپاره ځانگړي نښه ده. دباريوم کتنه په هغو ناروغانو کېښې چې دکولمو نثب ولري خطرناک دي اود باريوم پريټونيت د باريوم دخپريدني له کبله دگېډې جوف کېښې منځ ته راځي که چېرې دنثب هر راز امکان شته والي ولري ددي کتنې لپاره د (Gastrografin) يا Egluminediatzoate اونورو څخه کاراخيستل کېږي اودا مواد ضرر نلري.



3- دالتراساوند کتنه: ډاکټنه په ځانګړې توګه دټومور ونو ، دګېډې د مایع شته والې حبن (Ascites) ، پرتونیت ، اسبي ، ارکانومیکالي او کلي پیژندنې لپاره ډیره ګټه وړه ده.



4- C.T Scan کتنه: د دې کتنې پواسطه د (ټومورونو ، کلاتو ، ارکانومیکالي ، اجنبي جسمونو اونورو) حالتونو د شته والی په صورت کتنې د ناروغیو پیژندنه کېږی .

د ناروغی د درملنې اړوند پلان نیول:

الف: داتساع اړوند لومړیتوب څرګند کول شي اود لاندې علتونو درملنه ژر تر ژره وشي:

- ډیره زیاته اتساع د سیکوم بنائې چې د ثقب علت وګرځی .
- دمعدې ډیر پرسوب او اتساع بنائې د ګانګو لامل شي او (Aspiration Pneumonia) سبب وګرځی .
- ډیهایدریشن اوهاپو والیمیک شاک لامل وګرځی .
- دالکټرولایت ونو ابنارملیتي دزړه دوراني اوعصبي سیسټم اختلال منځ ته راوړي .
- په فشار سره کانګي کول بنائې دمري څیرېدنې سبب وګرځی .
- دګېډې په زیاته پیمانه پرسوب دحجاب حاجز دحرکونو محدود کېدنې لامل وګرځی .

ب : لومړي منجمنت :

- په ډیروپینو کېنې ناروغان (Non per Oral) NPO یا دخولې له خوا څه نه خوړلو په حالت پریښودل کېږی .
- دورید له لارې ناروغ ته دالکټرولایتونو درلودونکي مایع ورکول کېږی . لکه (Ringer ، Plasma ، Normal Saline) اونور .
- همدارنګه پدې لړ کېنې دوینې الکترولایتونه اوکازونه ټاکل کېږی .
- هرکله چې دمعدې دبنډښت لپاره فکر وشي اویاهم په شدیدې بڼه کانګي شته والې ولری وظیفوي (N.G Tube) معدې ته تیرېږي که چېرې دمعدې پرسوب شته والې ونلری اوانفې

معدوی تیوب (N.G Tube) معدې ته تیرشي دابه لږگڼه وړ وي خو بیا هم باید داصولوله مخي دې هلته پرېښودل شي ترڅو دمعدې (محتوي ، هوا اومعدوي جوس اوکچېرې دکولمو محتوي معدې ته راشي) دابه په آسانه بهر ته راووزي اوداختلاطونو مخنيوي کيدلاي شي.

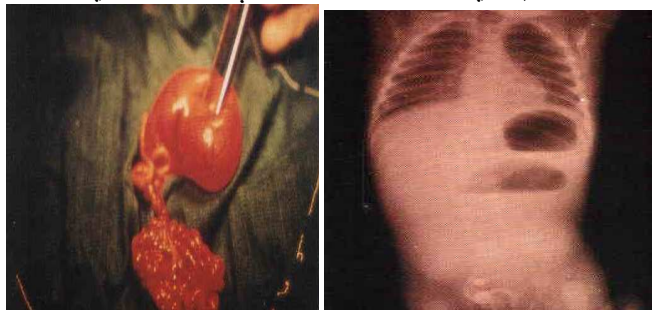
ج: دمايعاتو انډول ساتل Fluid Balance:

په احتیاط اوباملرني سره دي دمايعاتو اخیستنه او بهر ته ضایع کېدنه (Out Put) په ځانگړي توگه که چېرې N.G Tube شته والې ولری ویاکل شي.

د: اختصاصي ځانگړي درملنه :

لاندي علونه باید په روښانه توگه څرگند کړل شي اومناسبه درملنه دي وشي د درملني معمول پلان په لاندي توگه دي.

- دهرودول الکتروليت ابنارمليتي دي اصلاح کړل شي خصوصاً دپوتاشيم عنصر د لږوالي يا (Hypokalemia) درملني لپاره دي د ورید له لاري (IV Potassium chloride) ورکړل شي.
- درمل دي دهغوي د وقفي له مخي په پام نیولو سره تطبيق کړل شي خاصاً هغه درمل چې دکولمو په حرکت اغیزه اچوي اعیارکړل شي .
- دغایطه موادوکلکېدنه دي وپژندل شي اودکوتي پواسطه دي دریکيوم گڼه ترسره شي.
- د حین (Ascites) درملنه دي دطبي درملني له مخي ترسره شي د (سودیم لږکول او Sprinolacton) که چېرې حین د تنفسي سیستم تراغيزي لاندي راوړي دمايع لږول دي Paracentesis عملي پواسطه ترسره شي.
- له عمليات څخه وروسته ایلئوس (Post Operative Ileus) درملنه اواصلاح پخپله کېږي خو بیا هم که په اختلاطي بڼه وي او اتانات ئي علت وي درملنه دي وشي .
- عملياتي مداخله اوکړنه په ډيرو پېښو کېښې چې بطني اتساع شته والې ولری ترسره کېږي حتي دکولمو د اسکیمیا لپاره ، انسدادی فتق ، نثقب یا مېخانيکي بندښتونو لپاره ترسره کېږي. کله ناکله د جراحی عمليات لاپراتومي ترسره کول هم گڼه نه وي اولامل ئي نه موندل کېږي .
- دپښتورگو عدم کفایي (نه برياليتوب) په صورت کېښې دي درملنه وشي.

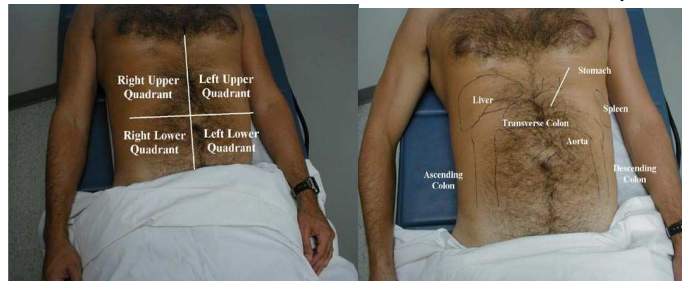


دگېډې درد (Abdominal Pain) :

له هغه وخته چې په جراحی کلینک کې دگېډې درد په کراتو سره ثبت شوي اوليدل کېږي دجراحی انکال لپاره يوه غوره ستونزه بلل کېږي . اکثراً دغه ستونزه دگېډې دپرسوب (انتفاخ) سره يوځای ليدل کېږي او دواړه يوځای ترخپرنې لاندې نیول کېږي او دحاد بطن Acute Abdomen ترسرليک لاندې خپل کېږي .

1- ستونزه : په جراحی سرويس کې يوناروغ چې اوه ورځې وروسته 40% سوځېدنې څخه د فزيکی کتنې پرمهال دگېډې په بني پورتنې کوارانت کې دردونه د جس پواسطه زياتوالي مومي ناروغ د 60 کالو عمر لري او همدارنگه ژپري هم لري . سمدلاسه پوښتنې په لاندې ډول وی :

- 1- حياتي علايم څرنگه دي ؟ پدې حالت کې به لاندې نښې ولټول شي :
 - تبه ديوې التهابی پروسې څرگندونکي وي .
 - د فشارشکته کېدنه او ټاكي کارډيا بشاي د شاک څرگندويه وي دا بشاي د سپسيس يا وينه بهېدنې له کبله وي . هغه ناروغان چې ايمونو سوپرسيف يا انالجزیک درمل اخلي اويا ډير عمر لري پدوي کې به تبه ډيره نه وي .
 - دتنفسي شمېر زياتېدنه په دسپرو دناروغيو (پنومونيا) څرگندوي وي .
 - د نبضان زياتوالي اولروالي ديولر زړه اورگونو او وينې مايعاتو د توپرونو څرگندوي دي .
- 2- چېرته درد ځای پر ځای دي ؟ دابه يوازني عمومي لارښود دگېډې درد لپاره ويلل شي د ناروغی . په لومړيو کې بشاي درد داصل پټالوژي ځای څخه ليرې پيل وکړي اويا د پټالوژیک برخې غړي ته راپول او هلته ځای پر ځای شي اوپه وروستي حالت کې بشاي د گېډې په ټوله برخه کې په خپره بڼه منځ ته راشي په کلاسيکه بڼه د اپنډيسيت په ناروغی . کې چې دردونه لومړي دنامه دغوټي په چا پيربال کې وي اوياهم داې کاسټریک برخه کې وي اووروسته بيا دبني شکه کوارانت اوایلک برخې ته راپوليرې او هلته ځای پر ځای کېږي .



که چېرې پرته له کتنې پاتې شي پروسه به پرمخک وکړي درد به په عمومي بڼه کېږي ته خپور شي اوپرتونیت به منځ ته راشي . هغه دردونه چې د Groin لوري ته خپرېدنه مومي دابه دحالب د کولیک پورې تړاو ولري او هغه دردونه چې دملا لوري ته دکمر بند په څير شاته خپرېدنه مومي دا

دردونه د پانکریاتیت پورې تړاو ولري او یا هم د گېډې دانیوریزم د خیریدني (Rupture) پورې اړوند وي:

3- کله دغه درد پیل کوي؟ حاد چاودېدونکې درد به ځانگړې توگه د (احشاوؤ ریچر اونټب، دانیوریزم ریچر، اسی او یا بی ځایه بلاربنست) له کبله وي. هغه دردونه چې د 1-2 ساعتو مودې کبې زیاتوالي یا شدت مومي دابه دحاد کولیسیسیت، حاد پانکریاتیت، دکولمو اختناق، د میزاتر ترومبوز، دکولمو د قریبه (لومړني) برخې بندښت، دپنسورگو او حالب کولیک حالتونو پورې تړاو ولري. هغه دردونه چې د څو ساعتو نو په موده کبې زیاتوالي او شدت مومي دابه د حاد اپنډیسیت، دکولمو دبعیده (لیري) برخې بندښت، غیراختلاطي دپیتیک قرحاتو ناروغی، اویلابیلو نسائي اوبولي تناسلي غړو ناروغیو پورې اړوند وبلل شي.

4- د دردونو کیفیت څه ډول دي؟

- پچ درد Dull Pain لکه دمعدې دردونه .
- تیز درد Sharp Pain لکه دابه دچاودني یا ریچر ناروغی کبې .
- متناوب درد Intermittent Pain لکه (دحالب اوپنسورگو کولیکي دردونه)
- ثابت درد (Constant Pain) په یو حال ولاړ دردونه
- سوځنده درد (Burning Pain) پیتیک قرحاتو ناروغی)



- 1- کوم شيان دردونه زياتوي او يا هغوي ته لږوالي وربخښي؟ هغه دردونه چې د ژور تنفس سره زياتوالي مومي دابه دحجاب حاجز تخريش (پلوريزي، التهابي آفتونه دگېډې په پورتنې برخه کېښي)، خوراک معمولاً د معدې قرحوي دردونه لږ کوي، نارکوټيکونه کولیکي دردونه لږ کوي او همدارنگه دکولمو اختناق او مېزاتريک ترومبوزس دردونه په لږه اندازه کموي او پانکرياتيټ دردونه زياتوي.
- 2- نور کوم اعراض او علايم ورسره ملتيا کوي؟
 - کاتکي د درد د تېري او حتمي سره د پړيوان د تخريش له کبله شته والې لري د تش منځي احشاور تثقب او په راوتلي بڼه دگېډې د پورتنې برخې ناروغۍ لکه Boerhaave's Syndrome، حادگسټريت، پانکرياتيټ دوړو کولمو يا غټو کولمو دبعيده برخې بندښت کېښي ليدل کېږي.
 - زړه بدوالي Nausea: هغه ډول عرض يا څرگندونه ده چې معمولاً د درد څخه ډېره موده دمخه منځ ته راځي.
 - هماغوميزس د هضمي جهاز د پورتنې برخې د وينه بهېدنې د قرحوي ناروغيو يا ميلوري وايس سندروم پورې تړاو لري.
 - نس ناستي که چېرې ډير شديد وي اودگېډې درد سره يوځاي وي دابه د گسټرواتيټ پورې اوکه چېرې وينه مل وي بنائې داسکيمیک کوليت، السرايټ کوليت، دکرون ناروغۍ او يا آسبيک ډيزاټري پورې تړاو لري.
 - قبضيت په متناوب ډول د نس ناستي سره د دايورتيکولار ناروغۍ کېښي ليدل کېږي او همدارنگه قبضيت دغايطه موادو او گازاتو د نه تېرېدنې په صورت کېښي په غير وصفي توگه کولمو د ميکانیکي بندښت پورې اړوند گڼل کېږي.
 - هماغچوريا د بولي تناسلي سيستم د ناروغۍ له کبله منځ ته راځي.
- 3- دکانگو دمحتوي اوصاف څرنگه دي؟
 - که چېرې دکانگو محتوي د معدې محتوي وي دابه تازه خورل شوې مواد وي ډيرو لږ به صفراوي مواد ولري او يا به هيڅ د صفراوي مواد پکښې شته والې ونلري.
 - که چېرې دکولمو لومړني برخې بندي وي پدې صورت کېښي به دکانگو محتوي د تريخي (صفراوي مواد) په ډيره پيمانه ولري او بنائې دکولمو د قريبه برخې محتوي هم ولري.
 - که چېرې دکانگو محتوي دغايطه مواد څرگندونکي وي پدې صورت کېښي به دکولمو بعيده برخې د بندښت سره مخامخ وي.
 - همدارنگه که چېرې دکانگو محتوي وينه ولري دابه د(معدې او اثناء عشر د قرحاتو او يا دمري دواړيس، ميلوري وايس سندروم) پورې تړاو ولري.

4- ناروغ کله خوراک کړیږي؟ دغه پوښتنه د ناروغۍ د دمودي د ارزولو او همدارنگه دانستیري د پلان په هکله مهم اومرستندویه ده.

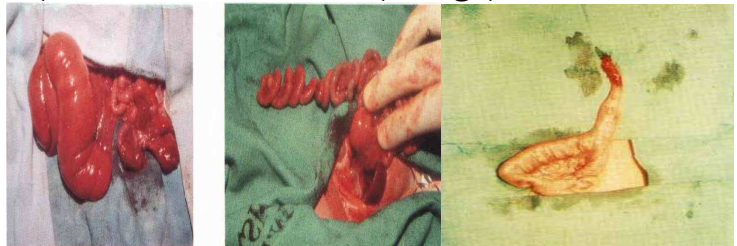
5- دښځینه ناروغ د حیض د تاریخچې څرنگوالي؟ یو Missed او یا په مؤخر اوځنډ سره د حیض دوره د Ectopic pregnancy یا بی ځایه بلارښت نه پام وړوي Mittel schmerz هغه ډول درد دي چې د هکلي ځالي فولیکول د ریچر یا څیریدنې له کبله منځ ته راځي.

6- د ناروغ پخواني طبي یا جراحی تاریخچه څرنگه ده؟ په پخواني اوتیره تاریخچه کېنې دقرحاتو ، د تریخی ډبرو، الکھولو استعمال او یا د پخواني جراحی عملیاتو اړوند معلومات اود طبي درملو د لست په پوهېدنې به د ناروغۍ د علت په پوهېدنه کېنې مرسته وکړي . همدارنگه دگېډې د پخ ترضیض تاریخچې درلودل 1-3 ورځو دمخه اودگېډې درد منځ ته راتگ له ترضیض وروسته د دي ښکارندوي دي چې وینه بهېدنه به دځیگر (بني) ، توري (طحال) اوپښتورگي ترکیسول لاندې Sub Scapular برخه کېنې شته والې ولری اودایوه لارښودنه د علت موندنې لپاره بلل کېدای شي

توپیری پېژندنه :

دگېډې دردونه کولای شي چې دگېډې (دڼه او یا دگېډې څخه بهر ته برخو) څخه سرچېنه ولري چې کېدای شي دداخلې ناروغیو اوجراحی ناروغیو له کبله وي دغه لست ډیر اوږد دي خو یو لړ ناروغۍ دي چې ډیرې پېښېرې دهغوي یادول اړین بلل کېږي .

A. تش منځي احشاوي (Hollow Organs): تش منځي احشاوي کله چې تنقب وکړي اودکولمو د بندښت له کبله کېدای شي منځ ته راشي دابه یوحاد اوپېرنی جراحی حالت وبلل شي.



1) دگېډې پورتنې برخه :

- د مری التهاب Esophagitis
- د معدې التهاب Gastritis
- پیپټیک قرحي Peptic Ulcer
- کولي سیسټیت Cholecystitis

2) میدگت Midgut : د کوچنیو کولمو بندښت ، احتشاء چې بندښت د التصاقات (سليم

اوخیت) ډول ، قتونو (داخلي اوخارجي) او یا تاویدنې (Valvulus) له کبله منځ ته راځي.

3) د کپډې د بڼګه برخې: د کولمو التهابی ناروغی. اپنډیسیت، مېزاتریک لمفادینیت، د کولمو بندښت یا انسداد کېدای شي چې ورته حالت پېښ کاندې.

4) گسټرواټریټ او کولیت: د کولمو د نس ناستي التهابی ناروغی کېدای شي چې اړوند حالت دردونه رامنځ کړي.

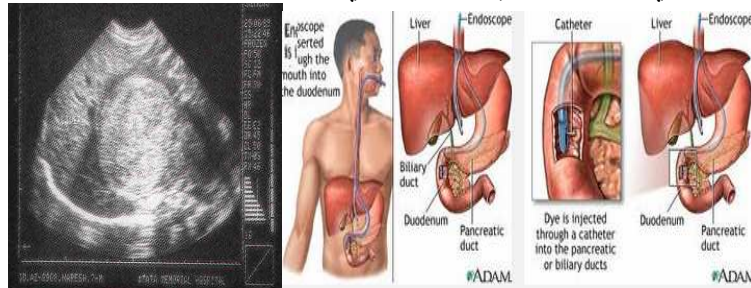
B. کلک (Solid) ارګانونه (غړي): د کپډې کلک (Solid) ارګانونو التهابات او اړوند ناروغی د کپډې دردونو لامل ګرځي.

a- بڼه (خپګر) لکه دهیپاتیت ناروغی.

b- پانکراس لکه پانکریاتیت

c- طحال لکه د ټوري (طحال) احتشا

d- پښتورګي لکه د پښتورګو ډبرې، پیلوفریټ، اسی



3- د حوصلي غړي:

- د حوصلي التهابی ناروغی (PID)
- بي ځايه بلارېښت Ectopic Pregnancy
- پولپوري ناروغی لکه فیروئید ټومور ونه، دهګي ځالي تدور (تاویدنه)، سیستونه او انډومتریوزس.



5- درګونو ناروغی: دانیورېزم ریچر، ډایسکټیک انیورېزم، مېزاتریک ترومبوزس او یا آمبولېزم.

6- د طحال او خپګر - صفراوي لارې ناروغی او څیریدنه معمولاً د ترضیض څخه وروسته، پانکریاتیک ناروغی، د هضمی جهاز تشوش، بولی سیستم ښځینه تناسلی، پریټوان، د پریټوان خلف ناروغی چې دا ناروغی په ګډو سره په لاندې جدول کېښي ښودل شوې دي.

همدارنگه په خالص بڼه په لاندې جدول کېنې د حاد بطن لپاره لاملونه گڼل شويدي:

Causes of Acute Abdomen			
د حاد بطن (د کېدې د حاد دردونو) لاملونه			
1) Gastro Intestinal Tract Disorders	-Appendicitis -Small & Large Bowel Obstruction -Strangulated Hernia -Perforated Peptic Ulcer -Bowel perforation -Boerhaave's Syndrome -Diverticulitis -Inflammatory Bowel Syndrome -Millory wise Syndrome -Gastro Enteritis -Acute Gastritis -Mesentric Adenitis	5) Gynecological Disorders	-Rapture ectopic Pregnancy -Twisted Ovarian Tumor -Rapture Ovarian Folicle Cyst - Acut Salpingitis -Dysmenorrhea -Endometriosis
2) Liver,Spleen and Biliary Tract Disorders	- Acut cholecystitis -Acut cholangitis -Hepatic Absceas - Rapture Hepatic Tumor -Spontaneous rapture of the Spleen -Splenic Infarction -Biliary Colic -Acut Hepatitis	6) Vascular Disorders	-Rapture of aortic an veseral anurism - Acut Ischemic Colitis -Mesentric Thrombosis
3) Pancreatic disorders	Acut Pancreatitis	7) Peritoneal Disorder	-Intera Abdomenal Absces -Primary Periotonitis -Tuberculosic Periotonitis
4) Urinary Tract Disorders	-Ureteral or Renal Colic Acut Pyelonephritis -Acut Cystitis -Renal Infarction	8) Retroperitoneal Disorders	-Retroperitoneal Hemorrhage

B- خارج البطني لاملونه : دغه دردونه د اړيکې له مخې په نادره بڼه په کېدو کېنې منځ ته راځي

د پيرمهم ټي لکه :

Sickle Cell Crisis -

- پنومونيا Pneumonia په ځانگړي توگه د بنسکني لوب اړوند .

- د ميوکارډ احتشاء Myocardial Infarction

- د ديايت کيټواسيدوز په نادره توگه منځ ته راځي چې دغه دردونه جراحي ته اړتيا نلري

C- يولر نولاملونه Other :

1- Trauma: پخ ترضيضونه کولاي شي چې د کېدې دکلکو غړو لکه (ځيگړ، توري ،

بدوږي او پانکراس) او ثابت غړي لکه اثناء عشر غوڅ او مجروح کړي همدارنگه نافذه

ترضيضونه بنائي هر راز د کېدې دننه غړي غوڅ او زخمي کاندې .

2- وروسته له عمليات څخه Post Operative: وروسته له عمليات څخه درد که پرته له

اختلاط څخه وي معمولاً د (2-3) لومړي ورځو تېرېدنې اصلاح کېږي اوله منځه ځي . او هغه

دردونه چې پاتې کېږي او تعدد کوي دا د بوي ستونزي بنودونکي دي . لکه د بند بست

Obstruction ، خراج (اسي) جوړيدني .

پرته له اختلاط څخه وروسته له عملياته بنائي دحشوي رشتو څخه د جراحي زخم له کبله په

پريوتان باندي او همدارنگه د کېدې د جدار د سوماتيک ځانگړو د تعصيب عصبي ريښي زخمي

کېږي .

3- ډیرحیرانی (نا تاري) ناروغ: هغه ناروغان چې د شدید Stress سره مخامخ دي لکه پولي تروما ، سوخیدنې چې معمولاً سپسیس منځ ته راوړي بنسټی دگډوډې دننه ډیرې پینې منځ ته راوړي.

- Acute Stress Gastritis چې د G.I Bleeding پواسطه پېژندل کېږي .
- پرته له نټب څخه د فشاری قرحې (Curling Ulcer) له کبله.
- پرته له ډیریزکولي سیسیت ، کولي ستازس ، دمزن وړیدي نیوتريشن تغذي له کبله منځ ته راځي.

A- فزیکي کټي :

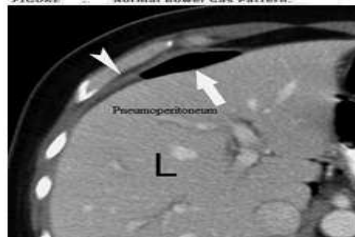
د حاد بطن لپاره سمدلاسه د عملیات کولو استطابات		
No	CLINICAL / TESTS	FINDING / CRITERIA'S
1	Physical Finding	<ul style="list-style-type: none"> - Involuntary guarding or rigidity, (if spreading) - Increasing or severe localized tenderness. - Tense or progressive distention. - Tender abdomen or rectal mass with high fever or hypotension . - Rectal bleeding with shock or acidosis. - Equivocal abdominal finding along with {Septicemia (high grade fever ,leukocytosis, mental changes , increasing glucose intolerance in Diabetes Militus).Bleeding with (shock,acidosis,falling Hematocrit), Suspected Ischemia (acidosis , fever, tachycardia), Deterioration on conservative treatment}.
2	Radiologic Finding	<ul style="list-style-type: none"> - Pneumoperitoneum. - Gross or progressive bowel distention. - Free extravasation of contrast materials. - Space –occupying lesion on Scan with fever. - Mesentric occlusion presence on angiography.
3	Endoscopic Finding	<ul style="list-style-type: none"> - Perforated uncontrollably bleeding lesion.
4	Paracentesis Finding	<ul style="list-style-type: none"> - Blood , Bile, Bowel content or Urine.



FIGURE - Normal Bowel Gas Pattern.



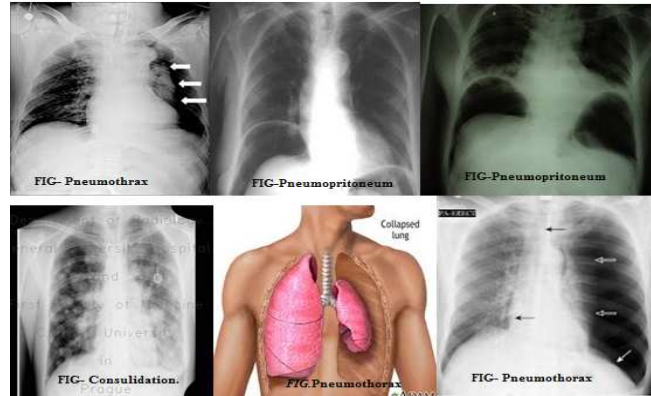
Figure - Duodenal hematoma (arrow) resulting in a high-grade obstruction. The obstruction resolved spontaneously.



لاندې جدول کښې لارښونه شويده :

شمبر ه	Helpful Sign مرستندويه نښې	Condaton حالت
۱	کېده Scaphoid بڼه لري ، حساسه وي، دکولموغرونه لږوالي مومي ، خنديني حالاتو کي دځيکو Dullness له منځه ځي ، اوهمدارنگه دکېدې دجدار (Guarding) دفاعي بڼه اوشخي (Rigidity) منځه ځي.	نښې احشاي Perforated Viscus
۲	دکولمو حرکتونه له منځه ځي ، ناروغ پرته له حرکتو وي او ارام پروت وي په خنديني حالاتو کښې دټوخي سره درد زياتوالي مومي او Rebound Tenderness مثبت وي اوهمدارنگه دکېدې Guarding او Rigidity مثبت وي.	Peritonitis پريټونيت
۳	دردناکه کله چه (دنه کېده کښې ، ريکوم اويا حوصله کښې) دريکال پوچ برخه دردناکه وي همدارنگه ځانگړي علامې لکه (مورفي ، پسواس اواوبورتور) مثبت وي.	التهابي کله اويا اسي Inflamed Mass or Absces
۴	بطني انتفاخ ، بنکاره کېدونکي پرسالتيزم دکېدې پرمخ ، اوهمدارنگه هاپيرپرسالتيزم ، په مقدمه يا مؤخره حالت کښې Quit Abdomen يا پرته له غړ اوغوره کېده همدارنگه په خيره بڼه درد ، ريباونډ ټينډرنس او بعضا فق او دريکوم کله ثبت کېږي .	دکولمو بندښت Intestinal Obstruction
۵	دکېدې پرسوب ، لږه اندازه دکولمو اوازونه (Tingling Sound) لکه چې دبوي فلزي سکي څخه منځ ته راځي ، په موضعي توگه حساسيت نشتوالي لري.	فلجي ايلوس Paralytic Ileus
۶	ترڅو چې ډيره موده تيره نشي دکېدې پرسوب منځ ته نه راځي ، دکولمو اوازونه په توپير سره وي شديد درد شته والي لري خو حساسيت لږ وي ، دريکوم له لارې وينه بهېدنه شته والي لري .	داسکيک يا اختناق کولمي Ischemic or Strangulated Bowel
۷	سپينوالي خثافت ، شاک ، دکېدې پرسوب ، نبضاني انوريزم ، حساسيت دبي ځايه بلاربنيت په صورت کښې ، دکلي شته والېدريکوم له لارې وينه بهېدل	وينه بهېدنه Bleeding

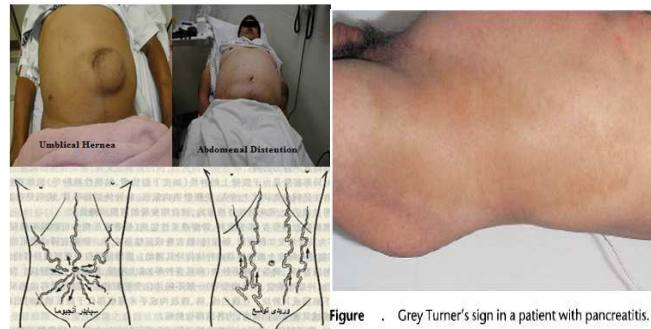
- 1- عمومي وضعيت General Apearance : په کولمي ناروغيو کښې ناروغ لټ په لټ اوږي راورې او په بستر کښې نارامه پروت وي حال دا چې دپريټون په تخريشيت کښې ناروغ آرام پروت وي او نه خوځيږي اوحرکت ورنه ډير دردناکه وي.
- 2- سږي Lungs : که چېرې دسږو په قاعده کښې يا قاعدوي رالونه اووږيدل شې پدې حالت کښې په پنومونيا شته ولري. همدارنگه دقرع کولو پواسطه Dullness بڼائي ، پنوموتوراکس، پلورائي انصباب يا هم کانسوليډيشن شته والې ولري.



3- زړه Heart: د زړه د Decompensation حالت په ځانګړي توګه که چېرې ډاکليلي رګونو دناروغۍ Pre-existing حالت لکه (دغاړي دورید توسع ، S₃-Gallop محيطي اذیما) شته والي ولری بشايي په نیغه پاملرنه دمیوکارډ احتشاء لوري ته واروي او یا هم همدارنگه یو اذینې فیبریلشن به دامبولې څرګندوي وي.

4- کپډه : Abdomen :

a- نفتیش : دګډې پرسوب دشته والی په صورت کېنې به (بندښت ، ایلوس ، حبن) څرګند کړي . Scaphoid کپډه به (د تنقبی قرحه) ، د فلانک اکیموزس ، هیموراژیک پانکریاتیت . Caput medusa به د Portal Hypertention ، اودجراحی ندبه به د التصاقاتو او تومور څرګندوي وي.



b- اصغاء : دکولمو دحرکونو اوریدنه (دغږونو نشتوالي اویاهم بعضا لږوالي دایلیوس اویاهم دکولمو دحرکاتو زیاتوالي به دورو کولمو بندښت یا ګسټرواټریت لوري ته پام واروي.



c- قزع : Tympanism دکولمو دلوپونو دپرسوب او یا اتساع سره مل وي Dullness او Fluid Thrill (wave) به دحین اودخیکر لباسه د Dullness ورکوالي د آزادي هوا Free air سره مل وي.



d- جس : Rigidity ، Gaurning او Rebound Tenderness دپرتونیت لپاره ځانگړي بلل کېږي. موضعي حساسیت معمولاً په اپنډیسیت ، سلپانجیت ، دایورتیکولیت کېږي لیدل کېږي.



- Arteriography : دشریان رادیوگرافي درنگه موادو پواسطه ترسره کېږي .
 - Angiography : همدارنگه درگونو رادیوگرافي که کتنه درنگه موادو پواسطه چې برسیره پر انجیوگرافي ، فلیبوگرافي هم ترسره کېږي .
 - E.E.G : دالکترو انسفالوگرافي ترسره کول که اړین وي بلل شي.
 - MRI (Magnetic Roentgenographic Image) : دایوه ډیره ښه کتنه ده که چېرې ورته اړتیا وي او باید ترسره شي.
 - Peritoneal Lavage : دا آزمینه اوکتنه دپرتون مايع دساتولوژیک کتنې په موخه ترسره کېږي.
 - Paracentesis : پاراسنتیزیس هغه کتنه ده چې دکېډې بډل اومايع بي دساتولوژیک کتنې په موخه ترکتنې لاندې راځي.
 - C.S.F : دماغي اونخاعي مايع کتنه دیولر ناروغیو پیژندنې لپاره چې اړین وي ترسره کېږي .
- پلان جوړول اومنجمنت :

دکېډې دردونه په ناروغانو کېږي دناروغی. دپیژندنې لپاره مرستندویه وي په تیره بیا په هغه ناروغانو کېږي چې ډیر عمر لري اود ډاکترانو سره دناروغی پیژنده کي مرسته نکوي هغوي مرستي ته

اړيا سي د جراحو لپاره داموخه او هدف وي که چېرې ناروغۍ جراحی کړي يا عمليات ته اړتيا ولري ورته درملنه ترسره کړي اوله مړينې مخنيوي وکړي. هغه دردونه چې د شپږو ساعتونو څخه ډېره موده ونيسي اوداصلاح وړ نه وي اوليال وي دجراحی عمليات ورته ترسره شي جراح ورته اقدام اوتکل کوي.

ډيري د جراحی ناروغۍ داسې دي چې دگډې درد پرته لدې چې لامل يې وپيژندل شي ورته لاپراټومي ترسره کړي اودرملنه يې جراحی بلل کېږي اوله عمليات څخه دمخه يې علت دپيژندلو وړ نه وي. لږه موده ځنډ ددرد لامل پيژندنې په موخه ترسره کړي خو په اکثريت پېښو کېښي لاپراټومي گټه وړه وي اومصون بلل شوېدي.

دانالجزېکونو ورکړه تر بحث لاندې خبره ده خودکلينک ډير جراحو اوس پدې عقیده اوياور دي چې په لږه اوخفيف اندازه دانالجزېکو ورکړه د ناروغۍ کلينک تر پوښښ لاندې نه راورې خوناروغ آرامه ساتي او هغه هوساينه وربخښي. دجراحی ځانگړي عملياتونه دلته د يادولو وړ نه بولو داړتيا په صورت کېښي غوره گابونو ته مراجعه کولاي شو او په بشپړه توگه يې لوستلای شو يولې ناروغۍ شته والې لري چې ژوند تهديد کوي او په پېړۍ توگه جراحی عمليات ورته اړين اوضروري بلل کېږي.

نظارت اوکنه Observation:

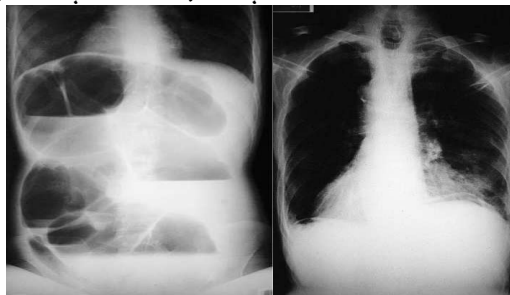
- استثناء يولې پېښي شته والې لري چې دگډې جراحی عمليات ورته په پېړۍ توگه ترسره کېږي خو اکثريت پېښي دگډې درد، نږدې نظارت، طبي منجمنت، دانالجزېکونو ورکړي ته اړتيا لري. هغه پېښي چې له عمليات څخه وروسته پکښې دگډې درد شته والې ولري اکثراً يا ډيرمهال انالجزېکونه يا ددرد ضد درمل ورته ورکول کېږي.
- ناروغ بايد د نه خوراک حالت (NPO) کېښي وساتل شي اوکه چېرې گانگي ولري ښه به دا وي چې N.G Tube په معده کېښي تثبيت شي او معده تشه اوسکشن کړل شي.
- دوريد له لارې مایع اوالکترولايونو نه ورکول کېږي اودناروغ Intake او Out put دلته نږدې وڅارل شي.
- دوريد له لارې انالجزېک ورکول کېږي زيارد وايستل شي ترڅو پتالوژيک پېښه ترماسک لاندې يا پټه پاتي نشي.
- پرلپسې توگه دناروغ فزيکي کنه ديوه ډاکټر لخوا بايد ترسره شي اوکه چېرې دناروغۍ په ننگ لاره (سير) کېښي داعراضو پرمخگ منځ ته راشي نوډاکټر به خپل تصميم ونيسي.

جراحی Surgery:

يولې ناروغۍ چې په غوڅه توگه دپيژندلو وړگرځي جراحی عمليات ته په پېړۍ توگه ضرورت لري بايد دناروغۍ پيژندنې لپاره له عمليات څخه دمخه بايد گټې ترسره شي. دجراحی عمليات لپاره لاندې جدول ته پاملرنه وکړي.

حاد بطن ددرملنې اوپېرني جراحی عملیات لپاره استطباب.

- a- فزیکي نښې نښانې اوموندني :
- په غیر ارادي توگه دگېډي Guarding شخي اویا Rigidity په ځانگړي توگه که په خپره بڼه زیاتیدونکي اوځاي پرځاي شدید درد اوحساسیت حالت .
 - حساس اوپه پرمختلونکي بڼه دگېډي پرسوب یا اتساع شته والې.
 - دگېډي حساسیت Tenderness اویا په رکوم کښې دجس پرمهال دکلي شتون سره دلوري تبي اوهاپوټنشن .
 - دریکوم له لارې وینه بهیدنه د شاک اویا اسیدوزس شته والي.
 - د فزیکي کښې پرمهال په اندولیزه اومسویانه توگه دکلینیکي نښو شته والې د (لورپه تبه ، وصفی لوکوسایټوزس ، رواني بدلونونه اودکلوکوز په وړاندي دناروغ دنه تحمل حالت دشکر په ناروغانوکښې .
 - وینه بهیدنه (پرته له شرحي شاک ، اسیدوزس اودهماټوکرټ ټیوالي)
 - په واضحه اوروشانه توگه د وینه لږي یا انیمیا (اسیدوز ، تبه ، ټاکی کارویا) شتون.
 - کله چې ددرملنې په لړ کښې ویجاړیدونکي حالت زیاتوالي ومومي یا درملنې نه بریالیتوب هم ثابت شي.
- b- دراویولوژیک فلم نښې نښانې :
- دپنوموپریټونیم شته والي (Pneumo Peritonium).
 - Glass ground appearance مظهره.
 - په گېډه کښې د Multiple hydroairic Level شته والي.
 - Free extravasation په آزاده بڼه دښکاره کېدونکی مواد (Contrast مواد) دگېډي په جوف کښې شته والي.
 - Space Occuping Lesion د CT.Scan پرمهال چې دتبي سره مل وي .
 - دمیزاتیر شریان بندښت دانجیوگرافي په وخت .
 - دالتراسونډ په کتنه کښې دگېډي په جوف کښې دازادي مايع شته والي.



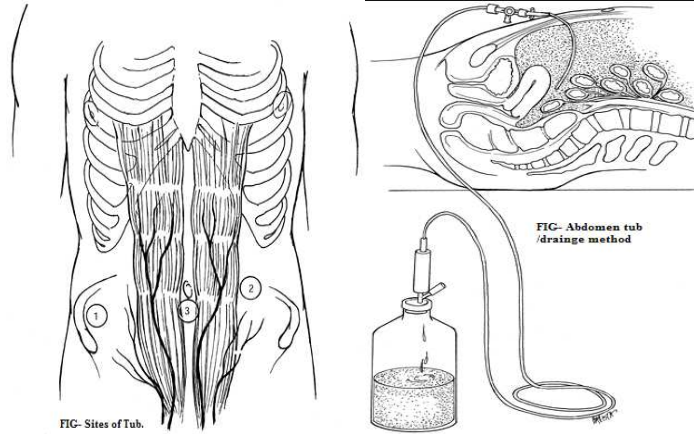
-c انډوسکوپیک کڼه :

- دانډوسکوپي پواسطه په Upper And Lower پورته اوبنګه معدې معائني سیستم کبسي که چېرې دوینه بهېدنه حالت ثابت شي اودکټرول وړنه وي.

-d دپاراسنتیزس کڼه :

که چېرې دپاراسنتیزس يا Abdomenal Tub پواسطه چې مايع کبسي وينه ، صفرا (Bile) ، زوي (PUS) ، دکولمو محتوي اويادميټازي محتوي نشيت شي .

که چېرې دکينک له مخي پورته حالتونه نشيت شي نوناړوخ ته په بېړني توګه بايد لاپرايومي ترسره شي اودلامل اوعلت دله منځه وړلو لپاره دي ژر تر ژره اقدام وشي .



دوهم څپرکې میټابولیک بدلونونه

اسیدوزس Acidosis

تعریف :

(pH) : عبارت دی د هایډروجن آزاد آیون د منفي لوگاریم (negative logarithm) تراکم څخه چې د قلوۍ په پر تله کچل شی چې دا د [H⁺] in moles per liter پذیریه ټاکل کېږي چې فورمول یې د (pH = -log[H⁺]) بلل شی چې د دغه د هایډروجن آیون غلظت ټاکي له مخې د محلولونو د تیزابۍ یا قلویت بڼه هم نښت کېږي که چېرې اندازه یې په محلول راپټیه شي ورته اسیدی (تیزابي acidic) او که چېرې سویه یې لوړه وټاکل شی ورته قلوۍ (alkaline الکلی) ویل شی . په نورماله توګه د بدن د مایعاتو (7.3 and 7.5) اندازه یې ټاکل شی.

اسیدوزس (Acidosis) : هغه حالت دی چې پکې د (H⁺ ions) غلظت په خارج الحجروي مایع (extracellular fluid) کې راپولېږي او په پایله کې دغه (pH below 7.36) څخه ټیټوالې مومی.

الکوزس (Alkalosis) : هغه حالت دی چې پکې قلوۍ (base) غلظت په خارج الحجروي مایع (extracellular fluid) کې راپولېږي او د (pH above 7.44) لوړوالې مومی.

بفر سیسټم (Buffer system) : هغه حالت دی چې د هایډروجن آیون (H⁺) غلظت ثابت ساتي داخل الحجروي (Intracellular H⁺ buffers) بفر عبارت دی له (phosphates او proteins، همدارنګه H⁺ buffers په وینه blood کې HCO₃⁻ او Haemoglobin بلل شی) چې په ګډه له همدوی څخه منځ ته راځي. سږي چې (H⁺ لکه د CO₂ and H₂O) اطرار کولو او پښورکې د (excreting HCO₃⁻) پذیریه د بدن د هایډرجن آیون (Control H⁺ levels) سویه او (pH) ثابت ساتي.

Table - Predicted Changes in Acid-Base Disorders	
Disorder	Predicted Change
1) Metabolic	
Metabolic acidosis	$P_{CO_2} = 1.5 \times HCO_3^- + 8$
Metabolic alkalosis	$P_{CO_2} = 0.7 \times HCO_3^- + 21$
2) Respiratory	
Acute respiratory acidosis	$pH = (P_{CO_2} - 40) \times 0.008$
Chronic respiratory acidosis	$pH = (P_{CO_2} - 40) \times 0.003$
Acute respiratory alkalosis	$pH = (40 - P_{CO_2}) \times 0.008$
Chronic respiratory alkalosis	$pH = (40 - P_{CO_2}) \times 0.017$

Acid-base disturbance			
Disturbance	Causes	Blood gas picture	Treatment
Metabolic acidosis	<ul style="list-style-type: none"> - Lactic acidosis - Ketoacidosis - Excess HCO_3^- loss - Renal failure - Drugs 	<p>pH < 7.36 P_aCO₂ < 4.7 kPa HCC < 18 mmol/L Base excess < -5 mmol/L</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Treat underlying cause - Sodium bicarbonate
Metabolic alkalosis	<ul style="list-style-type: none"> - H⁺ loss - Nasogastric suction - Vomiting - Hypokalaemia - Excess alkali - NaHCO₃ ingestion - Diuretics - Excess citrate 	<p>pH > 7.44 P_aCO₂ > 6.0 kPa HCO₃⁻ > 32 mmol/L Base excess > +5 mmol/L</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Treat underlying cause - Isotonic sodium chloride i.v. and - correction of hypokalaemia if present
Respiratory acidosis	<ul style="list-style-type: none"> - Hypoventilation - Ventilation-perfusion mismatch - Airway obstruction - Hypermetabolism 	<p>pH < 7.38 P_aCO₂ > 5.7 kPa HCO₃⁻ > 22 mmol/L Base excess -2 mmol/L</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Treat underlying cause
Respiratory alkalosis	<ul style="list-style-type: none"> - Hyperventilation - Apprehension - Hysteria - CNS injury - Rapid-rate mechanical ventilation 	<p>pH > 7.42 P_aCO₂ < 5.3 kPa HCO₃⁻ < 22 mmol/L Base excess +2 mmol/L</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Treat underlying cause

ستونزه: که چېرې یو ناروغ د Fulminant حاد پانکریایټ، ادولټ تنفسي دسترس سندروم (ARDS) سره روغتون ته راشي داتوبوشن ومېخانیکی تنفس اووتیلشن ایجاب وکړي اوپه لومړي مرحله کېنې دشریاني وینې ګاز د pH اندازه هم 7.14 وټاکل شي. لاندې پوښتنې سمداسه مطرح کېږي.

A- آیا دا اسیدوزس به تنفسي، میتابولیک اویا دواړه په ګډه سره وي؟ پدې هکله راتلونکي څرګندونې ته پام وکړي.

معمولاً دوینې دکا زاتو راپور به دپېرې زیاتي اندازې تقیصې اونیمکرتیا سره مل وي اود راپور په پایله کېنې (Base excess/Deficit) دي وکل شي. که چېرې دقلوي (PO₂/PCO₂/pH/Bicarbonate/ Base excess) په راپور کېنې وکل شي که دقلوي زیاتوالي Base excess منفي وي اویا هم مثبت Deficit یا تقیصه ولیدل شي نوپدې حالت کېنې به لږ ترلږه یاقسما میتابولیک اسیدوزس شته والې ولری.

که چېرې د Base excess قلوي زیاتوالي په راپور کېنې نه وي اود ABG تایجوله مخي په چټکه توګه د میتابولیک اوتنفسي اسیدوزس ترمخ توپیر کیدلای شي.

که چېرې $PCO_2 < 40$ وي نو اسیدوزس میټابولیک بلل کېږي اودښائی تنفسي معاوضي سره وي . اوکه چېرې دکاربن دای اوکساید فشار $PCO_2 > 40$ اسیدوزس به لږه اوقسما تنفسي وي . په هر نوبتي کته (10 torr) کېږي به دکاربن دای اوکساید فشار PCO_2 به له 40 څخه لږ وي ، د pH اندازه به 8 - 0.0 کچه به په نورمال حالت کېږي ښکته ثنیت کړل شي . د بېلګې په توګه : که چېرې دناروغ PCO_2 د 60 په اندازه وټاکل شي سترګې په لاره اسیدوز به 7.24 وي اونور هر ډول اسیدوزس به د میټابولیک علتونو لوري ته پام واړوي . د اسید - قلوې بیلانس ټاکنې لپاره د (pH) نورمال اندازه $[pH = 6.1 + \log (HCO_3^- / H_2 CO_3)]$ ده . همدارنګه د [Carbonic acid] $[H_2 CO_3^-]$ ټاکنې لپاره نورماله اندازه $[H_2 CO_3^- = PCO_2 (mm Hg) \times 0.03]$ اټکل شي .

B- د Volume یا حجم حالت په ناروغ کېږي څه ډول دي ؟ د میټابولیک اسیدوز لپاره معمولي علت په حاده توګه به Lactic Acidosis دانساجو ته دلږ پروفیوژن له کبله وي ناروغ دي وکل شي اود میتازو اندازه دي ولیدل او وټاکل شي . د زړه د ډکېدنې فشار دي ولیدل شي که چېرته امکان ولري د شریانونو اورګونو د حجم اندازه دي هم وټاکل شي حجم لږوالي د دیورتیک پواسطه منځ ته راځي اومعمولاً الکولوزس سره مل وي .

C- آیا د وینټیلاتور د بهیر کومه ستونزه شته والې لری اوکه ؟ هغه ناروغان چې اتوییشن ئي نه وي شوې او د تنفسي اسیدوزس ولري اکثرأ دا ناروغان د تنفس او ساکنیلو ستونزو سره مل وي . او هغه ناروغان چې آرامه وي اتوییشن ولري تنفسي ښائی دکلینک له پلوه شته والې ونلری ددي لپاره دي د وینټیلاتور سرکولیت ولټول شي که چېرې د وینټیلاتور ستونزه شته والې ونلری یا دي داندوتراخیال ټیوب پوزیشن د X-ray اخیستلو پواسطه ولیدل شي چې آیا په موزون ځای کېږي دي که یوې لوري ته تیر نه وي .

D- آیا کوم ډول اریټمیا اویا اکویا شته والې لری ؟ که چېرې اسیدوز په ژوره بڼه شته والې ولری د زړه دریم اختلال اویا د بطني اکویا علت به اسیدوز وبلل شي ددي لپاره دي E.C.G اود زړه کني ترسره شي .

توپیری پیژندنه :

لکه چې دمخه مو وویل د میټابولیک اوتنفسي اسیدوز پیژندنې د علتونو اړوند مو مثالونه وړاندي کړل اواروند څرګندونې مو وکړې یا هم یولږ څرګندونې دښه توپیری پیژندنې اړوند ضروري بولو .

A- دسږو اړوند حالتونه تنفسي اسیدوزس :

1- سالنډي Asthma :

- i. که چېرې یو د سالنډي ناروغی درلودونکي په تنفسي اسیدوز باندي اخته شي دوي به ډیره شدید ناروغی ولري اومعمولاً به دسمدلاسه اتوییشن ته اړتیا ومومي .
- ii. په میکانیکي توګه د پورتنی تنفسي لارې بندښت : پدي هکله به د اجنبي اجسامو اویا حنجري سپزم لامل غوره علت وګڼل شي .

iii. فضائیونکي آفتونه Space Occupying Lesion: پنوموتورکس ، پلورائي انصباب ، هیموتورکس
بنائی لامل وگرځی .

- iv. شدید ریوی اذیمیا : داپه دزره احتقانی عدم کهایه کبې لیدل کېږی .
- v. پنومونیا : معمولاً په اساسي توګه د COPD ناروغانو کبې لامل ګرځی .



2- درمل او توکسین Drug & Toxins :

- i. ډیر الکھول څښاک .
- ii. دنارکوټیکونو اوسیداتیفونو په زیات ډوز خوراک .
- iii. عضلي عصبي بلاک کونکي مواد لکه کیورار (Curare)



3- عضلي عصبي حالتونه :

- i. Myasthenia gravis
- ii. Pickwickian Syndrome پیکویکیان سندروم
- iii. Cerebro Vascular accident داعصابو درګونو چاودنه
- iv. Guillainn -Barre Syndrome

B- میټابولیک اسیدوزس: دا ډول د میټابولیزم تر سره کېدني پر مهال د میټابولیک ستونزو او خطاګانو له امله پېښېږی چې دا کولای شو په نورمال انیون درلودونکي خلاء (Normal Anion Gap) او هغه چې د انیون زیاتېدونکي خلاء (Increased Anion Gap) چې د پورته تلنې پرته له ټاکل کېدني یا نه ټاکل کېدونکي انیون ډولونو وویشو. د انیون خلاء د $\{ [Na] - (Cl + HCO_3^-) \}$ پواسطه ټاکل کېږی چې دا نورمال اندازه یې (8-12 mEq/L) دي .

(a) Normal Anion Gap :

- i. د بای کاربونیټ له لاسه ورکول : دا حالت معمولاً دهضمي جهاز له لارې منځ ته راځی لکه د نس ناستي په ناروغۍ کبې ، دکوچنیو کولموفیسټول ، دپانکراس اوپوسټکي فیسټول او یا په زیاته پیمانته د تریخی موادو بهر ته راوتل اودریناژ .

ii. دکلیوي ټیوبولونو اسیدوز Renal tubular acidosis :

(b) Elevated anion gap :

- i. لکټیک اسیدوز Lactic Acidosis: ډیره لږه اندازه پرفیوژن چې د اکسیجن نورمال تحمضی Oxidative میټابولیزم تراغیزې لاندې راشي او د لکټیک اسیدونو راټولېدني له امله په وینه کې منځ ته راځی .
- ii. دیابیتیک کیتواسیدوزس : د شکرې په ناروغۍ کې د وینې بهیر کې د کیتونونو زیاتوالي له امله منځ ته راځی .
- iii. الکھولیک کیتواسیدوزس: د ډېر الکھولو خوراک له کبله دځیکر دندې خرابېږی او کیتونونه ډېروالی مومي .

iv. مزمن د پښتورگونه بریالیتوب CRF: نه ټاکل کېدونکی پورته تلونکی انیونونه د Sulfates او Phosphate سره.

c) Drugs / Poisoning :

د آسپرین ډیر لوړ ډوز درمل اخیستل ، د میتایل الکھول خوړل ، د ایټالین گلايکول او پارا الډیهایډو خوراک د مسمومیت حالات منځ ته راوړی .

د فزیکي کڼې غوره ټکي :

1. حیاتي علايم Vital Sign: پدې حالت کېنې د هاپیوټیلشن ، هاپیوټیشن ، ټاکی کارډیا ، تبه د سپسیس له کبله شاک په څیر حالتونه دي ولټول شي چې د اسپډوزس غوره لاملونه بلل کېږی .
2. پوستکي Skin : سور ، لوند خولجن پوستکي ښائی د پښو اولاسونو په برخه د شاک له کبله څرگند شي لدې کبله چې ښکته لوري ته پرفیوژن لږوالي مومي.
3. HEENT : پدې حالت کېنې که چېرې کیتوزس او یا د ساکنلو پر مهال دميوې بوي له خولې څخه راووزي دابه ددیا بیټیک کیتو اسیدوزس یوه غوره نښه وي. همدارنگه که چېرې شزن بي ځایه شوې وي دابه د Space Occupying Lesion او که چېرې وریډي پرسوب ولیدل شي نو دابه د CHF یا Tension Pneumothorax لوري ته پام واپړوي.
4. سږو (Pulmonary) : د تنفسي غږونو ټیټوالي او یا نشتوالي ، د سټرایډور (Stridor) غږ به د پورتي تنفسي لارې د بندښت له کبله Wheeze اورالونه دي ولټول شي.
5. کېډه Abdomen: د پریټوان نښې ښانې به دحاد بطن څرگندوي وي اووصني دگېډې پرسوب او اتساع ښائی تنفس نهي کړي.
6. عضلي عصبي : عمومي ضعيفي او یا موضعي علامي (Sign) د شعور د انحطاط سويه یا په پوښه توب او یا کوما د نوټ کرل شي.

لابراتواري کڼې :

- A. د وینې کڼې (هیموگرام):
1. لوکوسیتوز د سپسیس سره او وینه لږې یا انیمیا په مزمن ډول پښتورگونه بریالیتوب (CRF) کېنې لیدل کېږی .
2. الکترولایتونه BUN او کریاتینین : که د سیروم دکلوراید اندازه اوسويه لوړه وي پدې صورت کېنې Nan Anion Gap ، میتابولیک اسیدوزس . همدارنگه د Anion Gap اندازه دي د پخوا په څیر وگڼل شي د الکترولایتونو د ټاکلو پر مهال دي اړوند معلوماتونه راټول شي ښائی د پښتورگونه بریالیتوب شته والې ولری .
3. د وینې گلوکوز او کیتون سويه : که چېرې د دوي سويه لوړه وي دابه د ډیابت ښکارندوي وي .
4. دلکټېټ سويه : د سپسیس او پرفیوژن لږوالي په صورت کېنې لوړېږي .

5. د شریان وینې گازاتو سویه : په تکراري بڼه که { Arterial Blood Gas(ABG) } بدلون څرگند کړي نو د درملنې مداخلې ته اړتیا پرېوړي.

B نوري کتنې :

1. د صدر راديوگرافي (Chest X-Ray) : د صدر راديوگرافي دي د ارتشاحاتو (Infiltration) لپاره وارزول شي همدارنگه ريوبي اذیما ، پلورائي انصباب ، اوداندوتراخيال ټيوب پوزیشن (فرضي موقیعت تقریبا 2cm پورته له Carina څخه وي).
2. E.C.G with rhythm strip : دا ډول آزمايښت به د اريتميا کانو نثیت لپاره تر سره شي.
3. EMG : د ايو ډول اختصاصي عصبي آزموينې دي اوشائي دعصبي لومړني حالتونو پېژندنې لپاره ضروري وکيل شي.

د درملنې پلان نیول :

په عمومي بڼه د دواوو میتابولیک اوتنفسي اسیدوز د درملنې په موخه په لاندې ډول علتونه باید له منځه یوړل شي لومړي اوبېړنۍ توگه باید داسیدوز حاد حالت تر درملنې لاندې ونیول شي اولومړي ترټولو Sodium Bicarbonate دورید له لارې ناروغ ته ورکړل شي اوها پروتیلیشن دها بیوکسیا دله منځه وړلو لپاره ترسره شي په پرلپسې توگه باید وینې pH وټاکل شي ترڅو د درملنې پرمخک اړوند معلومات ترلاسه نشي.

-A Metabolic Acidosis :

1- د بای کاربونیټ پواسطه درملنه : که چېرې $pH < 7.20$ څخه وي دورید له لارې دي

Bicarbonate بای کاربونیټ محلول ورکړل شي.

a- لاندې فورمول دي پکار یوړل شي .

$$\text{Patient's weight (in Kg)} \times (0.40) \times 24 - [\text{HCO}_3^-] = \text{Total number mEq of HCO}_3^- \text{ needed.}$$

b- نیمايي (50%) لږي اندازي څخه دي د دولس ساعته موده کېنې د بای کاربونیټ D_5W

کلوکوز محلول سره گډېږي او ناروغ ته ورکول شي.

c- لاندې حالتونه د بای کاربونیټ د درملنې اختلاطونه بلل شي :

- هاپرناټریمیا

- د حجم (والیوم) زیاتوالي .

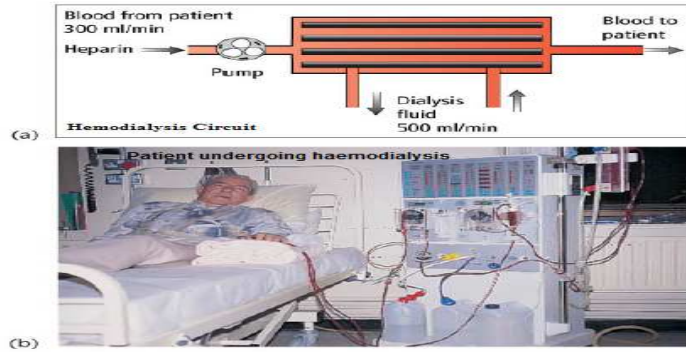
- هاپوکالیمیا لږي کبله چې پوتاشیم حجراتو ته لیرډول کېږي چې pH زیاتوالي مومي.

2- دلاندې علتونو درملنه دي وشي :

1. حجم دي سپسیس له کبله اعاده کړل شي اود هیموکریټیک شاک او لکټیک اسیدوزس درملنه دي وشي.

2. انسولین اود سالیڼ محلول دي د دیا بیټیک کیتواسیدوزس لپاره ورکړل شي .

3. د پښتورگو عدم کفایي په صورت هیموډیالیز ته اړتیا ده.



B- تنفسي اسيدوزس : پدې لړ کېښې دي دلاندې لاملونو پلټنه اودرملنه وشي.

1. که چېرې اړتيا پر يوزي ددرملنې په موخه ناروغ ته شزني ټيوب تطبيق اومېخانيکي تنفس دي پيل کړل شي ، اوکه چېرې دمخه ناروغ ته شزني ټيوب تير شوې وي اوبه روښانه توگه تنفسي اسيدوزس ولري داستاخو وينټيليشن دي زيات کړل شي او د ټايدل واليوم اندازې دې تر (Up to 10-15 ml/kg) پورې لوړ بيول شي اوپدې حالت کېښې دې د شهيتي فشار (Peak) اودتنفسي چټکتيا اواندازه وټاکل اوتعقيب کړل شي.
2. په بېړنۍ حالاتو کېښې دې ناروغ دوينټيلاتور ځني خلاص کړل شي اودلاس پواسطه (Hyper Ventilation) ترسره شي همدارنگه دا مهم دي چې دتنفسي لارې په پاکولو دومره ډير ټاگيد اوټينگارنه کېږي اوافرازات دي هره گړي نه سکشن کېږي ترڅو ناروغ ته په کافي اندازه اکسيجن ورکړل شي. کله چه مېخانيکي وينټيليشن ورکول کېږي سيديشن اوارامتيا ډيره مهمه گڼل کېږي چې وروسته يادونه کېږي.

الکلوزس

Alkalosis

که چېرې دوينې دقلويت حالت ($pH > 7.1-7.2$) زيات او لوړ شي نودغه اصطلاح ورته نومول کېږي. دپيلگې په توگه لاندې مثال ته د لاروښاتيا لپاره پاملرنه وکړي.

که چېرې يو ناروغ چې 47 کاله عمر ولري اوشخينه ناروغ وي د ICU يا دجدي څارني يونټ ته راوړل شي چې يوه ورځ ئي دتوراکومي ورته د Anti reflux کړنه ورته ددرملنې په موخه ترسره شويوي اود وينټيلاتور لاندې وي اودوينې pH اندازه ئي 7.56 وي سمدلاسه لاندې پوښتې مطرح کېږي .

- a- آيا ناروغ تروينټيلاتور لاندې دي اوکه وي نودتنفسي چټکتيا يا سويه او Tidal Volume اندازه يې څومره ده؟ بنسټي چې الکلوزس ئي دډير وينټيليشن له کبله وي دلر Minute Ventilation ټاگه هم ډيره مهمه ده لډي کبله (Assist Control يا IMC) اندازه همدارنگه لکه حجم دهرسره کښلو (تنفس) لپاره چې ترسره کېږي يا (Tidal Volume)

اندازه دیره مهمه ده چې وټاکل شي . د (Tidal Volume) حجم اندازه چې (10-15 cc/kg) ده باید وټاکل شي دا لاندې فورمول پکار یووړل شي.

$$\text{Minute Ventilation} = \text{Rate} \times \text{Tidal Volume}$$

هرراز بدلون د پارامتر به د Minute Ventilation تراغیري لاندې راوړي.

b – ناروغ کوم ډول درمل اخلي؟ باید چې یقینې شو چې یولړ درمل چې غوره رول لري ناروغ ته ورکول کېږي که نه. یولړ درمل لکه دیورتیکونه Thiazides چې د Contraction Alkalosis لامل ګرځي، اویا په زیاته پیمانه که چېرې بای کاربونیټ ورکول کېږي او یا هم د بای کاربونیټ پریکارسورونه ورکړه لکه د Acetate شتون په محلولونو کې دا د میتابولیک الکالوزس سبب کېدلای شي.

c- د ورید له لارې د مایعاتو جوړښت څه دي؟ باید یقین ترلاسه کړو چې د بای کاربونیټ اضافه اندازه خومره ده او درینګر په محلول کېږي د بای کاربونیټ ماده شته والې لری باید د بای کاربونیټ ورکړي سره ورنکړل شي. او همدارنگه یقین ترلاسه کړي چې ناروغ په کافي اندازه کلوراید

[80-100 mEq/day) ، اخلي او که لکه (NaCl په محلول کېږي + دضایعاتو اندازه) .

اویاهم (80-100 mEq /day add NaCl Plus Losses).

d- همدارنگه یقین دي ترلاسه شي چې N.G Tub ناروغ ته تطبیق دي او که کانګي شتون لري. د NG Tube دمعدې څخه د HCl اندازه د هضمي جهاز دضایعاتو ټاکنې لپاره ضروري ده ځکه چې داد Hypochloremic Alkalosis سبب د جراحی په ناروغانو کېږي کېدلای شي.

توپیري پیژندنه :

ددي مقصد ترلاسه کولو لپاره داسې ډوزس ټاکنې څیرکړنه ترسره کېږي چې آیا دا الکالوزس تنفسي دي او که میتابولیک باید توپیري وشي.

A- میتابولیک الکالوزس Metabolic Alkalosis :

داحالت تلمدام دوینې دسیروم د بای کاربونیټ دلوړوالي له مخې کېږي او همدارنگه اعاده ئي تل د Hypoventilation اودپنسورګو له لارې د بای کاربونیټ اطراح پواسطه کېږي او پیژندنه ئي د pH دسویې د لوړوالي چې دشریاني وینې د کاربن دای اوکساید فشار PCO₂ اندازه به ورسره لوړه اویا نورمال ثابت کړل شي.

1- د HCl ضایع کېدنه په لاندې حالاتو کېږي لیدل کېږي:

- i. Nasogastric Suction اویا کانګي کوي.
- ii. Villous adenomas چې دپوتاشیم دضایع کېدنې لامل ګرځي .
- iii. ددیورتیکونو پواسطه په ځانګړي توګه Thiazids تیاژیدونه.

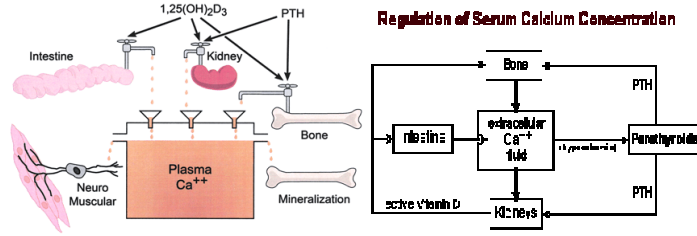
iv. له هایپرکینیا وروسته Post hypercapnia

2- Chloride Resistant

i. د بای کاربونیټ ورکړه دخولې اویا ورید له لارې

ii. مزمن هایپوکالیمیا Chronic hypokalemia

iii. پرايمري هايپردوسټيرونيزم دکوشنگ سندروم اودبهرني سټروئيډونو ورکړه.



B - تنفسي الکلوزس Respiratory alkalosis:

په هغه حالاتو کې چې د PCO_2 اندازه لږوالی ومومي او همدارنگه که چېرې باي کاربونيټ ډېپنټورگو له لارې ډېر اطراح شي د معاوضوي ميکانيزم له مخې هايپرونيټليشن منځ ته راځي او په لاندې حالتونو کې بدلون مومي .



i. اضطراب Anxiety

ii. د هايپرميټابولیک حالت لکه (په تبه اوسپيس) کېږي.

iii. Iatrogenic سبب لکه چې دوينټيلاتور چټکيا چې ډير تنفسي حالت منځ ته راځي او د Tidal Volume اندازه لږه وي.

iv. پلارېنټ Pregnancy

v. دسيروزس حالت

vi. دزړه ناروغۍ چې په صدري درد کېږي خپرل کېږي .

vii. دسږو ناروغۍ چې په Dyspnea کېږي خپرل کېږي .

viii. د Brian Stem آفتونه چې د عصبي ناروغيو په لړ کېږي خپرل کېږي .

ix. د Salicylate زهري مسموميت سره.

کلينيکی کتنې:

د فزيکی کتنې غوره ټکي:

i. حياتي علايم: پدې لړ کېږي بايد دساه کېلو اندازي، Respiratory Rate، ټاکي پيا ته پاملرنه وشي چې تنفسي علتونه نکل کېږي .

ii. سږي: همدارنگه دسږو اذيا اورالونو ته دي پاملرنه وشي.

iii. پوستکي: دالکھولو ډير استعمال له کبله دي لکه دورغوي سوروالي او Spider Angioma

(دغني انجيوما) نښانې وليدل شي.

لابراتواري کښې:

- i. د سوررکي (شریان) وینې گازاتو سویه دي ولیدل شي لکه چې پخوا تري یادونه وشوه.
- ii. د سیروم الکترولایټونو سویه په ځانگړي توگه د هاپوکالیمیا حالت چې د الکولوزس سره به مل وي.

iii. د سیروم د سالیسلات سویه: بنائې چې په سیروم کېنې د Aspirin سویه لوړه وي اومسومیت ولري.

iv. Spot Urine Electrolyte For Chloride :

ډاګر نه ډیره مرستندویه د میټابولیک الکولوزس پیژندنې ثابت شویده که چېرې $\text{Cl}^- < 10 \text{ mEq/L}$ په میټازو کېنې تثبیت شي دابه ددې ښکارندوي وي چې دکلوراید په وړاندې الکولوزس منځ ته راغلي چې دابه د (دیورتیکونو، د هضمي جهاز ضایعاتو) له کبله وي چې معمولاً به دکلوراید د تطبیق پواسطه دورید له لارې سمون ومومي اوناړوخ بنسټه والي مومي چې که چېرې $\text{Urine Chloride} > 10 \text{ mEq/L}$ اندازه ولري دابه د Chloride resistance alkalosis پنامه یاد شي اودابه د (ادرینال ناروغیو او یا اضافه بهرني ستروید استعمال له کبله وي) اوکټرا دکلوراید انفیوژن او ورکولو پواسطه اصلاح نه مومي.

ددرملنې په موخه پلان نیول:

دا به ډیره ښه وي دلاملونو اوسیبونو د پیژندنې وروسه ددرملنې لپاره تصمیم ونیول شي.

a- د بهرني Exogenous بای کاربونیت ورکړه دي ودرول شي همدارنگه دباي کاربونیت پریکارسور (Precursor) لکه (Acetate Salt مالګو) (Amino acids) اندازه که چېرې په (Hyper alimentation) محلولونو کېنې وي د ورکړې اندازې ټاکنې لپاره دې و ارزوول شي. که چېرې (Hyper alimentation) په اساسي توگه وي دکلوراید مالګي اندازي دي په محلولونو کېنې لوړه بیول شي او امینواسیدونو محتوي ي لږه کړل شي.

b- دورید له لارې معاوضه (I.V Replacement):

هغه حالت چې الکولوزس د HCl ضایعاتو له کبله وي پدې حالت کېنې دي د (0.9 % NaCl) نورمال سالیټ محلول د ورید له لارې تطبیق کړل شي او که الکولوزس دکلوراید مقاوم (Chloride resistant) ډول څخه وي پدې حالت کېنې دي د ورید له لارې پوتاشیم کلوراید (KCl) محلول د پرفیوژن په څېر ورکړل شي.

c- تسکین Sedation: باید پدې حالت کېنې اضطراب (Anxiety) له منځه یوړل شي ځکه چې اضطراب د تنفسي الکولوزس لامل ګرځي چې پدې لړ کېنې ډیازپام ګټه وړدي.

d- Increases FiCO_2 : باید ماسک په غیر اتویټ ناروغانو کېنې ډیا ساه کېنلو په موخه تثبیت کړل شي ترڅو دتنفسي الکولوزس درملنه ترسره شي که چېرې Ventilator پواسطه ساه کېنل ترسره کېږي باید د Minute Ventilation اندازه لږه کړل شي اوچټکګیا دي لږ شي او

يا Tidal Volume اندازه دي لږه شې او يقين دي ترلاسه شي چې د
Tidal Volume 10-15cc/kg شي .

e- دهاپوکاليميا درملنه دي د (IV Perfusion 1-2 mEq/Kg / Day-) (20mEq Kcl/L)
د پذيرعه وشي.

f- د حجم (واليوم) اعاده دي وشي د N.G Tube ضايعات دي محاسبه او د $D_5 \frac{1}{2} NS$ محلول
دي 20mEq Kcl/L سره ورکړل شي.



درېم خپرکې

انافيلالکيک غبرگونونه (درملوغبرگونونه)

Anaphylactic Reaction (Drug Reaction)

ستونزه :

- يوناروغ چې وروسته له جراحي عمليات څخه ورته Dyspnea (ذيق النفس) اوهايپوتشن اوپه عمومي بڼه دپوستکي اندفاع کاني (Rash) د وريد له لارې دپنسلين يا نورو درملو وروسته پيدا کېږي سمدلاسه لاندې پوښتنې مطرح کېږي .
- a. دناروغ حياتي علايم څرنگه دي ؟ ټاکي کارډيا معمول نښه بلل کېږي اودانښايي ديولر حالاتو په وړاندې دغبرگون په توگه څرگند شي چې دغه حالات لکه هايپوکسيا ، ويره ، هايپوتشن يا د فشار ښکته کېدنه ، اريتميا چې سمدستي ئي درملنې ته اړتيا پريوزي.
- b) آيا ناروغ کولاي شي چې په مناسبه توگه اړيکه ټينگه کړي ؟ که چېرې ناروغ پوښتنو ته سم ځوابونه ووايي داډېدي معني ده چې دناروغ د ماغزو(دماغ) اوکسيجن (Oxygenation) حالت پدغه مهال کښې ښه دي اوکه ځوابونه سم نه وي پدې معني ده چې شديد تنفسي اختلال اويا د تنفسي لارې د پورتنې برخې بندښت د لارېنگوسپزم اويا د حنجري اذينا او پرسوب له کبله شته والې لري .
- c) کوم راز درمل به ناروغ ته ورکړل شوي وي ؟ ډير ډول درمل شته دي چې دغبرگون لپاره لامل گڼل کېږي ډير معمول درمل لکه : دپنسلين اويا د هغه مشتقونه ، دپټا لکټيم ډلي اتي بيوتیکونه (سفالوسپورينونه) اود وريد له لارې (Contrast) ښکارندويه موادچې معمولاً د صفاوې لارې او بولي لارې د راډيولگرافي لپاره پکاروړل شي . آسپرين اوغيرستروئيد ضد التهابي درمل (NSAID) او نور په حساسيت لرونکو ناروغانو کښې دغبرگون لامل گرځېدلای شي دوينې ترانسفيوژن (قل الدم) غبرگون څرگندونې وروسته څېړل کېږي دچېچونکو حشراتو او خزندگانو د چېچولو غبرگون څرگندوي اوپه يوډول ئي درملنه کېږي .



توپیری پېژندنه :

- انافیلاکسس د تخنیک له پلوه د هغه اعراضو او علایمو پورې چې د اتی جن میدیت آزادېدو چې د IgE میدیا تورو نو پواسطه منځ ته راځي تر او لري دا کېدای شي چې موضعي لکه د الرژیک رینیت او یا هم سیسټیک وي چې ژوند تر تهدید لاندې راوستلای شي.
- a. حاد الرژیک غبرگون (انافیلاکسس) : په روغتونونو کې چې حاد حالت د درملو تطبیق په لړ کې لیدل کېږي ډېر لږ اندازه ئي دخوراکي توکو، محیطي یا چاپیریال موادو (Dust، Pollen) او خزندگانو او حشراتو د چچولو له کبله منځ ته راځي.
- b. د تنفسي لارې د پورتنی برخې بندښت : داکېدای شي د اجنبي اجسامو ، د حنجري اذیمو او حنجري سپزم له کبله وي چې په کلاسیکه بڼه پکې Stridor شته والې لری .
- c. د سالنډي حاده حمله: پدې حالت Wheezing د پخواني استما تاریخچه معمولاً شته والې لری.
- d. د سږو آمبولې : په ځانگړي توگه له عملیات وروسته منځ ته راځي خو پدې حالت کې په حاده توگه د ساه کېلو لنډوالي Acutely Short of Breath شته والې لری .
- e. نور حالتونه : یولړ حالتونه نور هم شته والې لری چې وروسته هر یو څپل کېږي (Dyspnea، Wheezing ، Hypotention) اونور .
- A- غوره فزیکي نښې نښانې په کتنه کېږي :
- i. حیاتي علایم Vital Sign: پدې هکله هایپوتنشن باید په پام کېږي وي.
 - ii. سږي Lungs : د سږو په اصغاء کېږي باید Wheezing ولټول شي چې د برانکوسپزم ښکارندوي دي او Stridor به د حنجري د سپزم ښکارندوي وي.
 - iii. پوستکي : په خیره بڼه د پوستکي اندفاع Urticaria ، Rashes ، خارش (Pruritis) ، د یوه حاد انافیلاکسیک غبرگون سره مل وي.
 - iv. لاسونه پښي (Extrimities) دلته باید د سیانوزس ولټول شي.
 - v. رواني حالت (Mental State) : بعضي حالتونه شته دي چې سمدلاسه تنفسي حمایت ته اړتیا لري چې د Hypercapnia د شدید حالت څرگندوي دي.



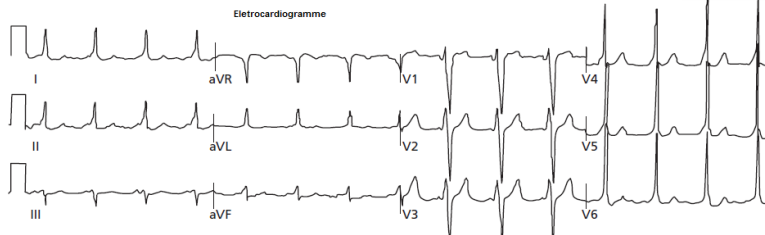
B- لابراتواري کتنې:

- دشریاني دوینې گازونه: دوینې دکازونو دسویي ټاکنې له مخې به دهایپوکسیا اوهایپرکینیا په اړوند معلومات ترلاسه شي خو باید لومړي ترټولو دمخه د ستونزي درملنه وشي.

C- راډیولوژي اونوري څېړنې:

I- دصدر راډیوگرافي: دصدر راډیوگرافي Chest X-Ray که چېرې وخت وي ترسره شي دابه دتنفسي ستونزو نورو علتونو اړوند معلومات راکړي لکه: پنومونیا، CHF اونور....

II- د زړه گراف (Electrocardiogram): حاد میوکارډیا ل احتشاء کولاي شي چې دسږو اذینا منځ ته راوړي چې دشدید ذیق النفس Dyspnea سره به مل وي.



Right Ventricular Strain کېدای شي چې په سږو آمبولي کېنې له کبله منځ ته راشي او همدارنگه د میوکارډ احتشاء ښايي دشدید هاپوتنشن څخه په انافیلاکسیس کېنې منځ ته راشي.

د درملنې پلان:

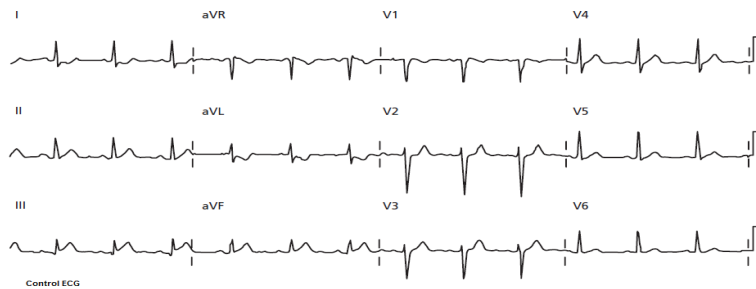
دکلبنيکي نښونښاني له مخې دي په چټکي سره درملنه پيل شي اويا دي نوري لابراتواري کتنې بشپړي شي همدارنگه دزړه اوسږو بيا رغونې(احيا) لپاره هڅه وشي. په لاندې توگه دي درملنه وشي:

A- اوکسیجن Oxygen: اوکسیجن دمخ دماسک له لارې د شدید Dyspnea د له منځه وړلو په موخه پیل کړل شي او ښایې چه اتیوپوشن ته اړتیا وي په ډیر شدید حالت کېنې اتیوپوشن ترسره کېږی دا ډله ناروغان نشي کولاي پخپله د سږو افرازات کټرول کړي اوپدې حالاتو کېنې په شریاني وینې د PCO₂ سویه لوړه او PO₂ سویه ډیره ټیټه وي.

B- اپي نفرین Epi-nenhrin: اپي نفرین 1:1000 محلول دي 0.3-0.5cc په اندازه دي د تحت الجلد له لارې سمدلاسه ورکړل شي ترڅو لارښکوسپزم دله منځه وړلو چې په حیرانونکې او ډراماتیکه بڼه اصلاح منځ ته راوړي.

همدارنگه دCPR په حالاتو کېنې (1:10000) اندازه داپي نفرین محلول څخه دورید له لارې ورکول کېږی اود یادولو وړ بولو چې اپي نفرین ورکړه دي په هغه ناروغانو کېنې چې عمر ئي د (40) کالو څخه پورته وي په ډیر احتیاط سره ورکړل شي او یا هم ورنکړل شی.

- C دایفن هایدرامین Diphenhydramine: همدارنگه دایفن هایدرامین دي (25-50mg) دعضلاتو له لارې تطبیق اودایي نفرین محلول دي دهیستامین داغیزولو کولو په موخه ورکول شي همدارنگه دلومړي مرحلي اولو درجي انافیلایکېک غبرگون په له منځه وړلو کېږي ډېره کچه وړدي لکه په اورتيکاريا (urticaria) کېږي. دا درمل کولاي شو چې دوريد له لارې تطبیق کړو دډیر عمر درلودونکو ناروغانو کېږي دي پاملرنه وشي.
- D په لوړ دوز کلوکو کورتيکونید: هایډروکورتیزون (100mg) دوريد له لارې ورکول کېږي چې بنسټی دایي نفرین اودایفن هایدرامین درملو ورکولو ته هم اړتیا پریوږي.
- E دویني فشار: دویني فشار دایي نفرین اودایفن هایدرامین په ورکولو سره سمون مومي او همدارنگه دنورمال سالین (NaCl) محلول ته دحجم داصلاح لپاره کارول کېږي او همدارنگه (Dopamine یا Pressors) مادي ته دفشار د تقویت لپاره کله ناکله اړتیا پریوږي.
- F Monitoring نظارت اوڅارنه : دکلینک له پلوه دناروغ دحالاتو اصلاحاتو بڼه دي وڅارل شي دڅارنې پواسطه دي دناروغ بدلونونه ثبت کړل شي هر راز اړتیا ته دي پاملرنه وشي اودزړه اوسرود ددرېدنې مخه دي ونیول شي.



وينه لږې (کمخونی Anemia)

تعريف : هغه ناروغان چې د وينې د هيموگلوبين اندازه يې د (10 gr % / dl) څخه راټيټه شي او د ناروغ پوستکي ، دسترگو منضمې او مخاطي غشأ رنگ ته سپينوالي او تېنېدلې بڼه وروښښي دغه حالت وينه لږې (کمخونی Anemia) بلل شي چې د بېلابېلو لاملونو له کبله پېښېږي .

د هيموگلوبين (Haemoglobin) جوړښت له څلور (Polypeptide Chains) ځنځيرونه ، دوه الفا ځنځير ونه (Two alpha) چې ټول (141 Amino Acid) په هر يوه کېښې شتون لري او دوه د بېتا ځنځيرونه (Beta chains) چې ټول (146 Amino Acid) لري .

هر يو د ځنځيرونو څخه يوه د اوسپنې هسته (One Haem) او د (Cyclic Tetrapyrrole) څخه جوړه ده چې يو مفرد ډپولي پېپټايډ ځنځير د يوه (Haem) سره اړيکه لري چې د هيموگلوبين يوه برخه گڼل شي. په يوه بشپړ ماليکول کې (Four Subunits) سره د (Hydrogen Bonding) پواسطه يوځای کېږي ترڅو (Tetramer) جوړ کاندې. د يوه (Haem Proteins) دندې عبارت دی له : (Oxygen Binding ، Oxygen Transport او Electron Transport) څخه دي.

همدارنگه هر يو (Haem) د (Protoporphyrin- IX) او (Four Nitrogen Atoms) څخه جوړ دی او د (Ferrous ion Fe²⁺) لپاره (Co-ordinated) منځ ته راوړي او دنده تر سره کوي او (Fe²⁺) پخپل وار سره د (co-ordinated) په څېر د (Nitrogen Atom) په منځ کې د (Histidine) د پاتې شونو سره د گلوبين (Globin) ماليکول يوه برخه جوړوي. هيموگلوبين هغه برخه ده چې د اوکسيجن سره په سرو کې اړيکه منځ ته راوړي او زړه ته يې لېږدوي او له هغه ځايه يې انساجو ته او همدارنگه کاربن ډاي آکسايډ (Carbon Dioxide) بېرته سرو ته لېږدوي .

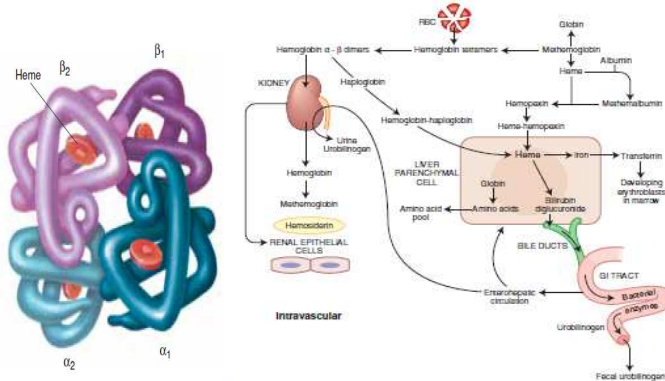


FIG - The hemoglobin molecule:

Figure 4.4 Intravascular hemolysis: increased bilirubin, decreased haptoglobin, but free hemoglobin present.

ستونزه : ديلگي په توگه که چېرې يوناروغ دوريدي وريکوز له کبله روغتون کېښې دبستر لپاره راشي او دهيماتوکريت اندازه يې (19%) له عمليات څخه دمخه وي لاندې پوښتنې سمداسه مطرح کيدلای شي:

- 1- آیا ناروغ د هیموډینامیک له پلوه ثابت دي او که ؟ هغه ناروغان چې په مزمن ډول وینه لري (Anemia) لري دوي د حجم د ضایع په وړاندې معمولاً معاوضه وي بڼه غوره کوي دا ډول ناروغان کولای شو چې د یوه (Order) تطبیق له مخې تر درملنې لاندې ونیسو او هغه ناروغانو چې د ټیټ هیماتوکریټ لري او په حاده بڼه وینه ضایع کوي پېرني درملنې ته اړتیا لري ترڅو دوی بې حجم ژر تر ژره اعاده شي هغه ناروغان چې د کلبینیک له مخې وینه بهېدنه ولري دا ناروغان دي دروټین لابراتواري گڼو په لږ کبني وڅېړل شي ټاکی کارډیا او هاپوټنشن د هاپوولیمیا حساسه نښې بلل کېږي .
- 2- آیا ناروغ غایطه مواد(غول) کې د وینې پرې شوې بڼه شته او که ؟ په جراحی سرویس کېږي که ناروغ بستر وي او هیماتوکریټ ټي ټیټ وي بڼایي چې د هضمي جهاز وینه بهېدنه ولري ددی لپاره دي دوی بې کني لکه (MCH، MCHC، MCV)، د (CBC) له مخې ترسره شي او که چېرې دا د مایکروسایټیک ، هاپوکرومیک انیمیا بنکارندوي چې پدې هکله وروسته څېړنه کېږي ددی څرگندوي وي چې د هضمي جهاز له لارې دوی بې ضایع کېدنې چانس شته دي همدارنگه د Melana شته والې تور قیر ته ورته غول (Tarry Stols) اود تغوط د عادت او هضمي جهاز د طبیعت بدلون اړوند دي وپوښل شي او معلومات دي ترلاسه شي که چېرې د غایطه موادو لومړي کتنه منفي وي دویم اودریم ځل دې وینه وکل شي ترڅو بڼه ارزونه ترسره شي .
- 3- آیا ناروغ دوی بې کمښت Anemia پخواني تاریخچه لري او که ؟ د ناروغ څخه دي د پخواني وینه لري تاریخچه اړوند پوښتنه وشي او ثبت دي کړل شي او همدارنگه د فامیلی وینه لري اړوند دي معلومات ترلاسه شي .
- 4- آیا د ټیټ هیماتوکریټ تاج صحیح دي او که ؟ که د هیماتوکریټ د تاجو اړوند کوم ډول شک شته والې ولری اود ناروغ د بڼې سره سمون ولري نو پدې هکله دي داشبده منع ولټول شي لکه
- i. دڅو ناروغانو ازموینه دي یوځای واستول شي .
 - ii. دماشین تخنیکي ستونزي دي وپلټل شي .
 - iii. وینه دي له ورید څخه راواخیستل شي غلطې او ناسمې تیجې لابراتواري کني غیر معمول خبره ده په تکراري بڼه دې کتنه تر سره شي اوناړوغ دې تعقیب شي .
- 5- آیا په وینې بانک کېږي وینه شته او که ؟ که چېرې په پېرني توگه ناروغ ته دوی بې اړتیا وي باید د بانک څخه پوښتنه وي چې وینه لري او که .
- نمونه دي دگروپ ټاکی او Cross-match په موخه بانک ته واستول شي ترڅو چې د هیموډینامیک له پلوه غیر ثابتوالي تثبیت نشي باید ناروغ ته وینه تیره نکړل شي او انتظار دې وایستل شی .

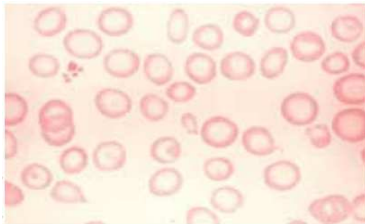


Figure 5.4 Microcytic and hypochromic red cells.

توپيري پېژندنه :

A- په غير مناسبه توگه د سره کړيواتو توليد :

1- د هيموگلوبين توليد نيمگړتياوي له کبله :

a. داوسپني لږوالي Iron Deficiency : دا تل مدام د وينې د مژمن ډول ضايع کېدني او د

اوسپني د غير مناسب اولږ خوراک له کبله مينځ ته راځي.

b. Folate deficiency : دادميگا بلاستيک انيميا ډول دي چې د خوراک لږوالي او الکھولیک کسانو

کښې ليدل کېږي .

c. Vitamin B₁₂ : ميگالوبلاستيک انيميا بشائي دايلوم قطع کولو Sprue نس ناستي کښې وليدل شي.

d. Thalasemia : پدي حالت کښې په ارثي توگه د هيموگلوبين جوړښت کښې نيمگړتيا شته والې

لري .

2- غير مناسبه توگه د سره کړيواتو توليد دنورو علتونوله کبله :

a. Marrow aplasia : داد درملو اوکيمياوي موادو علتونوله کبله وي.

b. Marrow replacement : داد نيوپلازيا اويافيروزس له کبله وي.

c. مژمن ناروغی ، سيستمیک ناروغی کولاي شي چې نورموکروميک نورموسايټیک انيميا منځ ته

راوړي .

دمژمن کليوي عدم کفايه نورډولونه دانيميا داريتروپوټين دنشتوالي له کبله منځ ته راوړي.

B- سره کړيواتو ويجاړيدنه :

1- داخل کيسولي نيمگړتيا Intra capsular defect :

a. ارثي سفروسايټوزس Hereditary Spherocytosis

b. دانزيمونو نشتوالي Enzyme deficiency

c. Sickle cell disease

2- Extra capsular defect

a. همولايټیک انيميا : داد اوتوايمون غيرگون چې معمولاً د درملوله کبله مينځ ته راځي چې بشائي د

سيستمیک اوتوايمون ناروغيو يوه برخه وي.

b. همولايټس دزړه د والف پروسټيز له کبله.

C- د سره کړيواتو ضايعات :

د سره کړيواتو ضايعاتو حالت د وينه بهيدنه چې که څه هم د هضمی جهاز (G.I System) اوياهم

د بولي تناسلی جهاز (UG system) له کبله : (لکه حيض ، غيروظیفوي رحمي وينه بهيدني په

بڼځو کښې) خلف پريتواني ، بهرني وينه بهيدني دجراحی عمليات څخه وروسته .

الف: فزيکی غوره ټکي :

▪ حياتي علايم : اورتوساتيک هايپوتشن اوټاکي کارډيا دانيميا لپاره د هيموډينامیک بدلون

غوره ټکي دي.

- پوستکي : خثافت ، کم رنگه منضمه او د نوکانو بستر ديلا بيلو درجو وينه لري بنکارندوي کيدلای شي.
- گېډه (بطن) : د توري لويوالي Splenomegali په هيمولايټيک انيميا کېنې ترسترگو او ثبیت کېږي او همدارنگه د Intra carpuscular defect حالت کېنې د سروکړيو اتو تخريب ليدل کېږي او Myeloid metaplasia ميا لوييد ميا پلازیا کېنې د توري لويوالي ليدل کېږي کېدای شي چې دخيشو کلاتو په لړ کېنې ډگېډې کلي ثبیت کېږي .



- دريکوم کتنه : پدي کتنه کېنې د ډير پاملرنه وشي چې که چېرې کومه کله شته والې ولري او يا هم که چېرې کومه دوينې پرن شوي غوټه شته والې ولري بايد وڅېړل شي .
ب: لابراتواري کتنه :

لابراتواري کتنې د وينه لړۍ ناروغۍ د پيژندنې اړوند ډېره ښه او گوره آزموينه بلل کېږي او د لابراتواري هيماتولوژۍ کتنې بايد ترسره شي او د مايکروسکوپ پذريعه دغه کتنې ترسره کول د ناروغيو پيژندنې کې هاص اهميت لري او نورې کتنې هم ترسره کېږي.

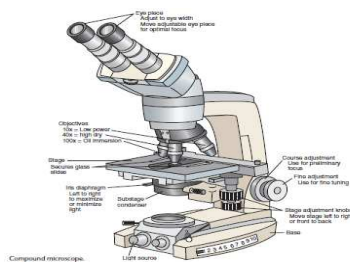


Table of Hemogram Test for results			
No	Test	Result	Normal Range
1	WBC	?	4.8 to 10.8 x 10 ⁹ /L
2	RBC	?	4.7 to 6.1 x 10 ¹² /L
3	Hgb	?	14 to 18 g/dL
4	Hct	?	37 to 47 %
5	MCV	?	80 to 100 fL
6	MCH	?	27 to 31 pg
7	MCHC	?	31 to 36 %
8	RDW	?	11.5 to 14.5 %
9	Platelets	?	150 to 350 x 10 ³ /μL

1- هیموگرام Hemogram:

د هیماتوکریټ کچه او اندازه دي ولیدله شي همدارنگه د سپینو کړیواتو اندازه دي ولیدل شي او د پلاټلټ کچه دي وټاکل شي ترڅو د لوکیما او Bone Marrow Depression اړوند معلومات ترلاسه شي.

2- Red Blood Cells Indices:

د MCV او MCHC ګڼه دانیمیا تصنیف اړوند معلومات راګوي د RBC د سایز له مخي Normocytic ، Microcytic او Macrocytic ډولونه ټاکل کېږي او هیموګلوبین درلودونکي هایپوکرومیک ، نارموکرومیک ډولونه لیدل کېږي .

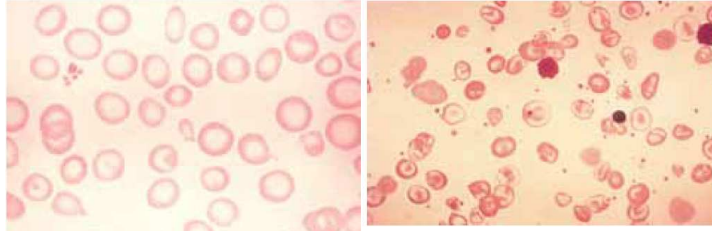


Figure . Microcytic and hypochromic red cells.

Figure . Thalassemia major, showing a high degree of poikilocytosis and nRBCs.

د اوسپني دنشتوالي انیمیا مایکروسایټیک او هایپوکرومیک وي حال داچې په وصفي توګه ماکروسایټیک ډول به د میګالوبلاستیګ انیمیا بنسټونکي وي.

3- Peripheral Blood Smear:

همدارنگه دا ډول د وینې ګڼه هم ترسره کېږي خو ځینې وخت د سره کړیواتو د سایز او اندازي ټاکي اړوند غلط معلومات ورکوي. لکه Microcytic او Macrocytic دواړه بوځاي پېښېږي او د پېژندنې وړګرځي او MCV هم بنسټي نورمال وي . اوسره کړیواتو د شکل اوبني ټاکنه (Fragments RBC او Spherocytosis، Elliptocytosis) ځینې وخت مرستندویه دي.

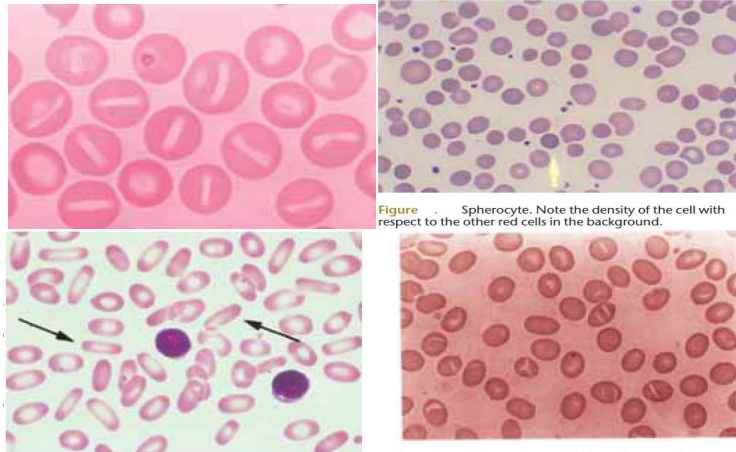


Figure . Spherocyte. Note the density of the cell with respect to the other red cells in the background.

Figure . Elliptocytes. Note these cells are pencil shaped.

Figure . Photomicrograph of Southeastern Asian ovalocytosis.

- 4- رېټیکولوسایټونو مقدار: دا په Bone marrow کېږي د سره کړيواتو د جوړېدنې سوپه ټاکنې.
 5- وینې کیمیاوي کښې (BUN) ، Creatinin ، دا ښايي چې وکړای شي د پښتورگو د عدم کھائي معلومات څرگند کړي او همدارنگه Indirect Bilirubine لوړه سوپه به د هیمولایټک انیمیا اړوند معلومات ورکړي.

6- (TIBC) Iron Total Iron Binding Capacity :

که دا اوسپنې نشوایي ډول انیمیا وي پدې حالت کېږي به د وینې اوسپنه لږه وي او (TIBC) به زیاتوالې ولري. د مزمونو ناروغیو په لړ کېږي هم د وینې په سیروم کېږي د اوسپنې سوپه ټیټه او یا نورماله پاتې کېدلای شي او (TIBC) اندازه ټیټه وي.

7- Vit . B₁₂،Folate سوپه: پدې کتنه کېږي د سیروم کېږي که چېرې سوپه ټیټه وي او همدارول نورمیا بولایټونه کېدای شي چې د انیمیا علت وگرځي .

8- هیموگلوبین: په هیمولایټک انیمیا کېږي ټیټه سوپه لري.

9- Coombs Test: ددې آزموینې پواسطه په وینه کېږي د IgM او IgG اتې باډي گانو اندازه کېږي او په هیمولایټک انیمیا کې لیدل کېږي .

راډیولوژیک او نوري کښې :

- د صدر راډیوگرافي ښايي د سږو د مزمونو ناروغیو اړوند معلومات ورکړي.
- CT- Scan ښايي چې د خښو کلو اړوند معلومات څرگند کړي .
- د گډې التراساوند کولای شي چې بیلابیلې کلي ثنیت کړي.
- بیوپسي (Biopsy): بیوپسي اخیستل یو غوره کار بلل شی چې د ستنې پذیره دا کړنه تر سره کېږي او هډوکو ماغزو (مخ عظم) کړنه غوره بلل شی
- Bone Marrow Biopsy: که چېرې درټیکولوسایت اندازه ښکته یا ټیټه وي داریتوسایت پریکورسورونه به وارزول شي د اوسپنې زیرمي به وټاکل شي او په هډوکي مخ یا ماغزو تعویض به د ارتشاحي ناروغیو پروسې پواسطه لیدل شي.

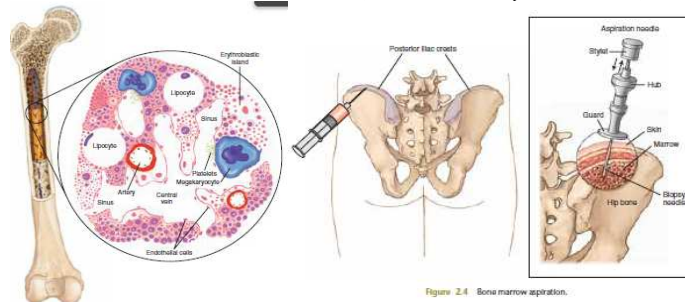


Figure 2.4 Bone marrow aspiration.

- د هضمی جهاز کړنې (G.I Workup): پدې لړ کېږي به د پورتنی معدي معایي سیستم ارزونه وشي او باریم انیمیا ، کولونوسکوپي ، پورتنی هضمی جهاز اندوسکوپي، انجیوگرافي او یا د

(Tagged red blood cell nuclear scan) بنائې دمعدې اوکولمو دسیستم له لارې د وینه

لرې منابع څرګندې کاندې.

ددرملنې پلان :

A- حاد منجمنت:

که چېرې په حاده بڼه هیموډینامیکه او واضح ډول وینه لرې شته والې ولری پدې حالت کېنې دي ورید ته کولا تېره د وینې نمونې لپاره دې وینه واخیستل شي اودهاپیوالمیا د اعاده کولو په موخه دې مایعات ناروغ ته ورکړل شي غایطه مواد دي د وینې د شته والی په موخه لابراتوار ته واستول شي . N.G Tube دې معدې ته دپورتنې هضمي جهاز وینه بهېدنې تثبیت لپاره تیر کړل شي.

B –ارزول Evaluation:

دهضمي جهاز د وینه بهېدنې تثبیت په موخه دي لکه چې پخوا مو وویل څیرنه پیل کړل شي د لابراتوار له لارې د وینې ګڼه اودهیماتولوژي متخصص مشوره دې واخیستل شي.

C- ځانګړي او اختصاصي درملنه :

- 1- د اوسپنې کمښت وینه لرې (Iron Deficiency Anemia) : Ferrous Sulfat او یا Ferrous Gluconate دي د $325\text{mg}/8^{\text{h}}$ په اندازه دورځي درې ځله ناروغ ته ورکړل شي دلچې د اوسپنې نابلتونه دقبضیت سبب ګرځي باید لږه اندازه دقبضیت ضد مواد دي هم ورکړل شي او ناروغ دي پوه کړل شي د اوسپنې خوراک له کبله دغایطه موادو رنگ توروالي مومي.
- 2- د فولیک اسید کمښت (Folate Deficiency) : دا د 1mg په اندازه دخولي لارې اویا دوریدي مایعاتو په لږ کېنې ورکړل شي.
- 3- Vitamine B₁₂ deficiency : د ورځي زرمایکروګرام په اندازه دعضلي له لارې د څوارلس ورځو لپاره او وروسته بیا د میاشتي زرمایکروګرام دعضلي له لارې ورکول کېږي .
- 4- هیمولایټیک انیمیا : دامعمولاً دکلوکورټیکوئیدونو پواسطه درملنه کېږي لکه Prednizolon $60-100\text{mg}/\text{Day}$ دورځي چې بنائې د Spleenectomy ته اړتیا پرېوزي.
- 5- Intra Carpuscular Red Blood Cell Defect : ددې لپاره معمولاً Spleenectomy اړین بلل کېږي .
- 6- نقل الدم Transfusion : د اړتیا پرمهال دي ناروغ ته وینې ورکول (نقل الدم) ترسره شي.
- 7- عملیات Operation: پدې هکله د هضمي جهاز د ارزونې د وینه بهېدنې ټکي د تثبیت وروسته جراحی عملیات ته بنائې اړتیا پرېوزي.
- 8- H₂- Receptor Blockers & Anti Acid : د معدې او اثناعشر د قرحوي ناروغیو درملنې په موخه پکارول کېږي .

د رګونو شرياني لارې ستونزمن حالتونه

Arterial Line Problems

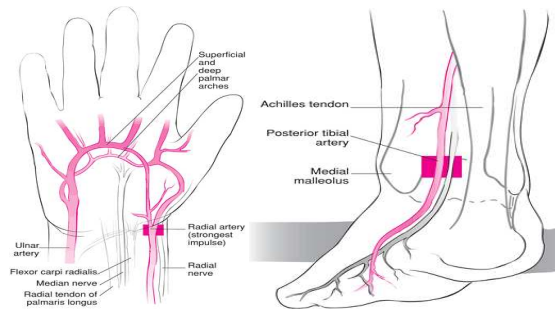
ستونزه: يوه ناروغ ته چې ورته ريوې لوبګومي ترسره شويده د عمليات په لومړي ورځ د شرياني رګ کېټر بندښت منځ ته راغلي او وظيفه نه ترسره کوي سمدلاسه لاندې پوښتنې مطرح کېږي .

A- د Tracing منظره څه ډول ده ؟ د Tracing نشتوالي به ددې ښکارندوي وي چې په کېټر کېښې به پرې شوې وينه (Clot) منځ ته راغلي وي که چېرې نورمال Tracing شته والې ولري ددې ښودونکي دي چې شرياني بهير په کېټر کېښې شته والې لري او بندښت به د پرې وينې يا هوا له کبله منځ ته راشي.

B- د لاس يا پښې بعيده برخه دي پلټل شي ؟ د لاین يا کېټر څخه بعيده برخه دي وګل شي که چېرې بعيده برخه اسکيميا ولري دا پدې معني ده چې کېټر بنددي بايد لاین يا کېټر راويستل شي.

C- آیا کولاي شو چې وينه له کېټر څخه بهر ته راوباسو ؟ که چېرې د کېټر راويستل مطرح نه وي وينه دي تري راويستل شي او وظيفه دي دوښې د فشار ټاکنې اومونيتور پواسطه وڅارل شي.

D- آیا شرياني فشار د Cuff pressure پواسطه ټاکل کېږي که د شريان فشار دي تعقيب او وټاکل شي د Cuff pressure اندازه عموماً 10-15mmHg د شرياني line برخه کېښې لوستل کېږي .



توپيري پېژندنه :

A- Mechanical مېخانيکي :

i. Kinked Catheter قات شوي کېټر: که چېرې کېټر قات Kink شي پدې کېښې به بهير يا Tracing ترسره کونشي اود وينې علقه به هم له هغه ځايه به بي ځايه نشي اوله هغه څخه به وينه بهر ته را ونه ایستل شي.

ii. Clotted Catheter: په کېټر کېښې د علقي له کبله منځ ته راځي اود اکثرأ د ناکافي هپارين ورکړي څخه منځ ته راځي.

- iii. Faulty monitor/Transducer: دمونیټور او ټرانسدیوسر غلطې کېدای شي چې ورته ستونزه منځ ته راوړي خود ICU کارکوونکي ددې ستونزې سره بلد دي چې ښايي دا د نوموړي آلاتو، ماشین اویا برېښنا دستونزې له کبله وي.
- iv. Cracked Catheter: وینه بهېدنه، هوا، دلاين دراویستلو اویا ننویستلو پرمهال هلته منځ ته راځي د Tracing نشتوالي ښايي ترسټرگو شي یا بد پدې هکله خپل اطمینان حاصل کړل شي چې تخنیکي عارضه شته والې ونلری .
- v. Positional Catheter: دامعمولا کټېتر دلاړې اوپوزیشن ورکولو پرمهال دگڼدلو اوځاي پرځاي کولو یوه ستونزه گڼل کېږي چې ورته پاملرنه ضروري ده.
- B Vascular درگونو اړوند:

- 1- Thrombosed Vessel ترومبوزي رگ: قریبه نبض دي چک کړل شي که اړتياوي د التراسونډ Doppler Probe دي وکارول شي دخطر فکټورونه لکه هايپوټینشن او مېخانيکي فشار راوړل ترڅو وینه ودرېږي دغټ قطر درلودونکي کټېتر استعمال اوپکاروړل، داوږدي مودي لپاره د کټېتر پرېښودل په رگ کېښي یولړ خطر ونه شمېرل شوېدي.
- 2- د کټېتر د چاپېر رگ څیریدنه د وینه بهېدنه سبب گرځي دا وروسته له یوه ستونزه درلودونکي کټ ډون (Cut down)، وروسته منځ ته راځي د فشار راوسل په هره وینه بهېدنه کېښي ستونزه دي کټول شي همدارنگه Peri Arterial Hematoma ښايي وروسته د کاذب انیوریزم Pseudo Anurism منځ ته راتلو سبب وگرځي .

A- د فزیکي کڼې غوره ټکي:

- 1- د کټېتر د تطبیق دځاي په برخه کېښي دي د وینه بهېدنه اویا اتاناتو (قیح یا زویو) ښي ښايي ولټول شي او خیاطه دي دگڼدل شوې برخه کېښي ولیدل چې مطمئن دي اوکله.
- 2- بعیده برخې دلاسونو اویا پښو دي چې هلته داسکیمیا کومه ښه شته اوکله.
- 3- ډیول ټیوب، ټرانسدیوسر، مونیتورسیستم دي ولټل شي او انفیوژن لین فشار دي ولټل شي او همدارنگه د ټیوب کومه فات Kink شوې اویا جلا شوې (Disconnected) شوې اوکله.
- B دلابراتوار کڼې:

دوینې کڼې دي د (BT) Bleeding Time او (CT) Clotting Time او (PT) پروترومین او ترومبوپلاستین ټایم (PTT) او پلاټیلیټ او فیبرین اړوند معلومات راټول شي که چېرې په خپره بڼه وینه بهېدنه شته والې ولری باید د پورته ذکر شویو توکو اړوند معلومات راټول شي دهما توکریټ ټاکنه په شدیدې وینه بهېدنه کېښي اړین بلل کېږي .

ددرملنې پلان

- A. وینه بهېدنه (Bleeding): که چېرې په ساحه کېښي وینه بهېدنه شته والې ولری د فشاري پانسماڼ څخه دي نیغ په نیغه دجرحي لباسه کارواخیستل شي خو وینه ودرېږي او له

نورو ځایونو څخه وینه بهېدنه به د Disseminated Intravascular coagulopathy (DIC) اړوند ویل شي.

کله چې کبتر راویسټل شي د لس دقیقو لپاره دي په ساحه باندي فشار راوړل شي ترڅو د وینه بهېدنې مخه ونیول شي معنده ډول منح ته راغلي هیماتوما وروسته مهال بنائې دکاذب انیوریزم جوړیدني ته زمینه برابره کړي.

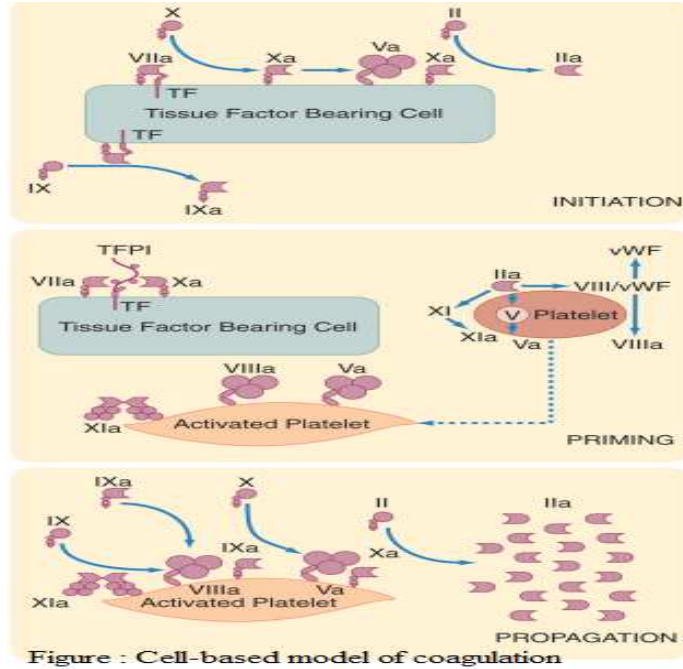
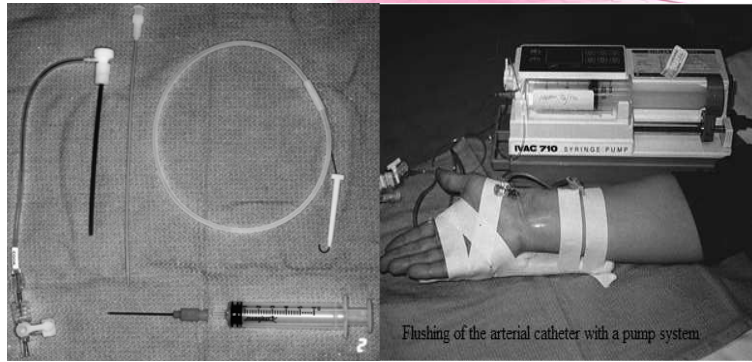
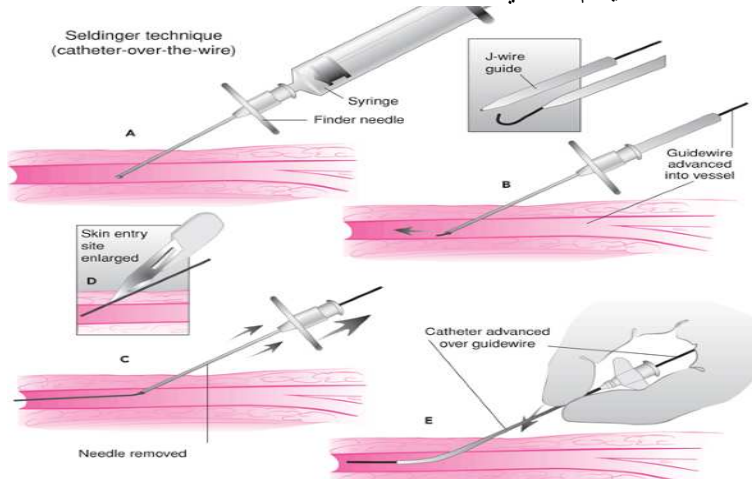


Figure : Cell-based model of coagulation

B. میخانیکي ستونزي:

- 1- Armboard استعمال د Arterial Line دتطبيق په ساحه کېنې د ډیرو میخانیکي ستونزو مخه نیولای شي دکبتر د پوزیشن ستونزه بنائې د Armboard څخه ګټه اخیستلو اویا یا ګډلولو له لارې له منځه ولاړه شي.
 - 2- قات شوې Kinked اوباعلقه ئي کبتر باید بیا کینودل شي.
 - i. که چېرې کبتر پرني شوې Clot حالت منح ته راغلي وي دهغي دله منځه وړلو لپاره دي په کافي اندازه هیپارین معمولاً (2-4 Unit/ml) ورکول شي.
 - ii. مداوم Flushing سیستم ته نسبت متناوب Flushing سیستم ته ترجیح ورکول کېږي .
 - iii. که چېرې رګونه پرته له تخریب څخه ظاهر شي دکبتر بدلون دمعمم شرایطولاندې ترسره شي په ډیر احتیاط اویام سره دي ګډول ترسره چې ترڅو کبتر Kink قات نکړل شي.
 - iv. د Line Leak اوداتصال Connection ستونزه معمولاً د ICU دنرسنګ پواسطه حل کېږي .
- C. دلوستلو خطاوي:

لکه چې دمخه مووویل د Cuff اوشریاني Line فشار ترمخ توپیر د 10-15 mmHg څخه لږ وي
 دمناسب Cuff څخه کار واخیستل شي اوهمدارنگه مناسب ترانس دیوسر وکارول شي اوډیر پام
 دي وساتل شي چې سیستم ته هوا وردننه نشي.
 D. ترومبوزس: پدې حالت کېنې معمولاً ایجاب کوي چې کېټر دي راوایستل شي اوداسکیمیا
 بدلونونو ته دي پام ولرل شي.



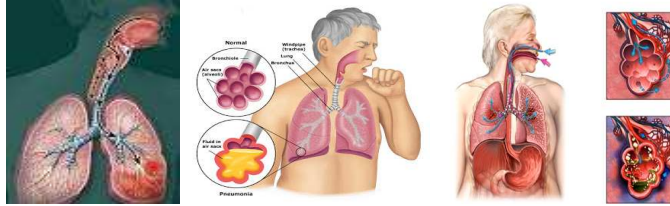
Flushing of the arterial catheter with a pump system.

څلورم څپرکې

د اسپايريشن

Aspiration

ستونزه: د ICU يا جدي څارني خونې په منځ کې د قحفي جروحانو کانګي اکثراً د تنفسي ديسټرس Distress حاد حالت ته وده ورکوي دابه کانګو د اسپايريشن له کبله تنفسي سيستم او سږو ته وبلل شي سمدلاسه څو پوښتنې مطرح کېږي .



- 1- دناروغ حياتي علايم څرنگه دي؟ ډير واضح او شديد تنفسي ديسټرس ښائي د يوه Massive aspiration څرګندويه وي چې د معدې محتوي به اسپرېټ شوې وي تبه به ښائي د مکروبيونو دمد اخلي ښکارندوي وي هاپرټيشن او براډي کارډيا ښائي د دماغي فشار د لوړوالي ښکارندوي وي.
- 2- آيا تنفسي لاره ساتلي شوې که؟ که چېرې ناروغ ونشي کړاي خپله تنفسي لاره وساتي بايد انټوبيشن ورته ترسره شي.
- 3- آيا ناروغ سيانوزس لري اوکه؟ سيانوزس او ټاکي پټيا وروسته له ريوې اسپايريشن څخه منځ ته راتلونکې حالت دی چې معمولاً د انټوبيشن تطبيق ته اړتيا لري.
- 4- دناروغ عصبي حالت څرنگه دي؟ هغه ناروغان چې شعور ونلري او يا بي هوشه پراته وي دوي د سږو د اسپايريشن منځ ته راتلو ترخطر لاندې دي.

توپيري پېژندنه

A- اسپايريشن پنومونايټيس Aspiration –Pneumonitis:

دخطر فکتورونه لکه درواني حالت اختلال، دمري رفلوکس ناروغی، دانفي معدوي ټيوب ايښودنه او تراخيوسټومي په پېړني حالت کېنې انټوبوشن کول به په لوړه اندازه خطري ولري او په لوړه د اسپايريشن لامل ګرځي دلای شي به بلارېو ښځو کېنې انټوبوشن کول هغه ناروغانو چې دخوراک څخه لږه موده تيره وي، دکولمو د بندښت ناروغان او همدغه راز داسپايريشن دمختوي لپاره دي انډکشن (Induction) او د کريکويډ غضروف لباسه فشار راوسل شي ترڅو پرته له خطره انټوبوشن وشي.

په ډيرو حالاتو کېنې د معدې داسېدي موادو اسپايريشن له کبله ناروغ ته برانکوسپزم منځ ته راځي او د تنفسي ديسټرس لامل ګرځي که چېرې د ډوډي او يا خوراکي توکو غټه مړي يا کله داسپايريشن لامل

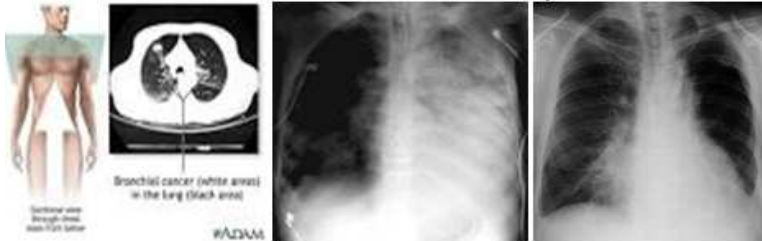
- وي نوډا به د تنفسي لارې (قصباتو) د بندښت اولړه اندازه ئې د پڼومونيا اوابسي (خرچ) منځ ته راتلو لامل وگرځي .
- B- سالنډي Asthma: سينگارې (Wheezing) په اصغاء کښې دسرېو د سينگارې غږ اوريدنه په اسپايريشن کښې په ځانگړې توگه په مزمن اسپايريشن کښې کولاي شي چې دسالنډي ناروغۍ په څيرڅرگندونې وکړي.
- C- پڼومونيا (Pneumonia): دا ناروغۍ ښائې چې دمخه داسپايريشن څخه اويا داسپايريشن څخه وروسته منځ ته راشي.
- D- دسرېو آمبولې واحششاء : په حاد ډول Dyspnea اودتنفسي عدم کفايه (نه برياليتوب) کېدای چې په معمول ډول دامبولې له کبله په سرېو کېښې راڅرگندې شي.
- E- داجنبي اجسامو اسپايريشن : دا دماشومانو لپاره ، اوډير عمر درلودونکو معمولاً دغابښونو تيريدنه سرېو ته ده ډيرې غوره ستونزې داسپايريشن منځ ته راوړي.
- دفيزيکي کښې غوره ټکي :
- پدې لړ دسالنډي تاريخچه دي ژرترژره رد کړل شي اوناروغ دي داسپايريشن خطر فکټورونو پيژندنې په موخه وارزول شي اولاندې ټکو ته دي ډيرپاملرنه وشي.
1. حياتي علايم : دناروغ حياتي علايم دي وټاکل شي اوتنفسي چټکيا او اندازه دي په څير سره وټاکل شي.
 2. HEENT : پدې هکله د غابښو ورکيدنې او تيريدنې تثبيت لپاره دي بشپړ لټون وشي.
 3. غاړه Neck: پدې هکله دي په غاړه کېښې دټومور ونودشته والی لپاره دبلعوم حنجري اوشزن برخه ولټول شي همدارنگه د تراخيوسټومي د پخواني زخم ، دسر او غاړې برخې هر راز جراحي عمليات ښې اوډورانگو ورکولو ښې دي د سراو غاړې په برخه ولټول شي اومعلومات دي ترلاسه شي.
 4. سرېي : Wheezing دي دمعدې داسېدو داسپايريشن اوقصباتو او تنفسي لارې د پاريدنې اوتخريش له کبله ولټول شي همدارنگه که چېرې اجنبي جسم اسپايريشن شويوي د بندښت له کبله به تنفسي غږو لږ اويا هيڅ وانه اوريدل شي.
 5. پوستکي : دهايپوکسيا پيژندنې لپاره دي سيانوزس ښې ولټول شي.
 6. لاسونه او پڼي : د DVT شته والې ولری پلټنه وشي.
 7. عصبي کښې : په پوره پام سره دي د زني حالت پورته کړل شي اود Gag reflex شته والېډير مهم گڼل کېږي .

لابراتواري کښې :

- i. د شریان د وینې گازونه : لومړي دي اتویوشن ترسره شي په مناسبه اوکافي اندازه د اوکسیجن نشي کیدلای چې ترپایه پاتې شي د دي لپاره د PCO_2 او PO_2 اندازه وټاکل شي.
- ii. هیموگرام : پدې هکله دي د سپینو کړیواتو اندازه او هیموگلوبین اندازه وټاکل شي.
- iii. دخړاچکي (بلغم) گرام تلون کلچر : پټولوژیک ارگانیزمونه ښائي په مزمن ډول اسپایریشن کښې اویا هم په حاد ډول اسپایریشن کښې تثبیت کړل شي.

راډیولوژیک اونوري کښې :

- A. د صدر راډیوگرافي Chest Radiography: د صدر په راډیوگرافي کښې به لاندې موندني ولیدل شي :
 - a. Air Trapping د Hyperaeration نښې به داچني جسم اسپایریشن لوري ته ترسټرگو شي.
 - b. دارتشا شته والبه دښکني لوب دپورتنی سکمنت (Mid Lung Field) برخه کښې به په بستر پراته ناروغانو کښې تثبیت کړل شي.
 - c. دادسکمنتونو برخه په هغه ناروغانو کښې چې Supine پوزیشن کښې پراته دي وموندل شي ارتشا سمدلاسه داسپایریشن وروسته نشي کېدای چې دپېژندنې وړوي.
 - d. Wedge shape infarction: په ځیني ریوی آمبولې حالتونو کښې لیدل کېږي .
 - e. اسپایریشن کولای شي هربرخه دسپرو ارتشاحي کاندې.
 - f. Clear Field : روښانه ساحه به په غیر اختلاطي سالنډي کښې ولیدل شي.
 - g. دسپرو اسی منځ ته رانگ به د هوا اوماغ سویه (Air fluid Level) منځ ته راوړي اومعمولاً به په مزمن اسپایریشن کښې وموندل شي.



- B. دالتراسوند کښې دلته دومره کچه وري ندي خوبیا هم کېدای شي چې د کېږې دډیولر ناروغیو کچه ور معلومات راکړي چې ددرملنې لپاره ضرور بلل کیدلای شي.
- C. C.T scan : دا هم دراډیوگرافي سره مرستدویه اودیولر لاملونو اړوند معلومات راکوي.
- D. برانکوگرافي دراډیولوژي اړوند کښه ده چې دقصباتو دښدښت اوسپرو ناروغیو اړوند معلومات راکوي.

E. برانکوسکوپي همدارنگه د ناروغۍ لامل پېژندنې په موخه ترسره کېدای شي او د درملنې په موخه هم پکار وړل کېږي .

F. Ventilation /Perfusion Scan : که چېرې وریدي ترومبوس او یا د سپرو آمبولي په شک کېږي وي ترسره کېږي .

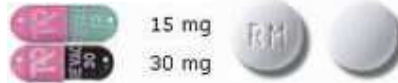
د درملنې پلان :

په هغه ناروغانو کې چې شعوري حالت یې ښه نه وي او ونشي کړای چې خپله تنفسي لاره وساتي او هغه ناروغان چې د عصبي ، انکولوژي ناروغیو له کبله چې د ډیوخي او یا بلعي (تیرولو) عکسه ئي تر اغیزې لاندې راوړي وي او انحطاط روحي ئي پېښ کړي وي او یا ئي د Gag reflex له منځه وړي وي لکه د قحفي ترضیضونه ، د الکولو مسمومیت لري او یا هغه ناروغان چې دمپه کېده ورته انټی‌بیشن ترسره کېږي او یا هغه ناروغان د Gavage feeding لارې تغذیه کېږي ترخطر لاندې ناروغان دي لاندې ټکي دي په پام کېږي وي :

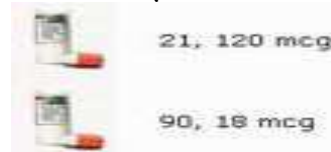
- انټي باډي ګانې معمولاً د باکټریاوو ضد اغېزې لپاره ورکول شی.
- انټي بیوټیک درملنه تر (14 days) ورځو مودې پورې د درملو د اغېزې پرمختیا شدت پورې تړاو لري . وسیع الساحة طیف درلودونکی درمل په لومړۍ سر کې ناروغانو ته ورکول شی .
- تراسیکلینونو (Tetracyclines) لکه [doxycycline (Vibramycin) (Doryx)] ورکړه ګټه ور تمامېږي .
- ماکرولیدونه (Macrolides) لکه [Erythromicine ، Azertromicine]
- Clarythromicine د باکټریاوو ضد اغېزې لري .
- فلوروکینولونونه (Fluoroquinolones) لکه [Ciproflaxacin ، Levoflaxacin]
- Oflaxacin [ښه او ګټه ور درمل بلل شی .
- سفپروزیل (Cefprozil) د سفالوسپورین (Cephalosporins) درملو څخه دي چې د (250-500 mg/8-12^h) په اندازې سره ناروغانو ته د باکټریا ضد اغېزې ګټه ور دی .
- همدارنگه د مترونیدازول (Metronidazole) درمل د (250-500 mg/8-12^h) په اندازې سره د باکټری ضد ګټه وړې اغېزې لري .
- همدارنگه دا ناروغان باید ډیر استراحت وکړي او ډېره اندازه اوبه او مایعات مصرف کړي .
- د اوکسیجن ورکړه (O₂ therapy) د (PaO₂) په کچه (80-100 mmHg) او یا هم (saturation) یې (95-96%) لاس ته راوړنی لري او د آزما بېنسونو په ذریعه ټاکل شی .
- مرطوب تریبولایزر (netribulizer) د بلغم (خراچکي) د نړۍ کولو او برانکودایلیشن په موخه د برانکو سپزم (bronchospasm) لري کولو لپاره ورکول شی .
- مایعات (Fluid) دي وټاکل شی او درملنه دي وشي .
- میخانیکي تنفس (Mechanical ventilation) ښائي اړتیا وي .

A. مخنيوي:

- 1- دېرني اتويوشن حالاتو کې چې په عمليات خونې کې ترسره کېږي بايد دمخه تراټويشن دوريد لارې دي (H₂ receptor Blocker) لکه سيميتيدين (Cimetidin) فيموتيدين (Famotidin) ريني تيدين (Ranitidin) ورکول کېږي ترڅو د pH معدې اسيدي افزا لږ کړي ، ژر Induction او پرکريکويډ غضروف باندي فشار راوړل شي.
- 2- همدارنگه د پروتون پمپنگ آيون نهی کونکې [proton pump inhibitor (PPI)] درمل لکه (Lansoprazole) يا (Prevacid) د ورځې دوه ځلې د افزا اتولږ کولو ، معدې قرحاتو او معدې او مری التهابونو او (GERD) درملنه کې گټه ور دي .



- 3- د اپراتوپيوم انشاق (Ipratropium inhalation): دا د رمل د برانکوسپزم د مخنيوي لپاره او or COPD (chronic obstructive pulmonary , emphysema.bronchitis] [disease] ناروغيو کې گټه وردي .



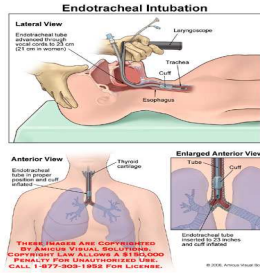
- 4- هغه ناروغان چې ورته Gavage Feeding ترسره کېږي دمعدې تشوالي دي يقيني شي اودناروغ دصدر اوسربرخه دي په بستر کې په پورته وضعت کې وساتل شي.
- 5- غير شعوري ناروغان دي چې Lateral اړخ پوزيشن کې اوسر دي لږ څه بنکته دامکان په صورت کې وساتل شي.

B. Oxygenation :

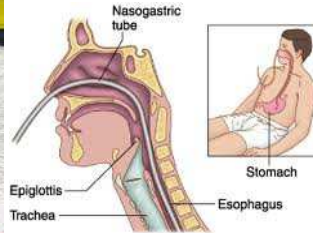
Supplemental Oxygen دي معمولاً دماسک له لارې لومړي ناروغ ته تطبيق کړل شي په پوره ځير اوباملرنه سره دي او اوکسيجن سويه دمونيټور پواسطه وڅارل شي اودشرياني وينې د PO₂ او PCO₂ اوگازاتو ټاکنه دي په پرلپسي توگه وشي.

C. انتويشن اودسرو پاکول :

ددې لپاره چې د موادو د اسپايريشن څخه موخ نيوی کړي او ناروغ آزاد تنفس وکړي او سږي هم پاک او سکشن کړل شی دغه کړنې ته بنائى اړتيا ولري په تيره بيا چې ناروغ خراب اوشعور ونلري.



D. دمعدې اوانفي ټيوب راويستل : - که چېرې امکان ولري بايد ټيوب راويستل شي سره ددي چې دمعدې دتشلولو لپاره ټيوب ايښودل کېږي ترڅو داسپايريشن څخه مخنيوي وشي.



E. تراخيوسټومي : هڅه دي ويستل شي چې Cuff tracheostomy دتراخيوسټومي لپاره وکارول شي دا ډول ټيوب داسپايريشن په مخنيوي کېږي کچه وړدي.



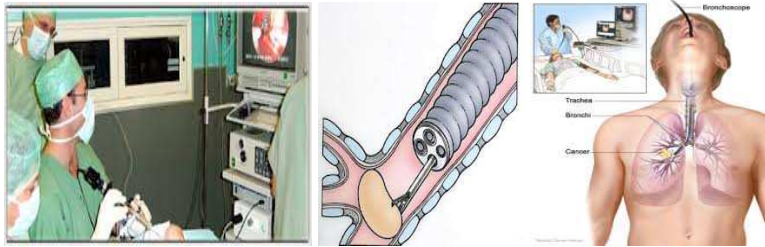
F. درمل :

- 1) کورټيکوسټيروئيډونه اودمخنيوي په موخه هيڅ که هم اتبي پوټيکونه نه تطبيق کېږي يولړ د کلينک مشخصين دهايډروکورتيزون 30mg /kg/day دورخي دري يا څلورځله غوره گڼي چې تطبيق شي.
- 2) اتبي پوټيکونه دي دکلچر پربنسټ ناروغ ته ورکړل شي په تيره بيا په پنومونيا شته وي حاد پنوموني د اسپايريشن بڼايي چې ايروبيک اويا انايروبيک اثاناتو په گډه شته والې ولري.
- 3) انايروبيک ارگانيزمونه په هغه ناروغانو کېږي ضعيف غاښونه لري اودا ناروغان بڼايي د روغتون څخه بهر برخه کېږي اسپايريشن شوي وي اود دوي لپاره لومړني درملنه به د :

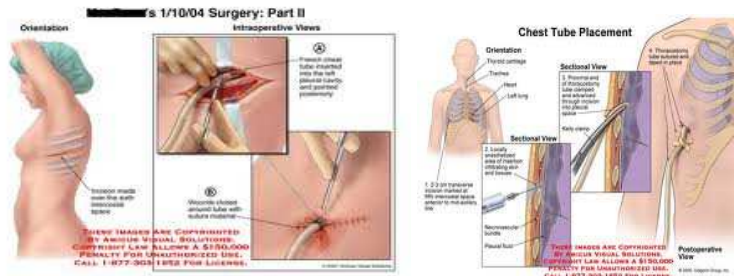
- په لوړ ډوز سره (Pencillin G 2-6 milion Unit/day) ورکول کېږي . اوهغه ناروغان چې په روغتون کېنې بستر وي دوي ته د Tobramycine او Ticarcillin په ټاکلي بڼه غوره درمل گڼل کېږي خو بيا هم دکلچر اواتي پيوگرام ترسره کول غوره کار گڼل کېږي .
- همدارنگه (Ampicilin / Amoxicilin x (500-1000) mg /6-8^h / day) درمل ورکول کېږي .
- ماکروليدونه (Erythromycin x 500 mg /6-8^h / day) او نور مشتقونه د ورځې ورکول شي .
- سفالوسپورينونه (Cephalosporin) د جوړښت او ټاکلي ډوز له مخې تنظيم کېږي .
- کوټرايموکسازول (Cotrimoxazol 2 x (1-2) tablets) نابليتونه او يا زرقی (Trimatoprim 10 mg / kg / 12^h / day) هم گټه ور درمل گڼل شوېدی .
- همدادول کليندامايسين (klindamycin for 1 to 2 weeks) تر دوه اونيوگټه ور دي .

G. Rigid Branchoscopy :

داپه هغه ناروغانو کېنې ترسره کېږي چې داجنبي اجسامو مواد اوياهم دمعدې خوراکي توکو او موادو اسپايرشن نشيت اوپژندل شويوي چې د سکشن وړتيا ونلري .



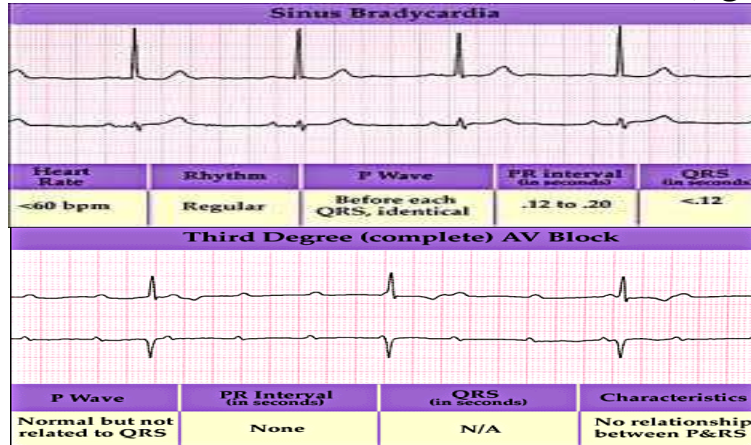
H. صدري ټيوب Chest-Tube : د صدري دريښاڅ په موخه کولاي شو چې په وروستي مرحله کېنې د پلورا جوف ته ټيوب وردننه کېږي ترڅو امپيم Empyema چې دمزمن اسپايريشن پنومونيا چې بنسټي د نکروز موجب شي اوسېرو اېسي منځ راتلو له کبله وي امپيم ديناڅ کېږي .



برادې کارډیا Brady Cardia

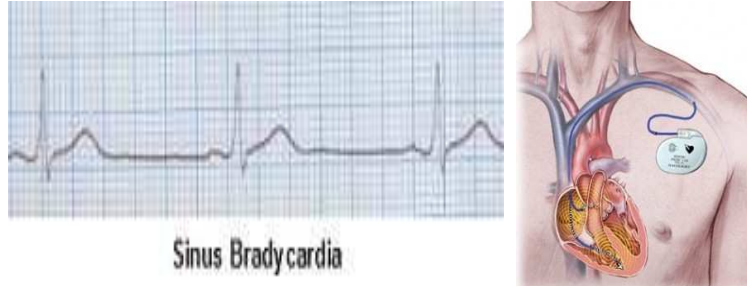
سټونزه :

یوناروغ چې دقت (چري) ناروغۍ له کبله ورته عملیات ترسره شوېدي دزړه د ټکانونو (ضربان) اندازه یې 42/mint ده چې په لومړني کتنه او Check کبني تثبیت کېږي سمډلاسه لاندې پوښتنې مطرح کېږي :



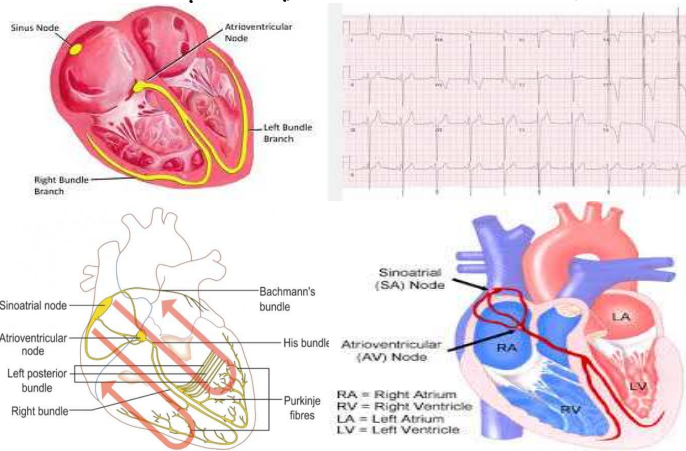
- 1) دحياتي علايمو ټاکنې پرمهال ئي دوينې د فشار اندازه څومره ده او آیا ناروغ بيدار اوکه بي هوشه اوياهم هوشياردي اوکه معلومات راټول کړل شي. لومړني پوښتنې به دستونزي اوناروغۍ شدت اړوند رغنده معلومات څرگند کاندې په يوه واضحه اوروشانه برادې کارډيا کبني به دکليټک له پلوه به دوينې فشار او پرفيوزن کچه ټيټه وي اود دي حالت پيژندنې لپاره دي په څيرسره کتنه وشي.
- 2) دناروغ دزړه ټکانونو اندازه په نورمال او هوساينې يا استراحت وخت کبني څومره دي؟ په يولړ ناروغانو کبني داستراحت او هوساينې حالت کبني دزړه دټکانونو شمېره په نورمال بڼه کېدای شي چې 42/minute په يوه دقيقه کبني وشمېرل شي او دا اندازه غير نارمل نه بلل کېږي اوترهغه ښکته به برادې کارډيا اړوند وبلل شي.
- 3) آیا يولړ نوري کلبنيکی نښې لکه صدري خناق (دردونه)، دوينې ټيټ فشار، ډيسپنيا، Diaphorsis، زړه بدوالي هم شته والې لری اوکه؟ يونوي Bradycardia بڼائی يوه حادي زړه ناروغۍ لکه دزړه دميوکارډ دسفلي برخې تظاهر څرگند کاندې چې دناروغ څخه دي اړوند پوښتنې پدي لړ کبني ترسره او ثبت کړل شي.
- 4) آیا ناروغ د کوم ډول سرگچې يا سپک ډول سردردې نږدې يا پخوا درلوده اوکه؟ دکليټک له پلوه Sinus node dysfunction معمولاً د يوه سنکوپ اپي زودي يا نږدې سنکوپ بڼي نښه گڼل کېدای شي.

5) کوم ډول درمل ناروغ اخلي او یا ناروغ پسمیکر لري اوکته : یولې درمل لکه پیتا بلاکرونه، پروپرانولول اونور برادې کار دیا منځ ته راوړلای شي د پسمیکر درلودونکي ناروغان به د Pacer malformation تحمل کوونکي وي.



6) آیا ناروغ پخوا د زړه اورگونو ناروغی درلوده اوکته ؟ ددې اړوند پوهیدنه به د ناروغی د طبیعت او د زړه د ټکانونو په هکله ضروري معلومات څرگند کړي چې پوهیدنه ئې ډیره ګټه وړه ده. توپیري پېژندنه :

اختلال د زړه د Conduction لارې په چې برادې ډیسریټیا منځ ته راوړي دادغیروظیفوي حالت به Sinus Node په سوبه اویا به داډینې بطنې نوډیا Hiss purkinje System په سوبه کېنې منځ ته راغلي وي ددغه دوه ګڼه ګور یو په لړ کېنې به یولې حالتونه وپېژندل شي چې د زړه ګراف (ECG) د ځانګړتیا و اوقسما دکېنیکې حالتونو له مخې به د پېژندنې وړوي.



A- د سینوس نوډ ناروغی Sinus node disease.

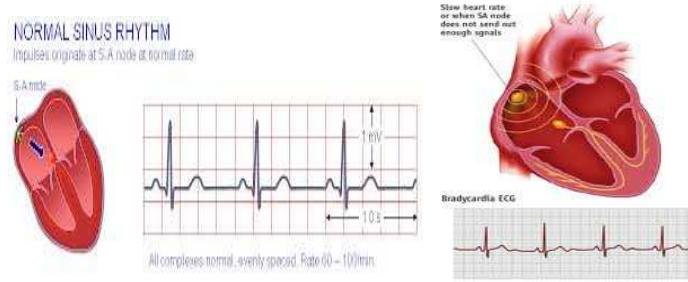
1- د سینوس برادې کار دیا Sinus Bradycardia.

وازوواګل سنکوپ Vaso Vagal Syncope.

i. High Vagal Tone : داپه منډه وهونکو اوډیر عمر درلودونکو خلکو کېنې لیدل کېږي.

ii. د داخل القحفي فشار لوړوالي .

iii. Cushing Reflex پېښه په برادې کار دیا کېنې پېښېږي.



2- Sinus node Dysfunction : د Sick Sinus Syndrome او Tachycardia

Bradycardia سندروم به سینوس د نوډ ناروغی وبلل شي او په متناوب بڼه به دودرېدنې (توقف) پوسيله د پېژندلو وړتیا ومومي او همدارنگه په لاندې ناروغیو کې لیدل کېږي:

- i. ایسکیمیک کارډیومیوپټي
- ii. هایپرټسيف کارډیومیوپټي
- iii. هایپوټایرایډیزم
- iv. هایپوترمیا
- v. ارتشاحي ناروغی لکه امایلوایډوزس.

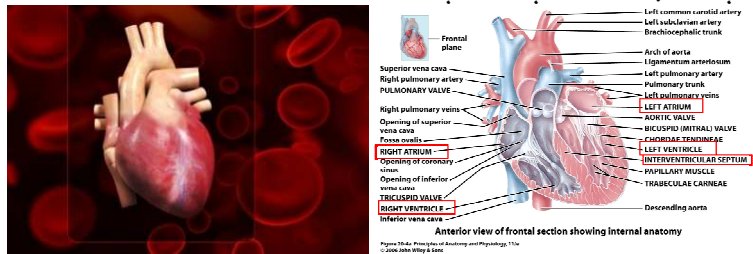
B- داذینې بطینې نوډ ناروغی Atrioventricular node disease :

1- لومړي درجه A.V Block : پدې حالت کې د (PR-interval < 0.2 sec) وي.

2- دویمه درجه A.V Block : Mobitz Type 1 (Wenckebach)

پدې حالت کې د PR-Interval اوږدوالي لري او د بطینې ضربه Beat به لویدنه اولږوالي ولري

چې په لاندې ناروغیو کې شته والي لری .



- i. دمیوکارډ دسفلي برخې احتشاء.
- ii. ددرملو مسمومیت : دیولر درملو ورکولو په لړ کې لکه Digoxins ، یسټابلاکرونو Calcium (Beta Blocker) پروپرانولول ، اوکلسیمو چپنل بلاکرونو Verapamil لکه channel Blocker اونور .

3- دوهمه درجه A.V Block Mobitz Type II :

متناوب Missed بطینې ضربان او متراقی یا مل حالتونه به ددریم درجه اذینې بطینې بلاک په څیر وي او ددریم درجي AV.Block لوري ته پرمخک مومي.

4- دريم درجه A.V Block:

دي ته همدارنگه AV. Dissociation نوم هم ورکول کېږي په لاندې ناروغيو کې دثبیت وړ وي:

- i. دمیوکارډ احتشا چې معمولاً دزړه دمیوکارډ سفلي یا Antero septal برخه اخته کوي.
- ii. پرایمري استحالوي ناروغی د Conducting په سیستم کېږي .
- iii. ارتشاحي حالتونه چې پکې سارکوايدوزس ، امايلوايدوزس او نیوپلازم ورگډېږي.
- iv. اتاني یا مکروبي ناروغی لکه ویروسي میوکارډیت ، حاده ریوماتیکه تبه او د لایم ناروغی (Lyme disease).

کلبنيکی غوره ټکي:

- حياتي علايم: پدې لړ کې د زړه ضربي اندازه ، دوينې فشار ، دساه کنبلوي يا تنفسي چېکيا اندازه ، هاپیوټشن $> 90\text{mmHg}$ په اندازه که چېرې دسیستول اندازه وي پېړنۍ درملنې ته اړتیا لري.
 - سږي: دتنفسي سیستم عدم کفائي نښو(رالونو) ته دي په اصغاء کېږي خاصه پاملرنه وشي.
 - زړه: هر راز د Gallops څرگندونې اودریم منظم والي اوغیر منظم والي دي نوبت کړل شي.
 - پوستکي: دپوستکي سپین تښتیدنه (Pallor) ، سوړوالي ، دپوستکي لوندوالي (رطوبت) دثبیت ډول پرفیوژن څرگندوي دي او یا د لوړ واکل مقویت څرگندونه کوي.
 - عصبي: پدې هکله ددماغی فشار دلوړوالي لپاره لټون لکه Papilledema لټون دي ترسره شي او یا که چېرې دشعوري اورواني حالت ټیټه بڼه به دلږ اندازي پرفیوژن څرگندونه وي.
- لابراتواري کټنې:

1. دوينې دسیروم الکترولایټونه اوکلسيوم:
2. هاپوکالیمیا بنائې د Digoxin مسمومیت پوتانسیمال زیات کړي اوهمدارنگه هاپوکالسیمیا بنائې د QR- Interval وقفه اوږدوي اوبرايي کارډیا منځ ته راوړي.
3. CPK داینزوا نزايم سره د میوکارډ جرحه زیاتوي چې وروسته یې څیړنه راځي.
4. Digoxin سویه که چېرې بنائې وي وټاکل شي ، مسمومیت یې دبرايي کارډیا څرگندونه کوي اومعمول زهري سویه $\text{Digoxin} > 2.5\text{ng/ml}$ ده.
5. دټا یراید هورمون سویه : هاپیوټا یرایدیم دبرايي کارډیا گڅی .
6. دشرياني وينې گازونه : معلوماتو ته اړتیا وي که چېرې ید تنفسي ډسټرس او یا ډیسپنیا شته والې ولری باید څیړنه وشي.

راډیولوژیک څرگندونې اونورې څېړنې:

- i. زړه گراف (ECG). باید داڅیړنه ترسره شي او په سیستماتیک ډول داډین اندازه په (Lead - II) کېږي بڼه وي. دبطیــــن تقلصــــاتو اندازه ، د PR Interval ، اود P-wave څپې

اړیکه د QRS-complex سره او داسکیمیا شهود (Inverte -T wave، ST-depression) به ولیدل شي.

- ii. Chest x-ray: د صدر په راډیوګرافي کېنې د زړه د silhouette اواندازه کېنې بدلون منځ ته راځي دسپرو ساحه به میوکارډ ډیسفینکشن سره مل وي.
- iii. ایکو کارډیوګرافي به یولړ رغنده معلومات څرګند کړي.
- iv. ځانګړي آزمویښي: آزمویښي د یوه کارډیولوژیست له خوا ورکول کېږي چې د الکتروفزیولوژیک نقشه اچول کېږي ترڅو د بلاکونو موقعیتونه او بشپړ اتونومیګ بلاک (د اتروین او پروپرانولول) استعمال پسې د زړه د چېنګیا اړوند څرګندونه کوي او همدارنګه د Vagal Tone سره ملټیادبرادي کارډیا په اړه د تشدید نښه ګیل شویږي.
- v. د زړه دانزایمونو ټاکنه به دویښي د آزمویښي په لړ کېنې اړوند معلومات څرګند کړي.

د درملنې پلان:

د درملنې پلان به د برادي کارډیا درجي ټاکي د ناروغۍ دکلینیکي اوډول پېژندنې له مخې برابر اوجور کړل شي دا باید په خاطر کېنې ولرو چې ټول ډولونه د برادي کارډیا تل دکلینک له مخې نښې نښانې منځ ته نه راوړي ددې لپاره دي ډیر په څیر سره زیار وایستل شي په ځانګړي توګه په ډیر عمر درلودونکي کسانو کېنې دي ناروغۍ پېژندنه ترسره شي اودرملنه دي پیل کړل شي. سمدلاسه په لومړي سر کېنې د اتروین دورید له لارې ورکول کېږي او همدارنګه اوکسیجن تطبیق کېږي او ECG یا د زړه ګراف اخیستل کېږي.

A- درملو پواسطه درملنه:

د درملو پواسطه درملنه دي په حاد ډول پېښو کېنې او په بشکاره ډول پېژندل شوي برادي کارډیا کېنې چې د هاپوتنشن سره مل وي ناروغ ته ترسره شي.

1) Atropine اتروین: 0.5-1mg IV یا (0.01mg/kg)، ناروغ ته ورکول کېږي کېدای شي

چې هر 5-10 minute اومجموعي ډوز ټي دوه میلی ګرامه دي.

2) Isoproterenol (Isopril): که چېرې د اتروین په وړاندي ځواب ترلاسه شي ایزوپروترونول

درمل ورکول کېږي د درمل 1-3 $\mu\text{g}/\text{min}$ دورید له لارې د ممتداوم انفیوژن له لارې ناروغ

ته ورکول کېږي که چېرې ځواب ترلاسه نشي ت 10 $\mu\text{g}/\text{min}$ دارپتیا پورې ورکول کېدای

شي.

B- دلاندي حالتونو درملنه دي وشي:

1) د مایوکارډ ایسکیمیا: دا حالت باید د نایترایټونو پواسطه تر درملنې لاندې ونیول شي لکه (د تحت

الساني نایټروګلایسیرین) او همدارنګه داوکسیجن پواسطه هم درملنه په ګډه ترسره کېږي.

2. ددماغي فشار لوړوالي : اهمات دي ونيول شي چې ترڅو ددماغ فشار راټيټ کړل شي پدې لړ کېنې د Manitol diuresis ، دبستر دسربرخه پورته ساتل کېږي اواتوېشن اومېخانيکي وينېلېشن څخه کار اخيستل کېږي .

C- د پسميکر درملنه :

که چېرې دبرايي ديسرټيما ددرملو په وړاندي ځواب ورنکړي په دغه راز بحراني يا ناتاري (Critical) حالت کېنې په موقت يا لنډ مهاله توگه بطين ته Pacer wire تيريږي اودبرايي کار پيا درملنه کېږي ددې لپاره دي دکارډيولوژي متخصص اومشاوور راوغوښتل شي.

1. دموقت پسميکر استطباب

i. تيريدونکي Transient دويمه درجه اذيني بطيني AV-Block دميوکارډ دسفلي برخې احتشاء سره په گډه توگه .

ii. AV – Block اذيني بطيني بلاک ددرملو مسموميت له کبله .

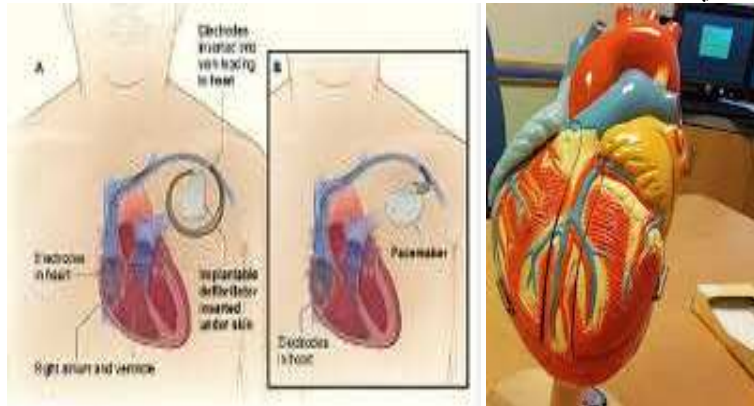
iii. لنډ مهاله اندازه نيول دتلباتي پسميکر تطبيق څخه دمخه .

2. د تلباتي پسميکر استطباب :

i. د سينوس د نوډ غيروظيفوي بڼه . دا بايد مستند اوکلبنيکي اعراض اوعلايم ولري .

ii. دويم اودريمه درجه اذيني بطيني بلاک چې دميوکارډ داحتشاء سره مل وي .

iii. دريم درجه اذيني بطيني بلاک چې Symptomatic Mobitz Type II سره يوځاي وليدل شي .



D- دډيجوکسين مسموميت :

دډيجوکسين سويه دي په وينه کېنې وټاکل شي اودرمل ترکټورول لاندې راوستل شي اوهمدارنگه د ډيجوکسين اتې دوت (Digibind) دي دوريد له لارې د 60mg په اندازه د (1 mg) هرملې گرام ډيجوکسين په پرتله تطبيق کړل شي .

همیا توچېزیا (Hematochezia) :

دا یو یونانی لغت دی چې دریکیم له لارې د تازه اوروشانه وینې رانگ ته (Hematochezia) ویل کېږي چې د دهضمی جهاز په بشکتنې برخې ناروغیو کې لیدل شوی غوره لاملونه ئي [Necrotizing Enterocolitis، Colorectal Cancer، Diverticulosis، hemorrhoids، Intussusception، Ulcerative Colitis، Inflammatory Bowel Disease] او همدارنگه په (Beeturia) د سره چغندرو [بلبو (Beets)] د خوراک له کبله هم د غایطی موادو رنگ سوروالې خپلوي چې پکې د سره پگمنت میتابولیزم نه تر سره کېږي [دي . ستونزه : د مقعد له لارې تازه رویشانه وینه رانگ].

تاسو د دي لپاره راغوشنل کېږي چې یوه 60 کالو عمر درلودونکي شخصه چې د دري ورځو راهیسي دریکیم له لارې تازه او رویشانه وینه بهېدنه لري اوورته Radical mastectomy ترسره شويدي پدي هکله لاندې پوښتنې مطرح کېږي .

- 1- دناروغ حیاتي علایم څرنگه دي ؟ پدي هکله دي هغه نښې چې د وینې ضایع له کبله د هیموډینامیک بدلونونه منځ ته راوړي لکه ټاکی کارډیا اوهاپوتشن دي ولټول شي.
- 2- څومره وینه دغه مودي په لږ کېښې ضایع شوېده ؟ پدي صورت کېښې کولاي شو چې د ضایع شوي وینې اندازه پیدا کړو اواندازه ئي وټاکو او همدارنگه دمودي اړوند ئي معلومات لاس ته راوړلای شو ځکه چې دهیماټوکریت ټاکل د ډیر مودي لپاره نه راتیټیري اوتوپیر نه څرگندوي د هیموگلوبین ټاګه به د وینې لږې اندازې اړوند معلومات راکړي چې په درملنه کېښې رول لري.
- 3- د نږدې هماټوکریت ټاګي اندازه څومره ده؟ د وینې بهېدنې داندازي ټاګي لپاره پخپله ځانګړي ارزښت لري.

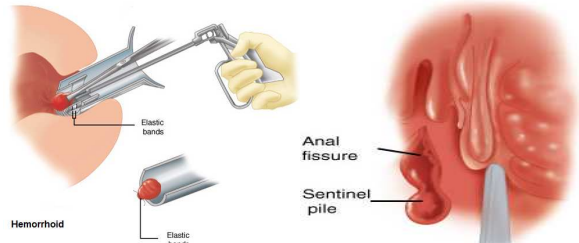
4- د غایطی موادو طبیعت څرنگه دي؟ د غایطی مواد پوښل شوي بڼه د وینې پواسطه معمولاً دریکیم اومقعدی افاتو لکه هیموروئید (بواسیرو) اړوند وي خو بیا هم کېدای شي د ښکته هضمی جهاز د خیشوناروغیو له کبله وي . تازه او رویشانه وینه دبعبده کین کولون اړوند وي Melana د ښې کولون د Proximal برخې مخکېښې برخو اړوند بلل کېږي .

5- ناروغ کوم ډول درمل اخلي اوايا د الکھولو دخوراک تاریخچه لري اوکله ؟ الکھولیزم کېدای شي د مری د وریس (Varices) څرگندوي وي اونقرحي یا قرحه جوړونکي درمل لکه د آسپرین او غیر سټروئیدی ضد التهابی درملو (NSAID) چې ډیر او دوامداره خوراک یې د هضمی جهاز د وینه بهېدنې سبب ګرځي دلایي شي.

6- آیا ناروغ په نږدې موده کېښې دهضمی جهاز جراحی عملیات ترسره کړي اوکله ؟ د جراحی عملیات سرته رسولو وروسته په نږدې موده کېښې دکولمو دحرکاتو دپیل سره سم وینه بهېدنه غیر معمول خبره نده.

7- آیا کوم ډول نورګو اعراض اوعلام هم ورسره شته اوکله ؟ دکېډې کرهپونه دانثاني ایتیلوژي څرګندوي وي اوهم کولمو التهابی ناروغی، یا ډایورتیکولیت ښکارندوي وي. دغایطه موادو کولو د عادت او د تعوط د قطر لږوالي د دي څرګندوي وي چې کومه خیسټه دنیوپلازم او یا پولیپ، انجیوډیسپلازیا معمولاً پرته له نورو اعراضو اوعلامو شته والې څرګند وي. توپیری پېژندنه :

- A- ډایورتیکولي ناروغی: دابوه معمول ناروغی دعلت په توګه د (70%) ناروغانو لپاره اټکل شویده چې په کلوي ډول دهضمي جهاز دښکتنې برخې خونړی منځ ته راوړي اومعمولاً په کینه لوري کښې منځ ته راځي.
- B- انجیوډیسپلازیا Angiodysplasia: دامعمولاً په ښي لوري کي منځ ته راځي اوکثراً د میلانا Melana سره مل وي او د طبعي ناروغی له مخي په انجیوډیسپلازیا کښې یا وینه بهېدنه منځ ته راځي چې د وریدي او یا کیلري وینه بهېدنې له کبله وي حال دا چې په ډایورتیکولار ناروغی کي دا وینه شریاني منشه لري.
- C- پولیپونه Polyps: همدارنګه د کولمو د ذعابو (Villous) ادینوماګاني یا پولیپونه چې د مخاطي غشا سلیم ټومورونه بلل کېږي د پوتاسیوم عنصر د ضایع کېدنې سبب ګرځي.
- D- کارسینوما: معمولاً لوي کله د کولمو ادینوکارسینوما دغه حالت منځ ته راوړي.
- E- د کولمو التهابی ناروغی: پدي لړ کي لکه د السراټیف کولیت " Ulcerative Colitis " کي د Crohn's disease کرون ناروغی په پرتله ډیر د وینه درلودونکي نس ناستي سبب ګرځي.
- F- هیموروئید " بواسیر": سره د دي د هیموروئید شته والې غیره معمولي خبره نده همدارنګه د کرښي په څېر به د غایطه موادو په اوږدو کي وینه شته والې ولري او همدارنګه دا حالت کېدای شي د خباثت Malignancy او یا Angiodysplasia سره د مل په توګه وپېژندل شي.



- G- د میزانتیر ټرومبوزس: دا حالت د کولمو داسکیټیا لا مل ګرځي وینه بهېدنه منځ ته راوړي.
- H- میکل ډایورتیکولیت: دا هم د وینه بهېدنې لا مل بلل کېږي.
- I- د مقعد فیسور: دا حالت هم د یوه نړي کرښي په څېر وینه په غایطه موادو کي د لیدو وړ وي او تازه وینه ښکاري.
- J- ډیر زیات اتی کوکولیشن: پدي حالت کي یقینې شي چې ناروغ درمل خوري اوکله او همدارنګه د وینې Clotting Time کتنه تر سره کړي.

K- په کلوي توګه د پورتي هضمي جهاز وینه بهېدنه: دا په چټکه تیریدونکي توګه د هیماتوچېزیا (Hematochezia) حالت دي چې شرحه یې په ځانګړي توګه راغلي ده او دا یوه ډیر ښه مسهل په توګه څرګندېږي په یاد ولري چې د G.I. Bleeding د هضمي جهاز په هره برخه کې منځ ته راتلای شي .

کلینیکي غوره ټکي :

1) حاتي علايم: د هاپو والیمیا اړوند دي معلومات وشي چې ټاکي کار ډیا او هاپوټیشن سره مل وي که تبه شته والې ولری دا به د کولمو د التهابی ناروغیو او یا هم اتانې کسټراتریت څرګندوي وي .

2) ګېډه: جس کول دي د کلاتو او حساسیت لپاره تر سره شي کین لوري ته د ښکتنې کوادرانت کلي شائی د ډایورتيکولیت او یا د ښي لوري کوادرانت کلي به د کرون ناروغی سره مل وي او د کولمو حرکونه یا د پرستالیزم غرونه به چټک او هاپیراکیف وي .

3) انوریکټال برخې: د ریکټوم ګنه کې به هیموروئید ، فیسور او کلي وموندل شي .

لابراتواري ګټې :

1) هیموګرام/دوینې ګټې: په پرلپسې توګه د هیماتوکریټ اندازه دي وټاکل شي چې دا کارموسندویه بلل کېږی په کلوي توګه وینه بهېدنه ښائی د کوم بدلون څرګندویه نه وي که چېرې Microcytic یا Hypochromic حجري وموندل شي دا به د مزمن ډول وینه بهېدنې او وینه لږې څرګندویه وي .

2) ډېرن کېدنې څېړنې: PT/ PTT او د پلاټیت د اندازي ټاکنه ښائی د وینې ډېرن کېدنې (عقې Clotting) د اختلال څرګندویه .

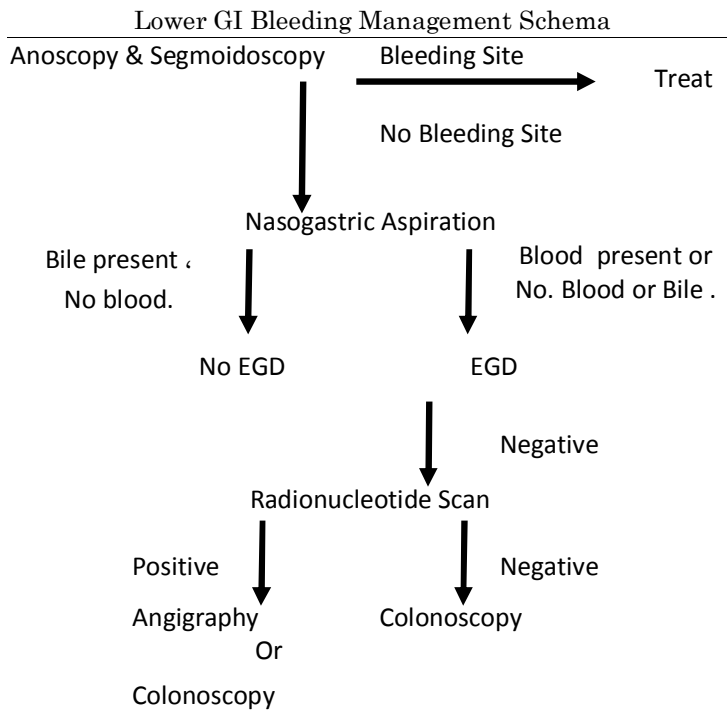
3) د وینې ګروپ: د وینې ګروپ دي وکل شي او همدارنګه Cross- match دي بیا تر سره شي .

د راډیولوژي او نورې ګټې :

1- انفي معدوی ټیوب (NG .Tub) : انفي معدوي ټیوب دي تیر کړل شي د هضمي جهاز د پورتي برخه وینه بهېدنه لامل رد کړل شي .

2- انجیوګرافي: د رګونو رنګه راډیوګرافي تر سره کول د ښکته هضمي جهاز وینه بهېدنه پیژندنې په موخه چې دوه یوتبه وینه یې ضایع کېږی او هاپوټیشن ولري کېږی په یاد ولري کله چې د باریوم موادو په کولمو کې شته والې ولری دغه ناروغانو ته انجیوګرافي نه تر سره کېږی په هغه حالت کې چې وینه بهېدنه (0.5 – 1.0 mL /min) څخه ډیره وي انجیوګرافي اخیستل کېږی ټاکنیز (انتخابي Selective) ایموپلازینشن یا د Vasopressin انفیورن ښائی د وینې بهېدنې کنټرول په موخه ورکړل شي .

- 3- Radiolabeled R.B.C study (Usually 99^{mTc}) : دا کله ناکله کولای شي د هضمي جهاز آفت موضعي کاندې په ځانگړې توگه هغه ناروغۍ چې په کراره بڼه وینه بهېدنه لري او انجیوگرافي ته اړتیا لري (0.5- 2ml/min) په اندازه وینه بهېدنه ئې اټکل شوې دي .
- 4- سگموئیدوسکوپي Sigmoidoscopy : دا کله کولای شي هغه وینه بهېدنه لري چه د بڼکته او پایلي برخې څخه منشه ولري او د دي په موخه Colonoscopy بڼه او غوره گڼل کېږي .
- 5- د هضمي جهاز پورتنی برخې اندوسکوپي : Oesophago Gastrodoudenoscopy په دي کتنه کي چې سره د دي چې د هضمي جهاز د پورتنی برخې وینه بهېدنه د NG Tub تیرولو پواسطه د پیژندنې وړ گرځي خو بیا هم د وینه بهېدنه د منبع پیژندنې اړوند ډیره گټه وړ کتنه ده .



د درملنې پلان :

په 80% ناروغانو کي چې د هضمي جهاز د بڼکته برخې وینه بهېدنه لري په بنفسي يا پخپله ذاتي بڼه ودرېږي او که چېرې په حاد او سمدلاسه توگه وینه بهېدنه منځ ته راشي دا به د ژوند ونه لپاره له خطره ډکه وي او د درملنې اړوندې باید پوره پاملرنه وشي .

A. پرته له ځنډه مداخله Acute intervention :

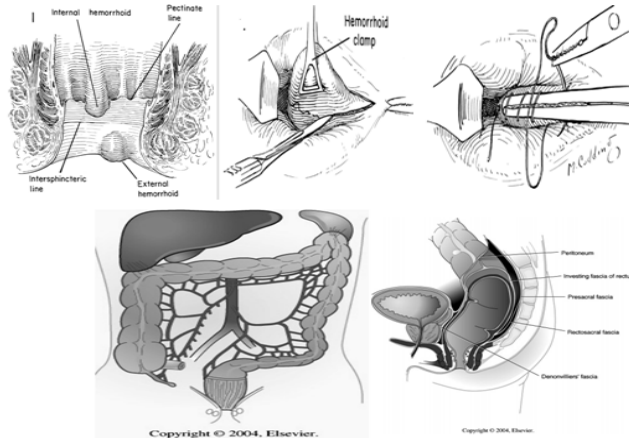
د غټ قطر درلودونکي وریدي کېتر دي نثیت کړي شي تر څو د ظایع شوې وینې انډول مایع ناروغ ته تطبیق کړل شي او حجم اعاده شي کریسټالوئید او یا تازه وینه ورکول کېږي لکه

چېرې هیماتوکریټ ټیټ وي نوموړي کرسټالوئید مایع او وینه گڼه وره ده او د هیماتوکریټ اندازه باید (>30%) د دېرش سلنه څخه پورته وساتل شي او د فولی کېټر ټیرول او د تشو میازود اندازه یی ټاکلوله مخی به د ظایع شوې حجم وینې د اندازی اټکل په ښه توگه وشي او مرکزي ورید فشار د ی هر ورو په ډیر سپین ډیرو ناروغانو کې که چېرې مرکزي ورید ته کېټر ټیر شوې وي وټاکل شي چې د درملنې په لړ کې ډیر گټه ورگڼل کېږی.

B پېژندنه او درملنه :

د هضمي جهاز د ښکته برخې د وینې بهېدنې پېژندنې لپاره اړینه ده په لاندې موضوع باندې پوه شو.

- 1- درملنه : د ټولو علتونو پېژندنې له مخی تر سره کېږی د بیلگې په توگه که چېرې وینه بهېدنه د دایورټیکولوم له کبله وي نو د ناروغ عمومي وضعیت د الکترولایتونو او مایعاتو اعادې کولو وروسته لاپراتومی او نوموړي برخې غوڅول (Resection) تر سره کېږی .
- 2- په گڼه توگه دانجیوگرافي او کولونو سکوپي پواسطه کېدای شي د وینه بهېدنې ساحه وپېژندل او محدوده کړل شي په هغه ناروغانو کې چې وینه بهېدنه ډیره شدیدې وي او په پراخه پیمانه وي او په وینه ورکونکي ټکي ونه پېژندل شي کولای شو چې Subtotal Colectomy د کولونونو په وینه بهېدنه کې تر سره کړو .
- 3- همدارنگه په ځانگړې توگه د کولمو اډینوکارسینوما ، پولیپ ، هیموروئید او د کولمو التهابی ناروغیود شتون په صورت کې په جذري بڼه درملنه تر سره کېږی او د آفت برخه له منځه وړل کېږی .
- 4- په موضعي توگه د هیموروئید د درملنې لپاره په اوبو منحل Bath او غایطه موادو (غولو) پوستوالي او د کریمونو او سوپزاتوونو استعمال غوره کيل کېږی .



پنځم څپرکي

د سږو او زړه ودرېدنه

Cardiopulmonary Arrest

تعريف :

د زړه او سږو ودرېدنه هغه حالت دی چې پکښې زړه او سږې دواړه سمډلاسه ودرېږي او کار ونکړي او نورماله فزيولوژیک دنده تر سره نشي کړای. که چېرې يو ناروغ چې ورته د زنگون څخه ښکته امپوتیشن تر سره شوې وي او سمډلاسه يوه اونۍ وروسته په بستر کې پرته له نبض او پرته له غبرگون څخه موندل کېږي پدې لړ کې لاندې پوښتنې بايد وڅېړل شي؟



- 1- آیا ناروغ کوم ډول راز غبرگون لري او که ؟ که چې ناروغ یې حاله پروت وي او غبرگون ونلري ورته د بیارغونې چېکه درملنه ترسره کېږي په ناروغ غږ تر سره کېږي ناروغ سمډلاسه راوبښول ، راپورته کول ، او ښورول کېږي چې راوبښ شي.
- 2- آیا د تنفس یا ساکښلو لاره بنده ده او که ؟ د گوتې پواسطه دې خوله تشه ، پکه شي او یا سکشن کړل شي او سږو او ساکښلو حرکتونه دې ولیدل اود سږو غږونه دې واوریدل شي .
- 3- آیا حیاتي علایم شته او که ؟ د ثباتي رنګ نبضان او د وینې فشار دې وکړل شي که اړتیا وي نو خوله په خوله ساکښل او 100% اوکسیجن دې د وینتلیشن پواسطه ورکړل شي کېدای شي دا کړنه د ماسک او یا انټیشن پواسطه تر سره شي.
- 4- کوم راز درمل دې پیل او یا تر درملنې لاندې دې ؟ د زړه درمل تر ټولو مهم گڼل کېږي لکه د اریټیا ضد او ډیجوکسین په اړه دې معلومات واخیستل شي او د نوموړو درملو ډیره اندازه ورکړه هم کولای شي چې ورته ناوړه اغیزه منځ ته راوړي .
- 5- آیا کوم ډول لابراتواري کتنې لکه د پوتاسیوم ، هیماتوکریټ اندازه ، هایپرکالیټیامیعمولاً د ($>7\text{mEq}$) زیاته وي او یا هم شدیدې وینه لري په حاده بڼه کېدای شي د زړه ودرېدنې لامل وگرځي . د ناروغ د غوره ناروغیو لکه احتشاء ، فرط فشار ، ریوی آمبوني او نږدې جراحی اړوند معلومات دې راټول شي .

توپيري پېژندنه:

د ودرېدلی رېتم (Arrest rhythms) چې د لاندې لاملونو له کبله وي فېرېلېشن، تاکلي کارويا ، Electromechanical dissociation systole په کچه او يا ځانگړې توگه د زړه د ودرېدنې

لامل گرځی

- 1- د زړه لاملونه :
 - د زړه د مايوکارډيا احتشاً Myocardial infarction .
 - د زړه احتقاني نه برياليتوب Congestive heart failure
 - د زړه بطني اريتميا Ventricular arrhythmia
 - معمولاً تر ضيضا تو وروسته Cardiac tamponad
- 2- د سږو لاملونو Pulmonary :
 - د ريوي آمبولې Pulmonary embolus
 - د سږو حاد نه برياليتوب Acute respiratory failure
 - تنشين پنوموتورکس Tension Pneumothorax
- 3- د وينه بهېدنې (Hemorrhagic) لاملونه : ډير شديده وينه بهېدنه کولاي شي د زړه او د تنفسي سيستم د ودرېدنې لامل گرځی د بېلگې په توگه لکه ، دا بهر د انيوريزم شليدنه د پولپوزس له کبله او د مري د واريسونو د شليدنې له کبله .
- 4- هايپوکاليميا او هايپرکاليميا : په وينه کې د پوتاسيوم د سويې ټيوالي او لوړوالي د زړه د اريتميا لامل گرځی او د نه درملنې په صورت د زړه د ودرېدنې سبب گرځېدلې شي .
- 5- اسيدوزس: شديد اسيدوزس د زړه د ميوکارډ وظيفي انحطاط لامل گرځی .
- 6- د هايپوټرميا (سرېشت) له کبله: هايپوټرميا د اريتميا لامل گرځی او د زړه د ودرېدنې سبب گرځی .

فيزيکي کتنې :

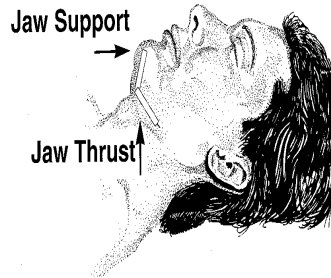
- A. د فزيکي کتنې غوره ټکي :
 - حياتي علايم: د حياتي علايمو او غيرگونونو کتنه او کتنو رول مهم گڼل کېږي د بيارغونې او درملنې لپاره دې لاندې په پام کې ونيول شي .
- 1- وينېلشېن او تنفسي پورې وازه بڼه دې چک او کټرول شي چې بنائې د زنی او ژامنی "Jaw thrust or chin lift" مانوري ته اړتيا پريوزي.
- 2- د شزن (ترخيا) بي ځايه کېدنه کېدای شي چې د تنش پنوموتورکس حالت څرگندوي .
- 3- د غاړې د ورید اتساع بنائې د پريکارډ تمپوناد او يا د پنوموتورکس بنکارندوي وي .



Figure .-Head tilt-chin lift maneuver.



Figure .-Jaw-thrust maneuver.



B. لابراتواري کښې :

د لابراتواري کښو لپاره دې ژر تر ژره اقدام وشي خود دې اړوند بايد په درملنه کې ځنډ منځ ته رانشي اولاندې آزموينې دې تر سره شي .

1- د شرياني وينې د گازاتو ټاکنه .

2- د وينې د سيروم د الکترولايټونو ټاکنه .

3- د وينې د حجراتو او هموگلوبين او هيماټوکريټ ټاکنه

C. راډيولوژيک کښې :

د زړه او صدر راډيوگرافي تر سره شي چې بڼائی د زړه د غټوالي او د سپرو د غير نورمال حالتو لکه : د اذیما ، پنومونیا ، اټلکازي ، کولاپس د پلورا مايع، او کلاتو څرگندوي وي:

▪ په نورو کښو کې لاندې کښې تر سره کېدای شي که د نورو مترافقيه آفتونو څخه څرگندوني شتون ولری .

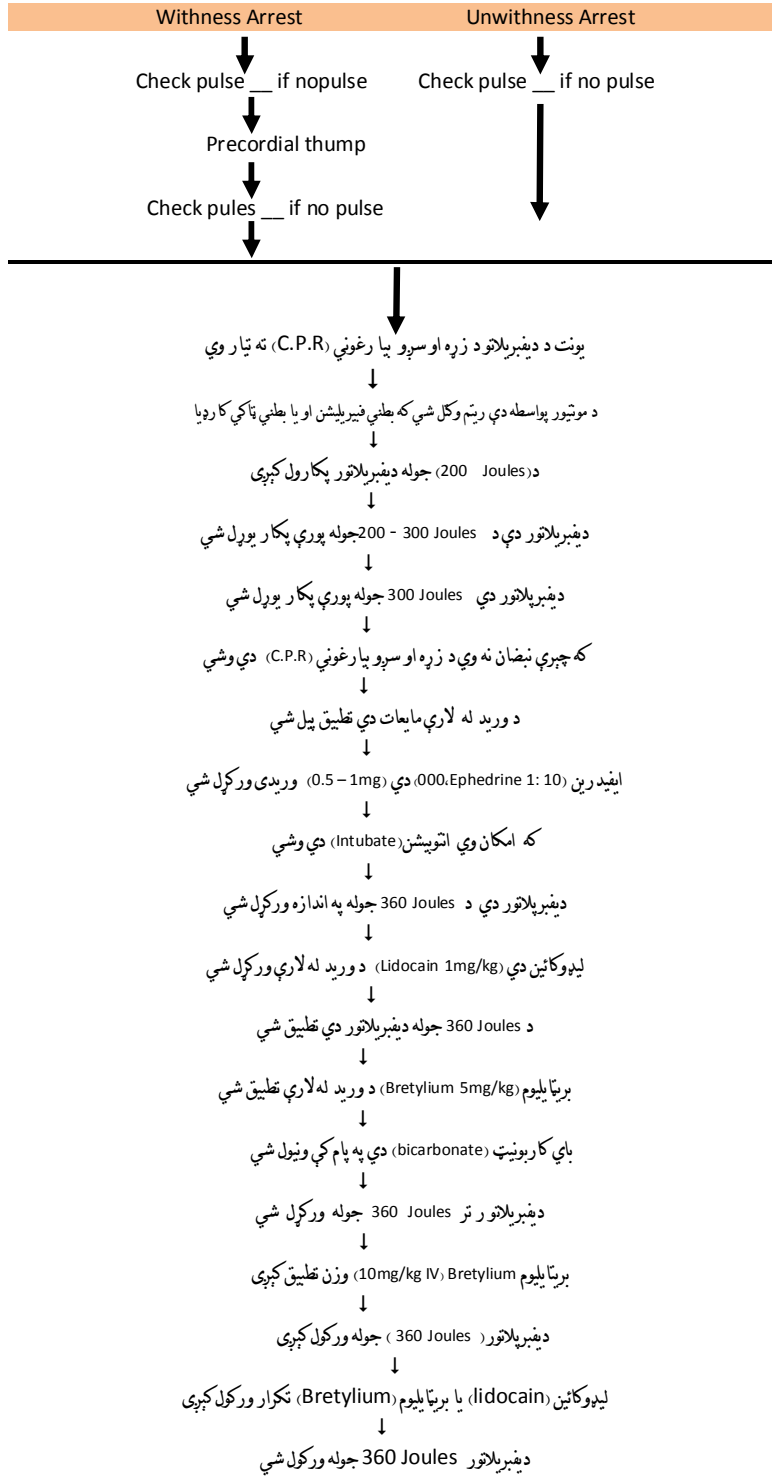
▪ M.R I بڼائی د يولې ناروغيو اړوند معلومات څرگند کړي .

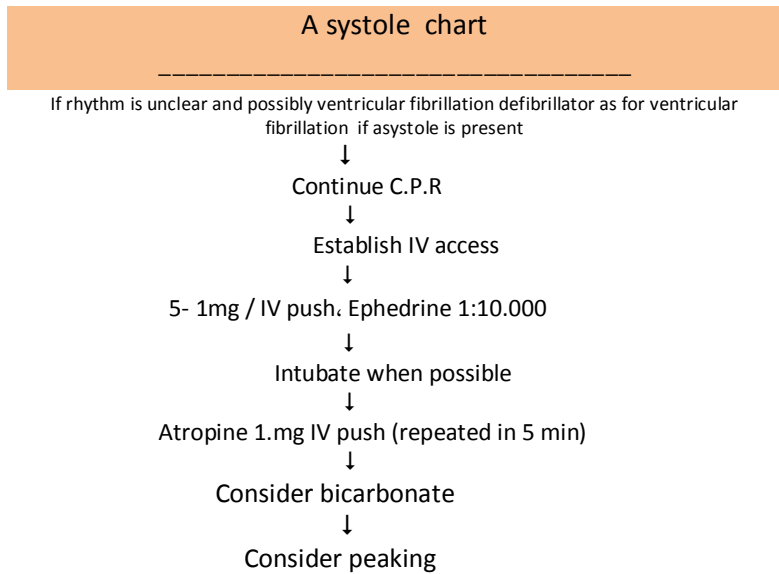
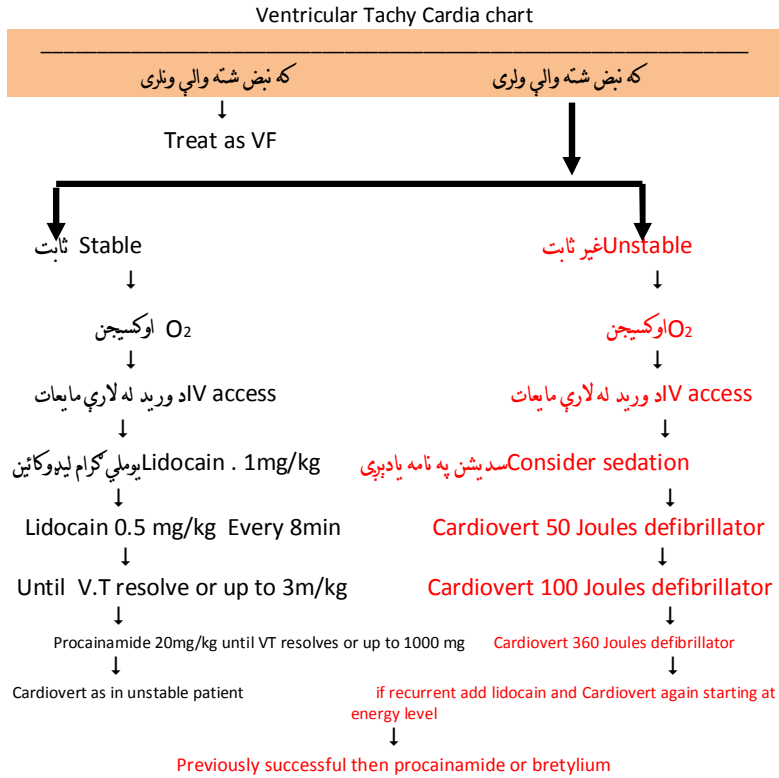
▪ E.C.G د زړه گراف پواسطه يولې ناروغيو اړوند معلومات موندل کېدای شي .

▪ ايکوکارډيوگرافي کېدای شي د زړه او پريکارډ جوف اړوند ناروغيو په هکله معلومات څرگندوي .

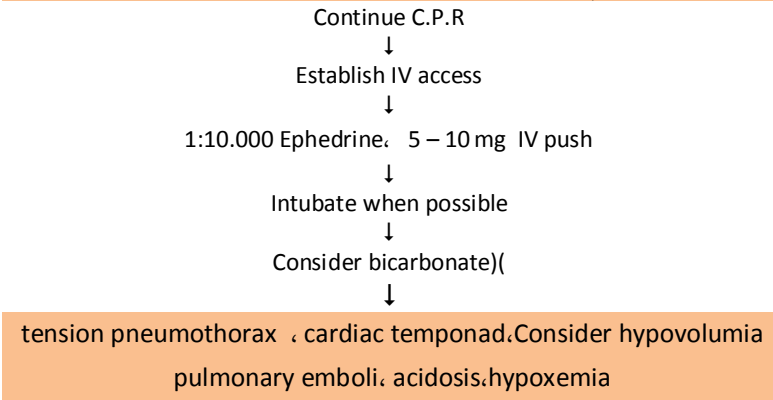
د درملنې پلان :

د درملنې په موخه د بطني فيبريليشن او پرته له نبضان څخه ټاکي کارډيا اړوند بايد لاندې جدول ته پاملرنه وکړي





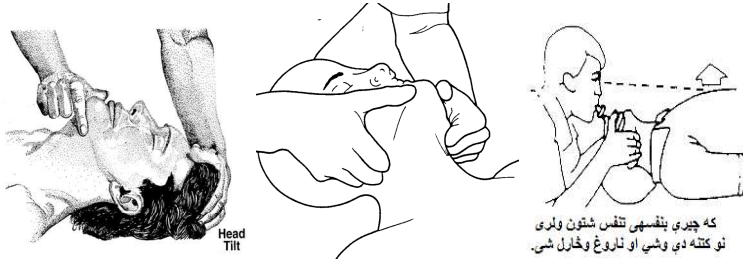
Electromechanically dissociation



ټول ډاکټران باید دغه موضوع کاني په یاد ولري اودا اړتیا په وخت په کراتو سره تري کار اخستلای شي بر سیره پر دي چې د پیا رغوني بریالیتوب په ریتیم پر کړنه اړتیا اود ریتیم په مونیتور پورې تړوا لري ریتیم باید هر یو د جدول مطابق خپله ځانگړې کړنه وکړي بیا رغونه باید د (E،D،C،B،A) په پام کي نیولو له مخي تر سره شي چې پدي کړني کې:

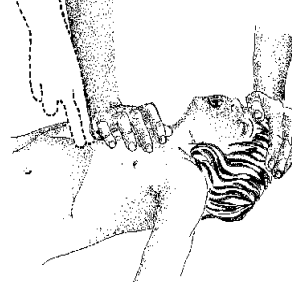
- A. Airway د هوایي لارې
- B. Breathing د تنفس یا سا کبیلو او سپرو
- C. Circulation دوینې دوران اوزړه
- D. Dysfunction of CNS د مرکزي عصبي سیستم غیر وظیفی حالت.
- E. Exposure د بدن سر تر پایه لیدنه د پورته هر یو په پام کي نیولو اود اړوند ستونزو له منځه وړلو لپاره هڅه او درملنه وشي.

1. که چېرې بطنې فبریلېش پرته له نبضان څخه ټاکي کار دیا سره منځ ته راغلي وي د اړوند چارټ څخه دي کار واخیستل شي .
2. که چېرې بطنې ټاکي کار دیا شته والې ولری د درملنې لپاره دي د اړوند چارټ څخه دې کار واخیستل شي .
3. که چېرې Electromechanical dissociation منځ ته راغلي وي نو د دي لپاره دي د اړوند چارټ څخه کار واخیستل شي.

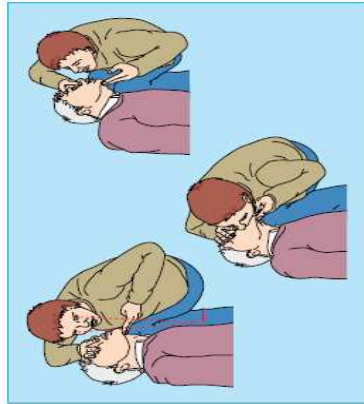
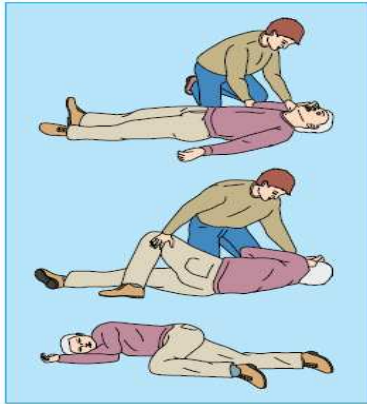


که چيري بنفسي تنفس شتون ولري نو کتنه دي وښي او ناروغ وځارل شي.

Method 1 Find midpoint between sternal notch A and lower end of sternum B as demonstrated below with thumbs marking the midpoint.



Method 2 Locating hand position for chest compression.



شپږم څپرکي

صدری دردونه (صدری خناق)

Chest pain

تعريف :

ټول هغه دردونه چې د صدر (ټټر) په دننه کې احساس کېږي او ځای پر ځای وي او يا هم خپرېدنه ومومي ورته د صدری خناق نوم ورکول شوي دي او معمولاً د زړه او صدری احشأوو په ناروغيو کې منځ ته راځي .

که چېرې يو ناروغ چې ورته بشپړه نفوکوي تر سره شوې او د 62 کالو عمر ولري او څلور ورځې د عمليات څخه تيري وي د صدری درد پيدا شي او د لس دقيقو لپاره دوام ولري او بيا ورک شي نو د لاندې پوښتنو اړوند بايد معلومات تر لاسه شي .

1) آیا ناروغ پخوا د اکيلې رگونو ناروغی درلوده او کله که چېرې شته والېدرلوده نو په تاريخچه کې به يې اړوند دردونه به راتلونکي بڼه شته والې ولری نو دا درونه دي وڅېړل شي اړوند کېږي دي تر سره شي او د ميوکارډ د عضلي اسکيميا او د احتشأ په څير درملنه دي وشي او د درد په پيل کې دې ورته 0.4 mg Nitroglycerin تر ژبې لاندې (Sublingually) په لومړي ډوز ورکول شي او پرته له ځنډه دې درملنه وشي درد معمولاً (1-2 minutes) موده کې کمښت مومي او همدارنگه د فعاليت د پيل څخه دمخه هم ناروغ ته نايټروگلايسرين په وقايوی ډول ورکول کېږي .

2) د درد موقعيت ، طبيعت شدت او څيرېدني اړوند دي معلومات راټول شي د درد موقعيت د سترنوم لاندې او اېي گاسټريوم برخه کې او انتشار يا خپرېدنه برخه ئي (ژامنه ، بازوگان ، فلانک، گيډه) د درد طبيعت کېدای شي چې د سوځيدنه (Burning)، ټکولو (Crushing) ، څيرېدنه (Tearing) ، چوڅلو يا سوري کول (Stabbing) په څير وي او د درد شدت کولای شي چې د ناروغی د پيژندنې اړوند گټه وړ وي سره لدې چې د صدری خناق درونه نشو کولای د يولر معيارونو له مخې څرگندونې او اړوند معلومات څرگند کړي خود صدری احشأوو تعقيب يوه لږ څرگندونې او يو عصبي تگلاره پلې کوي په کلاسيکه بڼه صدری درد خلف د سترنوم ته او د کين بازو او يا ژامنې لوري ته خپرېدنه مومي د صدری ابهر انيوريزم معمولاً د شليدني (Ripping) په څير او د پيپټيک قرحې دردونه د سوځيدني په بڼه او يا (Growing) په څير څرگندېږي .



3. ناروغ په څه کار اخته وو چه درد پيل کړی؟ پارونکي فعاليتونه (هنه فکورونه چې درد زياتوي) او د تيري (حملې) پر مهال سره لدې چه زورونکي دي خو بيا هم د ناروغۍ د لامل پېژندنه اړوند مرستندويه وي په کلاسيکه توگه صدري خناق وروسته د جهد او فعاليت څخه زياتوالي مومي پلورائي دردونه د ټوخي وروسته زياتوالي مومي او ايزوفاجيت يا مري التهابی دردونه د خوراكي توکو خوراک پر مهال زياتوالي مومي.

توپيري پېژندنه:

د يولړ ناروغيو تر منځ دې توپيري پېژندنه تر سره شي چه په لاندې ډول دي:

- A. د زړه او رگونو ناروغۍ
 1. د زړه د ميوکارد احتشأ:
- پدې هکله د يوه زورونکي او ټوکېدنې په څير د ستېرنوم (قص) خلف ته او معمولاً د کينې مټ يا ژامنې ته خپرېدنه مومي او معمولاً د کانگوزړه بدوالي Dyspnea يا Palpitation مومي او يا د زړه ټکانونو سره مل وي او اکثراً د Nitroglycerine درملو پواسطه لږوالي مومي او يا هم له منځه ځي چې د لاندې لاملونو له منځ ته راځي:
 - a. دا کلېلي رگونو ناروغۍ.
 - b. دا کلېلي رگونو سپرم (Variant angina (Prinzmetals angina) اکثراً د استراحت پر مهال منځ ته راځي.
 - c. دابهر ريگورجيتيشن او يا مائيرال د سام پرولا پس چې پکې اکثراً د زړه سوفل Heart murmur اورېدل کېږي.
 - d. دابهر ډايسکشن Aortic dissection:
 - e. دا درد د خپرېدنې په څير طبيعت لري او د شا لوري ته خپرېدنه مومي او په تاريخچه کې د وينې فشار لوړوالي تل ورسره مل وي.
 - f. حاد پريکارډيټ: د دې ناروغۍ سره يو Friction rub اورېدل کېږي او پريکارډيال انصباب هم د ايکوکارډيوگرافي پواسطه ثبیت کېږي د E.C.G نښې هم موندل کېږي.
2. مکروبي حالت: دابه په ويروسي يا نړی رنځ ناروغه انسانانو کې شته والې ولری.
3. د مايوکارد احتشأ: دلته په يو مقدم پريکارډيټ په څولومړيو ورځو کې او به 1-4 weeks په د مايوکارډيال احتشاء (Dressiers Syndrome) کې ليدل شی.
4. يوريميا Uremia له کبله.
5. خباثت اکثراً د تيونه او قصباتو له کبله منځ ته راځي.
6. د منضم نسج ناروغۍ.
7. مقدم ريوي هايپرتشن: درد خفيف وي او ذيق النفس (ډيسپنيا) به د ډير فعاليت پر مهال د غوره اعراضو څخه وي.

Table. Differentiating Features of Conditions Causing Chest Pain with Hypovolemia.

Diseases	Findings			
	History	Examination	ECG	X-Rays
Myocardial infarction with vagotonia	Crushing chest pain; nausea	Bradycardia; stable hypotension	Acute infarction pattern and bradycardia	Nonspecific.
Aortic dissection	Tearing chest pain; back pain; often history of hypertension	Tachycardia; pulse deficits; progressive hypotension	Nonspecific or may show ischemia or infarction pattern. left ventricular hypertrophy	Widened mediastinum; pleural fluid. CT scan is more sensitive than x-ray.
Leaking upper abdominal aortic aneurysm	Chest and epigastric pain	Tachycardia; pulsatile epigastric mass	Nonspecific	CT scan or ultrasound is more sensitive than x-rays.

B. د سرواروند Pulmonary :

1. د سرو آمبولي او احتشأ.
 2. پنوموتورکس په حاده بڼه تيري لري او د ډيسپنيا سره مل وي او ځوانو ناروغانو کي چې COPD ولري ليدل کېږي .
 3. Pleurodynia د پلورا دردونه د Bronchopulmonis Disease چې د Coxsackie وپروس له کبله په ناروغۍ کي ليدل کېږي .
 4. پنومونيا او پلورايتيس : دا دردونه په ځانگړي توگه د پلوريت له کبله وي او درد د عميق شهيق پر مهال زياتوالي مومي.
- C. د هضمي جهاز له کبله:
1. دمعدې-مري رفلوکس ناروغان معمولاً په خوله کي د اسيدې حالت يا تريو خوندي احساس کوي چې په تکراري بڼه شته والي لري .
 2. دمري سپزم په ساده کي سره د صدري خناق سره مغشوش او غلطپري دا بناي چې د سترنوم خلف ته وي او د نايټروگلايسيرين سره ښه والي مومي.
 3. د معدې التهاب يا گسټريټ د د ډول ناروغانو په تاريخچه کي الکلوليزم معمولاً شته والي لري.
 4. د پيپټيک قرحي ناروغۍ په ځانگړي توگه د شرسوفي برخې درد شته والي لري چې خوراک ورسته لږوالي لري.
 5. صفراوي يا د تريخي کولیک : تل د خوراک سره مل وي دردونه منځته راوړي چې په ځانگړي توگه که په خوراک کي غوړ يا شحم شته والي ولري او د شرسوفي په برخه کي په ښي پورته کواډرانت کي توضع لري او ښي اوږي ته ليدول کېږي.
 6. پانکرياتيټ : دا يو حاد ډول درد په گيډه کي منځ ته راځي او د ملابند په څير خپرېدنه کوي او په کي يولې انزاييمونه توپير مومي او زياتوالي ليدل شي.

D. عضلي اسکيټي :

1. دا ډول دردونه د صدر د جدار په برخه کې وي د جس (Palpation) پواسطه يا له سره منځ ته راځي .
2. عضلي غضروفي التهاب : د درد غوره برخه د ضلعي د ضلعي غضروفي بند يا مفصل برخه شته والې لری .
3. عضلي درد او سپزم په دې هکله تل د فعالیت او تمرین له کبله په تاریخچه کې د درد زیاتوالي شته والې لری .
4. د پښتو (اضلاع) دردونه چې تل له ترضيضاتو وروسته لیدل کېږي .

کلبنيکی کڼې :

۱. فزيکی کڼې :

1. حياتي علايم : هايپوتشن د وينې فشار ټيټوالي ، او نورې تهديدی نښې به د زړه وعائی کولاس سره شته والې څرګندويه وی [دېرشدید د مایوکارډ احتشاء ، انيوريزمی ډایسکشن (Dissection) د سږو آمبولي ، او ټیشن پڼوموتورکس] کېدای شي دا حالت منځ ته راوړي هايپرتیشن کله چې د میوکارډ احتشاء ، د اېهر انيوريزم تخریب شلېدنه بېرته مرسې او درملنې ته اړتیا لري او د وينې فشار دې راټيټ کړل شي .

2. د تودوخي درجه : تبه ښائی د آمبولي ښکاروندوي وي چې معمولاً ټيټه درجه وي ، او د انسانانو یا مکروبونو د مداخلې له کبله منځ ته راځي نوري التهابی ناروغی لکه (پڼومونیا پلوريزي او پريکارډیت) هم دا علت منځ ته راوړي .



3. ساکنيل (تنفس) : د ساکنيلو نظم ، شمېر باید وپلټل شي او اړوند معلومات دې راټول کړل شي .



4. نېضان : د نبض ډول او شمېر او نظم باید وکړل شي او اړوند معلومات دې راټول کړل شي .

A. HEENT :- د خولې پخېدنه (ترش Thrush) په ځانګړې ډول

"Immunosuppressed" او دکانديد يا ايزوفاجيت يا د مری التهاب سره مل وي .

B. غاړه (Neck): د وريد توسع د غاړې يا ورمير په برخه کې به د CHF او يا پڼوموتورکس سره مل وي .

C. صدر Chest : په فزيکی کڼه کې ښائی چې حساسيت یا کاتوژن د پښتو د کسر د قص

(سټرنوم) هډوکي ښائی وروسته Median sternotomy څخه ښائی د اتاناتو د مداخلې

ښکاروندوي وي چې د Costochondritis او ضلعي غضروفي دردونو سره مل وي

D. سږي Lungs : رالونه به د CHF سره مل وي او د قعر پر مهال په Dullness او يا مایع يا

پڼومونیک تکاثف Friction rub، Consolidation به د پلورا التهابی ناروغی سره شته والې

لری او همدارنگه د پنوموتورکس او مایع (انصباب) شته والې په صورت کې به د سپرو غږونه ټیټ واریدل شي.

E. زړه Heart : د زړه سوفل Murmur به د زړه د دسامونو په ناروغیو کې اوفریکشن رب به د پریکارډیټ سره مل وي همدارنگه [د زړه جراحی عملیات وروسته به سمداسه نورمال حالت شته والې ولری] او د PMI پېچایه کېدنه به د CHF سره شته والې ولری.

F. گډه Abdomen : په گډه کې به د پالوژي له کبله د کولمو آوازونو (پرسانلیم) نشوالی د پریټونیت او یا نورو التهابی ناروغیو له کبله وي .

G. عصبي Neurologic: د اېسکشن ښائی په وصفی توگه د گوزن Hemiplegia لپاره لامل وگرځي

H. لاس او پښې (نهایتونه Extremities) د پښو یا نهایتو نوبرخه کې اذیما به CHF سره او غیر متناظر پرسوب او اذیما په د وریدي ترومبوزس ناروغی کې ولیدل شي .

II. د لابراتواري څیړنې:

1. هیموگرام Hemogram : د وینې کڼې کې به لوکوسیتوزس د اتانې ناروغیو او لمفوسیتوزس به د وېروسي ناروغیو څرگندوي وي.

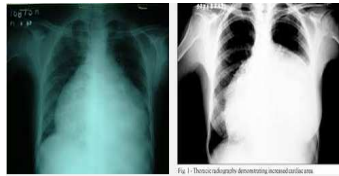
2. CPK : د ایزوآنزیم سره دا کڼه دي هر اته ساعته وروسته په تکرار سره تر سره شي ترڅو د زړه د میوکارډ ترضیضونه تخریب وارزول شي.

3. د شریاني وینې گازونه ټاکنه: دا باید یولړ ډیر ناروغیو کې تر سره شي ټول هغه ناروغان چې پکې د سپرو ناروغی او ډیسپنیا شته والې ولری تر سره کېږی.

III. د زړه گراف : د زړه گراف دې پرلپسې د لنډې مودې وروسته تکرار واخیستل شی او یو د بل سره دې پرته شی که چېرې (MI) شتون ولری بای د (Q-wave) او (ST-wave) بدلون (انحطاط یا لوېدنه) به شتون ولری او نورې اریتمیا گانې دې وڅارل شی.

IV. د راډیولوژي کڼې :

1. د صدر راډیوگرافي که چېرې د میوکارډ ناروغی شته والې ولری نو د خوځنده (متحرک) راډیوگرافي ماشین څخه دي کار واخیستل شي او ناروغ دې د راډیولوژي سرویس ته رانه وړل شي لاندې ټکي په پام کې ونیسي:



- پنوموتورکس او د سپرو کولاپس خیال.
- پلورائي انصباب او یا پریکارډ انصباب.
- ارتشاء د التهابی ناروغیو له کبله.
- د زړه گړدي خیال د پریکارډ انصباب له کبله .

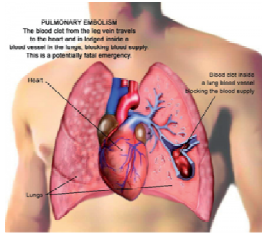
- د منصف پراخیدنه او د اېسکشن د انوریزم ډایسکشن له کبله وی.

- د پښتو (اضلاع) کسرونو او د غضروفي ضلعي بندونه توپرونه.
 - د سږو د انساجو ټومورونه (منکس ، کهنې او سیسیک خیالونه).
 - 2. ایکوکارډیوگرام- کېدای شي د سږو او پریکارډیوم د انصباب په هکله غوره معلومات راڅرګند کړي د زړه د جدارونو او حرکتونو د دسامونو د ناروغیو او د اېهر ډیسکیشین اړوند معلومات راکړي.
 - 3. الټرا سونوګرام همدارنګه کولای شي د یولړ ناروغیو په هکله معلومات څرګند کړي.
 - 4. انجیوګرافي د یولړ د رګونو ناروغیو په هکله رغنده معلومات راکړي.
 - 5. د کمپیوټر ټوموګرافي C.T Scanning پواسطه ډیرې ناروغۍ پیژندل کېږي.
 - 6. MRI : چې دي ډیرو ناروغیو په اړوند معلومات راکړي.
 - 7. Venogram ، Ventilation – perfusion scan او د سږو انجیوګرام:
- دا به د سږو آمبولې سره مل وي یو منفي A/v. scan بښایي ریوی آمبولې (Pul. Emboli)، لپاره رد کونکي وي همدارنګه که ناکله بښایي د سږو رګونو رادیوګرافي (Arteriography)، تر سره کېږي او د ناروغۍ پیژندنې لپاره اړین پروژي.
- 7. د زړه ګراف ECG: دا به په اساسي بڼه د زړه د ناروغیو پرمختګ او شته والی په هکله معلومات راکړي چې د ناروغیو په پیلایلو مرحلو کې اخیستل کېږي د مایوکارډ احتشاً (MI) په صورت کې په (Q) چې او (ST) په څپه کې بدلون شته والی ولری د انحطاط یا اوچتوالي په یولړ ناروغۍ څرګندي کړي همدارنګه د (T) څپې په خټ کېدنه به د زړه د تحت انډوکارډیوم (Subendocardial) احتشاء سره او د (Q) څپه بښایي شته والی ونلری او اریتمیا به شته والی ولری.
- د درملنې پلان :
- کله چې کره کتنه وشي او د ناروغۍ رغنده پیژندنه به تر سره شي د ناروغۍ د پیژندنې مطابق د درملنې پلان جوړېږي.
- A. بېړنۍ معالجه پلان :
 - 1. د اوکسیجن تطبیق او معالجه دې د ماسک یا ټیوب له لارې وشي.
 - 2. د زړه ګراف دي واخیستل شي او لیډونه دي پر ځای پرېښودل شي او د څارنې- مونیټورنګ په موخه دې په تکراري ډول د زړه ګرافونه واخیستل شي تر څو ولیدل شي چې ناروغۍ د پرمخ تللو په لورې ځي او که ښه والې مومي.
 - 3. خونې ته دي ګرځنده د رادیوګرافي ماشین راوړل شي او ځای پر ځای دي رادیوګرافي واخیستل شي.
 - 4. د شرباني وینې د ګازاتو اندازه دي وټاکل شي.

5. که چېرې د میوکارډ د احتشاء او اسکیمیا حالت شته والې ولری تر ژبې لاندې د نایتروگلایسیرین درملو تابلیت دي کینسودل شي تر خود زړه رځونو توسع منځ ته راشی او درملنه دي وشي .
- B. د مایوکارډ ایسکیمیا:
1. نایترایتونه Nitrites: نایترایتونه تر ژبې لاندې نایتروگلایسیرین (0.4 grain/1) د پیل لپاره ځانگړې ډوزبل کېږی د اعراضو لږوالي او دوینې د فشار د سمون مونیټورینک دي وشي او 5-10minut دقیقو موده کې دي تکرار درمل ورکړه شي که چېرې نایتروگلایسیرین اغېزمن وي مگر دردونه هم شته والې ولری د Nitroglycerin drip 10-20 µg/min دي ورکړه شي او درد تر له منځه تللوي دي Titrate تیر په څیر عیار کړل شي پدې لړ کې دي د وینې د سیسټولیک فشار دي 90 mmHg څخه پورته وساتل شي .
 2. مورفین Morphine: که درد د نایتروگلایسیرین ورکړې سره کم نشی او لاهم شته والې ولری او که چېرې د نایتریت په وړاندې تحمل ونلري د مورفین درمل دي ورکړل شي درملنه دي د مورفین پواسطه 1-3mg د ورید یا دخولې له لارې د اړتیا له مخې ورکړل شي .
 3. اوکسیجن Oxygen د څلور لیتره په اندازه د پوزي له لارې چې معادل د 35% د ماسک له لارې ورکول او تطبیق کېږی
 4. لیدوکائین Lidocain که چېرې پیژندنه واضح وي د زړه د ریتم بي نظمي له منځه وړلو لپاره په E.C.G کې واضح Ectopy حالت شتون ولری د 75-100 mg لیدوکائین د ورید له لوري نیغ په نیغ ناروغ ته ورکړل شي او په مقدم ډول د انفیوژن په څیر 2mg/min په هره دقیقه کې ورکول کېږی .
 5. ناروغ دي د پرلپسي او دومداره کني او مونیټورنگ لپاره او د زړه د گراف له مخې د ناروغ څارني لپاره د C.C.U (Coronary Care Unit) او I.C.U (Intensive Care Unit) یونټ کېنې بستر کړل شي .
 6. ډاکلیلي شریان د ترومبوزس تجزیه (Coronary Thrombolysis) د تجزیه کولو لپاره د سټرپټوکاینینز (Streptokinase) انزایم ناروغ ته تطبیق کېږی او همدارنگه [Urokinase (Tissue-Plasminogen Activator)] بنائې پکار یوړل شي.
- C. د اهر ډایسکشن (Aortic dissection):
- تر ټولو لومړني درملنه په درد له منځه وړل او فشار راټیټول دي تر خود سیسټول فشار راټیټ شي د جراحی پواسطه دي اصلاح تر سره شي تر خود انیوریزم اعراض له منځه ولاړ شي .
1. نایټروپروسایډ [Nitroprusside (Nipride)]: دا درمل به د سیسټول فشار راټیټ کړی په پرلپسي بڼه د انفیوژن په توگه (0.5-1 µg/kg/min) ورکول کېږی او ډوزي (Titrated) په توگه تیار او عیار یږي تر څو چې فشار د وینې تر کنټرول لاندې راشي .

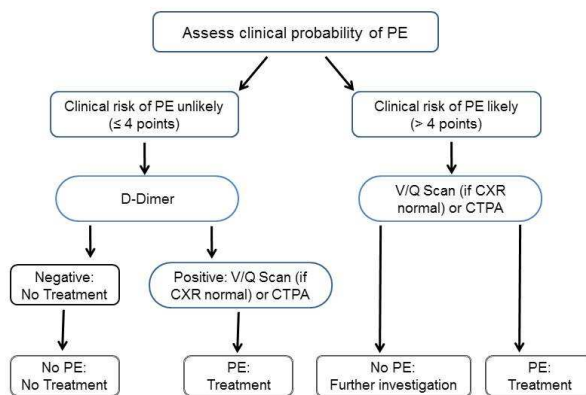
2. پروپرانولول (Propranolol): دا درمل د سیسټولیک فشار په حاده بڼه راتیټوی لومړي په حاده بڼه بنسټی فشار لوړ کاندې دا په د وروسته د څه مودې څخه د Rebound په څیر زیاتوالي موي او د وریدي IV -1-3mg پروپرانولول څخه د مخه تر Nipride درملو ورکولوگه اخیستل کېږي . دا درمل ډیرگټه وردي او د دي ناروغۍ په لړ کې دي ورته بشپړه پاملرنه واورول شي .
3. Morphine: دا درمل هم د ورید له لارې 1-3mg پورې یوځل د اړتیا له مخي ورکول کېږي .

- D. د سرې آمبولې: هغه حالت چې د سرې انساجونه د وینې بهیر له منځه ولاړ شي او د یوې آمبولې پذیرعه د سرې (لوب ، لویبول) شریانی وینه رسېدنه وځنډېږي . چې پکې به لاندې نښې نښانې شتون ولري :



- د تنفس لنډوالي (Breathlessness) .
- د صدری دردونه چې شدیدې بڼه (Chest Pain) .
- ټوخی او هیموپتاژی (Cough/Haemoptysis) .
- هایپوټنشن (Hypotension) چې قلبی دهانه راتیټوی .
- ټاکی کارډیا (Tachycardia) .
- ټاکیپنیا (Tachypnoea) چې معمولاً تنفسی سرعت به پکې له (20/min) څخه لږه کچه ولري .
- پلورائی رب (Pleural Rub) .
- د نښی بطن هیف (Heave) یا (S2) دویم غږ د زړه .
- هایپوکسیا (Hypoxia) چې د (PaO₂) به د (10.7 kPa) وی او بنسټی ټیټه کچه ولري .

Investigatory and Diagnostic Alogrithm for PE



1. لومړي او اساسي کتنې پرن کېدنې PTT/PT دي وټاکل شي .
 2. د ورید له لارې د Heparin د 10000 Units یونټه آمپول څخه او یا 10- 100unit/kg/hour ورید له لارې دې تطبیق او تنظیم کېږي هر 3-4hour دې د پروټرومبین ټایم (PT) ټاکل کېږي او هیپارین دې داسې عیار شي چې په حدود د دوه برابره د نورمال حالت وي.
 3. که چېرې اتی کولانتونه مضاد استطباب وي نو intra caval filter پکارول کېږي همدارنگه فلټرونه په هغه ناروغانو کې چې په Recurrent توګه آمبولې منځ ته راوړي سره لږې چې اتی کولانت ورته ورکول کېږي .
 - E. پنوموتورکس که چېرې هوا د پلورا په جوف کې راټوله شي او د Tub thoracostomy ورته تر سره کېږي ترڅو هوا بهرته راوځي او سږې په نورمال او ښه توګه دنده تر سره کړي.
 - F. Pricardiostomy پرېکار د ایټس د زړه تمپوناد لپاره دي وڅارل او موتیور کول شي همدارنگه Indomethacine او یا نوري (NSAID) درمل ښائی د درد له منځه وړلو په موخه پکار یوړل شي .
 - G. Gastritis/esophagitis د دي ناروغۍ د شته والی په صورت کې .
 1. Antiacids لکه (مګنیزیم هایدرواکساید، المونیم هایدرواکساید) محلولونه .
 2. H₂ – Receptor blocker : لکه [Cimitidin او یا Famotidin او Ranitidine] درمل.
 3. Proton pumping inhibitors لکه Omeprazol او Lansoprazol او یا Ismiprazol Rebaprazol Pantperzol درمل ناروغ د اړتیا له مخې ورکول کېږي .
 - H. د پښتو – غضروفی التهاب (Costochondritis) د دي ناروغۍ په صورت کې کېدای شي د NASID مستحضراتو او درملو لکه Mefenamic acid, Naproxen ، Diclofenac ، Ibuprofen لکه
- ناروغ ته ورکول کېږي او ورڅخه کار اخستل کېږي .

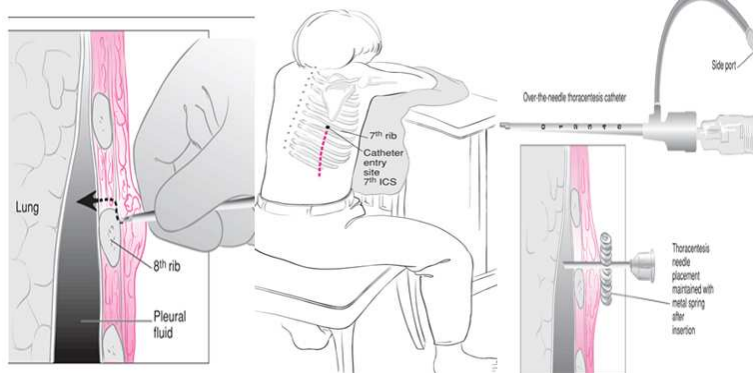
اوم خپرکې

د صدري ټيوب ستونزې:

Chest Tub Problems

تعريف:

د صدري ټيوب اېنسودل داسې يوه کړنلاره ده چې د صدري جوف څخه د (مايعاتو ، وينې او هوا) تخليبي په موخه ټيوب د صدر جوف دننه اېنسودل کېږي کله چې دا ټيوب کومه ستونزه پيدا کړي د ستونزې د حل لپاره يولړ کړنې تر سره کېږي .
که چېرې يو ناروغ ته چې د شپږه کالو عمر لري او د بنفسي پنوموتورکس له کبله صدري ټيوب کېښودل شوې وي او هغه ښه او سمه دنده تر سره نکړي نو لاندې پوښتنې به مطرح شي :

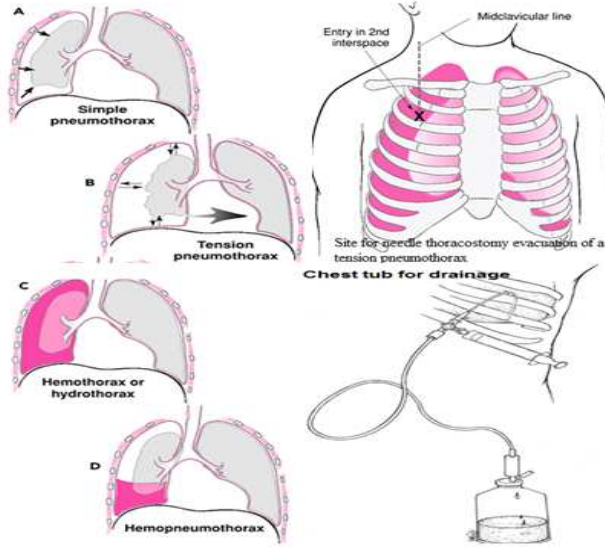


A- د ناروغ حياتي علايم څرنگه دي؟ ټاكي کارډيا ، ټاكي پنيا ، هاپوټيشن په د بنفسي پنوموتورکس ښوونه وکړي .

B- اصلي ستونزه څه ده ؟ د دريښاډ په کيفيت او کميته به توپير منځ ته راغلي وي همدارنگه کېدای شي چې د پانسماڼ په برخه کې د ټيوب چاپيريال څخه هوا او مايع دريښاډ منځ ته راغلي وي او لاهم دوام ولري او يا هم د تحت الجلدي آمفزيما به لاسي زياتوالي ومومي ناروغ به ډير نارامه او شکايت به يې ډيروالي ومومي چې دا به د ټيوب په بندېدنه دلالت کوي .

C- کله او ولې ټيوب کېښودنې نېټه دي وليدل شي او ستونزه ښائې هماغه مهال چې ټيوب کېښودل شوې او د عمليات په ښوونه کې ورته پيدا وي دا ټيوب ښائې د (هوا ، ايفوزن ، آمپيم ، وينې) شته له کبله په پلورا کې کېښودل شوې چې د هر يوه علت لپاره موده توپير لري .

D- کله ورته د آزماينې وروستې صدري X-ray راډيوگرافي اخيستل شوې ؟ سمدلاسه دې د صدري راډيوگرافي د پلټنې په موخه واخيستل شي تر څو د ټيوب موقعيت او حالت د پلورا په منځ کې د ناروغۍ د علت شته والی په هکله معلومات راکړي .



توییری پېژندنه :

A-د دریناژد سیستم غلطی :

1. بښائی چې ددریناژ د مايع ظرف یا بوتل ډک شوې وي .
 2. بښائی چې ټیوب مات او بند شوې وي .
 3. د Suction جدار بښائی چې مناسب نه وي او د ټیوب د دریناژ لپاره ایستلی سوري لږ وي او بندښت ولري .
 4. بښائی چې د صدری ټیوب قطر کوچنی وي او په مناسب توگه دریناژ ونکړي په مشومانو کې (14-16) قطر او یو کاهل کې د (20-cm) په اندازه قطر درلودونکي ټیوب پکارول کېږی.
 5. همدارنگه کېدای شي د منفي سیستم د منخ ته راوړلو لپاره د هوایي تخلیې لاره بنده وي.
- B- په دوامداره توگه هوایي لیکاز:

دا حالت کولای شي چې د ټیوب له لارې د هوا تخلیه کېدنه په بوتل یا ظرف کې و آزمویو او په اوبو کې بښائی چې د ساکنولو پر مهال هوایي پوکاني (حبابونه) منخ ته راشي نو د دي لپاره دي لاندې ټکي ته نظر وشي.

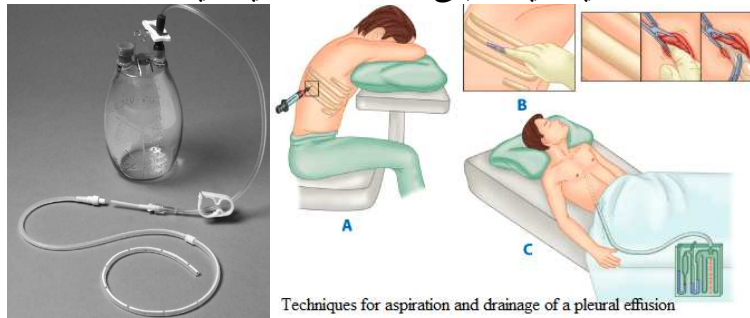
1. ټیوب دي چک او وڅارل شي بښائی چې ټیوب په کومه برخه کې سوري او خراب شوې وي او یا هم میکانیکي ستونزه لکه د ټیوب نښسته او تړاو له منخه تللي وي.
2. هغه سوري چې په ټیوب کې ایستل شوې دي او په پلورا کې د هغه له لارې تخلیه صورت مومي بښائی هغه سوري د پلورا څخه بهر ته وي او د پلورا څخه راوتنه ولري او دریناژ سیستم سره تړاو ونلري د هغه له لارې هوا راووځي.

3. د سپړو د نسج او پارانشيم ترضیض او جرحه چې په معند او دوامداره توګه Branchoplural fistula) د قصباتو پلورائي فيستول له لارې هوا ليکاژ وکړي بنائى چې د ترضیضاتو وروسته د سپړو جرحي شته وي او يا هم د ټيوب کينودني جراحی عمل پواسطه سپړي د ډاکټر پواسطه مجروح شوې وي او د نسج د تخريب له لارې هوا په دوامداره توګه تخلیه شي.

توپيري پېژندنه:

A- د دريناژ دسيسټم غلطې:

- i. بنائى چې د دريناژ دمايع ظرف يا بوتل ډک شوې وي.
- ii. بنائى چې ټيوب مات او بند شوې وي.
- iii. د سکشن جدار بنائى چې مناسب نه وي او د ټيوب د دريناژ لپاره ایستلي سوري لږ وي او او د علقې يا قیچ پذیرعه بندست ولري.
- iv. بنائى چې د ټيوب قطر کوچني وي او په مناسبه توګه دريناژ ونکړي.
- v. په يو کاهل کېنې د 20^{ch} په اندازه قطر درلودونکي ټيوب پکارول کېږي.
- vi. همدارنگه کېدای شي دمنفي سسيسټم منځ ته نه راتلو لپاره دهوائى تخليبي لاره بنده وي.



Techniques for aspiration and drainage of a pleural effusion

B- په دوامداره توګه دمايع دريناژ د ټيوب له شاوخوا څخه:

په ناروغانو کې هلته چې ټيوب د انصباب دريناژ لپاره کېنودل شوی او پريمانه کچه دريناژ ولری او د ساده دريناژ او پانسماں پذیرعه درملنه شی.

- بايد باورى شئ چې د ټيوب آخرنۍ سوري يې په صدر کې موقعيت ولری.

- همدا رنگه که چېرې د ټيوب چارپير برخه ډېره شخه او مضبوطه کيدل شوی بنائى چې د پوستکى او تحالجلد برخې انساج يې پرې کړی او يا يې خیرلی وی.

C- د کيفيت له پلوه د دريناژ بدلون درلودونکي حالت:

کله چې د صدر دننه پلورا کېنې ټيوب کېنودل شي بنائى دريناژ کېنې وينه شته والې ولری.

i. د بين الضلعي رگونو ترضیض او ژوبلېدنه: په عمومي توګه ددې لامل څخه مخنيوي کېږي ځکه چې د پورتنې په پورتنې څنډه کېنې اچول کېږي او هلته درگونو تخريب امکان نشته خو بيا هم کله ناکله

- کېدای شي چې جراح ډېره تجربه ونلري او يا په کړنلاره تر سره کولو کېنې ډېره پاملرنه ونکړي او رگونه ژوبل کړي او وينه بهېدنه منځ ته راشي.
- ii. وينه درلودونکي انصباب : د تنفسي سيستم اوسدر خيښو ناروغيو په صورت کېنې به وينه درلودونکي مايع د انصباب شته والي ولري.
- iii. دريوې شريان ژوبلېدنه : دا يو نادر ډول پېښېدنه ده.
- iv. له ترضيضاتو وروسته : اکثراً له ترضيضاتو وروسته د پڼوموتورکس حالت سره وينه بهېدنه په بيلابيلو درجو سره شته والي درلودلای شي.
- D- د دريناژ د کيټ بدلون : په لاندې حالاتو کې کمښت منځ ته راتلای شي.
- i. ښائې ټيوب په لومن کېنې دوينې پرېن کېدنې علقي کله راغلي وي او هغه يې بنده کړي وي.
- ii. ښائې ټيوب د تاويدنې يا ماتېدنې (قات خوورلو Kinked) له کبله بند شوې وي.
- iii. ښائې چې په صدر کېنې دننه د دريناژ لپاره نورڅه شته والي ونلري.
- iv. سړي ښائې چې د جداري پلورا سره التصاق موندلای وي او گڼ شمېر جوفونه يې جوړ کړي وي.
- E- د پوسټي آفزيما :
- i. ښائې چې ټيوب د پلورا جوف څخه بهر ته راوتلای وي او يا هم سوري يې د پوسټي لاندې برخې او پلورا صدري جدار ترمنځ وي.
- ii. ښائې چې ټيوب غير مناسب ترپوسټي لاندې تېروي او پلورا سره لاره ولري.
- iii. که چېرې صدري ټيوب د هوا ليکاژ ولري نو د بل ټيوب کېنودنې ته اړتيا لري.
- iv. د تنشن پڼوموتورکس حالت شته والي.
- F- د ټيوب له کبله نارامتيا :
- کله چې ټيوب په صدر کې کېنېدول شي نو تل به د پلورائې درد سره مل وي په تېره بيا د دننه شوې څوکې په برخه کې چې راز درد بايد هر ورو له صدري خناق او نورو پېښو څخه توپير کړل شي هغه دردونه چې ناڅاپه پيل مومي بايد وپلېل شي .
- کلېنيکي کتنه
- A- فزيکي کتنې :
- 1- حياتي علايم : ټاکي پنيا ښائې د پڼوموتورکس ښکارندويي وي چې تنفسي سيستم ئې اخته کړلای وي تينشن پڼوموتورکس ښائې چې دوينې فشار راټيټ کړي.
- 2- غاړه Neck: د شرن بې ځايه کېدنه ښائې چې پڼوموتورکس څرگند کړي.
- 3- سړي Lungs: د سړو داوازونو تناظر ته دي پام وکړل شي هاپيريزونانس به د پڼوموتورکس ښکارندويي وي او انصباب يا دمايع شتون او اصميت (Dullness) به هيموتورکس څرگند کړي.

4- د صدر جدار: د صدر جدار که وکله شي بڼایي چې Crepitation او آمفیزما د جس وړوي همدارنگه د ټیوب د تېرولو برخه دې وکله شي ترڅو د ټیوب د بې ځایه کېدنې، مکرروب یا اتان او یا د پوستکي وینه بهېدنه شتوالي لري اوکه.

B- لابرېټوري کتنه:

i. د شریانونو د وینې د گازاتو ټاکنه دې وشي او د ډیسپنیا په ناروغانو کېنې استنباب لري.
ii. د وینې د پرن کېدنې څیړنه: PT/PTT او پلاټینونه دې وټاکل شي چې په شدید وینه بهېدنه کېنې د علت ټاکنې لپاره ترسره کېږي.

C- درېدولیزې کتنې:

- د صدر رادیوگرافي: دلته د صدر رادیوگرافي اخیستل ډیر مهم گڼل کېږي او د ټیوب موقیعت او د پایلي سوري موقیعت دې وکله شي او همدارنگه د انصباب شته والی او پنیوموتورکس دې وارزول شي.

د درملنې پلان:

درملنه د لاملونو د ارزوونې له مخې تر سره کېږي او بڼایي د صدری ټیوب یا تطبیق لپاره ورته اړتیا پریوزی د صدری دریناژ کړنه په تېرو تصویرونو کېنې په څرگند ډول لیدلای شي:

A- د هوا لیکاز درملنه:

1. باید ښه باوري شو چې د ټیوب وروستی سوري د پلورا جوف دننه دي او په X-ray کېنې دې نثیت کړل شي که چېرې هوا په چټکي سره د ټیوب له چاپیریال څخه بهر ته راووزي دابه د دې څرگندویه وي چې د ټیوب وروستی سوري به د صدر څخه بهر ته موقیعت ولري. پدې صورت کېنې ټیوب دې په نوي ځای کېنې تیر او دننه نثیت کړل شي د ټیوب دننه کول به د آمپم د خطر سره مل او مخامخ وي.

2. د ټیوب اوسیستم ترمنځ د اړیکي ستونزه دي وڅېړل شي او توپیر دې وشي دیوه کلمپ پواسطه دې د صدری نهایت ترڅنګه ټیوب بند او وتړل شي که چېرې هوا په دوامداره توګه لیکاز وکړي دا چې د دریناژ سیستم ستونزه وي او د ناروغ اوتیوب ستونزه به نه وي.

B- د ټیوب له چاپیریال څخه لیکاز یا دریناژ:

په هغه ناروغانو کېنې چې ټیوب د انصباب لپاره کېنودل شوي وي معمولاً د پانسما بدلولو ایا یا فشاري پانسما بدلولو پواسطه تر درملنې لاندې راوستل کېږي باید باوري شو چې د ټیوب سوري د پلورا جوف کېنې دننه دي که چېرې په ټینګه اوفشار سره د ټیوب چاپیریال پوستکي وگڼول شي بڼایي چې د تحت الجلدی برخې جلاکېدنه منځ ته راشي او هوا یا مایع به ورڅخه لیکاز او یا دریناژ وکړي.

C- د دریناژ په کیفیت کېنې بدلون:

1- سمدلاسه به دریناژ مایع کېنې د وینې رانګ وروسته د ټیوب د تطبیق څخه به دبین الضلعي برخې درکونو ژوبلیدنه څرګنده کړي او یا هم کېدای شي چې د سړې نسج ژوبل شوې وي

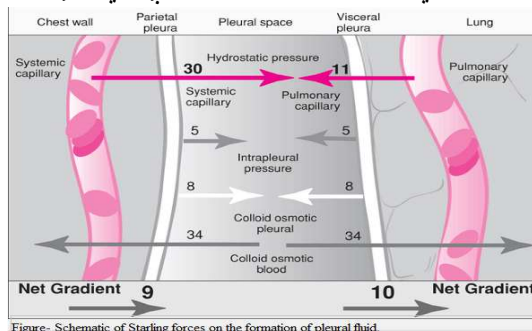
- او همدارنگه لږه اندازه وينه بهېدنه به د تحت الترقوي وريدي رګ کښې دکټېر ټېرېدنې وروسته هم منځ ته راځي چې ډېر ژر به وينه بهېدنه ودرېږي.
- 2- د ښځې الضلعي رګونو ژوليدنې وينه بهېدنه هم په چټکي سره پخپله ودرېږي خوکه چېرې زياته وي او ونه درېږي پدې صورت کښې به د جراحي عمليات ترسره شي او وينه بهېدنه دې ودرول شي او شرياني رګ دې ليکاتور يا وتول شي.
- 3- د پخواني وينې شتون به چې سوررنگ Straw-colored درلودونکي دي لږ منځ ته راځي او د تشوېش وړنډي.

يو انصباډ به هغه مهال تقحي (exudative) وي چې لاندې ځانګړتياوې (criteria) غوره کړي:

- د مایع پروټين / سيروم پروټين له ($0.5 > \text{Fluid Protein/Serum Protein}$) څخه ډېر وي .
 - د پلورائي مایع ال ډي ايچ / سيروم ال ډي ايچ د ($0.6 > \text{Pleural Fluid LDH/Serum LDH}$) کچې څخه پورته نشيت شي .
 - د پلورا مایع ال ډي ايچ LDH د نورمال څخه (1.67 times) برابره ډېر او لوړ نشيت شي .
- D- د دريناژ په کميټ کښې بدلون: په ناڅاپه اوسمدستي توګه د دريناژ مایع په کميټ کښې زياتوالي به نادره خبره وي او هله زياتوالي ومومي چې وينه بهېدنه منځ ته راشي او د رګونو د ژوليدنې پورې تړاو لري او د صدي راديوګرافي اخيستلو پواسطه د پېژندنې وړوي .
- آيا نوي انصباډي مایع په هماغه طرف کښې منځ ته راغلي؟ په ناڅاپه توګه د دريناژ د مایع کميټ کښې لږوالي به ددې ښکارندوي چې ټيوب بايد نوي ټيوب دي کينسودل شي اوبعضا دويم نوي ټيوب کينسودني ته په بلې برخه کښې اړتيا پرېوزي.

هغه ميکانيزم چې پکې د مایع موازنه يا انډول ويجاړېږي په لاندې توګه شميرل شي:

- 1) د هايډروسټاتيک (Hydrostatic) فشار لوړ والي.
- 2) د پلورا دننه (Intrapleural) منفي فشار لوړ والي.
- 3) د کيلري د نفوذیه قابليت (Capillary Permeability) زياتوالي.
- 4) د پلازما آنکوتيک (Plasma Oncotic) فشار لږوالي.
- 5) د لمفاوی دريناژ (Lymphatic Drainage) لږېدنه يا ودرېدنه.



د ترانزودیت (Transudative Effusions) مایع انصباب لپاره لاندې لاملونه ډېر غوره بلل

شوېدی :

1. Congestive Heart Failure
2. Cirrhosis
3. Nephrotic Syndrome
4. Hypoalbuminemic Conditions
5. Fluid Retention/Overload
6. Pulmonary Embolism
7. Lobar Collapse
8. Meigs' Syndrome

E- ترپوسټکي لاندې آمفزیما: پنوموتورکس به معمولاً دتحت الجلدی آمفزیما سره مل وي چې هوا به ترپوسټکي لاندې طبقاتو کېښې تیره شي او کېدای شي چې ډیره لږه اندازه هوا د ټیوب کېښودني پرمهال له ټیوب څخې نږدې برخو ته تیره شي او دغه حالت بنائې منع ته راشي اودا نوي آمفزیما به لنډ مهاله وي اوژر له منځه ځي اوکه دوام ومومي اکثراً به دا څرګند کړي چې وروستي سوري د ټیوب به دتحت الجلد په برخه کېښې موقیعت لري او یا به سوري دصدر څخه بهر ته وي اوددي څرګندوي دي چې ټیوب په ښه اوسمه توګه دنده ترسره کوي او یا بد ټیوب له سره تیز او تطبیق کړل شي او همدارنګه که چېرې آمفزیما ډیره وي دپوسټکي لپاسه څوځایه څیریدنه ترسره شي او یا دي دغټ قطر درلودونکي سټني پواسطه هوا تخلیه شي اوکه هوا ډیره لیکاز څرګندوي نونوي ټیوب دي کېښودل شي.

F- دناروع نارامي او زوربدنه: تل به دټیوب کېښودني وروسته درد شته والې ولری په ځانګړي توګه به دردونه دټیوب کېښودني په ځای کېښې منع ته راشي دغه راز دردونه دي دصدري دردونو څخه توپیر کړل شي اودنورو ایټولوژي ګانو سره دي توپیر ترسره شي. همدارنګه که چېرې په ناڅاپه توګه درد منع ته راشي باید وڅېړل شي اودټیوب دواړه نهایتونه دي وپایل شي اودپنوموتورکس شتوالي دي ولټول شي غیرسټروئیدی ضد التهابی درمل (NSAID) دي ددرد له منځه وړلو په موخه ورکړل شي لکه: [بروفین Ibumprofen، نیپروکسین Naproxan، اندومیتاسین Indomethacine، ډایکلوفیناک Diclofinac I] دي پکار یوړل شي اوکله ناکله د نیموسالید دنارکوټیک درملو مشتقاتو څخه هم کار اخیستل کېږي.

اتم خپرکي د عصبي حالت بدلون

ستونزه :

که چېرې ناسويو بنځينه ناروغ ته چې 44 عمر ولري او ورته بشپړه جذري ډول د تيونو غوڅول (Mastectomy) دوه ورځي دمخه ترسره شوې وي او عصبي حالت يې ښه نه وي راوغوښتل شئ نولاندې پوښتنې دي وپوښتل شي.

1. حياتي علايم څه ډول دي ؟ که چېرې شاک دهر ډول علت له کبله وي د دماغ پرفيوزن ته لږوالي وربخښي او په روحي اورواني حالت باندې اغيزه پرياسي که چېرې د ساکنيلو (تنفس) په چلند کې بدلون منځ ته راشي نو د دماغ فشار په لوړوالي ومومي. لومړني کړاره کېدنه به دچټک ساکنيلو سرعت پسې منځ ته راشي.
2. آيا ناروغ بشپړ ډول وينې دي ؟ پدې لړ کېنې دي دکورس موده دعصبي حالت بدلون لپاره فکر وکړل شي او که چېرې ناروغ داوردې مودي لپاره ويده پروت وي دابه په عصبي حالت باندې اغيزه ولري.
3. کوم ډول درمل ناروغ ته ورکول کېږي ؟ په ځانگړې توگه د خوب راوړونکي درمل (Sedative) درملو په هکله معلومات ترلاسه شي اوهغه اندازه نارکوتیک چې دردونه کټول کړي بايد ورته پاملرنه وشي . اوهغه اندازه درمل چې ناروغ ته ورکړل شوېدي بايد وټاکل شي.
4. آيا ناروغ د شکرې ناروغۍ لري او که ؟ هاپيوگلايسيميا يا هاپيروگلايسيميا دواړه کولاي شي چې د ناروغ په رواني - عصبي حالت باندې اغيزه کوي.
5. آيا کوم ډول وريدي مایع ناروغ ته ورکړل شوې ؟ دانسانۍ چې دميټابوليک لسوري علتونو ته لارښودنه وکړي او د کوما لوري ته به لاره څرگنده کړي اومايعاتو ترکيب څه دي ؟
6. آيا د تراوما کومه پيښه شته والې لري او که ؟ آيا ناروغ له بستر څخه بهر ته لاندې غورځيدلي او که ؟ ترضيضونه او ژوبلېدنې کېدای شي د رواني - عصبي ناروغيو لامل وگرځي.

توپيري پېژندنه :

1. د کوپري د ډيوراطبقي لاندې هيماتوما : تريولو معمول ډول (Sub dural Hematoma) لامل دي چې د داخل الدماغې گلې په څيرعمل کوي اود قحفي ترضيضاتو په لړ کېنې منځ ته راځي.
2. داېي ډورال هيماتوما : دابه معمولاً دکوپري دهوروکو دکسر سره مل وي اود منځنۍ مننجيال (Medial meningeal) شريان شلېدنه به شته والې ولري.
3. کانکشن Concussion : دا د عصبي سيستم وظيفوي دنده نه ترسره کولو هغه ډول تېرېدونکي پړاو دی چې په 24 ساعته کېنې ماغزه بيرته خپل سمون ترلاسه کوي.

4) کاتوژن Contusion: د دې حالت سره تل د عصبي تقیصه معمولاً شته والې لری چې له ترضیض څخه وروسته د 24 ساعتو څخه ډیره موده دوام مومي چې دوینه بهېدنې لامل د ماغزو په دننه کېنې کېږي اود CT-Scan پواسطه د پېژندنې وړوي.

I. میټابولیک لاملونه:

1) بهرني Exogenous: الکول کله چې پرېنودل شي Delerium حالت منځ ته راوړي او همدارنگه د یولې درملو د سمدلاسه پرېنودې سره هم د عصبي مزاج بدلون منځ ته راتلای شي له عملیاتو څخه وروسته د ځینې انسټیټیک مواد او مسمومیتونو له کبله هم عصبي مزاج بدلون منځ ته راځي.

2) دننه Endogenous:

a- اندوکراین: یولې د اندوکراین لاملونه پدې هکله د یادولو وړ دي.

- پانکراس: انسولین، هایپوګلاسیمیا، هایپرګلاسیمیا.

- Pituitary: هایپریټریزم او هایپوټریزم

- ټایرایډ: هایپوټایرایډزم او هایپرتایرایډزم

- ادرینال: هایپرادرینالیزم او هایپوادرینالیزم

- پاراټایرایډ: هایپراپاراتایرایډزم او هایپوپاراتایرایډزم

b- اوبه او الکترولایټونه:

- سوډیم: هایپوناتریما او هایپرناتریما نښانې د کاتیون لامل شي.

- پوتاسیوم: هایپوکالیمیا او هایپرکالیمیا

- مگنیزیم: هایپومگنیزیم او هایپریمگنیزیم.

- اسیدوزس: په ځانګړې توګه تنفسي اسیدوز، اومیټابولیک اسیدوزس.

- الکولوزس.

- د اوزمولارېتي تشوش، لکه هایپراوزمولار کوما.

- د اوبو مسمومیت (Water intoxication).

C- د غړو نه بریالیتوب (عدم کفایه): د پښورګو، ینې (ځیګر)، سږو اوزره عدم کفایه (هایپوکسیا، هایپرکاریا، دشحمي آمبولیزم سندروم (داورډوهډوکو دکسر اړوند).

II. اتانونه یا مکروبونه:

- د عصبي مرکزي سیستم مکروبي ناروغی لکه مننجیټ، انسفالیت، د عصبي (ماغزو) اېسي کاني اونور حالتونه.

- سیسټیک سپیس (سیټیسیما).

III. ټومورونه:

- د مرکزي عصبي سیستم لومړني او یا میټاسټایټیک ټومورونه.

- پارانیویلاستیک سندروم
- IV. رواني - روحي لاملونه:
 - درواني کوما چې پکښې عصبي اولابراتواري آزموينې ټولې په کامله توگه نورمالي وي.
 - انحطاط (Depression) کولاي شي چې دسپين بېرو اوډير عمر درلودونکو ناروغانو کښې د Demintia لامل وگرځي .
 - د ICU يا جدي څارني يونټ
 - Post cardiomy delirium ځينې وختونه ليدل کېږي .
- V. بېلابېل حالتونه:
 - اختلاجونه په شمول د Post Ictal Status حالتونو.
 - د عصبي رگونو ناروغۍ. لکه: احتشاء، عصبي رگونو وينه بهېدنه (CVA).
 - د شريان او ورید سؤشکل، هايپرتنسيف انسفالوپټي.
 - Syncope.
 - د زړه ددهاني لږوالي يا شاک
 - نورې د CNS ناروغۍ لکه: مزمنې ناروغۍ، Alzheimer's Disease د نورمال فشار هایدروسفالوس، Wernickes Encephalopathy، (د تيامين Thiamin فقدان) داتساني ناروغيو له کبله انسفالوپټي .
 - اونوري ناروغۍ:
 - کلينیکي کتنه
 - A- فزيکي کتنه:
 - i. حياتي علايم: هايپرتنشن، هايپوټنشن، ټاکي کارډيا، برادې کارډيا اودتنسي چټکيا اندازه وټاکل شي اوشائي دناروغۍ په پېژندنه کېښې رول ولري.
 - ii. HEENT: حليموی اذیما (Papilledema) چې (دکلاتو اويا هايپرتنسيف انسفالوپټي له کبله دماغی فشار زیاتوالي منځ ته راځي) دغه حالت پېښو کي سحایا علايم لکه Nuchal rigidity (Meningitis)، په حدقي غبرگون کېښې (Pine Point) حدقه په نارکوټیک درملو کېښې، بوي لوري ته حدقه متوسع او ثابت داد Unkle Herniation بنکارندوي دي او توسع او ثابتوالي به د انوکسيا (Anoxia) څرگندوي وي او همدارنگه دمنضي اوفنگسي پېشيا (Petitia) به دشحمي آمبوليزم سره مل وي، دميوې بوي تنفس به په کيتواسيډوزس کېښې او Bruits بنائي د Strock بنکارندوي وي.
 - iii. پوستکي: ژيري، Spider Angioma اود ورغوي سوروالي به دينې (ځيگر) په ناروغيو کېښې شته والې ولري.

iv. عصبي کښې : ددې کښې بشپړولو لپاره دې Glasgow Coma Scale پکار یوړل شي ، پخپل سر حرکونه اود درد په وړاندې غبرگون دې وپلټل شي .
B- دلابراتوار کښې :

- 1- CBC اود پلاټلیټ اندازه ټاکنه به وینه لري اوتانات وارزوي .
- 2- دویني ټولي کیمیاوي آزموینې دې ترسره شي چې پدې کښې به الکترولایټ دې په چټکه توګه وټاکل شي اوس Finger Stick کلوکومتر په ټولو بونیټونو کښې شته والې لری .
- 3- دشریاني وینې دګازاتو دسویي ټاکنه : د دې پواسطه کېدای شي چې دمیتابولیک اوتنفسي علتونو اړوند معلومات راټول شي.
- 4- دویني دامونیا سویه دې وټاکل شي اودهغه له مخې کولای شو چې دځيګر (کبد) ناروغیو اړوند معلومات ترلاسه کړو.
- 5- میتازي اودویني دسیروم دسمومیت ټاکنه : کله چې اړتیا وي داآزمونه دې ترسره شي .
- 6- کلچر : که چېرې د Sepsis حالت شته والې ولری نود وینې اوځایي زویو (تج) کلچر دې د مکروبونو د ډول پیژندنې اود مکروبو حساسیت د درملو په وړاندې داتي بیوګرام له لارې ترسره کړل شي .

راډیولوژیک اوتوري کښې :

- 1- دصدر راډیوګرافي دادي هرورودسرو اتاناتو په ناروغیو کښې ترسره شي .
- دکوپري CT-Scanning : که چېرې دکوما لپاره دمرکزي عصبي سیسټم علتونو ته پام واپول شي په ځانګړي توګه په موضعي علايم اود حليمې اذینا (Papiledema) .
- قطني بډل Lumbar Puncture : قطني بډل دې ترسره شي او نخاعي دماغي مایع حجري او پروټین دې وټاکل شي .
- الکروکارډیوګرافي : دزړه ګراف به د مایوکارډیال احتشاً (MI) یا اذینې فبریشن ، اودزړه عضلي ترومبوسمبولي (Mural thrombi with emboli) .
- 2- الکروانسفالوګرام : د دې کښې پواسطه کېدای شي چې دعصبي سیسټم یولړ ناروغی وپیژندل شي اودرملنه یې وشي .

ددرملنې پلان :

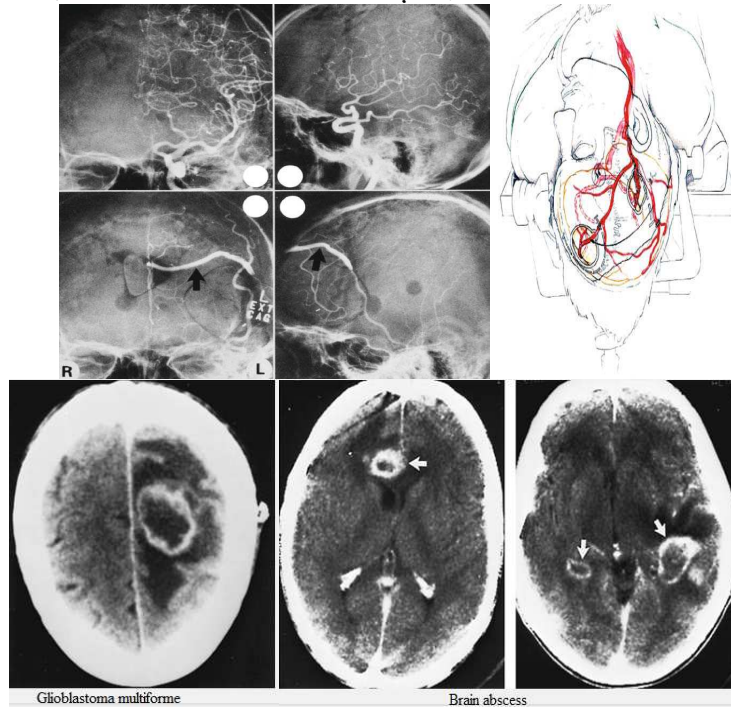
- A- دمیتابولیک لاملونو درملنه : دهغه توپرونو اونقیصو درملنه دې وشي چې په لابراتواري کښې موندل کېږی لکه که چېرې هاپیوګلايسيميا شته والې ولری یو امپول (50% Dextrose) محلول دې سمدلاسه دورید له لارې ناروغ ته ورکړل شي .
- B- بهرني لاملونه : که چېرې دنارکوټیک موادو له کبله بدلون شته والې ولری نوددې حالت لپاره دې د Naloxne درملو څخه کارواخیستل شي چې ډوز ئې (0.4-0.8mg) ملي ګرام دورید له لارې تطبیق کېږی او تکراري ډوز درملو کولای شو چې 4-5Amp پدغه حالت کښې ورکول کېدای شي .

C- ټومور ونه : که چېرې د مرکزي عصبي سیستم لومړني اویا میاساتیک ټومور ونه شته والې ولری د پېرني حالت نه شته والې کېسې بنسائی (Radiotherapy) رادیوتراپی ته اړتیا وي همدارنگه دکورتیکو سټروئید لکه دکسامیتازون (Dexamethzone) څخه (0.1-0.2mg/kg) کولای شو دورید له لارې ناروغ ته ورکړو.

D- مکروبوڼه یا اتانات : اتانات کولای شو چې په ښه توګه د هغوي د ډول پیژندنې اواتي بیوګرام له مخي تردرملني لاندې ونیسو.

E- د زړه سنکوپ اود زړه لږه دهانه : د زړه د ستونزو ځانګړي پیژندنې له مخي ئې درملنه ترسره کېږی.

F- رګونه : د دماغي وینه بهېدنې لاملونه لکه دنورو په څیر تردرملني لاندې نیول کېږی اودماغي اذیما رابنګه کېږی همدارنگه دعصبي جراحي متخصص سره دي مشوره وشي. اتویشن او هایپروټیلیشن اوزموتیک دیوریز (مانیتول پواسطه (1-1.5g/kg/20min) دشل دقیقو په لړ کېسې اوسټروئید دکسامیتازون (10mg/IV) ورکول کېږی چې بنسائی د دماغي فشار په حاد ډول راټیټ کړی.



نهم څپرکي

نه پرني کېدنه (عدم تحشر)

Coagulopathy

ستونزه: یوناروغ چې ورته دجراحی عملی پواسطه د LeeVeen Shunt کېنودل شوې دي وروسته له عملیات څخه وینه بهېدنه دپریټوان اوغاري Oozing په څیردوریدي رګونوله برخې څخه لري سمدلاسه به لاندې پوښتنې مطرح شي.

1- دناروغ دویني فشار څه ډول دي؟ که چېرې ناروغ هاپیوولیمیا اوشاک ولري نوناروغ به وینه ډیره ضایع کړي وي حجم دویني به دویني د فشار ټاکنې له مخې وارزول شي همدارنگه دمیټازویا دیوریز ټاکنه او مرکزي فشار ټاکنه که امکان ولري ګټه ورکار بلل کېږي مرکزي ورید ته دي کېټر تیر کړل شي دمخه تردې چې لوي ورید ته کېټر تیر شي ښه به داوي چې د تحشري تشوش یا اختلال ناروغی شته والي وڅېړل شي.

2- بهرني وینه بهېدنه به څه اندازه وي؟ په جراحی سرویس کېنې ترټولو غوره ستونزه دناروغونوله ټپ څخه وینه بهېدنه ده چې آنکال ډاکټر تل ورته رابلل کېږي او دا هله وي چې د ناروغ پانسماڼ په سور رنګ ککړه بڼه ولري اود مودې په تېریدو زیاتوالي ومومي.

یوه لاره داده چې پخواني پانسماڼ لیري کول کېږي اوټپ نیغ په نیغه کل کېږي که چېرې فعاله وینه بهېدنه نه شتون ولري نوپه سترګو لیدل کېږي چې له ټپ څخه ډیره اندازه وینه بهرته راوړي او پخواني پانسماڼ هم پرته کېږي ترڅو اندازه ښه وټاکل شي چې په ډیراهمیت ولري اودرملنې په هکله ورته پاملرنه پکار ده.

3- آیا داسې فکتورونه شته والي لری چې وینه بهېدنه دي خپره اوعوموي بڼه ولري؟ لکه چې مخکېنې موذکر کړ که وینه بهېدنه شته والي ولری نوکېدای شي چې DIC یا په خپره بڼه داخل الوعائي تحشري تشوش شته والي ولری په عمومي توګه که د نم وهلو، ننبدلو یا څڅېدل، (Oozing) په څېر وینه بهېدنه وي نوډیر به کېدي ناروغیو لوري ته پام واړول شي، همدارنگه د وینې اختلال اودیولډ درملو خوراک د آسپیرین، غیرستروئیدی ضد التهابی درمل، دویني د علقي ضد درمل په تاریخچه اخیستنه کېنې شته والي ولری د سترګو د Bruising یا شینوالي او پټیشیا (Petchia) څرګندونې په پوستکي کېنې ولیدل شي.

4- آیا وینه بهېدنه به میکانیکي توګه په ټپ هماغوما اوستونزه منځ ته راوړي اوکه؟ دغه راز پوښتنې د غاري په ټپونو کېنې دهماغوما منځ ته رانګ به ښائی دشزن لپاسه فشار راوړي اوهمدارنگه په منصف کېنې به دویني دنه دریناژ له کبله دپریکارډ اوزره تمپوناد دمنځ ته راتلولامل شي په دواړه حالاتو کېنې دي پرته له ځنډه یا مداخله وشي اوژر ترژره دي پېړنې عملیات ترسره او هیماټوم دي تخلیه شي اودرملنه دي ترسره شي.

توپري پيڙندنه :

A. ناڪافي جراحی هيموسٽازس: ٿرٿولو غوره اومعمول ڊول په موضعي وينه بهيدنه کيبي دغه حالت وروسه له عمليات څخه منځ ته راځي چې اکثراً دا ڊول وينه بهيدنه خفيفه بڼه ولري.

B. دپلاٽيٽونو تشوش:

1- ترومبوسا ٿوپيني :

i. په توليد کي کموالي : دابه په لاندي ناروغيو کيبي معمول دي :

- کيموٿراپي او راڊيوٿراپي.

- د هډو کو دماغزو تعويض يا بدلون.

- فيبروزيس.

- نيوپلازمونه.

ii. سکويسٽري کېدنه (Sequestration): دابه دطحال يا توري په ضخامه کيبي وي چې

لاندي لاملونه لري:

- د باب د ورید فرط فشار

- نيوپلازي/ٿومورونه.

- د زيرمه کېدني Storage ناروغي.

iii. ويجاړتيا Destruction: په لاندي ناروغيو کيبي ليدل کېږي :

- Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP).

- Thrombotic Thrombocytopenic Purpura (TTP).

- ددرملو غبرگون لکه دهپارين درملو له کبله دپلاٽيٽونو ويجاړيدنه اونور.

2- دکميت له پلوه دپلاٽيٽونو اختلال :

i. د Vonwillebrand's Disease : دا اوتوزومال ډومينانت ناروغي ده چې پکيبي

دپلاٽيٽونو نښته لږوالي مومي.

ii. دپلاٽيٽونو دآزاديدني نيمگړتياوي : دا د آسپرين، NASID، پواسطه د Cyclo - oxygenase

انزاييم د مداخلې له کبله چې په ميټابوليزم کيبي اختلال منځ ته راځي.

iii. Glanzmann's disease : دا ناروغي هم پلاٽيٽونو ته لږوالي وربخښي.

iv. Bernard Soulier Syndrome : داسندوروم هم دپلاٽيٽونو دکميت اختلال منځ ته راوړي.

C- دتختر نيمگړتيا Coagulation Defect:

1- په مورزادي ډول Congenital:

(a) هيموفيليا (Hemophilia): په ارثي ډول پدي حالت د VIII Factor ، X- Linked نشتوالي

لري اوپينيبي يي 1/100000 نارينه زيږنده کيبي نښت کېږي .

(b) Hemophillia په ارثي ډول پدي حالت کيبي د IX - Factor ، X-Linked نشتوالي لري

چې پينيبي يي 1/100000 نارينه زيږنده کيبي نښت کېږي.

2- کسبي Aquired:

- DIC : په خپره بڼه درگونو کواکولوپټي به په لاندې حالاتو کې پېښېږي لکه :
- سپټیسس (Sepsis).
- ترضیضات (Trauma).
- سوځېدنه (Burns).



- په خپره بڼه خباثت لکه لوکیمیا
- ولادي ستونزې Obstetric Catastrophe
- Lee Veen Shunts تطبیق وروسته چې د پروټینې موادو داخلیدو وروسته په وریډي سیستم کېنې منځ ته راځي.
- Vit Kd فقدان : دا ویتامین د پرن کېدنې د فکټورونو د جوړېدنې لپاره ضروري دي لکه د II ، VIII ، VII ، IX او لسم X فکټورونو .
- د کېدې عدم کفایه : نه یوازې د ویتامین K اړوند فکټورونه نور فکټورونه لکه I ، V ، XI فکټورونه هم په کېد کېنې جوړېږي.

کلینیکي کتنه :

A- فزیکي کتنه :

- a. حیاتي علایم : ټاکی کارډیا ، اورتوسټاتیک هایپوټنشن اونوري نښې د هاپووالیمیا لپاره په ځانگړي توگه د ډیرې وینه بهېدنې لپاره د نظر وړوي.
- b. پوستکي : پټیشیا ، پورپورا ، ساده Bruising یا شینوالي Oozing له وریډي برخې څخه شینوالي دا به ټول د سیسټمیک لوري ته پام وړوي.
- c. ټپ Incision : ټپ دي د هیماټوما اوفعاله وینه بهېدنې لپاره ولټول شي.
- d. کېډه Abdomen : دگېډې په کتنه کېنې دي دتوري (طحال) او کېد ضخامه اولیوالي او حین (Ascites) شته والې ولری لټون وشي.
- e. نهایتونه (لاس - پښې) : هیماآرتروزس Hemoarthrosis بنسټی دهیموفیلیا په ناروغی شته والې ولری .
- f. عصبي کتنه : عصبي اساسي کتنه دي ددماغی وینه بهېدنې پوهیدنې په موخه وکړل شي.

لابراتواري کښې :

- i. Hemogram : دويښې عادي کښه دې د هيماتوکريت ، هيموگلوبين ټاکنې او وينه بهېدنې پرمختيا ټاکنې لپاره ترسره شي.
- ii. د پلاټينو شمېر نه : که چېرې د پلاټينو شمېر نه نشي کولاي چې د پلاټينو سمه دنده ترسره کول ثابته کړي.
- iii. پروټرومبين ټايم او ټرومبو پلاستين ټايم : د PTT په آزموينه کې دتحتري ټول پروټينونه پرته له VII فکتور او XIII فکتور ارزول P په لوړ وي که چېرې د I، II، V، VIII او يا X فکتورونو فقدان موجود وي . همدارنگه VII فکتور لږ Half Life لري او معمولاً د عمومي ستونزو لپاره لامل گڼل کېږي چې د کبد (بڼې) په ناروغۍ کې منځ ته راځي.
- iv. په لوپوس اريتميا توزس ناروغۍ کې په دوران د بهير اتې کوکولانت چې د PTT/ PT لوړوالي لامل گرځي خود وينه بهېدنې Diasthesis لامل نگرځي چې د پاملرني وړ بلل کېږي .
- v. Thrombin Time : د Assays پواسطه د فيبرينوجن سويه ټاکل کېږي او د هپارين اغيزه ليدل کېږي .
- vi. د فيبرين اوفينرينوجن تضاعف توليدونه (FSP) : په DIC کې فيبرينوجن لږوالي مومي او FSP يا د Fibrinogen and Fibrin Split Products لوړوالي مومي.
- vii. Bleeding Time (BT) : که چېرې وټاکل شي دا د پلاټيليت دندي ترسره کولو لوړوالي لپاره گڼه وړ وي ، يوريميا ، دکبد ناروغۍ . داسپرين يا NSAID پواسطه په يوه اونۍ کې په خرابه بڼه اغيزه منځ ته راوړي او BT ته توپير ورکوي.
- viii. محيطي دويښې نمونه : دانمونه به وکړاي شي چې د DIC ، TTP ټاکنې لپاره د حجراتو ټاکنې له مخي گڼه ورثابت شي.
- ix. دويښې گروپ او کراس ميچ : که چېرې اړتيا وي نونمونه دي دويښې بانک ته واستول شي.
- x. Coagulation Factors : دتحتري فکتورونو ټاکنې لپاره دي دوه ټيويه وينه واخيستل شي اودرملنه دي وروسه ترسره او ټيوب څخه لابراتواري هر راز اړينه کښه ترسره شي.

C- راديو لويژيک اونورې کښې :

- صدر راديوگرافي : که چېرې اړتيا وي Chest x-ray اخيستل کېږي .
- Bone Marrow : دا کښه دې د هډوکو دماغزو د پلاټيليت حجرو د توليد ټاکنې په موخه ترسره شي اولابراتوار ته دي نمونه واستول شي.

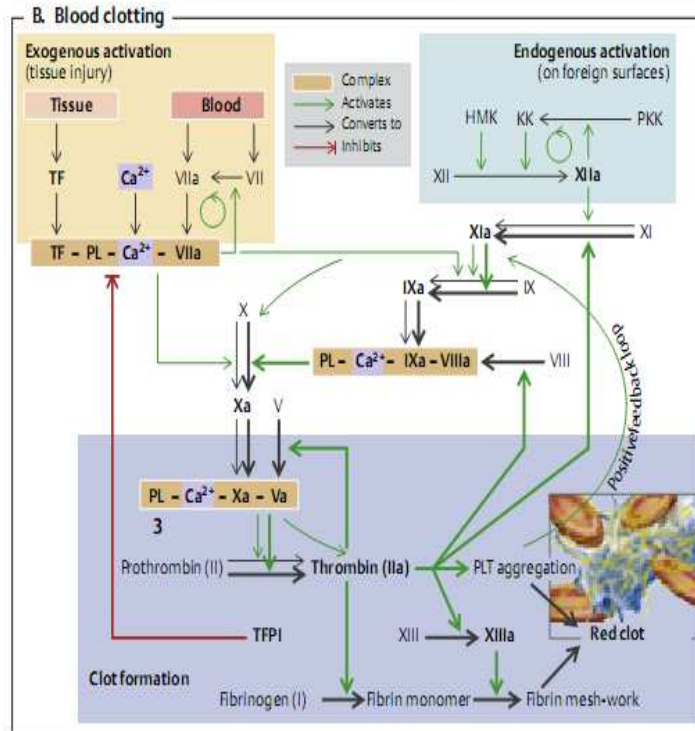
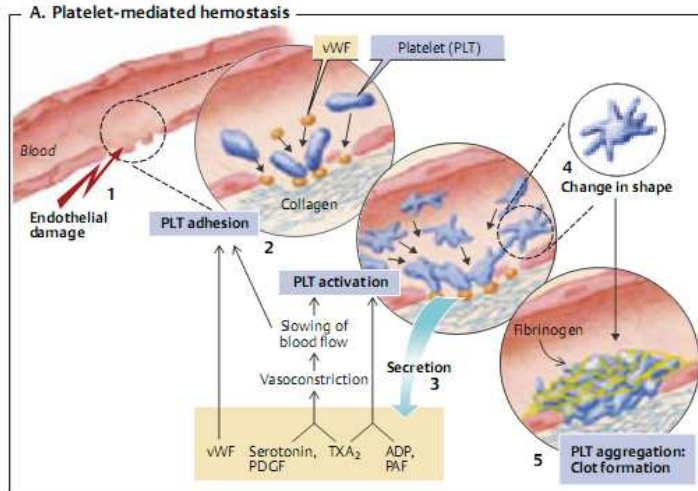
ددرملنې پلان :

- i. د ترومبوسايټيني درملنه : د Random donor پلاټيلينو ترانسفيوژن (5-10Units) په اندازه هر هغه مهال تر سره کېږي چې د پلاټيلينو شمېر نه ټي د 10000 لس زره څخه لږوالي ومومي او همدارنگه په هغه حالت کې خفيفه بڼه ترومبوسايټينيا شته والې ولري او وينه بهېدنه اوهم شته

- والې ولری ورکړي که چېرې هغه ناروغانو کې چې خوځله د پلاټلټ ټرانسفیوژن ورته ترسره شوې وي بنائې بدوي کبې اتې باډي وده ومومي دوي ته دي په بڼه توګه (HLA-Matched single donor) کړنه ترسره شي. د ايمون ستونزه درلودونکي ناروغانو ته دي (Irradiated Platelets) ورکړه شي ترڅو د غبرګونو څخه مخنيوي وکړاي شي.
- ii. د درملو غبرګونونه : که چېرې اړتياوي نو پلاټيلټونو سره يوځاي درمل په توګه د درملو ورکړي څخه دي ډه ډه وکړل شي د دوامداره پنسلين او همدارنګه د تروپوسټيکي لاندې د هپارين دوامداره تطبيق به ترومبوسايټيډيني لامل وګرځي .
- iii. آيديوټيک ترومبوسايټيټيک پورپورا (ITP) : هيڅ راز درملنې ته اړتيا نلري ترهغه مهاله چې د پلاټونو شمېره د لس زرو (< 10000) څخه لږوالي ونه مومي . مزمن ITP د [پريډنيزولون ، Danazol ، Azathioprine ، Cytoxan] پواسطه تر درملنې لاندې نيول کېږي. تر Splenectomy کړنې څخه دمخه پدغه راز ناروغانو کې د پلاټيلټونو عمر به ډير لږ وي.
- iv. د وينې کېدنې موده (Bleeding Time) اونيمګرټياوي به وظيفوي ډول شته والې سره .
- v. Von – Willebrand Disease
- Cryo) Cryoprecipitate Antihemophilc Factor (Cryo) : دا درمليز ګڼو جوړښت (VIII- Factor Von Willebrand's Factor & Fibrinogen) چې په دغه راز ناروغۍ او نورو نيمګرټيا لرونکو ناروغيو کې په ټاکلې اندازې سره ورکول کېږي .
- Synthetic Arginine Vasopresine) DDAVP (Synthetic Arginine Vasopresine) د وازو پرسين انالوګ چې د Von Willberand's Factor سويه لوړوي ناروغۍ ، Post Cardio-pulmonary Bypass حالت کې د ($0.3\text{mcg/kg dilute } 50\text{ ml NaCl } 0.9\%$) کې په اندازه ورکول د ($15-30\text{ min}$) موده کې کراره تطبيق کېږي.
- vi. Hemophillia –A هيموفيليا :
- پدې حالت کې د اتم فکټور (Factor VIII) اغېزمنتيا موده (Half life) به دولس ساعته دي او د (Factor VIII) څخه (One Unit/kg) ورکول کېږي او بدن فعاليت دا اندازه (2%) دوه سلنې ته لوړ کړي د ورید له لارې 50Unit /kg پواسطه Loading ورکړل شي او وروسته دي همدا فکټور $25\text{Unit /kg} / 12^{\text{h}}$ هر دولس ساعته وروسته ورکړل شي.
- Cryoprecipate د 20-Fold په اندازه زياتول کېږي د اتم فکټور سره ګډېږي او فعاليت يې د FFP سره پرتله (مقايسه) کېږي.
- vii. Hemophillia –B : د FFP او يا د پلازما د پروترومين کمپلکس غنی کولو پواسطه تر درملنې لاندې نيول کېږي .
- viii. ډي آي سي (DIC) : لاندې علتونه دي تر درملنې ونيول شي :
- دوينه بهيدونکي ناروغ حمايت د FFP پواسطه کېږي .
- د پلاټيلټونو پواسطه دي د پلاټيلټونو لږوالي په صورت کېسېدرملنه وشي .

- دویمه لړۍ په صورت کېږي دې د وینې ترانسفیوژن وشي.
 IX. دویمین K فقدان اود کېد ناروغی:

پېړنۍ درملنې ته اړتیا ده د FFP پواسطه دې 2-4 Unit اندازې سره درملنه وشي اود PTT/PT اندازې ټاکنه اوتعقیب دې وشي همدارنگه په ټولو حالاتو کېږي دې Vit K 10 mg/SQ هره ورځ د درې ورځو لپاره ورکړل شي.



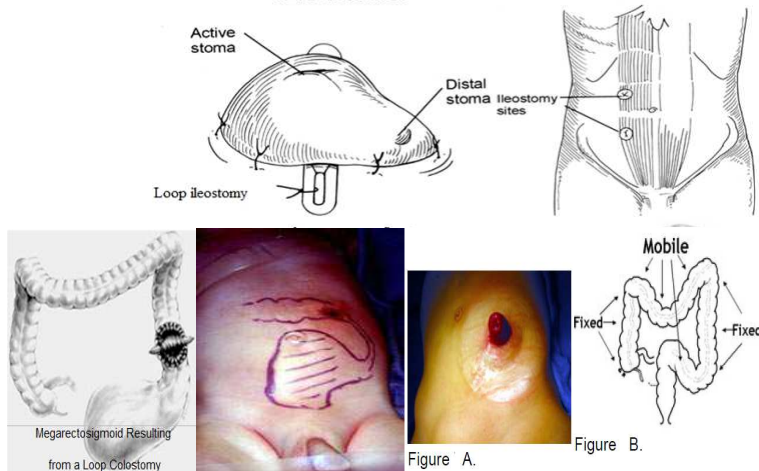
لسم څپرکي

د کولوسټومي او ایلئوسټومي ستونزې

Colostomy and ileostomy Problems

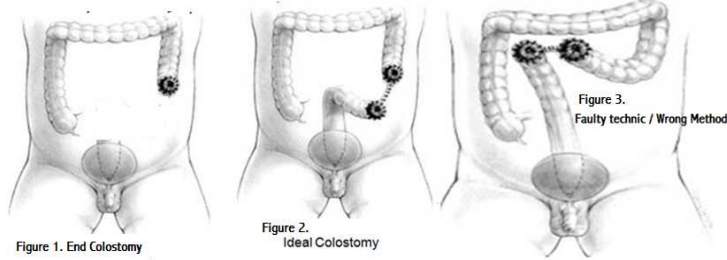
ستومي : هغه حالت بلل شوی چې د کېډې په جدار د کولمو لوپ بهر ته راویستل شوی او د کولوسټومي (چې پکې د کولون کولمې یو برخه ستومي شی)، او ایلئوسټومي (چې پکې د ایلوم کولمې یوه برخه ستومي شی) داسې حالت دی چې پکې د کولون یا ایلوم کولمې یوه برخه در ترانزیت ترسره کولو په موخه د کېډې د جدار څخه بهر ته راکارېدل شوي وی او د هغه له لارې غایطه مواد تخلیه کېږي.

ILIOSTOMY



ستونزه : که چېرې یو ناروغ چې د اته شپيته کالو عمر لري او د لاپراتومی څخه وروسته کولوسټومي ورته ترسره شوې ده پنځه ورځې وروسته د کولوسټومي برخه یې دنده نه ترسره کوي لاندې پوښتنې به په سمدستي توګه مطرح شي.

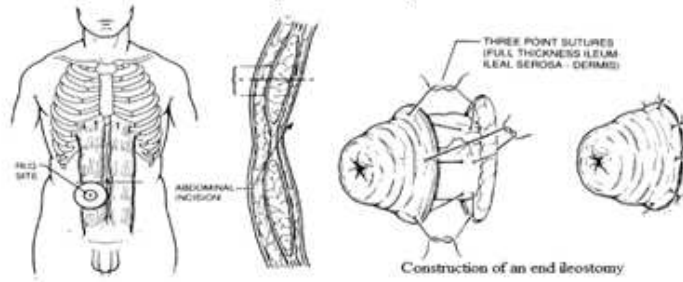
A- څو ورځې د کولوسټومي څخه تیرې دي او کوم ډول کولوسټومي ورته ترسره شویده؟ پدې صورت کې نوې کولوسټومي ښائی چې د ټپ دنده ته ورلويډلي (Retract) وي او بندښت ښائی چې د پخواني کولوسټومي برخې کې هم منځ ته راشي همدارنګه Double Barre کولوسټومي لنډ مهالي او ډیکامپريشن په موخه وي حال دا چې End colostomy به تل پاتې بڼه ولري.



B- کولوستومي څرنګه ترسره شوېده ؟ یوه ضعیفه ګېډل شوې دکولوستومي برخه به د لیکاز او پاریدني تخریش سره مل وي.

C- مخاط کوم ډول رنگ لري ؟ دمخاط داسکیمیا له کبله کېدای شي له عملیات څخه وروسته سمدلاسه منځ ته راشي.

D- آیا د دهاني حجم (Output) په طبعي توګه دي اوکله ؟ هغه کولوستومي چې سمدلاسه ودرېږي او دنده ترسره نکړي درملنه ئي توپیر لري اکثرًا کولوستومي کاني کین لوري دنازله کولون په برخه کېنې ترسره کېږي ، په لومړي څوورځو کېنې دعملیات وروسته کولوستومي وچه وي اوکه مواد راشي سوررنگک به ولري نوکله چې پرسالتیزم منځ ته راشي لومړي گاز تیرېږي اووروسته ترهغه به اوبلن غایطه مواد په دیسچارچ کېنې راشي اومعمولاً به په څلورمه یا پنځمه ورځ له عملیات وروسته وي. د غایطی موادوقوام یا ککوالی دي ولیدل شي اوکه چېرې اوبلن اودیږځله مواد راشي دابه دمکروبونو اویا د ډیر اندازي کولمو غوڅولو پورې تړاو ولري چې ورته ډیره پاملرنه وشي.



توپيري پېژندنه :

A- د نوي ستومي ستونزه :

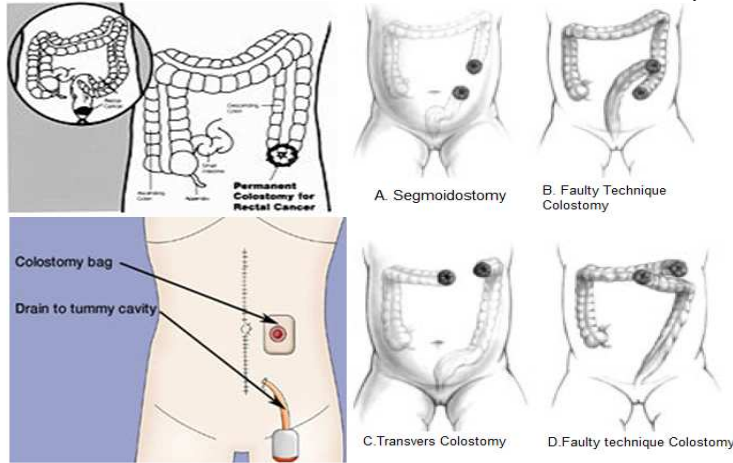
1- د ستومي رترکشن او پرولاپس: کله چې دستومي کولمه کېږي ته رترکشن وکړي اووروغورځيږي نودابه دپېرني مداخلې ته اړتيا ولري . دستومي دپرولاپس په صورت کېنې دي کولمه بيا له سره دننه ننوسل شي.

2- دستومي نکروزس: که چېرې دستومي شوې کولمې اروا يا شرياني رګونه تر فشار لاندې راغلي وي اود ستومي برخې ته وينه ونرسېږي نو نکروزس به منځ ته راشي. اودابه دهغه ځاي پورې تړلي وي چې دهغي شرياني رګ تړل شوې داکېدای شي چې سطحي وي اويوازي دمخاطي غشاء نکروز وکړي اوياهم کېدای شي ټولي طبقي Full Thickness نکروز وکړي چې سمدستي بايد درملنه ترسره شي اويبا عملیات ترسره شي.

3- دستومي وينه بهېدنه : دابناني دناسمي هموستازيس دعملیات پرمهال په تيجه کېنې منځ ته راشي هغه وينه چې دکولوستومي له چاپېريال څخه راځي دابه دکېډې وينه بهېدني پورې اړه ولري اويبا به دپوسنګي، دلومن دننه څخه اويبا دمخاطي غشاء تخریش له کبله منځ ته راشي.

:Existing Stoma Problems - B

- i. Impaction /Obstruction : دا به د تاریخچې له مخې ناڅاپه وي اوګوتې پواسطه به یې کښه ترسره شي.
- ii. وینه بهېدنه
- iii. Mucosal Slough
- iv. ضعیف تثبیت او یا د پوستکي تخریشت .
- v. دکولوستومي دچا پیربال فتق.
- vi. تضیق ، په ډیره پیمانېه مایع راځي دکوتې پواسطه کښه کېږي بنائې دصفاق یا پوستکي په سویه کښې وي.



A- فزیکي کښه :

- 1- ستومي شوې کولمه دې وکل شي اواسکیمیا ، رترکشن نکروز لپاره دې ښه وارزول شي چې اکثراً دا حالتونه د رني(شفايي) کولوستومي کڅوړې پواسطه پېژندل کېدای شي له عملیات څخه څو ورځې وروسته د ستومي کولمه سورې سمدلاسه Pink Brown رنگ ښه غوره چې اذیما ئي حالت به ولري چې داسکیمیا ښکارندويي به وي اوکه چېرې شنه پخه (Faint green) توره بخنه رنگ مخاطي غشاء ولري دابه دنکروزس څرګندوي وي اوکه چېرې مخاطي غشاء دلیدلو وړنه وي دابه درترکشن څرګندوي وي اوکه چېرې دکولوستومي چارپیره برخه وینه درلودونکي وي موضعي علتونه دي ولټول شي. دستومي دننه دي ولټول شي اودلومن دننه ژوره برخه دي هم وازمويل شي.
- 2- دکېډې دننه دي دپریټویټ علایم ولټول شي ، دکېډې پرسوب اودستومي فتق دي ولټول شي.

B- لابراتواري کښې :

پدې ناروغۍ کښې دویني کښه ډیره مهمه ده چې دویني په کښه اوآزموینه کښې دي دویني هیموګلوبین ، هیماتوکریټ ، دپلاټیلیټ شمېر ، اوپه ځانګړې توګه دي PT/PTT وکل شي اواندازه دي وټاکل شي.

C- رادپولوژیک اونوري کښې :

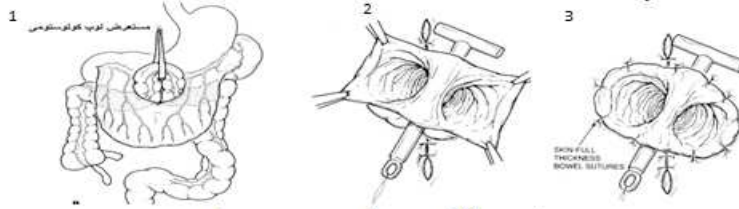
- I. دگېډې فلم: پدې ډول رادپوگرافي کښې په ولاړه وضعيت کښې اخيستل کېږي بايد دکولمو بندښت نښې ولټول شي (Air Fluid Levels) پدې هکله ښه نښه بلل کېږي .
- II. دستومي له لارې دگاسټروگرافي آزمایښت : پدې کڼه کښې د بندښت برخه وټاکل شي همدارنگه Gastrographin مواد د مسهل خاصيت هم لري.
- III. دباريوم پواسطه درادپوگرافي اخيستل : پدې کڼه کښې هم دانسداد سويه او برخه دپيژندلو وړ ده چې دا مواد دستومي برخې له لارې تيريږي اوپارادپوگرافي اخيستل کېږي.
- IV. دالټراسونډ کڼه: پدې کڼه کي کېدای شي چې دمايع شته والېدکېږي په جوف کښې نشيت کړل شي.

ددرملنې پلان :

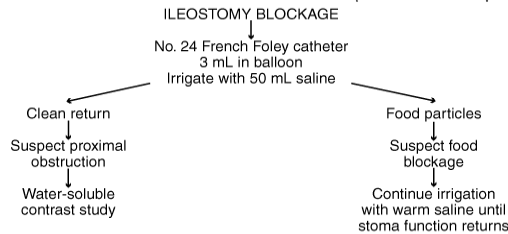
- A. د ستومي اسکيميا : که چېرې په حقيقي ډول دستومي برخې اسکيميا منځ ته راغلي وي بايد په ډيرې پاملرني سره وارزول شي اودپا عمليات لپاره دې پلان ونيول شي اوکه هرراز ستونزه منځ ته راغلي دتخنیکي اومېخانيکي ستونزه دي ليري شي او د اسکيميا لپاره لاملونه دي له منځه يوړل شي د صفاق ډير ټينگوالي اودميزانټري د Kink حالت دي اصلاح شي.
- B. دستومي رترکشن : ستومي دننه لوري ته غورځيدنه يا رترکشن په بشپړه توگه دگېډې جوف ته ناخا په منځ ته راځي اوپه بېړۍ توگه دعمليات يا سرته رسولو ته اړتيا پريوزي.
- C. دغايطه موادو کلکيدنه : دامعمولاً ددپهايدريشن پرمهال ، دنارکوټيکو موادو په خواراکي توکو کښې ددفع کيدونکو موادو نشتوالي له کبله منځ ته راځي اومعمولاً دکولوستومي له لارې دتړمو مايعاتو دمسهلو تېرولو پواسطه له منځه ځي .
- ددي حالت مخنيوي داوردې مودي لپاره دغايطه موادو پوستوالي ، دمسهل موادو اوپه کافي اندازه دمايعاتو تطبيق پواسطه ترسره کېږي .
- D. وينه بهيدنه Bleeding: که چېرې وينه بهيدنه د پوستکي يا مخاطي غشاء په برخه کښې وي په روښانه بڼه وليدل شي کېدای شي دبستر لباسه دالکروکواتري پواسطه د Silver Nitrate اوياکېډلو Suturing پواسطه درملنه شي د الکروکواتري سره دې ډيره پاملرنه وشي ځکه دستومي په برخه کښې دگازو ټوکړان دسوخيدني وړ دي . که چېرې وينه بهيدنه دهضمي جهاز له نورو برخو څخه وي بايد په کمله توگه ارزونه ترسره شي اود لامل د له منځه وړلو پربنسټ دې درملنه وشي.
- E. وسيله نې ستونزه (Appliance Problems) : پدې هکله دي د Enterostomal care متخصص سره دې مشوره وشي همدارنگه کېدای شي دمحافظوي کريمونو اودستومي نښونکي موادو څخه گټه واخيستل شي ترڅو د پوستکي مخنيوي وشي.

F. **تضييق Stenosis:** دستومي تنگوالي په لومړنيو مرحلو کېسې دگوتې پواسطه اتساع عملي ترسره کولو له مخې يې درملنه کېږي اوکله ناکله بيا دجراحی عمليات Dilatation ترسره کولو ته اړتيا پريوزي کله چې د تضييق برخه دصفاق په برخه کېسې وي .

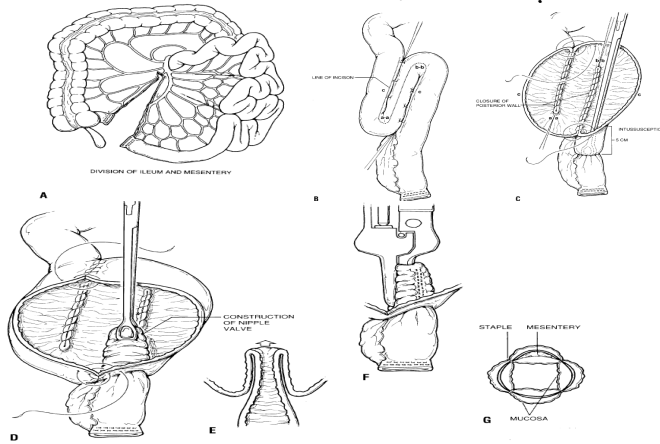
G. **دکولوستومي پرلپسې دريناژ:** ډير ناروغان ددوامداره موادو راټگ سره ډير خپه وي معمولا کولون ته دخړوبولو پواسطه روزل کېږي اوعادت ورکول کېږي . همدارنگه د مستعرض کولون برخې د لوپ کولوستومي (Loop Colostomy) څخه په سختي سره څارنه او منجمنت کېږي ځکه چې په دوامداره توگه دريناژ لري.



H. **Obstruction:** دغايطه موادو کلکوالي دي لکه پورته تر درملنې لاندې ونيول شي اوډير شديد حالت به دعود کونکي ټومورونو بيا منځ ته راتلو پواسطه منځ ته راشي. همدارنگه لکه د لاندې ډياگرام په څېر چلند هم تر سره کېدلای شي .



په بعضې حالاتو کېسې چې جراح لازم وگڼي د دايمي (تلياټي) ايليوستومي په مخه د (Construction of Continent Ileostomy) ترسره کوي کړنلاره په لاندې ډول غوره کاندي چې ناروغ په کراره سره زده کوي چې څرنگه چلند وکړي .

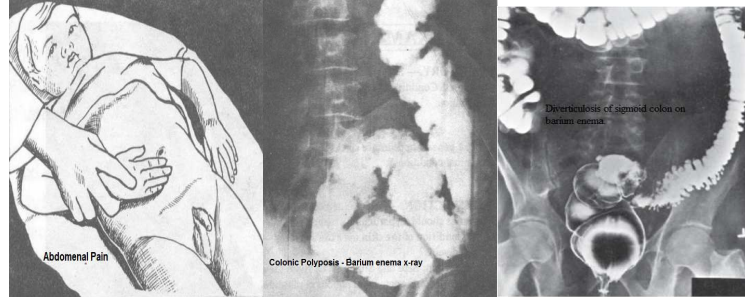


يوولسم څپرکې

قبضيت

Constipation

تعريف: که چېرې يو څوک د (24) ساعتونو په لړ کې ونشي کړای چې خپل غايطه مواد په نورماله توگه اخل کړي او هغه د څو ورځو پورې وځنډ يري دغه حالت ته قبضيت ويل شي چې بڼائې تر څو ورځو دوام وکړي چې بڼائې بېلابېل لاملونه ولري.



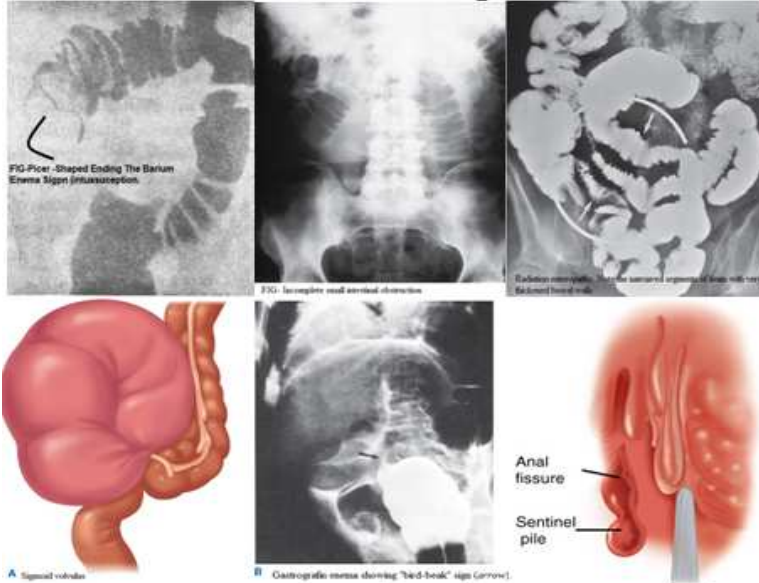
ستونزه:

- يو پنځه اويا (75) کلنه ښځه چې په بستر محکوم وي اود اوه ورځو لپاره دکولمو حرکتونه ونلري او غايطه مواد ئې نه وي کړي نوسمد لاسه به لاندي پوښتې مطرح شي.
- i. دناروغ حياتي علايم څرنگه دي؟ تبه، ټاكي کارډيا، اوهاپوټشن بڼائې دمکروبونو يا سپسيس ښکارندوي وي.
 - ii. آيا دناروغ کېده حساسه، دردناکه، پړسېدلي اوآيا ناروغ گاز او غايطه مواد تير کړي اوکه؟ دگېډې دکولمو بندښت د نټب سره اويا پرته له نټبه اويا دکولمو احتشا به دژوند تهديد کوونکي وي او يېرني حالت به منځ ته راوړي قبضيت به يوازينې د توقع ورڅرگندونه وبلل شي.
 - iii. دناروغ پخواني تاريخچه به دهضمي جهاز اړوند څرنگه وي؟ هغه ناروغان چې قبضيت ولري دجلابو پواسطه يامسهلاتو اړوند تاريخچه به ولري اوجراحی تاريخچه کېږي بڼائې د ټومور يا التصاقاتو حالت شته والې ولري.
 - iv. ناروغ کوم ډول درمل اخلي؟ نارکوټيک درمل به دکولمو د پړسالتیک حرکتونو لږوالي منځ ته راوړي.

توپيري پېژندنه:

- 1- ميخانيکي بندښت: دکولمو لپاسه د يوې کلې فشار له کبله له دننه يا بهر څخه د ميخانيکي بندښت لامل گرځي.
- 1) حقيقي قبضيت: دا حالت کېدای شي د Perianal برخې ناروغيو په لړ کې لکه هيموروئيد (بواسيرو) دسپزم منځ ته راتلو له کبله منځ ته راشي.

- 2) دغایطہ موادو لککوالی Feecal Impaction: دا حالت بہ ڈیرو عمر درلودونکو سین ریپرو او دیہا دریشن ناروغانو کبھی اوهمدارنگہ پہ ہفہ کسانو کبھی چہی پہ خوراکي موادو کبھی لږ ریپنی درلودونکي مواد خوري اولږ غوږ ولري منځ ته راڃي .
- 3) دکلاتو لہ کبلہ قبضیت : د مقعد برخی زخمونہ (فیسورونہ) کڀدای شي دگڀڀي کلي التهابی او یا نیوپلاستیڪ لکہ (ہیموروئڊ، د کولمو سرطانونہ) وي چہی د کولمو دننہ یا بہر خخہ بي پر لومن فشار راوستای وی اوهمدارنگہ دکولمو تاویدني (Volvulus) ، تغلف ، التصاقاتوشہ والي د عملیات وروسہ حالانو خخہ منځ ته راتلای شي.



- II- فارمکولوژیک لاملونہ : ڊیرو درمل لکہ نارکوٹیکونہ ، داوسپنی مشخصونہ اودلږو پاتي شونو یا بقایا وو درلودونکي موادو خوراک بہ دا حالت منځ ته راوږي.
- III- عصبي لاملونہ : دحوصلي یا ملا دتیر اونخاع ترضیضونہ بہ دمقعدی معصري دوظیفوي تشوش حالت منځ ته راوږي . دحوصلي برخی تومورونہ چہی عصبي برخی بي نیولي وي دکولونونو حرکونہ لږ کږي لکہ دغڻوکولمو Pseudo Obstruction او Ogilvie's Syndrome منځ ته راتل کولای شو چہی یادکږو.

IV- نور لاملونہ : نہ خوځښت ، لږ مایع خوراک اود مسهلاتو غلط استعمال بنائی دیوہ مساعد کونکي فکټور پہ توکہ اوهمدارنگہ دها بیوکالیمیا پہ حالانو کبھی ہم دکولمو حرکونہ لږوالی مومي.

A. فزیکی کتنہ :

- 1- حیاتي علامت : دفشار یتوالي ، تبہ ، ټاکی کارڊیا ، دنبض زیاتوالي بہ د مکررونو (Sepsis) خرکندوي وي.

- 2- دگېډې کڼه : پدې کڼه کېنې دکولمو دپرسالتیزم آوازونه (دکولمودآوزونو کڼیت) ، دگېډې پرسوب لپاره تقشیش وشي اوکه دکلاتو درد او حساسیت شته والې ولری دي جس ترسره شي.
- 3- دمقدي کڼه : دا کڼه دي دکلکو غایطه موادو ، وینې ، اوکلو شته والې لپاره دي مقدي کڼه ترسره شي.
- 4- عصبي کڼه : د پخواني Strock دشته والې اړوند دي لیون وشي اوهمدارنگه دنورعصبي حالاتو د شته والې اړوند دي پوښتې ترسره شي.

B. دلابراتوار کڼې :

- دغایطه موادو کڼه آوزما بنسټ دي دوینې دشته والې لپاره ترسره شي.
- دوینې دسیروم دالکترولایتو نو کڼه دي دها بیوکالیمیا لپاره ترسره شي.
- هیموگرام ، دلوکوسایټوزس شته والې به دانتاناتو په لړ کېنې منځ ته راشي. د وینه لږې حالت به د هضمي جهاز وینه لږې ناروغیو کېنې ولیدل شي.
- دشریاني وینې دکازاتو ټاکنه : دکازاتو توپیره دکولمو داحتشاء اومیټابولیک اسیدوزس حالاتو کېنې تثبیت کړل شي.

C. دراویولوژي اونورې کڼې :

- دگېډې راډیوگرافي ترسره کېږی اودبنسټ شته والې په صورت کېنې ځانگړي نښې ولیدل شي.
- دباريوم پواسطه به دگېډې فلم دکولون چوکات واخیستل شي اودکولوگرام پواسطه بنسټی دکولمو کلي اوبند بنسټ سویه ولیدل شي.
- دکسټروگرافین کڼې پواسطه بنسټی دکوچنیو کولمو دبنسټ سویه ثابته کړل شي.
- د CT Scan کڼه به دکولمو او دگېډې ټومورونو د شته والې تثبیت لپاره ترسره شي.
- التراسونډ په کڼه کېنې دگېډې دکلاتو اړوند معلومات ترلاسه شي.
- ریکيوکولونو سکوپې په هغه حالاتو چې په غټو کولمو کېنې التهاب او زخمونه شتون ولری گڼه وره وبلل شی ترڅو علت وپېژندل شی.

ددرملنې پلان :

- 1- مخنیوي Prevention: د عملیات څخه دمخه دي دغایطه موادو د قوام پوستوالي په موخه مسهل مواد پکاریورل شي لکه د (Sodium doculsate) مواد کارول کېږی .
- دخوراکي موادو کېنې د غوري ، میوه جاتو اوسابو خوراک ورگڼ کړل شي اوهمدارنگه دي ډیره زیاته او پریمانه پیمانې اوبه وڅښل شي.



II- مسهل مواد اواماله : د یو لړ مسهلاتو ورکړه به قبضیت له منځه وړلو کېښې کچه ورو وي چې دکولمو حرکتونه ډیروي لکه (Milk of Magnesium ، Cascara ،Bisacodyl)، خوراک کچه وردی . همدارنگه دامالي ترسره کول (تړمو اوبو ، او د تړمو اوبو اوصابون) څخه تیار شوي ناروغ ته کچه وردی برسیره پردې د لکتولوز شربت کېدای شي چې په مزمنو قبضیتونو کې پکار یوول شي یولړ شربتونه په بازار کې ډول موندل کېږي چې نومونه یې (Agarol ،Creamafine ،Bilagol) اونور) دي پرته له کچې ندي یولړ امالي تیارې په بازار کېښې شته والې لری چې کېدای شي پکار یوول شي.

III- Disimplication: په ډیر احتیاط او پاملرنې سره گوته مقعد ته ننویستل کېږي که چېرې دغایطه موادو کلکه کلکه شتوالي ولري په احتیاط راویستل کېږي او وروسته له هغې دتړمو اوبو، صابون او اوبه ، منرال درلودونکي غوړه مایع ، پارافینو، کسترایلو څخه جوړه اماله ناروغ ته دمقعد له لارې تیرېږي . او کېدای شي چې د په راتلونکي کېښې قبضیت منځ ته راتلو څخه مخنیوي وکړي.

IV- نوري درملنې : دکولمې سوري کېدنه (نثب) ،حاد بندبنت اود Sepsis شته والې په بېړنۍ توګه جراحی عملیات ته اړتیا لري او که چېرې بشپړ بندبنت شته والي ونلري نو کېدای شي قسمي بندبنت دامالي پواسطه له منځه یوسو.

V – همدارنگه د تمرینونو او سپورتي کړنو ترسره کول به د کولمو د حرکتو تنظیم او خوځښت په هکله مرستندویه وي او افتلا د ورځې څو ځله دې عادی تمرینونه چې درانده نه وی ترسره شی .



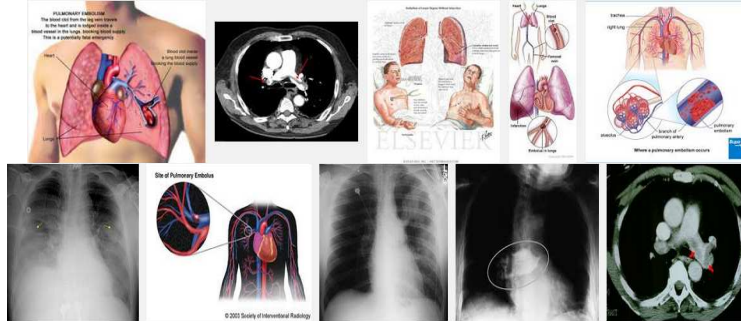
دوولسم څپرکي

ټوخي (Cough)

تعريف: ټوخي عبارت دى د تنفسى سيستم دفاعى عكسې څخه چې سږي غواړي چې پكې راټول شوى افرازات او اجنبى اجسام بهر ته وغورځوي .

سټونزه:

كه چېرې يوناروغ چې سلوليت ولري په روغتون كښې بستر وي اود وريد له لارې اتې بيوتكونه وركول كېږي له ټوخي څخه شك ايت ولري نولاندې پوښتنې به سمدلاسه پيدا شي.



1. آیا ناروغ دټوخي سره بلغم (خراشکې) لري اوکله ؟ اوکه چېرې شته والې ولري څه رنگه به ښکاره شي؟ همدارنگه دبلغم درلودونکي ټوخي به دمکروبونو دشته والې لوري ته فکر واپروي اوپه تيره که چېرې بلغم قیح اوخيري له ځانه سره ولري اووينه هم پکښې وليدل شي دمکروبونو مدخلي چانس به لوړوالي ومومي.
2. آیا ناروغ ټاکيڼيا اویا ډيسپنيا لري اوکله ؟ معمولاً ټوخي پېړنې اوسمدلاسه عمل ته اړتيا نلري په اسستى دهغه حالاتو چې ناروغ د سږو اویا زړه مزمن ناروغی ولري اودهغي په لړ کښې به دسږو ناروغتيا زیاتوالي ومومي اوپه حاد ډول به پېښه منځ ته راشي.
3. آیا ټوخي حاد منځ ته راغلي اویاهم په مزمنه بڼه ؟که چېرې ټوخي مزمن وي دهغه اوصافو په هکله دي معلومات لاس ته راوړل شي که چېرې د مزمن ټوخي اوصاف سمدلاسه بدلون وکړي اوکه نور ډول تنفسي اعراض نشتوالي ولري نوي ټوخي به سگرت څښونکي ناروغ دسرطاني پېښې پورې تړاو ولري.
4. آیا د ناروغ ايمونيټي سيستم انحطاط دي اوکله ؟د يولړ درملو لکه (دستروئيدونه ، کيموتراپي) او یا هم ثانوی حالتونه لکه (ډيابټس -مليټوس ، Aids ايدز او خباث) هغه ناروغی دي چې د سږو ناروغیو او اتاناتوله پاره مساعده زمينه برابروي.
5. آیا ټوخي د کوم ډول فعالیت پورې تړاو لري اوکله ؟که چېرې د فعالیت سره سيستم ټوخي منځ ته راشي دا په د سږو اذیما اوکه چېرې د سپزم درلودونکي ټوخي د خوب پر مهال منځ ته راشي دا به د Aspiration pneumonia اوکه چېرې ټوخي د خوراک او څښاک په مهال

منځ ته راشي دا په د Trachio – esophageal فيستولونو پر مهال او يا هم د عصبي تشوشاتو له کبله منځ ته راتلاي شي .

توپيري پېژندنه:

A. التهابي حالتونه :

- 1) حاد التهابونه: باکتریايي ، وپروسي ، فنگکسي ، او دا اسيد مقام باکتریاوي او ارگانيزمونه علتونه بلل کيږي د سيستمیک مترافق علايم په لاندې ډول دی:
 - تبه ، لوکوسایټوزس، وپروسی گراثيم او قیحي خراشکې .
 - د خراشکې (بلغم) موجودیت بښائی د بیلایلو ناروغیو په لړ کې بیلایل رنگونه خپل کړي چې د کتو تر سره کولو پذیرعه به د هر یوه ځانگړتوب څرگند کړي .
- 2) مزمن ډول التهاب: مزمن برانشیت معمولاً په سکرت څکونکو کې منځ ته راځي .دوی بښائی چې مزمن ډول خراشکې لرونکې ټوخي د (3months) میاشتمو څخه تر (2years) کالو مودې راهیسي شتون ولري .

B. مېخانيکي :

مېخانيکي ډول د ټوخي تبه (پارېدنه) د (انشاق ، دننه يا بهرنی پارېدنې) له لارې منځ ته راځي .
1- انشاقی :

- اجنبی جسمونه د تنفسی سېتم په هره برخه کې ټوخي او ویننگ منځ ته راوړي چې بښائی د شعور اختلال سره مل وی .

- د هوا ذرات سړو ته نوزی او ټوخي پېښوی .

- د معدوی موادو آسپايرېشن د ټوخي لامل کېږي او اسپايرېشن پنومونیا منځ ته راوړي .

- الرژن مواد د سړو دننه ننوتلو سره سم د ټوخي لامل کېږي .

2- داخلي د بدن (دنه) لاملونه:

- ریوی اذیما: بښائی د زړه يا پرته له زړه لاملونه ولري چې ټوخي ، ذیق النفس ، خراشکې تولیدوی .

- د سړو د پښ السنخي ناروغی: په خپره بڼه اتیرسټیشیال بدلونونه يا فیبروزس به د راډیوگرافي په کتو کې وپېژندل شي .

- د سړو کارسینوما: چې سکرت څکول يو خطری فکټور دی او اسبسټوزیس سره مخامخ کېدنه سمدلاسه د ټوخي -بلغم ناروغی پېښوی .

- برانشیال اډینوما: معمولاً پرته له عمومی اعراضو وی خو بښائی هیموپتازی پېښه کړي .

3- خارجي د بدن (بهرنی) لاملونه:

- صدري انوریزم چې بښائی د قصباتو يا شزن لپاسه د فشار لامل شي .

- لمفادینوټی چې معمولاً د سارکوائیدوزس، مزمن اتاناتو اولمفوما سرطانی پېښې چې تل عمومي اعراضو سره مل وی.

C. کیمیاوی.

1. انشاقی د لوگی (دود) اړوند.

2. سمی-زهری مواد.

فزیکي کټي:

1. حیاتی علامې: پدې برخه د تودوخې درجه او تنفسی سرعت بدولون مومی د پوزې الوتل اوشدید دیسترس به اړوند لارښوونه وکړی.

2. ریوی (سرې):

- سټیرایډور (Steridor): دا ښائی د علوی تنفسی لارې او اپیکلوټیت څرګندوی وی.

- رانکای (Rhonchi) د برانشیت او انشاقی جروحانو کې لیدل شی.

- نکاف (Consolidation): پدې کې به د برانشیال تنفسی آوازونه، ایکوفونی، د نکایل فریمایوس نښې تثبیت کړل شی.

- رالونه (Ralls): دا به د سرې په اذیمای کې وصفی ډول شتون ولری.

- موضعی وینګ او رانکای (Wheezing / Rhonchi): دا به وځانګړی ډول د اجنبی جسمونو او نیولازم له امله د بندښت لامل بریندو کړی.

3. د زړه کټي: د زړه عدم کفایه [کارډیومېکالی، د (S₃ Gallop Rhythm)] به غوره نښې وی.

4. پوستکې-نهایات: سیانوزس، کلینګ (Clubbing)، په وصفی ډول (COPD) لپاره دی او جلدی (Rashes) سره مخه به ویروسی ناروغی څرګندې کړی.

لابراتواری کټي:

- هیموګرام: لوکوسایټوزیس حالت به اتاناتو ښوونه وکړی.

- کلسیم: د هایپرکلسیمیا شتون به د پارانیو پلاستیک سنډروم د قصبی کارسینوما له کبله څرګندونه وکړی.

- د شریانی وینې ګازات: د ګازاتو د سوپې ټیوالې به د سیانوزیس، ډیسپنیا څرګندونه وکړی.

- شریانی کاربوکسی-هیموګلوبین: دا به د دودو (لوگی) او کاربن مونواکساید مسمومیت حالاتو کې د څیرلو وړ ښه کتنه وی.

راډیولوژی او نورې کټي:

1. صدری راډیوګرافي: ریوی اذیمای، سرې د بین السنجی ناروغی، د سرې کارسینوما، برانشیال

اډینوما، پنومونیا، د سرې صروی لمف اډینوټی به راډیوګرافي په فلم کې ځانګړې څرګندونې

ولری.

2. خراشکې: د خراشکې مستقیمه کتنه به د لزوجیت، رنگ، بوی، اندازه به د ناوغیو اړوند معلومات راکړی. د گرام ټلویډ به د اسید مقاوم باکټریا، فنگکسونو اړوند معلومات څرگند کړی او د کلچر او اتی بیوگرام کتنه به د اړوند اتاناتو پیژندنه او درملنه کې مرستندویه وی او سائیتوپالوژي به د نوموړو په ډول پیژندنه کې ډېره مرسته کوی.

3. د پوستکي (PPD test) آزمايښت: په هغه ناروغانو کې چې د نړۍ رنځ تر شک لاندې وی کچه وړوی.

4. Pulmonary Function Test (PFT): د سږو تحدید کونکې حالت د سږو د ټول ټال ظرفیت (Total Lung Capacity) کښت او (Vital Capacity) په انټرسټیشیال ریوی ناروغۍ پیژندل کېدنه کې مرستندویه دی.

5. برانکوسکوپي: دا کتنه د نیوپلازموڼو بیوپسی اخیستنې، کلچر موادو اخیستنې او اجنبی جسمونو پیژندنه او ځینې وختونه د درملنې په موخه کارول شی.

د درملنې پلان:

په لومړي سر کې د صدری رادیوگرافي د سږو ناروغی پیژندنه او د بلغم (خراشکې) نمونه په ټوخی خراشکې لرونکو کې لابراتوار ته استول شی. همدا ډول که ناروغ ډېر ذیق النفس وی نو ورته د شریانی وینې د گازاتو ټاکنه تر سره کېږی او د اوکسیجن درملنه ورته تر سره کېږی.

1. اتانات: د اتاناتو پیژندنه او درملنه د کلچر او اتی بیوگرام پر بنسټ تر سره کېږی. لکه

- نامعلومه ټولنیز کسبی پنومونیا (د پنسلین جی پذیریه چې معمولاً پنوموکوکونه دي ښه درملنه کېږی) او یا هم د (ایرترومایسین پذیریه د مایکوپلازم او پنوموکوک) درملنه کېږی.

- ټولنیز کسبی اتانات (Acohic.COPD) ناروغان د سفالوسپورین او ټیټراسکلین درملو پذیریه درملنه کېږی.

- روغونی اتانات: دا ټول اتانات د اماینوگلايکوسیدونو (جتیامایسین + فیسلین یا اماینوگلايکوسیدونو+ سفالوسپورینونو) پواسطه درملنه کېږی.

- آټروویک اتانات: دا مکروبونه د پنسلین جی او کلیندامایسین پواسطه درملنه کېږی.

- مایکوپلازم اتانات: ددې اتان درملنه د (ایرترومایسین او ټیټراسکلین درملو پذیریه درملنه کېږی).

- توبرکلوزیس (نړۍ رنځ TB): دا اتان د (Rifampcin + INH+ Ethambutol) پذیریه درملنه کېږی.

- ایمنوسوپرسیف ناروغان: پدې ډول ناروغانو کې د لیجنېلا اتان درملنه (ایرترومایسین او اماینوگلايکوسید د پنسلین یا سفالوسپورینونو) درملو پذیریه درملنه کېږی. همدا رنگه د پنوموسیستیس کارینی پنومونیا چې د ایډز ناروغی کې پېښېږی درملنه یې د کوټرایموکسازول یا

پنټاميدین درملو پذیره کېږي . یو لړ اتانات د کلچر او اتی بیوگرام تر سره کولو له مخې تر سره کېږي.

2. ربوی اذیما :

- اوکسیجن

- سرپورته وضعیت ورکول و

- د یوریتیک درمل ورکړه لکه زرقی ډول (Furosamide 20-40 mg IV) اومزن ډول کې د خولې له لارې (Lasix) ورکول کېږي او د پوتاسیوم سویه باید تعقیب او وټاکل شي.

3. پرته له خراشکې ټوخي :

1 د ټوخي انحطاط ورکونکي درمل :

- پدې حالت کې د کوډین / هایډروکوډین او اړوند مشتقاتو څخه کار اخیستل شي.

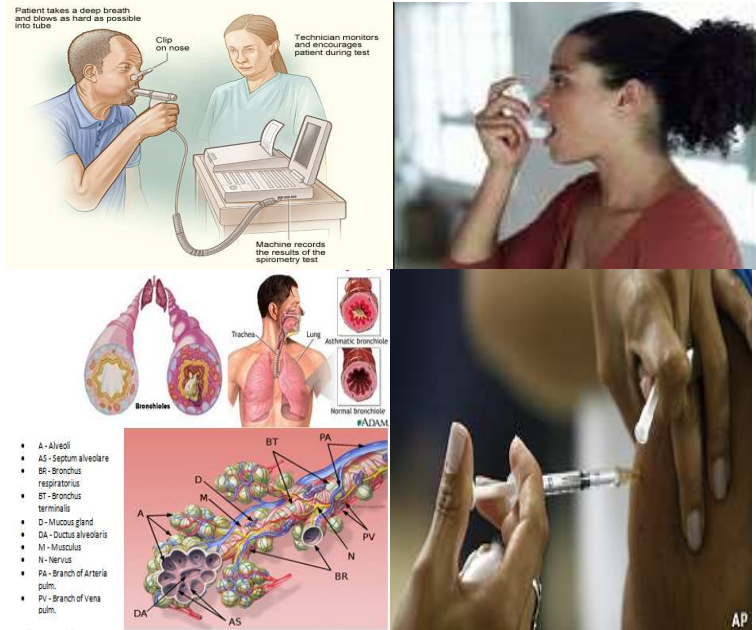
- ډکسټریمټوفان چې د کوډین مشتق دې مرکزي اغېزې لري.

- هغه ناروغان چې مقشع (خراشکې) لري نو باید د دغه راز درملو پذیره دې درملنه ونشي .

2 اکسپکټورانټ (مقشع) درمل : دا درمل ښائی دومره ارزښتمند نه وی خود

(Guaifenesine + Antihistamine) گڼ جوړښت چې کله ناکله د انحطاطي ډول

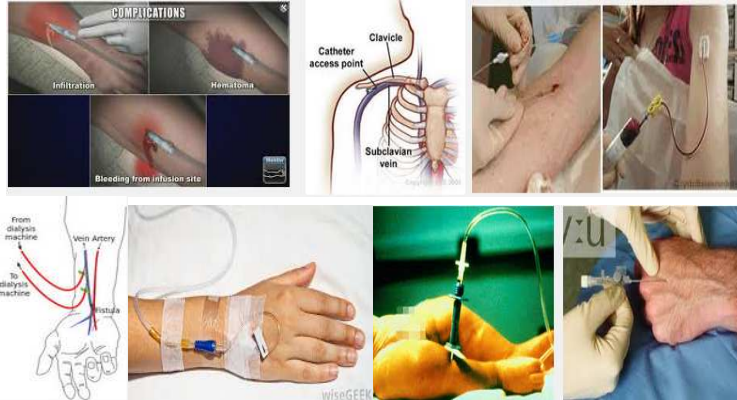
درملو سره په ګډه بڼه جوړېږي او ښائی پکار وړل شي.



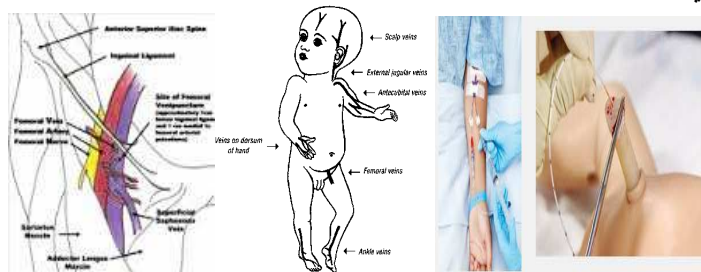
د وريدي سهولتونو ستونزې

Intravenous Access Problems

يوه 40 کلنه بنځه چې وريدي ناوړه درمل اخلي او د کيډي دردونه کانگې لري او روغونه ته راوړل کېږي په لاسونو او مټونو کې هيڅ راز تيار وريد د وريدي تطبيقاتو له پاره نه لري نو سمدلاسه به لاندي پوښتنې مطرح شي.



- د ناروغ د ناروغۍ طبيعت څرنگه دی؟ ناروغ به سمدلاسه د وريد له لارې د ماعا تو تطبيق ته اړتيا ولري او د دې لپاره هيڅ راز وريد ونه لري بايد تر پوسنکي لاندي تطبيقات پيل شي او همدارنگه به ناروغ ته وريدي کټ ډوون (Cutdown) تر سره شي بايد وخت ضايع شي که چېرې هر څومره وروکي وريد په لاس او پښو کې وي بايد له هغه څخه کار واخستل شي.
- آیا ناروغ ناوړه وريدي درمل اخلي او که؟ که چېرې د وريدي له لارې يولړ درمل په ناوړه توگه پکار لور وړل شي دا درمل ستاسې د اعتبار له کبله وي نو په دې حالت کې به وريدونه له کاره وتلي وي او يا هم هغه ناروغان چې کيموتراپي ورته تر سره کېږي نو د دوی وريدونه به له کاره وتلي وي.
- د کومو موخو لپاره وريدونه کارول شوي دي؟ که چېرې ناروغان په مزمنې توگه په روغتون کې بستر وي نو د دوی وريدونه به له کاره وتلي وي ځکه چې وريدونه به بيا بدل شوي وي.



توپيري پېژندنه:

- i. د وريدونو له لارې د ډېرو درملو استعمال له كبله.
- ii. په ډېرو چاغو او خړبه ناروغانو كې.
- iii. هغه ناروغان چې د وريد له لارې كيمو تراپي ورته سرته رسول كېږي.
- iv. هغه ناروغان چې د اوږدې مودې لپاره بستري وي او وريدونه يې ډېر زيات كارول شوي وي.
- v. د لمفاوي اذيما له كبله كله چې (Mastectomy) ناروغانو ته تر سره كېږي او د ابطي برخې لمفاوي عقدات راويستل شوي وي او يا د نورو جراحي كړنلارو له كبله د لمفاوي عقداتو راويستلو له كبله منځ ته راغلي حالات.
- vi. عمومي اذيما (Anasarca): عمومي اذيما كېدای شي د وريدونو ستونزې منځ ته راوړي لكه د (Ascites) حبن او شديد هايپروټينميا په صورت كې.
- vii. د رگونو كولاپس: هغه ناروغان چې د شاك له كبله راغلي وي په دې حالت كې به رگونه كولاپس ولري.
- viii. حياتي علايم: هايپوټنشن او نور د شاك لاملونه بنائى درگونو د كولو پس لامل وگرځي.
- ix. پورتي نهيونه: كه چېرې پخوانى د ستنې چاپي او نښې شته والى ولري نو په دې حالت كې وريدونه له كاره وتلي وي.

د درملنې پلان:

- A: محيطي مټ (Arm): لومړى بايد د بنكټي نهياتو څخه كار وانه اخيستل شي ځكه چې هغه په سهولت سره ښه كار نه كوي او د ترومبوليسټ لپاره ډېر مساعد دى د مټ او پورتي نهيات وريدونه سټنډرډ دى. او د ترضيضا توپه حالت كې (14-16 gage) كيتير تيريږي او ډېر كارول كېږي.

1. لومړى نوريكټ ټرل كېږي.



2. د لاس څنگل برخې (Line- Antecubital): كېدای شي و كارول شي. او د څنگل عدم تحريك او ثبات كارول كېږي ترڅو ډېر ونه خوځول شي.
3. په انتحابي توگه د وريدي لاین تيرول به پكار يوړل شي د وينې د فشار نه اله دى پكار يوړل شي فشار دې د (Caff) په برخه كې راوستل شي (5-10 minute) لپاره دې وساتل شي نورپاك دستمال يا ټوكر دې و كارول شي ترڅو ښكته وريد و پر سپرې اوبشكاره شي.



B: بهرنی جوگولار ورید (External Jugular): که چېرې دمټ په برخه کې وریدونه موندل شي یو یا دوه (1-2) درگونو کیتیر دي د بهرنی جوگولار په ورید کې تېر کول شي په دې صورت کې ناروغ ته (Trendelenburg) پوزیشن چې سر لږ څه د بطن څخه بښکه وي او جوگولا د ورید بڼه وپرسېږي او بښکاره د موندنې وړ گرځي او د تر قوی هډوکي په برخه کې لږ څه پورته د لیدنې وړ گرځي.



C: مرکزي کیتیر (Central line):

غوره ځایونه یې داخلي وداجي ورید تحت الترقوي او فخذی وریدونه دي د ننه وداجي او تحت الترقوي وریدونه د مرکز ورید فشار ټاکنې لپاره ډېر غوره ځایونه دي ډېرې عالمان پدې باور دي چې فخذی یا د ورونبرڅې ورید به نادراً پکار یوړل شي ځکه داتانانو داختملاط منځ ته راتگ ډېر احتمال لري همدارنگه د حالاتو دکولاپس اعاده کول او درملنه لدې کبله چې بښکه اطراف ډېر لږ انازه د وینې بهیر لري په بښه توگه نه تر سره کېږي او د بیارغونې پروسه هم لږ وخت پکار لري چې باید ټول پورته حالات باید په پام کې ونیسو.

که چېرې یوه ناروغ ته د مرکزي وریډی کېټر تېروی او هغه سم کارو نکړی او تسو راوغوښتل شی لاندې پوښتنې به مطرح شی:

- I. د کېټر د تېریدو او مایعاتو تېرولو منظره څرنگه ده؟ د کېټر د موادو څخه ائیز تېریدو حالت د تنفس سره توپیر مومی که چېرې په سمه بڼه کېټرول شوې نوکه چېرې کېټر کې دڅپه ائیز حرکت شتون ونلری دا پدې معنی دی چې د علقې پواسطه کېټر بند دی. د ترانسډیوسر د نشوالی په صورت کې دی د مایع یوه (Column) اندازه دی په مانومیتر کې د تنفس پذیره څپه ائیز بڼې ته وارول شی.
- II. آیا کولای شو چې د وینې علقه اسپایریت کړو او بهر ته یې راوباسو؟ د کېټر څخه د علقې یا بند شوي عامل اسپایریت راویستنه پدې معنی نده چې له کېټر څخه نشو کولای د مایعاتو زرق لپاره کار واخلو بنسټی چې د کېټر څوکه د رګ جدار په ذریعه بنده وی یا قات شوې وی.
- III. د څومره مودې لپاره کېټر پرېښودلای شو؟ دا باید د رادیوګرافي پواسطه وڅارو د کېټر څوکه باید په علوی اجوف وریډ کې وی که چېرې کوم ډول شک شتون ولری رادیوګرافي دې تکرار شی او یا وارزول شی.
- IV. که چېرې وینه بهېدنه د اړوندې برخې څخه شتون ولری؟ دابه د موضعی ستونزې یا تحر اړوند ستونزې څرګندویه وی.

توپیری پېژندنه .

■ د کېټر بندېدنه : په هغه کسانو کې چې کېټر یې په کراره او ورو کارول شی دغه حالت پېښېږي .

■ دېځایه موقعیت کېټر : دا حالت د صدری رادیوګرافي پواسطه تعین کېږي تحت الترقوی کېټر ځینې وخت تر غاړې پورې غچېږي او دا باید د تنفس پذیره څپه ائیز (څپانده) خوځښت ونلری .

■ قات شوې کېټر : پدې صورت کې به کېټر بند او قات شوې بڼه ولری او د تحت الترقوی برخه کې به د زاویوی ډول وریډی کېټر تطبیق له کبله وی او د صدری رادیوګرافي پواسطه ټاکل کېږي .

■ نورې مېخانیکي ستونزې : همدارنگه کېدای شی چې د کېټر د مفصلی- تړون برخې څخه د جلا کېدو په اثر د کېټر غېر وظیفوی حالت شتون ونلری .

■ بنسټی چې د کېټر د ترانسډیوسر برخه بڼه کار ونکړی : چې د سیستم د څارنې او کنترول په اثر دا وپېژندل شی چې پدې هکله نرسان مرسته کولای شی .

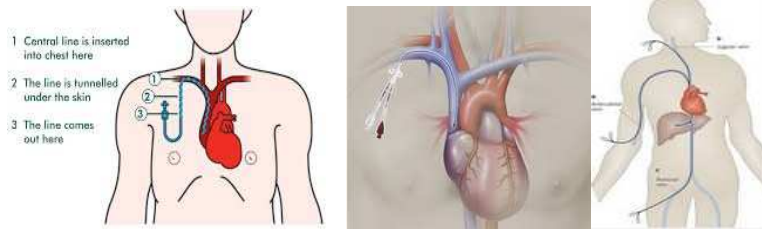
■ د کېټر اتانات : کېدای شی چې کېټر متن شی او دا حالت د وینې کلچر او اتی پوګرام په مرسته بڼه پېژندل او درملنه کېږي .

فيزيکي کټنې :

- A. حیاتي علايم : تبه د اتاناتو تثبيت يوه نښه ده چې ورسره ټاکی کارډیا ، هايپوټنشن ، مل وی بنائې چې ورسره زیاته پیمانہ وینه بهېدنه ، ټنشن پنوموتوراکس او یا هيموتورکس وليدل شي.
- B. (HEENT) د شزن پمخايه کېدنه وسیع-پراخ ډول هيمایوما یا پنوموتورکس بنوونه کولای شي.
- C. تنفس : کېدای شي تنفسي آوازونه کاهش ومومي چې د (، ټنشن پنوموتوراکس او یا هيموتورکس او هایډروتورکس) بنوونه کوي.
- D. د کېتر ژوره برخه : پدې کې بنائې چې سلولیت ، وینه بهېدنه ، د کېتر قاتوالي یا مفصلی برخې سستوالي او پیلېدنې او لیکاز کټنه د مستقیم ډول د ترانسډیوسر په ذریعہ د (Flash line) میتود له مخې کټرول شي.

لابراتواری کټنې :

- 1. که چېرې د سپسیس شک شتون ولری یوه اندازه وینه دې له ورید څخه راوویستل شي او هغه دې لابراتوار ته د کلچر او اتی بیوگرام لپاره واستول شي.
- 2. د کېتر چارپیر برخې قیچ نمونه دې د کلچر او اتی بیوگرام لپاره واستول شي .
- 3. د (CBC) او کوآگولیشن پروفایل (Coagulation Profile) د وینې بهېدنې پیژندنې په موخه وټاکل شي.



د درملنې پلان :

- 1) د کېتر علتې پذیرېه بلاک : کېدای شي چې نوې کېتر هم بلاک شي چې د سورنج پذیرېه په مصوونه بڼه علقه راویستل کېږي. همدا رنگه د علتې راویستونکې کېتر باید موجود او وکارول شي ترڅو دغه پرېن شوې کله (علقه) په آمبولې وانورې کېتر کېدای شي چې اسپایرېت شي او یا هم هغه ته د فلش کپنه د یوه سی سی توپرکولین سورنج پذیرېه تر سره شي او له هیپارین محلول (100 Units/mL) ورکړې څخه کار اخیستل شي همدا رنگه د سټریټوکاینیز محلول څخه هم گټه پورته کېدای شي .
- 2) د قات شوی کېتر : دا کېدای شي د موقعیت موندنې وروسته بیا له سره تېر اوسمون ورکړل شي. د تحت الترقوی کېتر مانوره ساده ده خود داخلی وداجی کېتر مانوره گرانه ده دا مانورې باید د معقم شرایطو لاندې تر سره شي.

3) هغه کېټر چې په غلطه لاره تطبیق وی: دا کېټرونه دی روویستل شی او له سره دې یا تطبیق کړل شی.

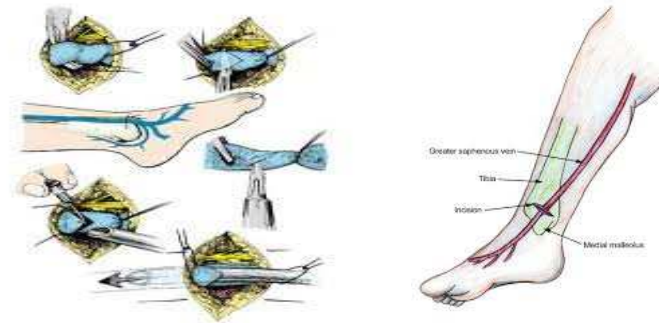
4) وینه بهېدنه : د وینې بهېدنې حالت دې د مستقیم فشار راوړلو پذیره ودرول شی.

5) اتانې کېټرونه : د اتانانو کنټرول او درملنه د کلچر او اتی پوگرام کړنې وروسته تر سره کېږي که چېرې د ناروغانو حالت وپجارت او خراب وی کېټر دې بدل کړای شی او درملنه پرته له کلچر کونې انتظاره د گرام منفی کنټرول کونکو درملو پذیره پیل شی او کله کلچر نتیجه راوړسېږي د هغې مطابق دې عیار کړل شی.

د کېټر د بریالی تطبیق نښې نښانې :

- وینه د کېټر تطبیق څخه وروسته د سورنچ پذیره په آسانه وینه راکښل کېدای شی.
 - په ساده توګه لارښود (Guidewire) تېرېدلای شی.
 - د لارښود (Guidewire) راویستنه نېغه تر سره کېږي.
 - د مایعاتو تطبیق په آسانه او روانه بڼه تر سره کېږي.
- D: د وریدې کېډون Cut down ستونزې :

کېډون هغه مهال تر سره کېږي چې نور ریدونه لاس ته رانشي په ښکته اویا پورته نهایت کې رګ غوڅېږي او هلته کېټر تیر او نښت کېږي او وروسته له هغه لارې ناروغ ته وینه یا مایعات ورکول کېږي.



که چېرې تاسو یوه ناروغ ته چې کېټر د کېډون له لارې ورته مایعات تطبیق کېږي د کېټر بندښت پېښ شوی دی راغوشل کېږي. سمدلاسه څو پوښتنې مطرح کېږي :

- A. آیا کېټر څومره موده کېږي چې تطبیق شوېدی ؟ که چېرې کېټر د درې- څلور ورځې تېرې وی او کار ونکړي ښائی د بندښت لامل یې د وربدونو د ولف عدم کفایه او یا هم د وینې علقې پواسطه بندښت وی .
- B. آیا د کېټر شاوخوا برخې پرسېدلی دی او که ؟ که چېرې پرسوب شتون ولری دا به د مایعاتو په اګراوېشن باندې دلالت وکړي یا دا چې کېټر د ورېدې لومن دننه ندې او د رګ د جدارونو دننه یا د جدار څخه بهر د پوستکي په طبقاتو کې ځای پرځای دی .

- C. آیا د پرسېدلې برخې رنگ څرنگه دې؟ که چېرې د اړوند برخې پرسوب سور اوښتې وی او د جس پواسطه دردناکه دا به د التهاب څرگندویه وی چې د څو ورځو په موده کې مخ ته راغلې .
- D. آیا د اړوند برخې څخه زوې یا قیج راوځی که یه؟ که چېرې پرسوب او ټودوخه شتون لری او د جس پذیریه قیج راتخلیه شی دا به د اسې او سلولیت څرگندویه وی چې ورته پاملرنه پکار ده او که چېرې د پوستکې برخه توره اوښتې وی نو د دغه برخې د نکروز خوانته فکر کېږی.
- E. آیا د کېټر له شاوخوا برخو څخه وینه بهېدنه شتون لری؟ که چېرې وینه بهېدنه شتون ولری نو دا پدې معنی ده چې د پروګریمال وربدی برخه ټولې نده یا غوټه وازه شویده چې وینه بهېدنه شتون لری .

لابراتواری کتنې:

- دوینې عادی کتنه به تبې او التهاب حالاتوکې د لوکوسایټوزیس څرگندونه ولری .
- که چېرې وینه ډېره بهېدلې وي د هیموګلوبین اندازه به ټیټه وی یا هم د وینې اختلال اړوند به د کوکولوپټی نشتیت شی .
- د اړوند ځای څخه نمونه دې کلچر او اتی بیوګرام په موخه لابراتوار ته واستول شی .

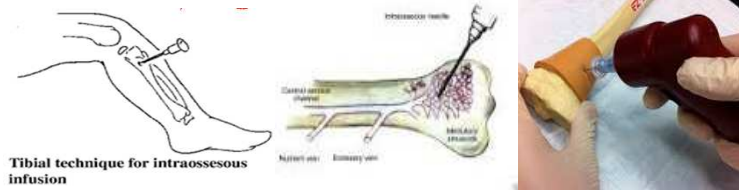
د درملنې پلان:

- A. که چېرې کېټر بیخا یه شوي وی او مایعات نه تېرېږی او شاوخوا پرسوب شتون ولری کېټر راویسل شی او له سره بیا کېټر ټېرول شی.
- B. که چېرې پرسوب ستون نلری او کېټر کار نکوی باید لومړی د (3-5 ml) سورنچ پذیریه مایع د (Flash) په توګه رګ ته تېرېږی او دا برخه وارزول شی.
- C. که چېرې د اړوند برخې پرسوب شتون ولری او د کېټر ټېرولو څخه څو ورځې تېرې وی او کېټر بند وی نو کېټر اویسل شی او که اړتیا وی کېټر په بله برخه کې د کټ ډون پذیریه تېرېږی.
- D. که چېرې د اړوند برخې پرسوب شتون ولری او د کېټر ټېرولو څخه څو ورځې تېرې وی او کېټر بند وی او هلته قیج (زوې) شتون ولری د همدې برخې نمونه اخیستل شی نو کېټر اویسل شی پانسما تر سره کېږی او اړوند اتی بیوټیک ورکول شی او که اړتیا وی په بله برخه کې کېټر د کټ ډون پذیریه تېرېږی.
- E. د درد او التهاب ضد درمل د اړتیا له مخې ټاکلی ډوز سره ورکول کېږی .

E: د هډوکي له لارې تطبیق:

- که چېرې په ماشومانو کې رګونه د زرقیانو لپاره ونه موندل شي د (Tibia) هډوکي ته دغټ قطر درلودونکی ستنه د ننه کېږی .

ii. او یا دهغه له لارې مایعات تېرېږي د (Intraosseous infusion) نوم ورکول کېږي چې دا هغه مهال کېږي چې بله چاره نه وي پاتې او ناروغ مرکونی حالت ولري البته په دې حالت کې (Osteomyelitis) ناروغي د احتمال څخه لرې نده.



د مایعاتو د تطبیق نورې لارې:

- i. تحت الجلدی (Subcutaneous): دا ډول کړنه کله ناکله کارول کېږي خو یوازې په هغه حالاتو کې چې هایپوتینشن د دیهایدریشن له کبله وي او د مایعاتو بیا ورکول ډېر اړین وي.
- ii. انفي معدوي ټیوب (NG Tub): د انفي معدوي ټیوب له لارې هم کله ناکله د مایعاتو بیا ورکول د شدید ډول دیهایدریشن ناروغانو ته تر سره کېږي خو دا دومره مؤثره نده چې شدید ډول د شاک حالت دې درمنله کړي.
- iii. د نامه غوټۍ ورید (Umbilical Vein) له لارې: په نوې زوکړو ماشومانو کې د مایعاتو او وینې تېرول کېدای شي چې د اړتیا پرمهال ر نامه غوټۍ د ورید له لارې په ښه توګه تېرشي او د ناروغ اړوند ضایعات او اړتیا له منځه یووړل شي.



نس ناسې (اسهالات)

Diarrhoea

که چېرې یو شوک د (24) ساعتونو په لړ کې د (1-2) ځله څخه ډېره اندازه غایطی مواد (غول) اطرل کړې او قوام یې نری وی او دفعات یې زیات وی نو ورته نس ناسې ویل شی.
ستونزه:

که چېرې ناسویو ناروغ ته چې (56) کاله عمر لری او د (Aortobifemoral Vascular Graft) رگونو کرافت جراحی کړنه ورته تر سره شوې دی او د نس ناسی شکایت له امله راو غوښتل شی لاندې پوښتنې به مطرح وی:

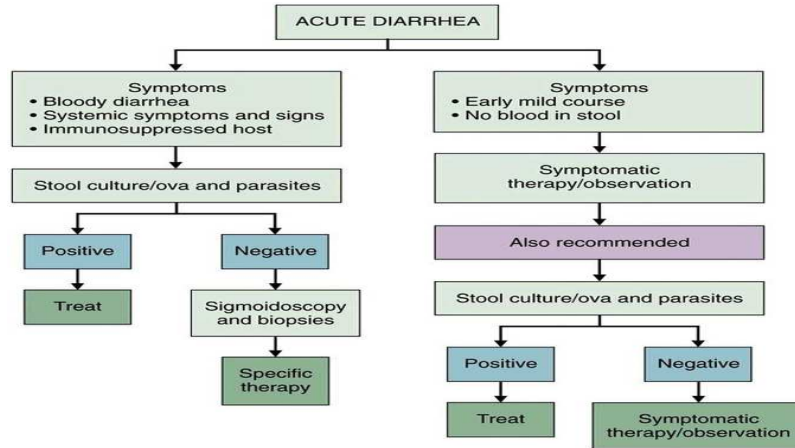
- A. د ناروغ حیاتی علایم څه ډول دی ؟ ټاکی کارډیا او تفریط فشار ښایي د حجم ټیوالې او کمښت ، تبه او ټاکیټیا ښایي د اتان څرگندی وی همدا ډول که مېټابولیک اسیدوزیس غبرگون شتون ولری ښایي چې د ایسکیمیا ترضیض لکه د کولمو د احتشاً ښودونکې وی.
- B. آیا نس ناسې وینه -مخاط لری ؟ یوازې وینه به د [کولمو د ایسکیمیا، کولون نیوپلازم (کارسینوما ، ذغابې اډینوما)] څرگندونه وکړی . او که چېرې وینه او مخاط شتون ولری دا به د اتاناتو پرازیتونو (شجیلا ، آمیب ، جیارډیا) د کولمو التهابی ناروغیو حالت څرگند کړی .
- C. آیا ستونزه حاد که مزمنه بڼه لری ؟ حاد ډول نس ناسې ښایي د اتاناتو ، درملو ، اسکیمیا - احتشاً له امله وی . که چېرې مزمنه بڼه ولری چې پېرني درملنه نه غواړی ښایي د گېډې درد سره مل وی د درملو او ملیتاتو مستحضراتو له امله معمولاً منځ ته راځي .
- D. کوم ډول درمل همدا مهال ناروغ ته ورکول کېږی ؟ یولړ درمل کېدای شی چې نس ناسې پیش کړی لکه اتی بیویټیکونه او نور درمل .



توپیری پېژندنه .

1) حاد نس ناسې:

ډېر نادر ډول حاد لامونه به د نس ناسی لپاره په جراحی ناروغانو کې وموندل شی دا به معمولاً د [ویروسونو (اډینو وایروس ، روتا وایروس...) ، باکتریايي (سلمونیل، شجیلا ، کمیلوباکټر او ریسیټیا... نور) ، پرازیتونه (آمیب ، جیارډیا ، اسکاریس ... او نور] وی .



a. ایسکیمیا . د کولمو ایسکیمیا د میزانټریک شریانی بندښت او احتشاً له امله پېښېږي چې پکې حاد شدید درد ، د کولمو پریستالټیک غړونو نشوالې ، د کېډې اتساع او وینه لرونکې نس ناستې شتون لری . چې د جراحی رگونو لېگاتور وروسته د کولمو د اړوند برخو ایسکیمیا او نکروزیس منځ ته راوړی .

b. معدی معایی وینه بهېدنه : د وینې موجودیت په کولمو کې کولای شی چې د یوه مسهل یا بهوونکې په څېر عمل وکړی .

c. درمل :

- یولړ درمل لکه اکتینوین ، ډیجوکسین ، کولچسین ، مگنیزیم اټی اسیدونه ، کیموتراپی مستحضرات (میتوټوکسپټ ، ادریامایسین) او مسهلونه (جولاب) [دا ډول نس ناستې پېښې منځ ته راوړی .
- اټی بیوټیکونه : دا مواد د کولمو د فلورا بدلون پېښوی او د سؤجذب لامل کېږي کاذبه غشأ کولیت ناروغی منځ ته راوړی . دا درمل کېدای شی د ډېر مقدار دوامداره استعمال له امله ناروغی پېښې کړي لکه (سفالوسپورینونه ، کلیندامایسین ، آمپسلین ، زرقی آمانوگلایکوسیدونه) .
- 2) مزمن ډول نس ناستې :
- التهابی (ریجیونال اترایتس ، السراټیف کولایتس ، وړانگو پذیرعه درملنه) د کولمو التهاب منځ ته راوړی .
- نیوپلاستیک ناروغی (د کولونونو کانسروونه لکه ذغابی اډینوما) د نس ناستې ناروغی پېښوی .
- انډوکرین ناروغی [د کارسینوئید سندرومونه، هایپرپیتوریزم ، او د آیسلټ حجراتو تومور (کاسټرینوما ، زولینجرایلسین سندروم ، (VIPoma) "Vasoactive –Intestinal Polypeptid hormone" د نس ناستې حالت پېښوی .

- له عملیات څخه وروسته : اسهالات کېدای وروسته له کاسټرکومی ، پانکریاټیکومی او غټو کوچنیو کولمو پراخه اندازه قطع کولو څخه وروسته ولیدل شی.
- پانکراس اړوند : آکروکړین پانکراسی اختلال په (Steatorrhea او Malabsorption) ډول منځ ته راځی.
- پارډوکس ډول : غایطی کلې (Feecal Impaction) چې د اوږدې مودې لپاره پاتې وی د هغه غاړو څخه د نړۍ موادو تېرېدنه پېښېږی د نس ناستی حالت پېښوی .
- نور لاملونه : روانی -عقلی او (Bowel Irritable Disease) ناروغی د نس ناستی حالت پېښوی.

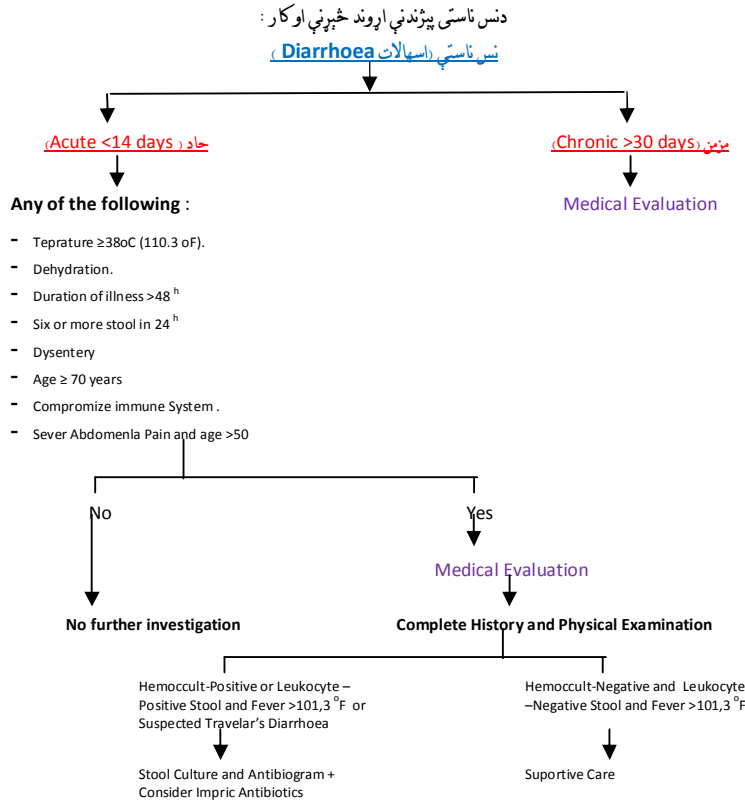
فزیکي کښې :

1. حیاتی علایم : غیر منظم نبض بشائی د اذیني فبریلیشن څرگندویه وی او د آمبولې سرمنشه به وبلل شی.
2. د کېدې کڼه : درد نادراً په د نس ناستی حالت کې منځ ته راځی که چېرې شتون ولری د باکټریاوو (شجېلا ، یرسینیا ... او نور) او مېزاتیریک ایسکېمیا په شتون به دلالت وکندی چې پکې حاد شدید درد ، د کولمو پریستالټیک غړونو نشوالې ، د کېدې اتساع او وینه لرونکې نس ناستی شتون لری.
3. مقعدی کڼه : ددې لپاره چې یولړ ناروغی لکه (نیوپلازمونه ، غایطی کلکې کلې او نوری ناروغی رد یا تائید شی هر ورو باید د کوتې پواسطه مقعدی کڼه تر سره شی.
4. پوستکې : ژړپې ، سپاډر آنجیوما ، پالمیر ایرټیما دې تل ولټول شی تر څو د ځیکر او پانکراس اړوند ثانوی ناروغی او الکھولوېې کچې څښاک لاملونه تثبیت کړل شی.

لابراتواری کښې :

1. د غایطه موادو کڼه : د تازه وینې ، پرازیتونو هکچې ، او لوکوسایټونو تثبیت اړوند دې غایطی مواد وکلل شی .
2. د غایطه موادو کلچر کڼه : د کولمو پټوجن مېکروبونو تثبیت لپاره دې دا کڼه وشی .
3. هیموگرام : د هیموگلوبین کچه او هیماتوکریټ اندازه دې وکلل شی تر څو د وینې بهېدنې کچې اټکل تر سره شی ، لوکوسایټوز به اتاناتو او تنقب اړوند معلومات راکړی همدارنگه انیوزینوفیلیا به د پرازیتونو متن کېدنه په گوته کړی.
4. الکټرولایټونه : شدید ډول د نس ناستې به د وینې د سپروم اړوند الکټرولایټونه رایتې کاندې ، هاپوکلیمیا او بای کاربونېټ ضایع کېدنه به د مېټابولیک اسیدوزس او نورمال انیون تشې لورې ته پام واړوی.
5. د شریانی وینې گازات : دا کڼه به د اسیدوزس ارزونې اړوند معلومات څرگند کړی.

6. د غایطه موادو الکترولائیټونوکنه: د غایطه موادو سوډیم ، پوټاسیوم ، پای کاربونیټ به د مایعاتو د کچې اعادي اړوند معلومات څرگند کړي .



که چېرې نس ناستې د (15-29 days) ورځو پورې له منځه ولاړ شي دا د (Persistent Acute Diarrhoea) تر سرلیک نامه لاندې څېړل شي که تر هغه ډېره موده ونیسي نو دابه د مزمن نس ناستې تر سرلیک لاندې وڅېړل شي.

راډیولوژیک او نورې کتنې :

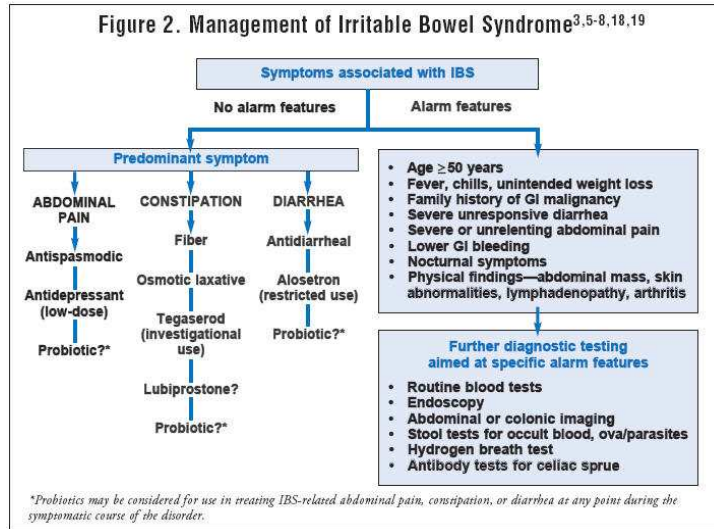
1. سیګموئیدوسکوپي : دا کړنه به د سکموئید او کلونونو اړوند تومورونو ، پولیپوزس ، کاذبه غشایی کولیت معلومات راکړي او د شکي برخې څخه د بیوپسی اخیستنه به تر سره کړل شي .
2. انفي معدوی اسپايريشن : یوانفي نیوب دې معدې تېر شي تر څو د هضمی جهاز پورتنۍ برخې وینې بهېدنې اړوند معلومات راکړي .
3. د گېډې او صدر راډیوگرافي : د بندښت د سوپي ټاکې (Dilated Loops and Air -fluid levels) او کولمو -معدوی نټب (Free Air or Pneumopretonium) او د باب سیسټم برخې د هوا شتون به د (Ischemic Bowel Necrosis) او پانکراس نکلس اړوند معلومات راکړي .

4. پاراسنتېز (Paracentesis) : د ایسکېمیا او کانکرن لټون په موخه پاراسنتېز او پریټونال لواز ډیره غوره بلل شی .
5. ارتریوگرافي : د ایسکېمیک کولمو جروحاتو کې تر سره کېږي .
6. باریوم او کاسټروگرافین اینیما : دا د کولمو التهابی ناروغیو او نیوپلازمونو پېژندنې لپاره تر سره کېږي .
7. کولونوسکوپي : دا کړنه به درېکټوم بواسیر، سگموئید او کولونو اړوند تومورونو، پولیپوزس، کاذبه غشایي کولیت معلومات راکړي .
8. د زړه گراف : د مېزاتریک آمبولې – اذیني ترومبوز، میوکارډ احتشأ او فیبریلبشن اړوند غوره معلومات څرگندوي .

د درملنې پلان :

- A. د مایعاتو او الکترولائیټونو علاج :
 - د واضح ډیهاډریشن درملنه دې د مایعاتو او الکترولائیټونو اعادې پذیرعه وشي .
 - الفا – ادرینرژیک مستحضرات دې د مېزاتریک ایسکېمیا رغونې او وینې فشار ساتنې په موخه ورکړل شي .
 - په شدید ډول نس ناستی کې د کارسینوما پېښو کې دې د بای کاربونېټ او مایعاتو درملنه وشي .
- B. د درملو ودرېدنه : هغه درمل چې د وینې بهېدنې لامل گرځي سمداسه دې ودرول شي لکه (کلیندامایسین، ادریامایسین) یا مگنیزیم لرونکی اتی اسیدونه .
- C. د نس ناستی ضد درمل : یو لړ درمل چې د غايطې موادو قوام ته کلکوالي وربخښي د لنډمهالی مودې لپاره پکار وړل کېدای شي . خود اتاناتو چانس ته زیاتوالي وربخښی نوکه چېرې د اتاناتو مداخلې ډېر زیات چانس وی باید ترې ډه ډه وشي . که چېرې کلکه غايطی غوټه یا نیوپلازمونه شتون ولری باید د قوام کلکونکو درملو ورکړې څخه ډه ډه وشي .
د قوام کلکونکی درمل په لاندې ډول ذکر کېږي :
- نارکوټیک : د [پینو (تاریاکي) عصاره، Diphenoxylate، Atropin، Codeine، Loperamid] ورکړه .
- بېسموت – سالیسلیټ : دا درمل د پروسیاگلانډین جوړېدنه نهی کوی .
- کولین او پکین : په ډېرې پېښو کې نه کارول شي .
- کولیسټرامین Cholesteramin : دا یو ډول ښه ماده ده چې د وانکومایسین سره مگر ډول د کولمو کاذبې غشأ پېښو درملنه کې پکار وړل شي .
- خوراکي (غذائی) بدلون :
 - لکتولوز لرونکی خوراکي توکی .
 - د مایعاتو د نلرونکو غذائی مواد د (24-48) ساعتونو په لړ کې .

- د عالی ارزښت غذاکانو پرهېز په کراره سره.
- D. اتی بیویکونه :
 - باکټریا ضد :
 - سالمونېلا (مخرفي) .
 - شجېلا (کوټریموکسازول یا آمپیسیلین ... نور) .
 - کامپیلوباکټر (اریټرومایسین ... نور) .
 - اتیروپټوجن لکه ایشريشيا کولې (ټیټرا سيکلینونه) .
 - جيارډیا (میټرونېدازول) .
 - د کاذب غشا لرونکې کولیت : د دې ناروغۍ درملنه د وانکومايسين (Voncomycine $125 \text{ mg PO} / 6^h$) او یا (Metronidazole $500 \text{ mg PO} / 6^h$) پذیریه کېږي چې معمولاً د درملنه د اوه ورځو پورې وی همدارنگه کولیسټرامین (دورځې څلور ځله کېدای شی پرې ورگډ کول شی .
- E. عملیات : آمبولکټومی ، د کولمو غوڅول او مېزانتريک شریان بای پاس د ایسکېمیا درملنې کې ترسره کېږي . غوڅول همدا ډول د سرطاني نیوپلازمونو او یا هم د کولمو التهابی ناروغیو اختلاطی بڼې درملنې په موخه ترسره کېږي .
- F. نورې درملنې : ددې درملنو اړوند لاندې طریقي شاملېدای شی :
 - د هضمی جهاز د وینې بهېدنې ودرولو کټرول ټولې طریقي کېدای شی پکار یوړول شی .
 - د (Disimpaction Method) میتود : دا دلاس پذیریه د لاسپوش د گوتو څخه په کافي اندازه د یوه لوبریکانت پذیریه غوړول شی .
 - د پانکراس عدم کفایه : پدې کې لوړ ډوز سره د انزایمونو (Viokase.Pancrease او نورو انزایمونو) معاوضه کېږي .
 - د تايروټوکسیکوز کټرول : پدې کې (PTU) یا (Betablockers, Iodide.Methimazole ، Dexamethasone) درملو څخه کار اخیستل شی .
 - سټیروئیدونه یا سلفاسلازین درمل : دا درمل په کولمو التهابی ناروغیو کې پکار وړل شی .
 - لوړ ډوز سمپټیډین د هغه نس ناستی کې چې دگاسټرینوما ناروغۍ کې ورکول شی .



د ډرین دهانه

Drain Output

د اندازې (کمیت) بدلون :

که تاسې د یوه ناروغ چې ورته د کبد غوڅېدنه (هیپاټیکومی) تر سره شویده او دوه ورځې وروسته د دریناژ د حجم مقدار زیاتوالې د (Jackson-Pratt Drain) درین کېنودلې له کبله پېښ حالت دویمې ورځې په لومړنیو اته ساعتو ووبنی. نولاندې پوښتنې به مطرح شی.

A. دا چې کوم ډول عملیات ورته تر سره شویډی او درین چېرته کېنودل شویډی ؟ که چېرې درین د صفراوی لارې عملیات له کبله (T-Tube) کېنودل شویوی نو طبیعي ده ډېره اندازه دریناژ باید شتون ولری او که د صفراوی کڅوړه ویستل شویوی نو باید دا حالت برعکس وی.

B. د دریناژ مایع خصوصیت /طبیعت څه ډول دی ؟ مایع بنائې چې [مصلی - وینه لرونکې (Serosanguinous) ، مصلی ، وینه ، قیچی ، لمفاوی (Chyle) ، صفراوی ، پانکریاټیک عصاره، د کولوموحتوی ، میازې ، نخاعی-دماغی مایع] وی . چې دامایع ځینې وختونه په سترگو پیژندل شی او ځینې وختونه د لابراتواری کتنو ته اړتیا لری.

C. آیا د مایع د تغیراتو سره کوم ډول کلینیکي اعراض او علایم شتون لری ؟ دا کلینیکي اعراض او علایم لکه (کانکې ، درد، تبه ، اتانی نښې ، تقریط فشار ، بطني اتساع) کېدای شی شتون ولری.

D. د عملیات څخه وروسته مهال څه ډول نمونه دریناژ شتون درلوده ؟ دا چې که چېرې دریناژ له عملیات څخه وروسته لږه پیمانه وی او ناڅا په زیاتوالي ومومی او پدې هکله دې عمومی ټول ټال د دریناژ اندازه وټاکل شی او د التراساوند کتنه به بنائې د ګېډې د جوف دننه کره معلومات راکړی .

E. آیا د ناروغ په کچه وړه (فعالیت) کې د دریناژ د بدلون سره توپیر موندلې او که؟ که ناروغ د خوراک سره سم د [پانکراس، صدری قنات یا د (T-Tube)] څخه بهیر بدلون مومی یا ناروغ فزیکي فعالیت وکړي او خوځښت پیل کړي یا فزیکي درملنه واخلی نو د نهایتو لمفواوی غوټو د تسلیخ او غوځولو له امله د دریناژ زیاتوالي پېښ دی.

د درین کېښودنې ځایونه پېژندنه :

1- نهایت / لمفواوی (ابطی، مغبنی) غدواتو راویستې برخو کې : د غه برخو کې د (لف، مصلی مایع) د راټولېدنې څخه د مخنیوی په موخه او د لمفواوی مایع دریناژ زیاتوالي د ناروغ دخوځښت او حرکت سره منځ ته راځي.

2- د منصف ټیوب : چې واز ډول زړه جراحی تر سره کولو وروسته کېښودل شی.

- د دې لپاره چې د وینې راټولېدنې او زړه د ټیمپوناډ څخه مخنیوی وکړي .

- د وینې دریناژ زیاتوالي به د وینې بهېدنې ټکې راپه گوته کړي .

- سمدلاسه ودرېدنه د ټیوب بندښت ته ښوونه وکړي او د ټیمپوناډ حالت به منځ ته راوړي .

3- صدری ټیوب دریناژ: صدری ټیوب په بیلایل ناروغیو کې د صدر جوف کې کېښودل شی.

- د صدری ټیوب دندې تر سره کول به بیلایل پېښو کې توپیر ولری لکه په (وینه، قیج، هوا، مایع) کې.

- د ټیوب دریناژ زیاتوالي به یو ډېر قوی توپیر به د خوراک او مایعاتو څښاک سره د صدری قنات شلېدنې حالت کې څرگند کړي .

4- د ځیگر – صفراوی ټیوب دریناژ: د لاندې پېښو کې ټیوب په کېدی لوژ کې کېښودل شی:

1) هیپا ټیکومی :

- د کېد د قطع شوي برخې سطحې څخه (لف، وینه، صفرا) دریناژ شتون ولری او د صفرا زیاتوالي

به صفراوی قناتونو د لېگاتور برخې لېکاژ وکړل شی.

- مایع دې د صفرا تثبیت لپاره لابر اتوار ته واستول شی.

2) کولیسېسټکومی :

- د درین مایع دې د وینې – صفرا شتون لپاره وپلټل شی چې د دریناژ اندازه به د سیسټیک قنات –

شریان لېکاټور برخې سستوالي څرگند کړي.

3) گډ صفراوی قنات جراحی :

- د گډ صفراوی قنات دننه د (T-Tube) کېښودل د کولیدو کوټومی وروسته تر سره کېږي تر څو د

زیاتې پیمانې صفراوی لېکاژ مخنیوی وکړي همدارنگه د تشخیص، کولانجیوگرام او ډبرې

راکتبلو درملنې اړوند هم خپل ارزښت لری.

- که چېرې دریناژ ډېره پیمانه وي دا به په ډاگه کړي چې د گډ قنات دننه د (ډبرې، ستازس، اذیما، او

د خولې له لارې خوراک) پذیرېه زیاتولې موندلې .

5- د پانکراس پروسیجرونه:

- نوکه چېرې د پانکراس غدې ترضیض ، تومورونه شتون لری او د هغه له کبله پانکراس نسج غوڅېږی یا هم د قنات سیسټم وازوالې د پانکراس کاذب سیسټ له کبله بهر ته لاره ورکړل شوېوی د پانکراس افرازاتو د راټولیدنې مخنیوی لپاره درین کېښودل شی.
- د دریناژ دهانه زیاتوالې به د قنات انسداد یا تغذیه اړوند څرگندونې وکړی .
- 6- د مری (ایزوفاکوس) پروسیجرونه :
- د دریناژ محتوی او دنده دا څرگندوی چې مایع تخریشی ده که متنن .
- د دریناژ زیاتوالې دا څرگندوی چې لیکاژ شته که نه او لپارو محتوی نشیت به د کاسټرو- ایتستینال رفلوکس شتون رد کاندې.
- 7- د بولی لاری پروسیجرونه :
- دا بنسټی د کامل ډول مټانې غوڅولو او حالونو غرس په کولمو کې ، پروستاټیکومی ، لمفاوی غوټو غوڅولو او نورو پرسیجرونو کې د بورینوما د مخنیوی په موخه کېښودل شی.
- د دریناژ زیاتوالې دا څرگندوی چې لیکاژ شته والې راپه گوته کاندې چې د گډولې یا تقم برخې لیکاژ څرگندوی.

د فزیکي کتنې غوره نښې:

- 1- د دریناژ مایع: مایع دې وکل شی او [رنک، اوځانکړتیاوی (قیح، وینه، صفر)، دې وپېژندل شی همدارنگه د ټیوب بندښت دې د علقې له امله بندښت لپاره وپلټل شی.
- 2- سرې: د تنفسې آوازونو بدلون دې وپلټل او نشیت کړل شی.
- 3- زړه: د تیمپوناو اړوند فزیکي نښې لکه د (وداجی ورید پرسوب یا اتساع، د پاراووکس نبض، اوږه آوازونو کښت یا ورکېدنه) ځانگړې ارزښت لری.
- 4- کېډه: د گېډې (درد، اتساع، د مایع څپه ایزه (Fluid Thrile) نښانه) به د مایع راټولیدنې پرمهال شتون ولری.
- 5- نهایت (لاسونه- پښې): نهایت دې د مایع دریناژ اړوند په هغه برخه کې چې عملیات تر سره شوې ولټول شی.

لابراتواری کتنې:

- 1- هیموگرام: په هغه حالاتو کې چې اتانات یا وینه بهېدنه شتون ولری تر سره کېږی.
- 2- د دریناژ شوي مایع هیماتوکریټ: معمولاً گراس وینه لرونکې مایع به د ډېرې پیمانې لمف او سپروم درلودونکی وی او د دریناژ شوي مایع هیماتوکریټ دې د وینې هیماتوکریټ سره پرتله کړل شی.
- 3- د دریناژ شوي مایع د گرام تلون او کلچر: که چېرې اتانی شهود شتون ولری تر سره کېږی.
- 4- کیمیاوی کتنې (Chemistry): دا کتنې د مایع د اوصافو اړوند ښه معلومات راټولوی.
- امایلز: امایلز انزایم به د پانکراس افرازاتو کې زیاتوالې ولری.

- تراکلايسرایډ: دا د صدري قنات لمفاوی دریناژ کې زیاته پیمانہ تثبيت کېږي.
 - کریاتینین: که چېرې مایع میازي وی پدې صورت کې به د کریاتینین سویه پورته تثبيت شی.
 - پی ایچ (pH): د پلورائی مایع (pH < 7.2) بنسټی د آمپیم (Empyema) په شتون کې تثبيت شی.
- راډیولوژیک او نورې کټې:
- 1- صدري راډیوگرافي: د صدري مایعاتو د زیات دریناژ په صورت کې دې د تیوب او مایع ارزونې په موخه تر سره شی.
 - 2- ساده فیلم: ډېرې درینونه د اوپک مادې پذیرمه مخلوط وی چې په ساده فیلم کې د درین موقعیت په ښه ډول تثبيت شی.
 - 3- رنگه (Contrast) څېړنې: روتین ډول د (T-Tube) ارزوونه د صفراوي لارې عملیات تر سره کولو وروسته او همدا رنگه د (فیستولونو، لیکاز، جوفونو، بندښتونو) اړوند معلومات څرگندوی.
- د درملنې پلان:
- پدې لړ کې د مایعاتو د زیرمو او اړوند پالوژي موندنې له مخې درملنه تر سره کېږي چې دا به خاص ډول ارزښت ولري.
- A- پېړنۍ درملنه: معمولاً د زړه عملیات وروسته سمدلاسه جراحی یا مداخلې ته اړتیا نه پرېوزي او د یو لړ حالاتو پورې تصمیم نیول ترلې دي.
- 1- د دهانې زیاتوالي: دا معمولاً وینه وي چې په هر (30-60min) موده کې زیاتوالي د تثبيت وړ گرځي چې ورسره به د وینې هیماتوکریټ لري او کواگولو پټي حالت ارزوول او ټاکل شی.
 - 2- د دریناژ کمښت: سمدلاسه د مایع دریناژ او ودرېدنه به د تیوب بندښت د وینې علقې پذیرمه منځ ته راغلي وی د تیمپوناډ ودې لپاره یو علامه ده چې د تیمپوناډ حالت کې به د وینې فشار تیتوالي ومومي.
 - 3- جراحی عملیات: که اړتیا پرېوزي د جراحی یا مداخلې او هماغه ټوما تخليې ته د رتروسترنال له لارې تر سره کېږي چې پکې د جرحې لاندې برخه وازوي. همدا رنگه د نورو برخو یا جراحی عملیات هم تر سره کېدلای شی.
- B- روتین منجمنټ: پدې هکله لاندې کړنې تر سره کېږي.
1. د مایع (مقدار، اوصاف) دې تثبيت شی او د کټې او تحلیل لپاره دې لابراتوار ته دې واستول شی.
 2. د ډېرې اندازې مایع ضایعات دې د مایعاتو په مناسب اندازې سره اعاده کړای شی:
- د مایعاتو، الکترولايتونو، وینې، پلازما اعاده وې وشي.
 - که چېرې انتانات شتون ولري مناسب اتی بیوتیکونه ورکول شی.
 - که چېرې خراج یا اېسې منځ ته راغلي وی دریناژ تر سره کېږي.

د ټرمينز هذيانات

(Delirium Tremens)

ستونزه: د يو (55-years) کلن ناروغ چې د مسموميت (Intoxication) له کبله بستر شوی او ورته د ګېټې درد ، امايلېز لوړه کچه ثبت شوې ده او د نارکوتیک درمل ورکړل شويدي د بستر کېدنې په دريمه ورځ کې ناروغ علايم زياتوالي موندلې او د ډيوال سره خبرې کوي او شديد ټکانونه لري لپاره تا سو راغوشل شوی ياست لاندې پوښتنې به مطرح وي:

A- د ناروغ حياتي علايم څه ډول دي؟ فرط فشار ، ټاکی کارډيا ، تبه به د اوتونوميک ډېر فعاليت څرګندونه وکړي او د هذياناتو سره مل وي.

B- د ناروغ رواني – روحي حالت څه ډول دی؟ د شعور اختلال به د هذياناتو سره مل وي برسامات او شعوري مغشوشيت به د دماغي تخريب سره مل وي د سترګو اړوند بصري برسام (Pink –elephant) معمولاً د ټوکسيک پسایکوز سره مل وي ، سمعي برسام به عقلي يا رواني ناروغيو کې شتون ولري.

C- د ناروغ تنفسي حالت څرنگه دی؟ هغه ناروغان چې شعوري حالت يې مختل وي پدوی کې به داسپايريشن خطر زياتوالي ومومي.

D- کوم ډول درمل ناروغ ته ورکول شي؟ بايد د اعتياد لورې ته فکر واپول شي.

E- آیا ناروغ د الکولو يا درملو مداوم خوراک تاريخچه لري؟ پدې اړوند دې پوښتنه وشي چې د درملنې لړ کې خاص ارزښت لري.

توپيري پېژندنه:

د دماغي منتشر ډول دندې اختلال ، موضعی عصبي تقايص ، د ساختمانو غیر نورماليتاوو (Stroke, Brain Tumors او نورو) حالتونه د څېړنو او مراقبتونو ته اړتيا لري .

1- د پرېښودني سندرومونه (Withdrawal Syndromes):

1) Delirium Tremens: دا د الکولو ترک کوونکو خلکو منځ کې خطرناک او ژوند تهديد کوونکې بڼه لري. او پدې هکله دې تل فکر وشي او د هغه ناروغانو کې چې (3-4 Days) ورځو بستر څخه اوښتي وي او که ناروغانو نه وي ويلې چې الکول څښاک لري ورته پاملرنه پکار ده تر څنگه نور علونه هم بايد وپلټل شي.

2) باريتورات درمل پرېښودنه: د کلينيک له پلوه په هغه ناروغانو کې چې د باريتورات درمل دوامداره خوري او هغه پرېږدي نو دوی ته هذيانونه پيدا کېږي.

3) د اپينو (ترياکو) پرېښودنه: تل د اپينو پرېښودنې د (48^h) وروسته اړوند هذيانات منځ ته راځي خو د هيرويينو پرېښودنې حالت کې دمخه تر دې منځ ته راتلای شي اعراض به (نارامي ، پوزه بهېدنه، اوشکې بهېدنه ، زړه بدوالي ، نس ناستې ، فرط فشار) وي .

2- مېټابولیک اېنارمليټي گانې:

- i. دالکټرولايټ اېنارمليټي: مزمن کانگې، پانکرياتيټ، کليوي عدم کفايه، او شديد ډول کېدې عدم کفايه الکترولايټي اختلال پېښوي چې د هډيان لامل گرځي.
- ii. هايپوکسيا: د زړه احتقاني عدم کفايه کولای شي هايپوکسيا پېښه کړي چې د هډيان لامل گرځي.
- iii. د درملو مسموميت: يولې درمل د دماغي اختلال لامل کېږي او هډيانات منځ ته راوړي.
- 3- اندوکرين اېنارمليټي: يولې ناروغۍ چې د اندوکرين غدواتو پورې اړوند وي لکه د تايرايډ او ادرينال کورټيکس د دندې اختلال دا ناروغۍ پېښوي، هايپوگلايسيميا د انسولين توليدوونکو تومورونو يا کولمو اړوند او تصادفي ډول د انسولين پريمانه کچې ورکولو له کبله دا ناروغۍ پېښېږي ډيابيټيک کېتواسيدوزس او هايپير اوزمولار کوما هم بايد په پام کې ولرل شي.
- 4- د مرکزي اعصابو اتانات: لکه مننجيټ او انسفاليت کېدای شي دا ډول هډيانات منځ ته راوړي.
- 5- د جدې څارنې خونې پساېکوز: هغه ناروغان چې پدې خونې تر څارنې لاندې دی او ورته د زړه رگونو باي پاس تر سره شوي وي ورته د (Post Pump Psychosis) يا (Pericardiotomy Syndrome) سندروم هم ويل شي.
- 6- سپيسيس: هرډول اتاني لامل سپيسيس ښايي د هډياناتو لامل شي.

د فزيکي کتنې غوره ټکي:

1. حياتي علايم: ټاکی کارډيا، تبه، معمولاً د پريښودنې (ترک کولو) سره مل وي.
2. د غاړې گڼه: د وداجي وريد پر سوب د زړه احتقاني عدم کفايه او تايرايډ گلاتو (هايپرتايرايډيزم) کې منځ ته راځي.
3. د صدر گڼه: د زړه احتقاني عدم کفايه، ريوې اذيما او هايپوکسيا په پام کې ونيول شي.
4. د گېډې گڼه: د مټاني پر سوب په زړو عمر ناروغانو کې د اجيټيشن لامل گرځي.
5. پوستکي: منتشر ډول جلدي پر سوب به د هډياناتو لامل شي.
6. عصبي کتنې: د رواني حالت بدلونونه به د هډياناتو، برسام، مغشوشيت او نه پېژندنې حالت منځ ته راوړي، رفلکسونه به شديداً زياتوالي ومومي خو دا به متناظر وي، حدقې په غبرگون ولري. همدا ډول هر راز (حرکي، حسي، ژور ټينډوني، دماغي اعصابو) اعراض او علايم به (دماغي-نخاعي) اناټوميک ناروغۍ څرگندې کړي.

لابراتواري کتنې:

1. الکترولايټ، گلوکوز او کلسيوم: د هايپوناتريميا، او هايپوگلايسيميا اړوند دې ټون وشي چې دواړه شديداً ژوند تهديد کونکي دي د کلسيوم اېنارمليټي گانې هم د ارزښت وړ دي.
2. د شرياني وينې گازات: هايپوکسيا ډېره د ارزښت وړ ده.

رايولوژيک کتنې:

1. د صدر راډیوگرافي: د زړه لویوالي او ریوی اذیما لټون ډېر د ارزښت وړ دی.
2. مرکزي عصبي سیستم خپونه: ددې سیستم د ناروغیو پېژندنې لپاره اړتیا ده چې د (سی تی سک) ، آیم آر آی ، فطنی بډل ، او موضعی ناروغیو کې د دماغی گراف (تر سره شی.

ددرملنې پلان:

1. مخنیوی: پدې لړ کې به کېدای شی د ترانکولایزر درملو [بنزودیازپین کورنی لکه اوکسازپیم (Oxazipum 15-30mg/oral /4-6^h) ، کلوډیازوپوکساید (Chlordiazepoxide 25-50 mg PO/6-8^h)] څخه ورکول شی.
2. هذیانونه (Delirium Termen's): د (الکولوېجده پیماننه مقدار څښونکي پرېښودونکي ناروغانو کې او د کانګوله امله د ډېر الکترولایتونو ضایعات ، کېدی انسفالو پټی) پېښې ددې لامل ګرځي .دوی ته لاندې درملنه تر سره کېږي.
 - i. بنزودیازپین (Benzodiazipin) کورنی: لومړۍ د ورید له لارې (Diazepam 5-10 mg IV/4-6^h) او یا د خولې له لارې ډیازپیم ، کلوډیازوپوکساید پدې ډول د دوام ورکول شی.
 - ii. ددې لپاره چې ناروغ ځاته ضرر پېښ نکړي د پرمخ (Prone Position) وضعیت ورکول شی.
 - iii. د ورید له لارې د مایعاتو اعاده به معمولاً کټه وړه وی چې پکې (Thiamin 100mg) ، (Multivitamin) ، (Magnisium 1-2 gr) ، او (Calcium 500mg) په سوټغذیه ناروغانو کې ورکول شی.
 - iv. د اختلاجونو مخنیوی په موخه د (Phenytoin, Paraldehyd) درملو څخه کار اخیستل شی.
3. هایپوکسیا (Hypoxia):
 - i. د اوکسیجن ورکول د ماسک لارې.
 - ii. مورفین سلفیټ او ډیوریتیک: دا د ریوی اذیما کمښت اړوند پکار وړل شی.
 - iii. دیچوکسین، ډوپامین او نایترایت درمل: په هغه حالت کې چې د ریوی اذیما د زړه عدم کفایي له کبله وی دا درمل کټه وړ دی.
4. د نارکوټیکونو پرېښودنه: دا کېدای شی د ضعیف ترانکولایزر د لوړ ډوز سره پیل یا د مېټادون (Methadone 10-20 mg /PO / 4-6^h) او کلونیدین (Clonidine) ښائې د التیف درملو په حیث د اوتونومیک اعراضو کمښت لپاره وکارول شی.
5. د درملو مسمومیت: په شدیدو ناروغانو کې کېدای شی ترانکولایزر استعمال شی او د چاپیریال اصلاح او اړوند درملواتی دوت کېدای ورکول شی.
6. اندوکړین اېنارمېټي: د اړوند هورمونو او منځ ته راغلي اختلال درملنه تر سره کېږي.
7. د مرکزي اعصابو اتانات: ټاکلی اتی بیوتیکونه ، د خراجونو درېناژ ښائې پکار وړل شی.

8. د جدی څارنې خونې پسایکوز به د چاپیریال بڼه والی او (Haloperidol) درملو ورکړی سره بڼه شی.

ساتنګی (تنفسی عسرت)

(Dyspnea)

ستونزه : یو ناروغ چې د ترضیضاتو سرویس کې د مایوکارډ کاتوژن ستونزې له امله بستر دی ورنه د تنفسی ستونزه پېښېږی او په سمه توګه تنفس نشی کولای ناسو راغونښل شی سمدلاسه به لاندي پوښتې مطرح شی .

A. ناروغ هغه مهال چې ورته ستونزه پیدا شوه څه عمل تر سره کول؟ د فعالیت سره په تړاو کې د زړه ناروغیو سره تړاو نلری خو هغه ډیسپنیا چې د پوزېشن په تغیر سره منخ ته راځی (Orthopnea) دا د زړه په ناروغیو پورې تړلې بڼه لری.

B. آیا ناروغ ته تنفسی عسرت ناڅاپه پیدا شوه که تدریجی بڼه ؟ دا د بېلابېلو ډولونو حاد او مزمن او تحت الحاد ډول باندې منخ ته راتلونکې بڼې لری چې په (ریوی اذیم، پنوموتورکس یا مایوکارډ احتشاً) له امله منخ ته راځی.

C. دناروغ اساسی تنفسی حالت څه ډول دی؟ شکایات به په ځینو ناروغانو کې چې ټرین شویوی او یا د مزمن سګرټ ځکونکو چې آفزیما لری ډېر بارز نه وی خود حاد مایوکارډ احتشاً کې به نابره سمدلاسه زیاتوالې ومومی.

D. آیا نورکوم ډول نښې نښانې به د ډیسپنیا سره مل وی؟ کېدای شی یو لږ نور اعراض او علایم هم شته والې ولری چې ډیسپنیا ته یې د احتشاً پر مهال زیادښت وربخښلې دی.

E. آیا ویننګ او سټیرایډور شته والې لری؟ د استما او انافیلکیک غبرګونونه کېدای شی تهدید کوونکی ګواښونه وی چې ډېره ژر یې درملنه پکار ده .

توپیری پېژندنه :

دا چې ډیسپنیا درې ډوله تصنیف شویدی (حاد ، تحت الحاد او مزمن) هر یوه ځانته مېکانیزمونه لری او ځانګړې درملنې ته اړتیا لری.

1. حاد ډول تنفسی عسرت :

1. ریوی تنفسی عسرت : دابه د یو ډول پېښو په لږ کې منخ ته راشی لکه :

a پنوموتوراکس : کېدای شی ترضیضی د اضلاعو کسر ، او هیموتوراکس سره د څوساعتو په لږ کې وده وکړی ، بنفسهی پنوموتوکس معمولاً د نریو – اورډو ونو لرونکو معنادینو یا هغه ناروغان چې ریوی آفزیما ولری منخ ته راځی.

- b. ريوې آمبولې : دا به يو ډېره د خطر د ناروغی وی چې د (ایموبلازیشن ، نېرډې جراحی عملیات ، نیوپلاستیک ناروغیو ، ایستروجن استعمالونکو) کې منځ ته راشی.
- c. استما (سالندی) / الرژی: سالندی په واضح توګه د ویزینګ شتون پذیره پیژندل شی. او الرژی د [سټیرایډور ، غیر وصفی تاریخچه ، هیف (Hives) ، مخ اذیما] پذیره پیژندل شی.
- d. د اجنبی جسم اسپاږیشن : دا تل ناڅاپه وی او د تنفسی لارې بندښت ، عصبی - روانی وپچار تیا ، او د فزیکي کڼې پرځای د راډیولوژیک کڼې ته اړتیا لیدل شی.
- e. ریفلوکس د اسپاږیشن سره.
- f. پلورائی انصباب ، چې د راډیولوژي او فزیکي کڼې پذیره پیژندل شی.
2. د مایوګارډو حاد احتشاً : خاصاً که چېرې د زړه د خطر فکټورونه ورسره مل وی د زړه ګراف تیترات او صدري درد به شتون ولری .
3. د هیسټیریا او اضطراب حمله : دا معمول علت ندې خود د تنفس لنډوالي پکې شتون لری ، د ټاکیټنیا سره مل وی چې ځینې وخت د نورمال تنفس سیکل به ثبیت شی پدوی کې تنفسی لاره بندښت نلری.

II. تحت الحاد او مزمن ډول تنفسی عسرت:

1. د سرو لاملونه :
- a. د (COPD) حالت : دا ناروغان به اد اوږدې موی سګرټ څښلو تاریخچه ولری چې ډیسپنیا به یې د تمریناتو او فعالیت سره زیاتوالي ولری.
- b. پنومنیا : دا به معمولاً د لوکوسایټوزیس ، تبه ، خراشکی او د راډیوګرافي له مخې به ارتشاحی نښې ثبیت شی.
- c. د سرو انټرسټیشیال ناروغی : دا به د صدري راډیوګرافي او ریوی وظيفیوی آزماښتونه به تغیر ولری .
2. زړه لاملونه:
- a. د زړه احتقانی عدم کفایه : پدې صورت کې به د وداجی ورید فشار زیاتوالي ، رالونه ، محیطی اذیما ، د زړه ګالوپ ، او د بطین د نبضان بیخایه توب به شتون ولری.
- کلینیکي فزیکي کڼې :
1. حیاتی علایم : تبه به د اتاناتو شتون په ګوته کړی . خو کېدای شی د ریوی آمبولې سره هم شتون ولری. ټاکیټنیا به د هایپوکسیا ، آمبولې او پنومونورکس سره مل وی .
2. سږې : دلته باید د تنفس ریتم ، سرعت ، ډول او د تنفسی اضافی عضلاتو ګډون ته پاملرنه وشی. د ویزینګ ، سټیرایډور ، رالونه دې ولټول شی د سرو اصغاً ډېره د اهمیت وړ ده .

3. زړه: د وداجی ورید فشار لوړ والی، نوی سوفلونه، د مایټرال ریګورجیشن او پارډوکس نبض به شتون ولری.
4. نهایتونه: د نهایتو یا محیطی اذیما او پرسوب به د ژور وریدی ټرومبوز څرګندونه وکړی، د سیانوز شته والی دې وپلټل شی.
5. عصبي: خوبجن حالت او شعوری اختلال به د هایپوکسیا اړوند معلومات راکړی.

لابراتواری ګټې:

1. هیموګرام: لوکوسایټوزیس به د اتاناتو شته والی سره مل وی.
2. شریانی وینې کازات: د کازاتو ټیوالې به د سږو تر اغېزې لاندې رانګ په ګوته کړی چې د درملنې لپاره خاص ارزښت لری.
3. د خراشکی - ګرام تلون او کلچر: دا ګرڼه به د پنومونیا او تراخیوبرانشیت اړوند معلومات څرګند کړی.
4. د وینې کېمایوی ګټې: ښائی چې د بدودو عدم کهایه په ګوته کړی.

راډیولوژیک ګټې:

1. صدری راډیوګرافی: اسپایریشن به ارتشاحات څرګند کړی چې ښکئی سکمنټ به اخته وی. د سټافیلوکوک پنومونیا به کھف (Cavitation) ضایعات په ګوته کړی.
2. د زړه ګراف: د زړه ناروغیو پیژندنې لپاره اړین دی.
3. ریوی وظیفوی ټسټونه: په حاد حالاتو کې اړین ندی خو په مزمن او تحت الحاد حالاتو کې ګټه وړې څرګندېږی.
4. V/Q Scan: دا د (Ventilation/Perfusion Scan) ګرڼه به د ریوی آمبولیزم شته والی ډېر آسانه وپېژنی.
5. انجیوګرافی: دا به د سږو د پټالوژی، احتشاً او نورو حالاتو کې ګټه وړ وی.
6. راډیونیوکلوټایډ انجیوګرام: دابه بطینی (Ventricular Ejection Fraction) او زړه احتقانی عدم کھائی اړوند کره معلومات څرګند کړی.
7. Exercise Tolerance Tset: کله چې پدې لړ کې ډیسپنیا زیاتوالې ومومی د زړه د ایسکیمیک ناروغۍ ته به پام واړوی.

د درملنې پلان:

A. پېرني درملنه:

1. د اوکسیجن سپلیمنټ: هغه ناروغان چې لنډ تنفس لری پدوی کې به (100%) پکار وړل شی. د اوکسیجن عیارول دې تر هغه چې د لږ تر لږه (60-80 mmHg) تر حده ورسېږی تر سره شی یا د اکسیجن (>90% Saturation)، د وینې کازاتو سویې ټاګې له مخې وڅارل شی. که چېرې د اوږدې مودې لپاره اوکسیجن ورکړل شی ښائی د اوکسیجن مسمومیت پېښ کاندی. د

هاپوکسیک انحطاط حالت ته د (Chronic Lung Disease) مه په تشویش کېږي. په حاد حالت کې د (COPD) ناروغیو تاریخچه لرونکو او د (CO₂ retention) احتباسی حالت کې بنایي د (Hypoxic Drive) د تنفس په وړاندې حالت منځ ته راځي اختلاط خطر شته والي لري خو وړاندوینه یې نشي کېدای.

2 د صدر رادیوگرافی، زړه گراف، دویني گازاتو ټاکنه معمولاً معلومات او درملني دوام اړوند گڼه وړې څارنې بلل شي.

B. سالنډی (استما):

1. په اکثر پېښو به د (Alupent Nebulizer 0.3 mL) چې د (NaCl 2-3mL) سره مخلوطېږي پذیرعه درملنه تر سره شي.
 2. همدا ډول په شدیدو ناروغانو کې به (0.25 mL or 0.01 mL /kg) په اندازه د (1:1000) تحت الجلدی له لاري (Ephedrine) څخه تطبیق کړل شي.
 3. هغه ناروغان چې د تیوفیلین درملني لاندې نه وي دوی ته دې د وړید له لاري مینوفیلین درمل (Loading Dose 5-6 mg /kg IV Aminophylline over 20-30 min) پیل شي.
 - C. د انافیلکسیس پر مهال دې اړوند درملنه وشي.
 - D. د مایوکارډ عصلي احتشاً: نوکه چېرې د ارزونې په لړ کې د مایوکارډ احتشاً نشیت شي تر ژبې لاندې نایترگلایسرين ورکړه ضروري ده.
 - E. حاد د زړه احتقانی عدم کفایه: د اوکسیجن ورکړې پذیرعه دې درملنه پیل، ډیوریتیک د وړید له لاري (Furosemide) لومړی پیل شي، که عمومی وضعیت اجازه ورکړه شي ناروغ ته د کنبناستي حالت ورکول شي.
 - F. د پنومونیا (Pneumonia) حالت: پدې صورت کې اتی بیوتیک درمل او د سپرو پاکېدنه تر سره کېږي.
1. پنوموکل پنومونیا: ددې میکروب په درملنه کې د پنسیلین جی څخه د وړید له لاري (6^h / 600,000-2000,000 Unit) هر شپږ ساعته وروسته ورکول شي.
 2. مایکوپلازم او لیجنېلا پنومونیا: ایریترومایسین (500 mg / 6^h) د خولې / وړید له لاري ورکول شي.
 3. ستافیلوکوکل پنومونیا: د (Naficilin 500 mg / 6^h) یا (Cefalosporine 1.5-2 gr / 6^h) اتی بیوتیک درملو څخه وړید له لاري ورکول شي.
 4. اسپایریشن پنومونیا:
- له نور اسپایریشن پرمختګ څخه دې مخنیوی وشي.
 - د وړید له لاري (6^h / 600,000-2000,000 Unit) ورکول شي.

5. پنوموسیستیس (Pneumocystis) پنومونیا: د دې ناروغۍ درملنه کې د (Pentamidine) او (Co-trimoxazole) څخه کار اخیستل شی.
6. گرام منفي اتانات پنومونیا: د روید له لارې د اماينوکلایکوسید مشتقات او سفالوسپورین مشتقاتو څخه کار اخیستل شی.
- G پنوموتورکس: د صدري تيوب کېنودل او اړوند نورې درملنې تر سره کېږي.

د متيازو سوځېدنه

(Dysuria)

- يو ناروغ چې د څلور ورځو راهيسې د متيازو سوځېدنې - درد د غاړې د بې اختلاطه جراحي عمليات وروسته شکایت کوي تاسو راغونډل شئ لاندې پوښتنې د مطرح وړ دي.
- A. د څومره مودې راهيسې دا حالت شته والې لری؟ که چېرې د اوږدې مودې راهيسې ناروغ دا ستونزه لری دا به د پخوانۍ بولي سيستم په ناروغيو دلالت وکړي چې د ارزښت وړ خبره ده.
- B. آیا ناروغ پخوهم دا ډول د بولي اتاناتو يا ډبرو تاريخچه درلوده که نه؟ که چېرې ناروغه ښځه وي دوی د بولي اتاناتو باېرې ژر پېښېږي. او بورتريت او پروستاتيت به په نارينه وو کې منځ ته راشي.
- C. آیا متيازې په څه وصف سره سوځېدنه لری (مقدم، ټوټال، مؤخر)؟ مقدم ډول ډيسیوريا به په احليل ناروغيو کې وی که مؤخر ډول ډيسیوريا وي دا به د مثاني په آفاتو کې منځ ته راشي او که ټوټال وی يعنې د متيازو کولو ټول ټال لږ کې شتون ولری به د پښتورگو او حالبون و اړوند ناروغی ډيسیوريا وبلل شی.
- D. آیا ورسره نورې گډې ناروغيو نښې نښانې شته؟ لکه تبه، لږزه، د ملادرډونه چې معمولاً د پورتنی بولي جهاز اتاناتو (لکه پلوفريټ) پورې تړاو لری. فريکونسی او درد به د ټول پر مهال د ښکته بولي جهاز اتاناتو (پروستاتيت، بورتريت) اړوند وی.
- E. آیا ناروغ پخو تر دې فولې کټېر درلوده که نه؟ دا به د بولي اتاناتو - احليل تخريش لپاره يو لامل وی.
- F. آیا ناروغ پخوا کوم ډول د بولي جهاز ترضيض تېر کړې؟ ترضيضات او جروحات - عملیاتونه ښائی د (احليل تضيق، حالب تضيق) په څېر ناروغۍ پېښې کاندې.
- توپيري پېژندنه:
1. بولي اتانات:
1. علوی بولي جهاز: لکه (پلوفريټ) دا لږ معمول وی خو که وی تبه، لږزه، د ملادرډونه چې معمولاً د پورتنی بولي جهاز اتاناتو پورې تړاو لری.

2. بنسکه بولی جهاز: د مثاني اتانات او التهابات په معمولاً د فزیکونسی سره مل وی او درد به د تبول په پای کې منځ ته راشی، همدا رنگه د ګونو کوک اتاناتو او غیر ګونو کوکال (کلابډیا) التهاباتو پر مهال د بنسکه بولی جهاز (پروستاتیت، بورتیت) اړوند وی چې پدوی کې به تبه او لړزه غوره علامه وی.
- II. د مهبل التهاب (Vaginitis): دا بنائې د ابتدائي اعراضو ډیسپوریا سره مل وی بنائې د (کانډیډیا، تریکوموناس، ګاردنریلا) اتاناتو له کبله وی او ضموری (اټروفیک) وحینیت به د مینوپاوز عمر بنځو کې شتون ولری.
- III. تناسلی اتانات: پدې لړ کې به د هرپس (Herpes) او کانډیلولوماتا (Condilomata) ناروغی مطرح وی.
- IV. کېمایوی مخرشات: د یولر الرژیک موادو (Deodorant, Douches) په وړاندې په غیرګونیز حالت شتون ولری.
- V. د پروسیجرونځ څخه وروسته: لکه د مثاني (کیتراپزیشن، اندوسکوپیک کنې، پورټوسیسټوسکوپي) د اتاناتو او ترضیضاتو ته زمینه مساعدوی.
- VI. یوریترال سندروم: دا په بنځو کې معمول وی چې معمولاً د اتاناتو سره مل وی.
- VII. نور حالتونه: د احلیل ترضیضات، د مثاني تومورونه، بولی ډبرې، اټریشیال سیسټې، د پروستات تومورونه.

فزیکي کنې:

1. د ګېډې کنه: پدې کنه کې د عاني پورتنۍ برخې کنه او دردونو شتونه تثبیت مهمه وی.
2. تناسلی غړی: د احلیل خوله، احلیل، د مرغېرو (خصیان) او بریخ په نارینه وو کې وکل شی، د مهبل ډیسچارج به د مهبل التهاب څرګندوی وی. همدارنگه د حوصلې کنه به پرته له کنې نه وی.
3. د مقعدی کنه: په جراحی ناروغانو کې به د مقعدی کنه غوره بلل شی ځکه چې د پروستات (ضخامه، التهابات)، د مقعد د نورو اړوند حالاتو شتون به ډېر مهم وبلل شی چې پیژندنې ته اړتیا لیدل شی.

د لابراتواری کنې:

1. د تشو متیازو تجزیوی کنه او کلچر – اتی بیوګرام: د متیازو ($Pyuria > 5 \text{ WBC/HPF}$) یا نایټرایټونو او یا په کلچر کې د اتاناتو تثبیت به د بولی اتان به شتون دلالت وکړی او د ډیسپوریا لامل ګرځی.
2. هیموګرام: د لوکوسایټوزیس او فورمول کین لوري ته به بیخایه کېدنه د پیلونفریت او حاد پروستاتیت څرګندونې وکړی.

3. د احلیل څخه ډیسچارج او گرام تلون - کلچر: د (Thayer- Martine media) باید پکار یو وړل شی که چېرې د نایزیریا گونوریا اتانات مطرح وی چې بین الحجر وی ډیپلوکوکونه په گرام تلون کې پیژندل کېږي.
4. بولی سايتولوژی: ډیسیریا به کېدای شی د ترانزیشنال سل کارسینوما اعراض وگڼل شی .
راډیولوژیک او نورې کتنې :
- مکمل یورولوژیک ارزوونې : پدې لړ کې کې شمېر کتنې ورکېږي چې په لاندې ډول نومونه لری .
1. یوروگرافی (Urography):
 - اطراحی یوروگرافی (Excretory Urography): پدې کې د ټول سیستم گڼه تر سره کېږي .
 - IVP Intravenous Pyelography پدې ډول یوازې د پښورگو د حویضې حالت څېړل شی.
 - Nephrogram یا (Nephrography) پدې کې د پښورگو د قشر برخې کتنې کېږي .
 2. سیسټوگرافی: پدې کې د مثانې برخې اړوند معلومات راټولېږي .
 3. یورټروگرافی: دا په دوه ډوله دی چې یو یې (Antigrad Urthrography) له پورته څخه ښکته لورې ته دی او بل ډول یې دقدام څخه (د احلیل د بهرنی میاتوس څخه د مثانې لورې ته) د یورگرافین تېرولو وروسته اخیستل شی او ورته (Retrograd Urthrography) ویل شی.
- د درملنې پلان :
- A. د بولی ښکته برخې غیر اختلاطی اتانات: نوکله چې په کتنو کې اتانات مثبت وی نو د اتی بیوتیکو پیل لپاره یو دلیل کېدای شی لومړنی د پیل اتی بیوتیک به کوترایموکسازول وی .
 - B. پیلونفریت او حاد پروستاتیت: هغه ناروغان چې د سیسیس سیسټمیک اعراض ولری لکه (ته ، لړزه ، زړه بدوالي، کسالت ، هایپوتشن) دا به معمولاً د (پیلونفریت او حاد پروستاتیت) سره مل وی او وینه او متیازې دې د (کلچر، اتی یوگرام) لپاره لابراتوار ته واستول شی. دریم جنریشن د سفالوسپورین لکه (سفاپرازون، سفنازیدیم، سفویکسیم... او نور) یا هم (- Ampicillin 500 Gentamycin 2-7 mg/kg/day او 100 mg/kg /day په کچه ډول) ښه درمل گڼل شی. او د کلچر اتی یوگرام تیجې له مخې دې اتی بیوتیک ورکړل شی.
 - C. مزمن یا کړیالی پروستاتیت: دا ناروغان ښائی د متیازو مثبت کلچر ولری پدوی کې به ښه درمل په لومړی سر کې (کوترایموکسازول او ډوکسی سیکلین) وگڼل شی د درې اونيو لپاره ورکول شی.
 - D. مهبلی التهاب (وحینیت): پدې لړ کې به ښه درمل مهبلی نیسټاتین کریم یا شیاف د کانډیډیا درملنې او میټرونیدازول به د ترایکوموناس او I (AVC) Cream Dienestrol به د اتروفیک وحینیت لپاره ورکړل شی.
 - E. یورټریت: د احلیل التهاب درملنه :

- گونوکوکل یورتریت : ددې حالت درملنې لپاره کي شمېر رژيمونه شتون لري لکه [Procain
- د (Pencillin-G 4.8 Milion Unit IM، د (Prbenicid 1gr PO) سره مل د خولې له لارې ورکول شی، [Ceftriaxone 250 mg IM، Ampicillin 3g PO /4 divided Dose/Day،
- ورکول شی او تعقيب يې د [Tetracyclin 500 mg /6^h، Doxycycline 100 mg /12^h، يا [Eythromycin 500 mg /6-8^h ورکول کېږي .
- غير گونوکاکل يورتریت او کلاميديا : پدې حالت کې د (Doxycycline 100 mg PO/BID) او (Tetracyclin 500 mg /6^h) درمل به د (7-10 days) ورځولپاره ورکول شی.
- F د اعراضو کمول : د ډيسيوریا اعراضو کمښت لپاره کولای شو چې يولړ درمل لکه [Phenazoperidine 100-200 mg PO /tid، تر څو چې ميازي ژير - نارنجی بڼه واخلي او د کېدای شی د ميازو د قلوې کولو يا اسيدی کولو (د خوراکي (غذائی بدلون) پواسطه درملنه کړو .

د پوزې وينه بهېدنه (رعا ف)

Epistaxis

د پوزې څخه د وينې رانگ (رعا ف) د بيلابيلو ناروغيو (سيستمیک او موضعی) له کبله پېښېږي چې د پوزې د لاندې لاملونو له امله پېښېږي .

د پزې هغه برخه چې ډېره پيمانه شريانی رگونه لري (Little's Area) پنامه يادېږي او د پوزې د تحت المخاط طبقي کې واقع ده منځ ته راځي لاندې لاملونه لري:

- تر ضيوضونه.
- فرط فشار .
- ترومبوسا تيونييا .
- نازوفرينجيال انجيو فيبروما .
- سارکويډوزس .



Nasal Angiofibroma او Wegeners Granolomatosis



مهبه فکورو نه رعا ف منځ ته رانگ لکه د(د اوږدې مودې لپاره د تودې او وچې هوا سره مخامخ کېدنه، د پوزې او سینوسونو اتانات، لرژیک رينيت، د پوزې اجنبی اجسام، په زوره د پوزې سوډول، د پوزې جراحی عملیاتونه، د پوزې انحراف / سورې کېدنه، ډېره پيمانه اوپي حده اندازه د کوکائین (Cocaine) استعمال) .

ډېر لږ معمول حالتونه د يولړ درملو دوامداره خوراک لکه [Clopidogrel ، (Coumadin)Warfarin، Bisulfate (Plavix) nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) لکه Aspirin] چې د

وینې علقه کېدنه مختل کوی ، په موضعی توګه د درملو استعمال لکه (Corticosteroids) او Antihistamines) کېدای شی رعا ف پېښ کاندې ، د کېد ناروغی ، مزمن بېجده د الکھولو خوراک ، د پښتورګو ناروغی ، د پلاټلیټونو تشوش ، ارثی د وینې علقې فکټورونو اختلال ، د رګونو انومالیکانې ، پوزې ټومورنه ، او اضطراب چې د ځینې وختونه وینې د فشار لوړېدو لامل کېږي . ستونزه : که چېرې ناسې یوه ناروغ ته چې (45- years) کاله عمر لری اود اوږد مهالې د فرط فشار تاریخچه ولری او ورته د پوزې وینه بهېدنه د دوه ساعته وروسته له (Cholecystectomy) څخه پېښه ده راوغوښتل شی لاندې پوښتنې به مطرح وی .

A. د ناروغ حیاتی علایم څه ډول دی؟ فرط فشار د وینې به یو لامل وی ، ټاکی کارډیا به شتون ولری چې وینې بهېدنې له کبله پېښېږي ، ټول ناروغان دې د اورتوسټاټیک هاپوټنشن ثبیت په موخه وګل شی .

B. آیا پخوا هم کله رعا ف منځ ته راغلې یا ترضیض د پوزې لیدل شوېدی؟ نوې حمله د رعا ف به ډاکټر ته د پوزې دننه لامل لپاره یوه ښوونکې علامه وی چې باید لټون وکړی .

توپیری پېژندنه:

1. ترضیض : د ګوټې پذیرعه ترضیض به تر ټولو لوی لامل وی او دا به په قداسی برخه کې (Kiesselbach's Triangle) واقع وی .
2. د وینې فرط فشار : دا نادراً پېښېږي او د رعا ف کنټرول پکې سونمن دی .
3. د پوزې دننه پټالوژی : دا کېدای شی د پوزې پولپ ، سلیم او خبیث ټومورونه ، موضعی اتانی پېښې به دا راز د رعا ف څرګندونې منځ ته راوړی .
4. سیسټمیک ناروغی او درمل : د تحشر ضد درمل د پروټرومین وخت اوږدوی یولې سیسټمیک ناروغی لکه (پلاټلیت اختلال ، لوکېما ، هیوفیلیا ، کیموټراپی) د ترومبوساټوینیا لامل ګرځی ، انټرو سکلیروزس به خلفی برخې رعا ف ته زمینه برابره کړی .

کلینیکي کتنې :

A. حیاتی علایم : فرط فشار د وینې به یو لامل وی ، ټاکی کارډیا به وینې بهېدنې له کبله شتون ولری ، ټول ناروغان به چې کافی اندازه وینه ضایع کړی د اورتوسټاټیک هاپوټنشن حالت سره مل وی .

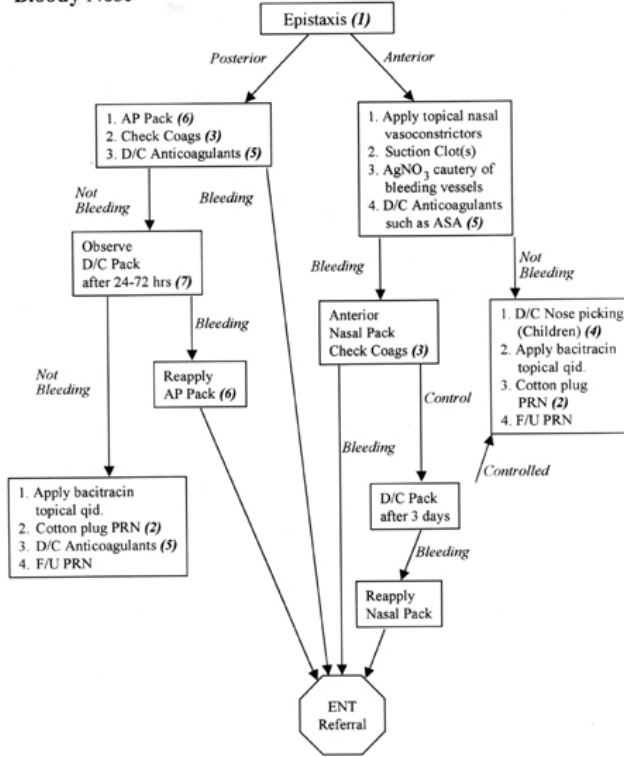
B. پوستکي : پېشیا ، اکیموزس شتون به د سیسټمیک ناروغیو ته فکر واړوی .

C. پوزه : د پوزې د جوف کڼه به د انفی حجاب اړوند ناروغیو لپاره وګل شی .

لابراتواری کتنې :

1. د تحشر اړوند څېړنې : دا څېړنې به تحشری اړوند لاملونو ثبیت کې ډېری ګڼه ورې وی .
2. هیموګرام : هیماتوکریټ ټاکه د حادې ښې رعا ف اړوند رځنده معلومات نشی څرګندولای خو ترومبوساټوینیا کېدای شی د وینې کتنې له لارې ثبیت شی .

Bloody Nose



د درملنې پلان :

A په لومړني سر درملنه کې به د عادي ډول کړنولکه (د پوزې مناخرو تر فشار لاندې راوړلو پواسطه او د (Cocaine 5%) محلول موضعي استعمال پواسطه د اوعیې د تقبض ورکونکې مادې په څېر وکارول شي.



B کواترايزېشن او قدامی پکینګ : دا په لاندې ډول کېږي:

- 1 د سیلور نایټرېټ سټیک (Silver Nitrate Sticks): که چېرې د کلینیکي کني پر مهال ولیدل شي چې وینه بهېدنه شتون لري د سیلور نایټرېټ سټیک څخه کار اخیستل شي تر سیمه کواترايز شي.
- 2 قدامی د پوزې پکینګ: که چېرې سیلور نایټرېټ سټیک ګټه ورنه وي نو پدې صورت کې به د پکینګ تر سره کول شي یوه ټوټه جیلی فوم به په وینه ورکونکې برخه کې کېښودل شي.

3. او پک ټوکر د باسټراسین په مرحم غوړول شوې او په پوزه اړوند پک کېښودل کېږي دا پک (2-4 days) ورځو پورې هلته پریښودل شی. او اتی بیویک درمل (امپیسیلین یا اریټرومایسین) کېدای شی ناروغ ته ورکړل شی ترڅو د اتاناتو مخنیوی وشي.
- c. خلفی پکینګ : دا کرڼه دې په غوړ، پوزې او ستونی ډیپارټمنت کې تر سره شی چې ناروغ ته اتی بیویک درمل لکه (امپیسیلین یا اریټرومایسین) ورکړل شی او ورسره د انالجزیک اوکسیجن هم ورکړه شی.
- د فرانسوی (Foley Catheter -14 G) کېټرد پوزې له لارې بلعوم ته تېر او بګ یې وپرسول شی او په ظریف ډول د کوانا لورې ته راکش او ځای پرځای شی.
- د پوزې ځانګړي بالونونه (Nasal- Salt) پنامه یادېږي تطبیق کړل شی.
- د پنبې – گاز (4+4) څخه جوړ شوی پکینګ کېښودنه : پدې میتود کې گاز تاوول کېږي او د وربنسین نار پذیرعه ګډول شی، پوزې ته تېرول کېږي خلف او قدام کې نثیت کېږي او د (4-5 days) ورځو وروسته بېرته راویستل شی.
- D. ریفرکتوری رعاف اللف (Refractory Bleeding): که چېرې د خلفی پکینګ وروسته بیا هم د (4-5 days) ورځو پکینګ څخه وینه بهېدنه عود (باپېری) وکړي نو پدغه ناروغانو کې انجیوګرافي استطباب لری چې بنسائی لیکاتور، آمبولایزیشن ته اړتیا نثیت کړل شی



تبه (Fever)

تبه: د بدن د تودوخې درجې لوړوالي (37 °C) څخه بلل شی چې د بېلابېلو لاملونو له امله

پېښېږي.



ستونزه: که چېرې تاسې د یوه ناروغ لپاره چې (38.9°C) تودوخې درجه لری او ورته د معدې کانسر له کبله کاسټریکټومی تر سره شوېده راغوشل کېږي لاندې پوښتنې به مطرح شی:

A. له عملیات څخه وروسته خو ورځې کېږي چې بستر دی؟ پنځه شیان چې په انګړېزې توري (Five - W's) پیل کېږي او د (Wind , Water, Walk, Wound , Wonder) لپاره لنډیز دی د تبې لامل بلل شي باید واضح شي. دغه پنځه علتونه به په ترتیب سره د (, Pneumonia , UTI, Thrombophlebitis , Wound Infection , Drugs Reactions) له کبله منځ ته راشي.

B. د ناروغ د تبې وصف (نمونه) څه ډول ده؟ درې ورځې مخکې د تبې چارټ دې وګل شي ، یو ناڅاپه تبې منځ ته راتګ به د اتاناتو لکه (خړاج یا اېسې ګانو) شتون لوری ته پام واړوي. مډاومه تبې د اوعېې ، سپټیک فلیسېټ او یا هم د ګرافټ اړوند اتانې پېښې رابرسېره کړي.

C. آیا ناروغ د تبې سره لږزه او ټکانونه د هډوکو دردونه هم لري ؟ دا به د باکټریا حالات راپه ګوته کړي چې د غیرګون له کبله تبې د (لږزه او ټکانونه د هډوکو دردونه) له ځانه سره نلري.

D. آیا ناروغ مخکې له عملیات څخه هم تبه درلودله که نه؟ ښائې ناروغان د مزمنو ناروغیو په لړ کې تبه له لومړي سره ولري چې اړوند زېرمه یې باید وپلټل شي.

E. آیا ناروغ خپل د تبې - درد ضد درملو خوراک ودرولې او که نه؟ دا مهمه ده که چېرې ناروغان د درد اوتبې ضد درمل ونه خوري نو د تبه به لوړوالي ومومي .

F. آیا ناروغ اتی بیوټیکونه اخلی که نه ؟ دا که چېرې درملو خوراک قطع شوی علت او وخت یې باید وټاکل شي.

G. آیا د تبې سره نور اعراض او علایم لکه (دکېږې درد، ټوخي ، ډیسوریا ، د ټپونو ترڅنګ برخو درد) شکایتونه شته که نه؟ دا ټول دې وپلټل شي او اړوند تصمیم دې ونیول شي.

توپیری پېژندنه:

- A. له عملیات څخه وروسته تبه :
1. اتلګنازیس . معمولاً تبه له (39°C) درجو څخه ټیټه وي او په لومړنیو ($12-48^{\text{h}}$) ساعتو کې منځ ته راځي .
 2. بولی اتانات : دا د (3-5 days) ورځو په لړ کې منځ ته راځي او یوه بولی مانورې سره مل ښکاري .
 3. د وریدی کېټر (IV Catheter) تطبیق وروسته: د وریدی کېټر تطبیق وروسته د اتاناتو خطر شته والي لري چې کله د اوږدې مودې لپاره کېټر په رګ کې پاتې شي .
 - محیطي کېټر : پدې حالت کې د کېټر شاوخوا (سوروالي ، درد، تودوالي ، پړسوب) شتون لري .
 - مرکزي کېټر: د وینې کلچر او اتی بیوګرام له مخې به دا د تثبیت وړ وي .
 4. ژور وریدی ټرومبوز: تبه پدې حالت کې ډېره ټیټه ($37.5-38.5^{\circ}\text{C}$) کچه لري او ریوی آمبولې هم ورته ټیټه کچه لري .

5. د ټپ اتانی حالت : پدې صورت د ټپ سوروالې، پړسوب، درد، تودوخه اوقیح افرازات شتون لری چې ورته ډبره پاملرنه پکار ده.
6. درمل غبرگون: اتی بیوټیکونه معمولاً کېدای شی غبرگون ولری لکه (پنسلین، سفالوسپورینونه).
7. مرکبې عصبی منشه: حقیقی ترضیضات یا نخاعی انسټیزی ورکړه بنائې د تېې سره ملتیا ولری.
8. د تاږایدې غدې ناتار (جران): د تاږایدې ګڼومی چې د ګراویس ناروغی لپاره تر سره کېږی بنائې تبه منځ ته راوړی.
9. د وینې ترانسفیوژن: یولې اتانات بنائې د نقل الدم وروسته بدن ته دننه شی یا وینې غبرګون د دې لامل شی چې تبه پېښه کاندې.
10. د پریکارډیکومی وروسته سندروم: معمولاً (5-7 days) ورځې وروسته منځ ته راځی.
11. د کولمو د تقم وروسته لیکاز: معمولاً (7-10 days) ورځې وروسته له عملیات څخه منځ ته راځی او د پړتوان طبقې تخریش منځ ته راوړی.
12. د غوږ او سینوسونو التهاب او لارو غدواتو التهاب: خصوصاً په هغه ناروغانو کې چې د اوږدې مودې لپاره انفی معدوی ټیوب لری.
13. اویسونی کرایزیس: دا بنائې د زړه میوکارډ حاد احتشاً یا د کېږې دننه پټالوژی ګانو سره مغالطه شی.
14. غیر ډبریز کولیسیسټیت: هغه ناروغان چې د اوږدې مودې لپاره غبر فمی (NPO) پریښودل شی او ترضیض یا شدید ناروغی ولری تبه منځ ته راوړی.

B. تبه پرته له معلومه اصله:

اتانات (خراج، اندوکارډیت وګرانولوماتوز ناروغی)، نیوپلازمونه (لمفوما، کلیوی حجرو کارسینوما، کېدی مېتاسټیک ناروغی)، د منضم نسج التهابات (سیسټیک لویوس اریټماتوزیس، روماتوئید آرترایټس، پولی مایالجیا روماتیک)، درمل (پنسلین، سفالوسپورین) او نور التهابی (د کولمو التهابی ناروغی، عودتی ریبوی اسولې) بایډرې کونکې ناروغی چې پېژندل شوی نه وی او پښه یې یوه اندازه وخت غواړی.

کلینیکي ګڼې:

A. فزیکي ګڼې:

1. حیاتی علایم: د تېې او تودوخې درجه دې وټاکل شی، د خولې ترمامیتر څخه دې کار واخیستل شی چې تخرک کې (1°C) یوه درجه ساتی ګرید د تودوخې ټیټه او ریکټوم کې (1°C) یوه درجه د حرارت لوړه ثبیت کېږی. تفریط فشار به د تېې سره مل وی اور توستاتیک هایپوټشن دې وټاکل شی.
2. پوستکې: د ټپ او کېټر برخه دې وکل شی.
3. HEENT: د غوږ او سینوسونو التهاب، د بلعوم التهاب او لارو غدواتو التهاب دې پام کې ولول شی.

4. غاړه: د غاړې شخې به د مننجیت او پرسوب دې جدرې (غور) لپاره ولټول شی.
5. سپرې: رانکای، نکاشف به اړوند ناروغیو لپاره په اصغاکې واورېدل شی.
6. زړه: سوغل شتون د اندوکارډیت اړوند علامه وی.
7. کېږه: د کولمو پرسالتیزم نشووالي به د پریټونیت اړوند ویل شی چې د کېږې حساسیت سره مل وی او همدارول که چېرې د ضلعي - قنری زاویې دردناکې وی دا به د پښتورگو ناروغیو لورې ته پام واری.
8. نهایونه: ژور ورېدی ترومبوز یا د بندونو دردناکه حالت د اتانی آرټریت ښوونکې وی.
9. جروحات: د پهرنو او پټونو لیدن کې به (سوروالي، پرسوب، مایع راټولېدنه، تحت الجدی هوا، کریپیشن او حساسیت) شتون ولری چې ورته ډېره پاملرنه پکار ده.
10. حوصلې کښې: باید د حوصلې التهابی ناروغیو (PID, Abscess) ته پاملرنه وشی.

لابراتواری کښې

1. هیموگرام: لوکوسایټوزیس د اتاناتو یوه نښه ده وینه لږې (کمخونی) به اندوکارډیت لپاره وصفی ویل شی.
2. الکترولایتونه: هایپوناتریمیا، هایپرکالیمیا به د اډیسونی ناروغی لپاره وصفی وی.
3. تایراید هورمونونه: که چېرې د تایراید غدې ناتار شتون ولری د (T₃, T₄) سویه به تغیر وموی.
4. تشو میازوکنه: د گرام تلون او کلچر به گټه ورکار وی.
5. ستونې: که اړتیا وی د ستونې څخه دې د کلچر لپاره نمونه واخیستل شی.
6. د جرحې کڼه: که اړتیا وی د جرحې څخه دې د کلچر لپاره نمونه واخیستل شی.
7. وینه: که اړتیا وی د وینې (محیطی - مرکزی) برخې کېټرونو څخه دې لږ تر لږه دوه نمونې دې د کلچر لپاره نمونه واخیستل شی.
8. د خراشکې کڼه: که اړتیا وی د خراشکې (بلغم) څخه دې د گرام تلون او کلچر لپاره نمونه واخیستل شی.

راډیولوژیک او نورې کښې:

1. صدری راډیوگرافی: خطی ډول کثافت به د اټلکانازی، ارتشأ به پنومونیا، او (Wedge Shaped Infarction) احتشأ به ریوی آمبولې لپاره وصفی وی.
2. زړه گراف: د (ST-Elevation) څپې به پریکارډیوگرمی وروسته سندروم کې ولیدل شی.
3. وینوگرام: د ډوبلار التراساوند کڼه د ژور ډول وریدی ترومبوز نشیت لپاره ضروری او گټه ور تمام شی.
4. Abdomen CT scanning: د کېږې دننه خراجونو (کډی، تحت الکډی) لپاره به وروسته د التراساوند کښې څخه د پیژندنې غوره کار ویل شی.

5. التراسونډ : پرته له ډبرو کولیسیسیت ، د کېډې دننه ابسي گانو او بولي لارې ډبرو پېژندنې لپاره غوره کړنه وي.
 6. د (HIDA) کتنه : دا به د پرته له ډبرو کولیسیسیت (Acalculous Cholecystitis) پېژندنه کې ګټه ورکاري.
 7. د (Gallium scan) کتنه : پدې کې به د سينيوکريوټوليل لگول شي او د ابسي گانو پېژندنه کې ګټه ور بلل شي.
- د درملنې پلان :

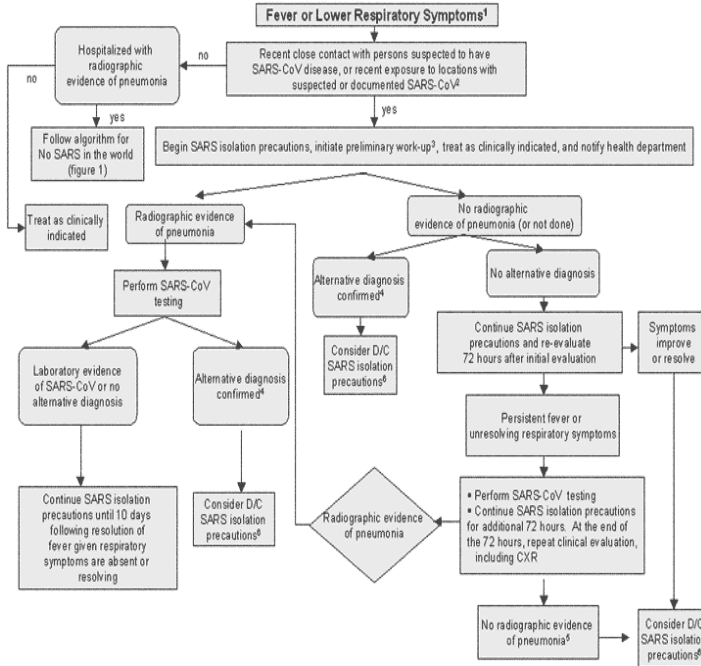
د اړوند پېژندل شويو لاملونو درملنه اصلي موخه ده . چې تبه له هغه وروسته دوهمه موخه ده چې درملنه يې پکار ده.

A تبه د هايپوټشن سره : دا به يو پېرني کار وي چې دواړه سمدلاسه د اړوند پروټوکولونو مطابق درملنه شي.

B اتلکازي او پنومونيا : دواړو ته پاملرنه پکار ده :

1. جدي توګه د سپايرومټري کړنه ، امبولېشن ، ټوخي او تبه به عموماً ګډ ډول د تداوي وړ خبره وي تر څو د اتلکازي او پنومونيا د پرمختګ مخنيوي وشي.
2. د پنومونيا لپاره به اتی بيوتيک درمل په لومړي سر کې پيل شي او د ګرام تلويڼ لځ مخې کېډای شي تنظيم شي.

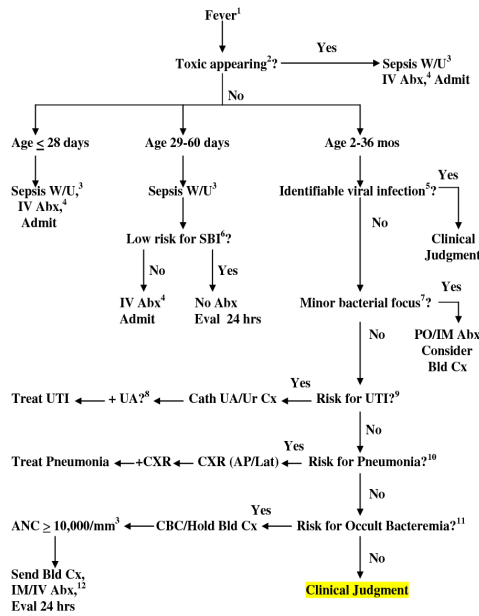
Figure 2: Algorithm for management of fever or respiratory symptoms when SARS-CoV person-to-person transmission is occurring in the world



- C. بولی اتانات : پدې لړ يا يدي گرام منفي او گرام مثبت او گونوريال ډيپلوکوکونه درملنه شي چې د کلچر ا اتی بيوگرام پر بنسټ به ښه نتيجه تر لاسه شي.
- D. د وريدي کيتر اتانات : د کلچر ا اتی بيوگرام پر بنسټ به ښه نتيجه تر لاسه شي خودوی ته اکثراً د (سفازولين او کلوگراسيلين يا نيسيلين) درمل پيل کې ورکول شي. او محيطی يا مرکزی مشکوک کيترونه دې راويستل شي او نوی کيترونه دې په بل ځای کې کينسودل شي.
- E. د تايرايډ ناتار : ددې درملنه دې [Propythiouracil (PTU) 400 mg / 6^h ، Sodium Hydrocortison 100 mg / IV / 6^h (Iodide 250 mg PO/IV / 6^h) او هايډروکورتيزون (Hydrocortison 100 mg / IV / 6-8^h) دې ورکول شي.
- F. له پريکارډيکومي وروسته : يوه ډله د تبې ضد درمل لکه د Indomethacin 25-50 mg / 8^h) په اندازه د ورځې درې ځله د اتی اسيدونو سره مل گڼه وړی .
- G. د ايسوني ناتار پرمهال : پدې صورت کې (Hydrocortison 100 mg / IV / 6-8^h) گڼه وړ درمل بلل شي .
- H. د ټپ اتانات : پدې لړ کې به د کلچر ا اتی بيوگرام تر سره وروسته ښه نتيجه لاس ته راشی .
- I. د تبې عرضی (Symptomatic) درملنه : دلاندې گڼو پذريعه کيږی :
1. د تبې ضد درمل لکه (Acetaminophen 650 mg PO/4-6 h) په اندازه ورکول شي چې دا د اسپرين او نورو په پرتله مناسب گڼل شي.
 2. بايد متوازن ډول مايعات تطبيق شي. د هر درجې (Above 38.5 °C or 101°F) تودوخې درجې سره سم دې (500 ml / 24^h) په اندازه مايعات ناروغ اضافه تطبيق کړل شي.
 3. د ټوکراڼو سپرنت پذريعه : دا کړنه هم د تودوخې راټيټولو کې گڼه وړدی.
- J. مخنيوي کوونکې (وقايې) معيارونه: دا په لاندې ډول دی :
1. اتلکنازی : سگرت څکونکي دې د ښايسته مودې لپاره برهښ شي. او ناروغ ته دې ورزده شي چې له عمليات څخه دمخه څه ډول سپايرومټري کړنې تنظيم کړی.
 2. وريدي کيترونه: د دې لپاره دې محيطی کيترونه هر (2-3 days) ورځې وروسته بدل کړه شي.
 3. ژور وريدي ټرومبوز :
 - a. ژر تر ژره دې ناروغ وگرځول شي.
 - b. چاغی ، پخوانی وريدي ټرومبوز تاريخچه ، نيوپلازيا ، اوږد مهالې نه خوځښت او بستر پاتې کېدنه ټول مساعد خطري فکتورونه بلل کېږی نو بايد لاندې کړنې وشي:
 - تحت الجلدی هيبارين ورکړه د (500 Units) له عمليات څخه دمخه او هر (8-12 h) وروسته تر څو چې ناروغ کاملاً په گرځېدنه راشی.

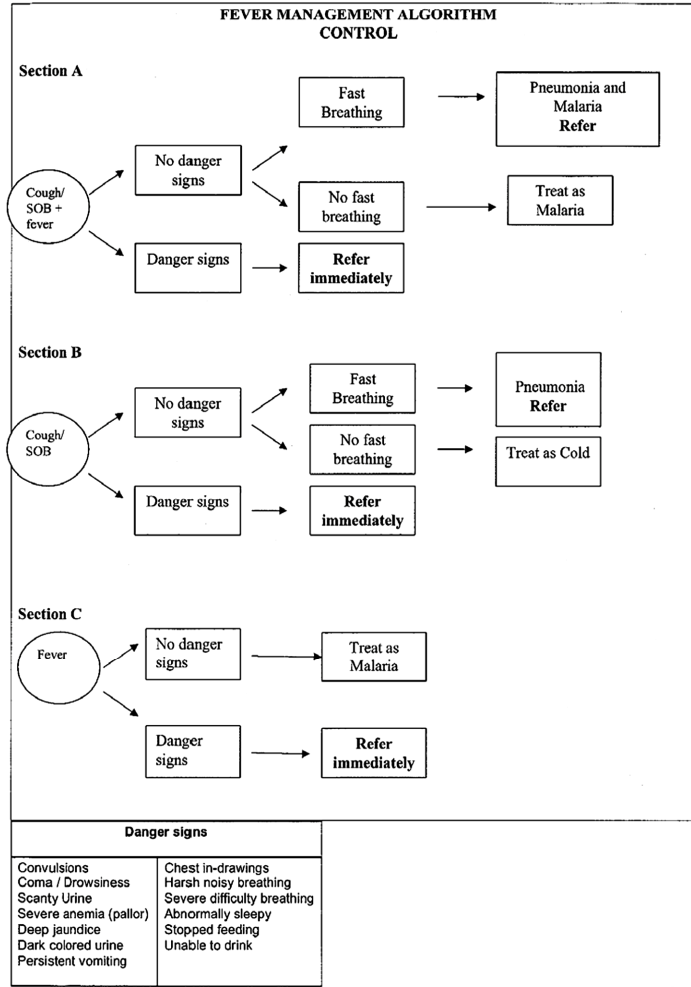
- International Pneumatic Compression Stocking : له عملیات څخه دمخه او وروسته تر څو چې بشپړ ډول ناروغ وگرځي.
- 4 د وینې ترانسفیوژن : پدې حالت کې دې د پارسامول درمل ، اتی هیسیتامین د ساعت دمخه وریدی / خولې له لارې ورکړل شی.
- 5 د نایرایډ ناتور : د [Saturated Solution of Potassium Iodide (SSKI)] دوه څاڅکې درې ځله د ورځې او ورسره (Propranolol 20-40 mg PO /6h) له عملیات څخه دمخه د (7-10 days) ورځولپاره گټه ور بل شویدی .
- د تېې منحنت پرته له باکتریاي منشي څخه په هغه مشومانوکې چې د عمر په (0-36 Months) کې وی .

ED Management of Fever
Without Apparent Serious Bacterial Source
In the Previously Well Child Aged 0-36 Months



1

Guideline for ED Management of Fever Without Source in Infants Aged 0-36 Months



د یارلسم څپرکي د الکترولایټونو اختلال

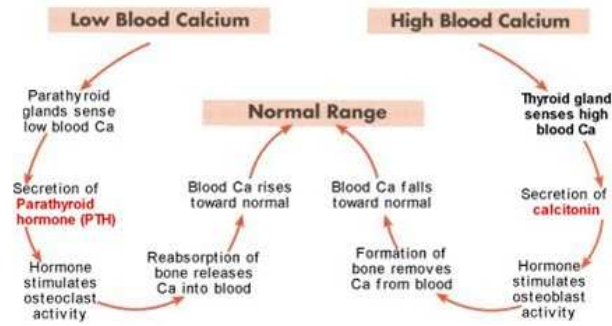
هایپوکلسمیا (Hypocalcemia)

هایپوکلسمیا: دا عبارت له هغه حالت څخه دي چې په کې د وینې سیروم د کلسیم سویه د نورمال (8.5-10.5mg/dl) څخه راټیټه شي همدارنگه که چېرې یو ډاکټر د یوه ناروغ لپاره چې د پولی تراوما له کبله د تراوماتولوژي په سرویس کې بستری او د کلسیم سویه یې د وینې په کتنه کې (7.7mg/dl) تثبیت شویوي راوغوښتل شي، د ناروغ د کتنې سره سم به لاندې پوښتنې مطرح شي:

- آیا یو لږ نور اعراض او علائم د ښکته سویې کلسیم سره مل شته او که؟ پرته له اعراضو هاپو کلسمیا معمولاً کوم ډول بیړنۍ درملنې ته اړتیا نه لري. لومړنۍ اعراض او علائم به د هاپو کلسمیا لپاره محیطي او د خولې د چاپیریال پاراسټیزیا وي [لاسونو-پښو سپرم (Trousseau's sign)، یو ډول فینومینا چې پکې (د لاسونو بندونو برخه و قبض بڼه نیسی)، کانفیوژن (Confusion) او Chvostek's sign، دماغی اختلال، عضلي Muscle. Twitching ټیټاني حملې او اختلاجونه ښائی شته والی ولري.

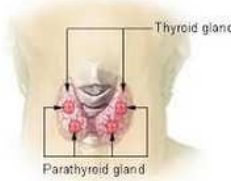


- آیا د ناروغ په پخواني تاریخچه کې د غاړې او ورمېر کوم جراحی عملیات تر سره کولو تاریخچه شته والی لري او که؟ په دې موخه دې د ندبې (Scar) لپاره ټون وشي ځکه چې د جراحی پواسطه د پارا ټایراید احتشاً له کبله قطع کولو لپاره یو غوره لامل گڼل کېږي چې د هایپوکلسمیا حالت منځ ته راوړي.
- آیا د کلسیم سویې ښکته بڼه د ایونایز کلسیم څرگندوی وي او که؟ ډېرو لابراتوارونو چې د کلسیم سویې ښکته راپور یې ورکړی د پروټین د سویې چې د البومین سویه ټیټه وي (1g/dl) د کلسیم د پروټین باند سویه به 0.8mg/dl څرگنده کړي چې په دې حالت کې باید د البومین سویه برابره شي ځکه چې په وینه کې د ایونایز کلسیم سویې مخنیوی وشي.



توپيري پېژندنه:

د ایونایز کلسیوم شته والی علتونه به د وینې په سیروم کې په لاندې ډول تصنیف شي.



- i. د پاراتا یرایډ هورمون نیمګړتیا
- ii. د ویتامین ډی Vit.D نیمګړتیا.
- iii. د مګنیزیم Mg د فقدان
- iv. د کلسیوم ضایع کېدنه
- v. د کلسیوم بې ځایه کېدنه



1. د پاراتا یرایډ هورمون نیمګړتیا په لاندې حالاتو کې لیدل کېږي.

- د جراحی پواسطه د تا یراید او پاراتا پروتید غدې غوڅول او لږ کول.
- دارتشاحي ناروغیو شته والی لکه هیموکروماتوزس، امایلوئیدوزس د میاساتیک کانسررونو ناروغی.
- ایډیوپاتیک لاملونه.
- وړانګې (تشعشع).



2. د پاراتا یرایډ هورمون (فعالیت لږوالی په لاندې حالاتو کې لیدل کېږي).

3. کاذب ډول هایپوپاراتا یرایډیزم: د حجراتو په برخه کې د پاراتا یرایډ هورمون په وړاندې مقاومت کولای شي د پاراتا یرایډ هورمون سویه لوړوالی مومي چې دا کېدای شي د کلسیوم انقیوژن پواسطه انحطاط ومومي.

- د ویتامین ډي نيمگړتياوې په لاندې حالاتو کې منح ته راځي.
- خوار ځواکي (Malnutrition)
- سؤجذب (Mal absorption) چې په لاندې حالاتو کې لیدل کېږي.
 - a) پانکریاتیت.
 - b) له گاسترکومي څخه وروسته
 - c) د کولمو دلندوالي سندروم (Short gut Syndrome, Short bowel Syndrome).
 - d) د ډېرو مسهلو (جولابو) درملو خوراک اواستعمال.
 - e) سپرو (Sprue) شحمي يا غوړین نس ناستی.
 - f) د يني او تريخي ناروغۍ چې د صفراوي مالگو (bile salt) کمښت وړ سره دمله په توگه شته والی ولري.
- د میتابولیزم نيمگړتياوې به لاندې لاملونه ولري:
 - دیني يا ځيگر ناروغۍ لکه د [25 (Di Hydroxy) Vitamin. D] جوړېدنې نه برياليتوب.
 - د بډوډو يا پښتورگو ناروغۍ لکه [1-25 di hydroxy vitamin.D] په وړاندې نه برياليتوب.
 - د اختلاج ضد درملنې لکه د فینو باربیتال او فیني توتین درمل چې د ویتامین ډي د میتابولایټونو تولید غیر فعاله کوي.
- 4. د مکینیزوم کمښت: دا د پاراټایرایډ هورمون د لږوالي په نتیجه او یا د فعالیت د لږوالي پر مهال کله چې د مکینیزوم سویه برابره شي ورسره د کلسیوم سویه هم سمون مومي.

د کلسیوم ضایع او یا بي ځای کېدنه په لاندې حالاتو کې لیدل کېږي:

 1. هایپرفاسفیتیمیا د هډوکو دکلسیوم د بې ځایه کېدنې لامل گرځي.
 - په حاد ډول د فوسفیت خوراک اوهضم.
 - په حاد ډول د فوسفیت ازادېدنه د Rhabdomyolysis د ټومورونو انحلال پر مهال.
 - د پښتورگو عدم کفایه: په مزمن ډول عدم کفایه کې د 1,24 di hydroxy vit.D لږوالی مومي چې ورسره دکلسیوم سویه هم راټیټېږي.
 2. حاد پانکریاتیت.
 3. د اوسیتوبلاستیک میاسټازس د تیونو او پروسیټات له سرطان څخه.
 4. د ټایرایډ غدې د میدولا برخې کارسینوما: چې په کې د ټایروکلسیونین زیاتوالی مومي.
 5. د هډوکو پواسطه د جذب لږوالی د لاندې درملو خوراک پواسطه دکلسیوم جذب د هډوکو پواسطه لږوالی مومي:
 - a) Actinomycin
 - b) Calcitonin
 - c) Mithramycin

کلینیکي کتنې:

A. فزیکي کتنې:

- پوستکي: درماتي اکريما مزمن هاپوکلسيميا:
- سر، غوړ، سترګه، پوزه او ستوني (HEENT): کترکت (ساد) بنائې شته والی ولري، لارینګوسپزم چې نادراً منځ ته راځي او بنائې د ژوند تهدید کړي د ژورور ټینډونونو عکسات فرط فعالیت څرګندوي.
- عضلي عصبي (نیورومسکلار): [کافیوژن، سپزم، Grimacing یا مخ یو ډول څرګندونې دی چې پکې له مخې بد رنگه او لېونی بڼه څرګندوي چې پکې د بنوونې د اصلاح وړ ندی، Facial Twitching او همدارنگه د ژورور ټینډونونو د عکساتو فرط فعالیت] به شته والی ولري.
- د ټټاني او هاپوکلسيميا لپاره ځانګړې آزمويې:
- a) Chvostek's دا په 10-05% سلنه ناروغانو کې شته والی لري د وجهي عصب لپاسه د Zygoma په برخه کې Tap (په کراره وهل، ټپ ټپ کول، چوسول)، تر سره کېږي او لیدل کېږي چې د ژامني Twitch منځ ته راځي او که.
- b) Trousseau's Sign: د وینې د فشار ټاکنې Cuff لږ پورته تړل کېږي او د سیسټول فشار د درې دقیقو لپاره ټاکل کېږي او لیدل کېږي چې د Carpal برخې سپزم منځ ته راځي او که.

لابراتواري کتنې:

- i. د سیروم الکترولایټونه: په دې کتنه کې کلسیوم فاسفیټ پوناسیوم مګنیزیم او همدارنگه د کلسیوم اندازه دې د البومین د سولې سره پرتله کړل شي هاپو مګنیزیمیا او هاپو کلیمیا بنائې چې د هاپو کلسیمیا کلینیکي اعراض او علائم راپورته کړي د هغه به را برسېره کړي.
- ii. د سیروم البومین: د کلسیوم د سولې اصلاح دې وشي که چېرې د البومین سویه ټیټه وي دا به دکلسیوم په ایونایز ډول اغېزه ونه لري خو باید د درملنې لپاره د البومین سویه نورماله کړل شي.
- iii. د پښتورګو وظیفوي آزماينستونه: د دې لپاره د BUN او د Creatinine سولې ټاکنه غوره ګڼل کېږي چېرې د کرباټین سویه ډېره لوړه وي نو دا به ډېره د پښتورګو د عدم کھايې لپاره ځانګړې وګڼل شي.
- iv. د پاراټایرایډ هورمون د سولې ټاکنه ډېره له اهمیت څخه ډکه ده.
- v. د ویتامین ډي د سولې ټاکنه: په دې لړ کې [25-hydroxy VitD او 1.25-dihydroxy VitD] ټاکل کېږي چې د سولې ټاکنه به د کلینک له پلوه ګټه وره وي.
- vi. په متيازو کې Cyclic- AMP د سولې ټاکل: دا به د پاراټایرایډ وظیفوي حالت را څرګند کړي دا به پاراټایرایډ هورمون د لوړوالي سره سم په متيازو کې لوړوالی ومومي.

vii. دغايه موادو کڻه: دا به د Steatorrhea دناروغي شته والي لپاره تر سره شي.

راڊيو لوتھيڪ او نورې کٽي:

- د زره گراف E.C.G: د زره گراف بنائي چي غوره دا QT interval اوږدېدنه څرگنده کړي چي دهايپو کلسيميا غوڅه څرگندونه کوي.
- د هډوکو راډيوگرافي: د هډوکو بدلونونه به د پښتورگو په عدم گهايه اويا د هډوکو او سښو بلاستيکي ميٽاستازس حالاتو کي وليدل شي.

د درملني پلان:

په ناروغ کي دې د ټيټاني حملاتو دشته والي لپاره ټون پيل شي ځکه چي دټيټاني پيښې کولاي شي چي د حنجري د سپزم لامل وگرځي او همدارنگه اختلافونه هم پيښي درملني ته اړتيا لري. په نورو حالاتو کي چي دالبومين کلسيوم فاسفيت مکسيوم پاراټايرايډ هورمون ټيټه سويه کولاي شو چي د خولي له لاري د درملني پواسطه ترکټرول لاندې راوړو.

A. پيښي درملنه:

1. په هغه حالاتو کي چي په وينه کي دکلسيوم د سويي اندازه له $Ca^{+} < 1.5 \text{ mmol/lit}$ څخه رابنگه وي پيښي درملنه کيږي ترڅو د حنجري د سپزم دمنځ ته راتلو څخه مخنيوي وشي د وريد له لاري په مستقيم توگه 200-300mg کلسيوم ورکول کيږي.
 1. 10% Calcium Gluconate: يو امپول 10ml چي 90mg د کلسيوم لري دا د 10ml په اندازه دوريد له لاري Total 20-30 mL /IV ورکول کيږي.
 2. 10% Calcium Chloride: يو امپول 10ml چي 360mg د کلسيوم لري دا د 10ml په اندازه دوريد له لاري ورکول کيږي ډيره پاملرنه بايد وشي ترڅو Extravasations ونه لري ځکه چي هلته د Slough نسج منځ ته راوړي.
 3. په (Digitalized) ناروغانو کي د کلسيوم د ديچوکسين په پوتانسيلي اغېزو باندې اغېزه پريباسي چي د زره بلاکونو اړوند بايد پاملرنه وشي.
- B. مزمنه درملنه:

د ابتدائي ډول (PTH deficiency) فقدان لپاره موخه د (2-4 grams) په اندازه د خولي له لاري د ورځي ورکړه ده چي ورسره به د ويټامين ډي ورکړه د اړتيا له مخي وټاکل شي.

1. د کلسيوم کاربونيټ درمل به (240 mg) په اندزي سره چي په يوه (600 mg) ټابليت کي شتون لري ورکړل شي.
2. Os-cal 500.A: د خولي له لاري د کلسيوم کاربونيټ د 1.25 gr Calcium درلودونکي يو ټابليت چي دا به 500mg د عنصري کلسيوم درلودونکي وي.
3. Dihydratachysterol Vitamin.D₂ چي 0.25-1.0 $\mu\text{cg/day}$ ورکول کيږي.

4. د مگکیزیم فقدان: د دې حالت شته والی لپاره 1-2 gram د 10% مگکیزیم سلفیت د ورید له لارې 20 minute دقیقو په لپ کې او 40-80 mEq MgSO₄/Lit د اشیرژن په توگه د ورید له لارې ورکول کېږي.

هایپوگلاسیمیما (Hypoglycemia)

- که چېرې دوینې دسیروم دگلوکوز سویه د لوړې پرمهال (70-150mg/dL) نورمال څخه ښکته وټاکلی شي ورته د هایپوگلاسیمیما ویل کېږي همدارنگه تاسې دیوه ناروغ چې د 40 کاله عمر لري او وینې دگلوکوز سویه یې 40mg/dL ښودل شویده او د ډیابېټ په Type-I ډول هم اخته دی لپاره روغتون راغوشل کېږي سمدلاسه په لاندې پوښتنې مطرح کړل شي.
1. ایا ناروغ د شکرې ناروغی لري او انسولین هم اخلي او که؟ تر ټولو ډېره غوره لامل دانسولین ډېر مقدار ورکول دی او یا ناروغ ته د لوړې په حالت کې د انسولین تطبیق بلل کېږي.
 2. کوم ډول درمل ناروغ ته ورکول کېږي؟ د شکرې ضد درمل د خولې له لارې او یا هم د انسولین ورکې اړوند دی معلومات راټول شي.
 3. کوم ډول وریدي مایعات ناروغ ورکول کېږي؟ ایا ناروغ په نږدې موده کې د کوم ډول الکترولایتونو Hyperalimentation درملنې ځنې جلا شوی دی؟ دا حالت ښائی چې د غیرکونیز ډول Reactive Hypoglycemia لامل وگرځي سره له دې چې ډېره نادره پېښه بلل کېږي.
- همدارنگه که چېرې دگلوکوز سیروم اخلي هغه دې په گوته شي.
4. دناروغ تشخیص او یا پېژندنه څه ده؟ ایا یولې نورې ناروغۍ د هایپوگلاسیمیما سره مل دی او که لکه دخلف پرتواني سارکوما انسولینوما، پارانیوپلاستیک سندروم، په ځانکړې توگه د سکواموزسل کارسینوما شته والی.
 5. د ناروغ کلېنیکي حالت څرنگه دی؟ آیا ناروغ هوشیار او وینښ دی او یا هم کوما توږیا ډیافوریتیک بڼه لري؟ ډیافوریزس، Termulousness معمولاً دکاکولامین دیسچارج له کبله منځ ته راځي.
- توپیري پېژندنه:

A. درمل: یولې درمل شتون لری چې د هایپوگلاسیمیما لپاره زمینه مساعدوی.

i. انسولین: نابره او ډېره اندازه د انسولین ورکړه د پوستکي، وریدي یا عضلي له

لارې د غه حالت منځ ته راوړي.

ii. د خولې له لارې د شکرې ضد درملو خوراک پر مهال.

▪ Tulbutamide

▪ Chlorpropamide

▪ Acetohexamid او نور درمل.

نور لکه: Pentamidene، Ethanol

- د MAO نهي کونکي د دې علت لامل گرځي.
- B. شدد ډول د ځيگر عدم کفايه: په دې صورت کې به د کيد نسج تخريب وي او و به نه شي کړای چې کلايکوجن تجزيه کړي او Glycolysis او گلوکونيوجنيز منځ ته راوړي.
- C. انسولينوما: په دې لړ کې د وينې د سيروم د انسولين سويه ټاکل کېږي.
- D. سمدلاسه د TPN څخه جلا کېدنه: دا به اکثراً ډيره تيوريکي بڼه ولري خو بيا هم ډيرې ناروغان د ا حالت تحمل کولای شي او يوه کمه (لږه) اندازه ناروغان دغه حالت منځ ته راوړي.
- E. خلف پريټواني سارکوما: دغه ټومور ونه د هاپيوگلايسيميا لامل گرځي.
- F. پارانيوپلاستيک سندروم: هاپيوگلايسيميا کېدای شي د انسولين يا انسولين نه ورته موادو افزاز پواسطه چې ډيومورونو پواسطه افزازېږي په ځانگړي توگه د سړو د Small Cell کارسينوما پېښو کې منځ ته راځي.
- G. Surreptitious insulin/Oral Hypoglycemic Administration
- H. Reactive Functional Hypoglycemia
- I. Alimentary Hypoglycemia: دا حالت په هغه ناروغانو کې چې ورته بشپړه کاسټريکټومي (Total Gastrectomy) تر سره شوی وي دا له دې کبله چې هر څه ژر تر ژره له معدې څخه تېرېږي اومعه ژر تشېږي.
- J. Factitious Hypoglycemia: له نېکه مرغه دا نادر دی چې په هغه ناروغانو کې د سپينو کړيواتو اندازه يې ($WBC < 4000$)، دا راز ناروغان هاپيوگلايسيميا منځ ته راوړي چې کوم ډول اعراض نلري دا د سپينو کړيواتو ميټابوليزم نهي کوي.
- K. هورمونونو کمښت: لکه د [Glucocorticoid , Growth Hormone , Thyroid Hormones , Glucagon, او پان هاپيوپيټواريټيزم (Panhypopituitarism)] نور لاملونه: لکه: Sepsis، الکھوليزم او شديد ډول خوارځواکي .

کلبنيکي کتنې:

- A. فزيکي کتنې:
 - حياتي علايم: ټاکي کارډيا بنائى د ادرينرجيک غبرگون چې دگلوکوز د راټټولو په موخې کارول شى له کبله منځ ته راشي ، همدارنگه دوينې ټيټ فشار به يو علامه وي چې د هاپيوگلايسيميا ناروغان لرى ، او تنفسى ريم بنائى شديد ډول کې مخل شى.
 - پوستکى: ډيافوريزس (Diaphoresis) همدارنگه دادرينرجيک غبرگون له کبله شمېرل کېږي.
 - عصبي: په دې هکله به د شعور اختلال شتون ولرى او توپرولو يا پېژندگوي حالت تغير ومومي، ناروغان به ونشى کړای چې هرڅه په ياد ولرى او د هاپيوگلايسيميا له کبله گنښت خوېجن حالت پېښېږي ، اختلاج منځ ته رانگ به په شديد ډول هاپيوگلايسيميا کې يوه کلبنيکي نښه وي .

B. لابراتواري کتنې:

- a. د سيروم گلوکوز: تر ټولو مهم او غوره کتنه بلل کېږي او که چېرې له 50mg/dl څخه راټيټ شي ډېر داهميت وړ او پام وړ خبره بلل کېږي او ورسره په کلېنيک يا اعراض او علايم هم شته والی ولري. په دې لړ کې به لاندې کړنې گڼه ورې وى:
- i. Reagent strips
- ii. Glucometers
- iii. Finger sticks sample

- b. د مټيازو د گلوکوز سويه: دا کتنه او آزمايښت به ډېره گټه وړه نه وي.
- c. د سيروم دانسولين سويه: که چېرې دانسولينوما ناروغۍ تر شک لاندې وي تر سره کېږي.
- d. C- Peptide level: په دې کې د داخلي انسولين د سويې سره سمه لوړه وي دا به د انسولينوما ناروغۍ را برسېره کړي او که چېرې د سيروم دانسولين سويه لوړه وي او د C-peptide سويه ټيټه وي دا به د ډېر انسولين ورکړه (Cover Dosage) حالت را څرگند کړي.

c. رايولوژيک اونورې کتنې:

که چېرې د خيښو ټوموري کلاتو او ناروغيو او نورو مل ناروغيو شک شته والی ولري ځانگړې د (صدرې، بطني، کوپړۍ) او هډوکو رايولوژيک کتنې به تر سره شي همدارنگه الټراساوند، CT.Scanning او MRI د استطباب له مخې کېدای شي توصیه شي او تر سره شي ECG هم ښائی د زړه د ناروغيو په صورت کې تر سره شي.

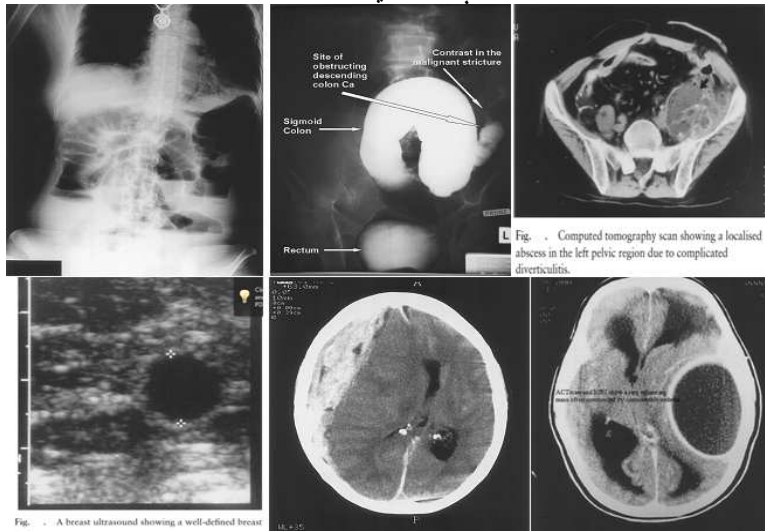


Fig. . . A breast ultrasound showing a well-defined breast

Fig. . . Computed tomography scan showing a localised abscess in the left pelvic region due to complicated diverticulitis.

د درملنې پلان:

که چېرې گلوکوز په وینه کې سمدلاسه په حاده توګه لوړوالی ومومي نو د علتونو پېژندنې لپاره دې لټون وشي.

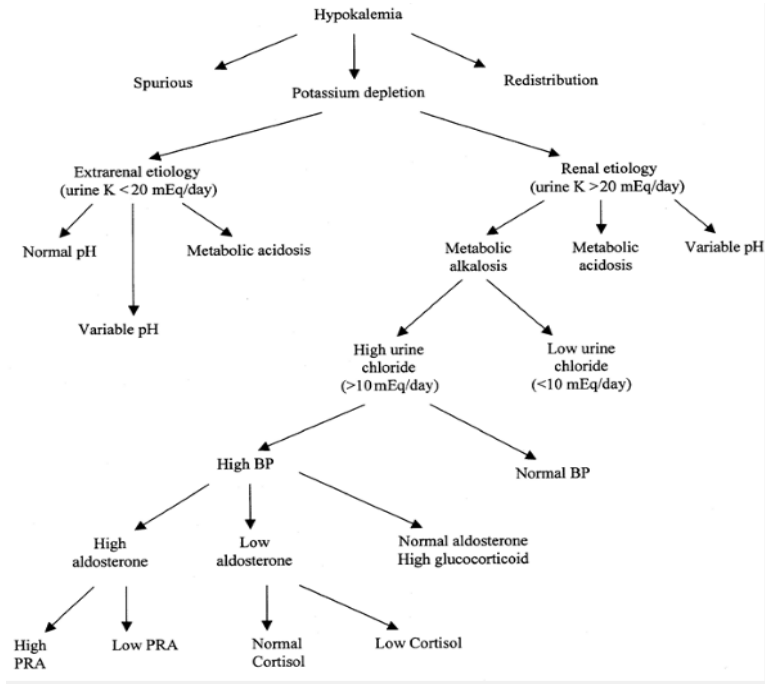
- A. د گلوکوز تطبیق: که چېرې ناروغی په کره توګه او واضحاً پېژندل شوی وي نو باید چې انتظار وایستل شي ترڅو د لابراتوار کښې تر سره او تاپچ را ورسېږي ناروغ ته دې په چټکه توګه گلوکوز د ورید له لارې تطبیق کړل شي. که چېرې ناروغ وینس وي دخولې له لارې دې خواږه ورکړه شي او همدارنګه ناروغت دې اوبه ورکړ شي.
- i. فمي (Oral): د خولې له لارې دنارنج یا لیمو او خواږه درلودونکي اوبه ورکړه شي ترڅو تنده یې ماته شي.
- ii. د زرقی (Parenteral): همدارنګه د ورید له لارې د (Dextrose 50%) څخه (D₅₀) زرقی (Push) په توګه ورکول کېږي او که چېرې کومه نتیجه لاس ته رانشي نو یو امپول بل تکراراً تطبیق کېږي.
- iii. که چېرې د ورید له لارې تطبیق ستونزه شته والی ولري نو د گلوکاکون هورمون دې د عضلي یا تحت الجلدی زرق له لارې (0.5-1mg IM/SC) په حاده توګه ورکول کېږي بنائې چې کانګې منځ ته راشي.
- iv. دورید له لارې (Maintenance) مایعات دې پیل کړل شي د دې لپاره دې (Dextrose 5%) د (50-100 ml/h) د تکراري هایپوګلاسیمییا د مخنیوي لپاره ورکول کېږي. د درملنې په لړ کې دې پرلپسې د گلوکوز سویه په وینه کې دلایراتوار له خوا وټاکل شي.
- B. د درملو عیار کول دې تر سره شي: درمل دې بیا و ارزول شي او د مداوم ډوز چارټ دې ورته تیار کړل شي او د انسولین او نورو خولې له لارې هایپوګلاسیمییک درمل دې عیار کړل شي او د چارټ له مخې دې تطبیق تر سره شي.
- C. د هایپوګلاسیمییا لپاره کارکړنه او تعقیب: هر حاد حالت دې درملنه شي ناروغ ته دې هغه حالت چې د هایپوګلاسیمییا لامل ګرځي ور زده کړل شي په پرلپسې او مداومه توګه دې د ناروغ د تعقیب لپاره د وینې د گلوکوز سویه دانسولین سویه د C-peptide سویه او دکبدي آزموینې او وظیفوي آزماښتونه دې تر سره شي د گلوکوز تحمل آزماښت او مناسب ډول د راډیوګرافي آزماښتونه دې د اړتیا له مخې تر سره شي.

هاپوکالیمیا

Hypokalemia

دا هغه حالت دی چې د وینې د سیروم د پوتاسیوم سویه له نورمال (5.1mmol/L - 3.5) څخه راتپه شي هاپوکالیمیا نومېږي که چېرې د یوه ناروغ لپاره چې 72 Year کاله عمر لري او د اورېدې مودې لپاره یې ډیوریتیک د زړه د عدم کفایې لپاره ورکول شوی وي او ناروغ د کېدې اتساع هم لري او وینې د سیروم پوتاسیوم یې (2.5mmol/L) راپور ورکړ شوی وي تاسو را وغوښتل شئ سمدلاسه به لاندې پوښتنې مطرح شي.

- A. ناروغ کوم ډول درمل همدا مهال اخلي؟ د لوپ ډیوریتیک (Loop diuretic) د فروساماید (Furosemide) به هم لامل وي چې په وصفې توګه د پښتورګو له لارې پوتاسیوم ضایع کوي. د تیزید کورنۍ ډیوریتیکونه به هاپوکالیمیا لامل وګرځي خو سویه یې نادراً خطرناکه وي دا به هغه مهال منځ ته راشي دا هغه مهال وی چې ډیجوکسین درمل متناوباً مصرف کړل شي.
1. هاپوکالیمیا به د ډیجوکسین د مسمومیت پوتانسیل ډېر کړي.
2. امفوتریسین به د پوتاسیوم ضایع به مستقیماً د پښتورګو د سمې اغېزې له کبله منځ ته راوړي.
- B. آیا ناروغ کانګې لري، د انفي معدوي ټیوب او یا نس ناستي لري او که؟ د هضمي جهاز له لارې ضایعات معمولي علت د هاپوکالیمیا لپاره په جراحی ناروغانو کې بلل کېږي.
- C. د ناروغ حیاتي علایم څرنگه دي؟ د غیر منظم نبضان چې د عملیات څخه وروسته مرحله کې به د نوي پریماچور اذینې او بطنيې تقلصاتو له کبله منځ ته راشي چې دا به د مایوکارډ عضلي تخریش له کبله وي.
- D. آیا ناروغ نور اعراض او علایم لري او که؟ د هاپوکالیمیا لپاره اعراض لکه ضعیفي زړه بدوالي، کانګې او د کېدې حساسیت ښائی شته والی ولري.



توپيري پېژندنه:

A: د پوتاسيوم عنصر ضايع كېدنه:

1. د هضمي جهاز له لارې:

- i. داوړدې مودې لپاره دانفي معدوي ټيوب پرېښودنه چې ورته اعاده تر سره نسې د هاپيوکالیمیا لامل گرځي چې نېغ په نېغه ضایعات ورکوي، همدارنگه د پېنټورگو له لارې د پوتاسيوم ضایع اود پوتاسيوم بېخايه کېدنه (Shift)، د حجراتو لوري ته د میابولیک الکولوس د ودې له کبله.
- ii. د کانکورډ شته والي له کبله چې د ټيوب په وړاندې ښائی منځ ته راشي.
- iii. د کولمو بندښت د هاپيو کالیمیا لامل گرځي چې د کولمو لومن لوري ته نفوذ کوي د افراز (Pooling) له لارې اود پوتاسيوم د جذب د وړتیا د له منځه تللو له کبله.
- iv. د نس ناستي، فيستول او ذغابو (Villous) د اپینوما د شته والي له کبله

2. د پېنټورگو له لارې:

- i. د یورتیکونو خوراک د اوړدې مودې لپاره لکه (Furosamide) درمل:
- ii. د پېنټورگو ټیوبولو اسیدوزس له کبله چې په دې کې پوتاسيوم اطراح او هایډروجن آیون جذبېږي.

iii. د اتې بیوتیکونو خوراک لکه:

- Carbinicillin
- Amphotericin چې د مگنیزيوم ضایعات مخ ته راوړي.

iv. له بندښت څخه وروسته ډيوريزس چې دا د حاد ټيوبولار نېکروزس د ډيورتيک مرحلې په لړ کې پېښېږي.

B: د پوتاسيوم عنصر Redistribution:

1. الکولوزس: د کيون پيلانس دې ته اړتيا لري چې د هايډروجن ايون (H^+) له حجري څخه بهر ته ووزي ترڅو الکولوزس اصلاح کړل شي همدا راز د پوتاسيوم ايون (K^+) د حجري دننه نوزي هايپوکاليميا منځ ته راوړي.
 2. انسولين: دانسولين زرق او درملنه د کلوکوز او پوتاسيوم عنصر دواړو د ترانسپورت اونوتلو لامل د حجراتو دننه برخې ته گرځي چې دا په خپل وار د هايپوکاليميا لامل گرځي.
- c: د ناکافي خوراک (Inadequate intake):

دا اکثراً له خپل لاسه (iatrogenic) د درملنې په لړ کې چې (د هغه مایعاتو دورید له لارې تطبيق چې د اوږدې مودې لپاره چې پوتاسيوم ونلري) منځ ته راځي. که چېرې نور ضايعات شته والی ونه لري د ورځې په لړ کې په نورماله توگه ($40-60\text{mEq}/24^h$ او يا $1-2\text{mEq}/\text{kg}/24^h$) ناروغ ته د مایعاتو د تطبيق په لړ کې ورکول کېږي دا بايد هغه مهال وي چې د پښتورگو وظيفوي حالت نورمال وي.

کلينيکي کتنې:

دا چې د پوتاسيوم عنصر د داخل الحجروي برخې د کيون لپاره اساسي کيل شوی دی هايپوکاليميا معمولاً په مشهوده توگه له بدن څخه د پوتاسيوم د ضايعاتو له کبله منځ ته راځي د سيروم سويه به $[3\text{mEq}/\text{Lit}(\text{mmol}/\text{Lit})]$ په اندازه معمولاً په مجموعي توگه د $(100-200\text{mEq})$ به په کاهلانو کې نيمکړتيا څرگنده کړي.

الف: فزيکی کتنې:

- a. د زړه گټه: غير منظم نبضان ښائي نوې اريټميا (PAC او PVC) حالتونه او يا د ډيجوکسين سميت را په گوته کړي.
- b. د گېډې گټه: د گېډې توسع او کولمو د آوازونو اوږدې لپاره ټون وشي د کولمو بندښت ښائي هايپوکاليميا منځ ته راوړي نادراً به د هايپوکاليميا له کبله ايلوس (فليج) منځ ته راشي چې حالات به لاسې خراب کړي کانگې به د هايپوکاليميا لامل شي اومسموميت به منځ ته راوړي.
- c. عصبي: شديد هايپوکاليميا به د Blunting of reflexes، پاراسټيزيا او پاراليزس حالتونه منځ ته راوړي.

ب: لابراتواري کتنې:

- a. د سيروم الکترولايټ گټه: د سيروم د الکترولايټونو په ټاکنه به د هايپوکاليميا سره د (K^+) پوتاسيوم سويه ټيټه اود مکنيزيوم اوکلسيوم سويه ټيټه تثبيت شي.

b. د شریاني وینې دکازاتونیاکه: د سیروم د الکترولایتونو انارمیتی به معمولاً (Acid-Base) نیمکرتیا سره مل وي د هاپوکالیمیا له کبله بعضاً د پښتورگو ټیوبولار اسیدوزس او میتابولیک الکلووزس حالتونه منځ ته راورلای شي.

c. د میتازو الکترولایتونو ټاکنه: هغه ناروغان چې ډیورتیک درمل اخلی دا به ګوره کڼه وي که چېرې د پښتورگو له لارې پوتاسیم اطراح شي د میتازو په نمونه کې به سوبه وټاکل شي همدارنگه په میتازو کې د (Na^+) او پوتاسیم (K^+) سوبه او د اوزمولیټي اندازه وټاکل شي.

d. که چېرې اړتیاوي د ډیجوسین اندازه او سوبه دې وټاکل شي.

ج: راډیولوژیک او نورې کڼې:

▪ د زړه ګراف ECG: د زړه ګراف تر سره کول په اړین وي او د زړه بې نظمي ګانې به پرې نشیت کول شي او د ډیجیتال درملو مسمومیت حالت بشودنې لپاره هم ګور ثابتېږي. همدارنگه نوی PAC او PVCs به د نوي غیر منظم نبض سره څرګند کول شي.

▪ د صدر راډیوګرافي: د صدر راډیوګرافي پواسطه کولای شي چې د زړه غټوالی او د سږو ناروغیو شته والی سبب کېدای شي.

▪ د ټومورونو پیژندنې لپاره کېدای شي چې CT Scan تر سره کولو څخه کار واخیستل شي.

▪ د ګډې دکلاتو او بولي سیستم د ډبرو شته والی په صورت کې به د التراساوند کڼه ګوره وي.

د درملنې پلان:

ډبر شدید بڼه هاپوکالیمیا لکه چې سوبه یې (3.0 mmol/lit) څخه ټیټه ویاو یا هم که چېرې د ECG بدلونونه شته والی ولري باید په جدي توګه یې درملنه وشي. که چېرې ډبرو ډو وظیفوي حالت روغ او سم وي کولای شو چې په کلوي ډول د هاپوکالیمیا اعاده وکړو.

A: د ورید له لارې بیا رغاونه او اعاده:

1. استطببات: په لاندې پېښو کې ډبره ځیرنه او پام پکار دی.

a. د ډیجوسین مسمومیت (Digoxin Toxicity).

b. اریتمیا خاصاً (PACs, PVTs).

c. شدید ډول هاپوکالیمیا 3.0 mmol/lit څخه بې سوبه ټیټه وي

d. او هغه کسان چې د خولې له لارې نشي کولای د پوتاسیم اعاده ورته ترسره شي

e. N.P.O ایلوس، زړه بدوالی درلودونکی او کانګې درلودونکو ناروغانو کې د ورید له

لارې د پوتاسیم تطبیق باید وشي چې کېتر باید مرکزي ورید ته تېر شي او په کراره سره

ډبرې ناروغانو اصلاح کېږي. او همدارنگه د خولې له لارې هم د تطبیق له مخې هم اصلاح

منځ ته راځي.

2. Replacement: یو لړ ډبر د KCl محلولونه د محیطي وریدونو له لارې ناروغانو ته

تطبیق کېږي چې معمولاً دوی باید د 40 mEq/lit څخه زیاتوالی ونه مومي چې که چېرې دا

زیاتوالی ومومي دوریدي تخرب د پوتاسیوم تراکم له امله کېږي. که چېرې ډېر بېرني حالت وي نو کېدای شي چې 60mEq/Lit هم ناروغ ته تطبیق کړل شي.



د 10-20mEq پوتاسیوم کلوراید محلول به په سیروم کلوکوز ($D_5W50-100^{cc}$) اویا نورمال سالین [NS) NaCl] محلول کې رقیق کېږي چې دا به د یوه ساعت په لړ کې دانفیورژن په توګه تطبیق کړل شي که چېرې شدید ډول نیمګړتیا شته والې ولری نو کېدای شي چې په تکرار ډول ناروغ ته تطبیق کړل شي. دلور ډوز په تطبیق کې دې ډېره پاملرنه وشي چې انفیورژن باید ډېر په کراره تر سره شي.

3. څارنه (مونیتورینګ) (Monitoring):

په تکراري بڼه دې د سیروم د پوتاسیوم اندازه و ټاکل شي او له هایپرکالیمیا منځته راتګ څخه دې مخنیوی وشي اود کلبینیکي غبرګون څرګندونې پراساس 2-4/h ساعته وروسته دې ECG د ICU مونیتورینګ او څارنه دې وشي ځکه چې د چټک مقدار تطبیق وروسته اریتمیا منځ ته راځي چې ځانګړې پاملرنې ته اړتیا لري.

B. د خولې له لارې اعاده: د معمولاً پرته له اعراضو خفیف ډول هایپرکالیمیا په صورت کې ترسره کېږي د خولې له لارې مایع او پودر شته والي لري او په کراره آزادېدونکي ټابلیټونه چې 10 mEq/ Tablet شته والي لري چې معمولاً مناسبه درملنه نده. د درملنې ډوز او اندازه تل باید د 40-120 mEq/day وي چې په کسري ډوزونو ناروغ د ناروغ وزن او هایپرکالیمیا سوېي سره سمون ورکول کېږي که چېرې د Maintenance ډوز ته اړتیا وي درملنه دې د 20-40 mEq دورځې عیار کړل شي. همدارنګه دیولر درملو سره چې د پوتاسیوم ساتونکي او احتباس کوونکي بلل کېږي د پوتاسیوم درلودونکو مستحضراتو د ورکړې څخه ډډه وکړل شي (دا درمل لکه: Spironolactone, Triamterene Hydrochloride) چې د ډیوریتیک په څېر کارول کېږي ترڅو د هایپرکالیمیا منځ ته راتلو مخنیوی وشي.

C: Replace ongoing losses: د روانو ضایعاتو اعاده چې په ډېره پیمانې د انفي معدوي ټیوب له خوا aspirate کېږي اعاده دی ملي لیتر د ملي لیتر په اندازه اعاده شي چې دا مایعات [Mixed (Ds ½ NS) سیروم څخه 20 mEq/L kcl هر 4-6 ساعته وروسته تطبیق کېږي.

D: Refractory causes: نادراً به د هایپرکالیمیا حالت د مګنیزیم د لږوالي یا هایپر مګنیزیمیا له کبله د اصلاح وړ نه وي همدارنګه د نورو عناصرو د کمښت اندازه دی هم اعاده او درملنه شي.

هايپوناتريميا

(Hyponatremia):

کله چې د وينې د سيروم د سوډيم سوپه نورمال (136-145 mmol/lit) څخه ټيټه شي د هايپوناتريميا په نوم يادېږي.

ستونزه: که چېرې يو ناروغ چې بنسټه ده او د 65 کالو عمر لري او ورته بشپړه ږد تيونو غوڅول (Total Mastectomy) تر سره شوی ده او د سوډيم سوپه يې په وينه کې 119 mmol/L راپور ورکړل شوی ناسوورته د مشورې لپاره راوغوښتل شي سمډلاسه په لاندې پوښتنې مطرح شي.

A. آيا ناروغ د مرکزي اعصابو کوم ډول اعراض او علايم د هايپوناتريميا اړوند لري؟ په لومړي مرحله کې به د ماغي حجروي اذيمايي شي او هايپو اوزموتيک حالت به غواړه کړي په دې حالت کې به ستړيا (Lethargy, Agitation او Disorientation) او نه پېژندنې حالت ورته پيدا شي.

B. آيا لادمخه يې هم د لابراتواري کتنو په لړ کې د هايپوناتريميا په مزمنه بڼه درلوده او که ځکه چې د سوډيم سوپه په چټکه توگه لږوالی ومومي اعراض او علايم به هم سمډلاسه په شديد توگه نېغ په نېغه زياتوالی ومومي چې په حاد بڼه کې دا بايد ډېر په پام کې وي او د سوډيم ټاکنه او درملنه اړينه ده.

C. آيا ناروغ د مدرر (Diuretics) اخلي او که په مزمنه توگه د ديورتیکونو استعمال به سوډيم د ضايع کېدنې لامل وگرځي ځکه چې هر ماليکول سوډيم به 20 ماليکوله اوبه د ځانه سره بهر ته اطرح کړي.

D. آيا هايپوناتريميا صحيح ده او که د لابراتوار له خوا غلطه راپور شوېده؟ اوزموتيک اجنونه او (Space – Occupying) مرکبات (Compound) لکه (گلکوز، ټرايگلايسريدونه) چې په لوړه پيمانه کله چې تراکم ومومي نو د لابراتوار په راپور کې به بدلون او د سوډيم سوپه به بدلون او تغير څرگنده کړي به تکراري بڼه دی کتنه وشي او گلکوز او ټرايگلايسرايدونه دې هم وټاکل شي او دقت دې وشي.

E. آيا ناروغ د وريد له لارې مايعات اخلي او که د ډېرو مايعاتو تطبيق همدارنگه د رقيق Dilutional هايپوناتريميا لامل گرځي چې په ډېرې جراحي ناروغانو کې د اهميت وړ خبره ده همدارنگه ناد ډېر زيات مقدار (5% Glucose) مايعاتو تطبيق له کبله منځ ته راتلاي شي.

F. آيا ناروغ ته نږدې مهال جراحي عمليات ترسره شوېده او که جراحي او انستيزيا معمولاً دلته مهالې نامناسب ADH افزاز منځ ته راوړي او دا هم يو تېرېدونکې مرحله بلل کېږي چې د هايپوناتريميا حالت منځ ته راوړي.

توپيري پېژندنه:

A. لابراتواري غلطې گانې: يا کاذب ډول هايپوناتريميا په لاندې حالاتو کې منځ ته راځي.

1. Osmotic agent: د سوډیم اندازه دې د 1.6 mmol/lit د هر 100 mg/dL د ګلوکوز په وړاندې عیار کړل شي ترڅو چې نورمال حالت 100mg/dL ته ورسېږي.
2. Space Occupying Compounds: په دې لړ کې شحم او یا غوړین (Lipid) توکې معمول دی لابراتوار کولای شي چې Ultracentrifuge د نمونې ترسره کړي ترڅو د سیروم او یا پلازما صحیح سویه وپېژندل شي.
- B. هایپو والیمیک هایپوناتریمیا:
 1. Spot Urinary Na < 10 mEq/lit
 - a. د هضمي جهاز له لارې د مایع ضایعات: د دې لپاره انفي معدوي ټیوب کانګې، نس ناستی حالتونه غوره لاملونه دي په شدیدې بڼه کانګې کول او یا هم د Urine د بولي کلو رايد اندازه معمولاً urinary Na < 10 mEq/Lit څخه زیاته وي.
 - b. Third Space Fluid loss: دا به په پانکریاتیت او پریټونیت کې منځ ته راشي.
 - c. سوځېدنه Burns: دا به په ډېره زیاته پیمانه اوبه او سوډیم ضایع کړي.
 2. Spot Urinary Na > 10 mEq/Lit
 - a. د ډیوریتیکونو ډېر استعمال: دا د Thiazid کورنی درملو لکه هایډروکلوریتایزید اوي اد Loop Diuretics لکه فروساماید له کبله منځ ته راځي. همدارنگه که په لوړه پیمانه ډیوریتیکونه وکارول شي د کلو رايد سویه به په مټيازوکې Urinary Cl > 20 mEq/Lit ثنیت کړل شي.
 - b. د پښتورگو تشوشات: په لاندې حالاتو کې هایپوناتریمیا منځ ته راځي.
 - Medullary Cystic Diseases
 - Polycystic Disease
 - Chronic Interstitial Nephritis
 - c. داوسین ناروغی: د دې ناروغی په لړ کې هایپرکالیمیا او په مټيازو کې د پوتاسیوم ټیټه سویه ثنیت کېدلای شي.
 - d. اوزموتیک ډیوریزس: دا معمولاً په لاندې موادو تطبیق کې منځ ته راځي.
 - ګلوکوز Glucose
 - ماینټول Maintol
 - کیتونونه Ketones
 - e. Euvolumic Hyponatremia د نارمل حجم هایپوناتریمیا:
 1. Syndrome Inappropriate Antidiuretic Hormone, SIADH:
 - a. د دې پېژندنه چې د (SIADH) پنوم یادېږي د سیروم د اوزمولالیتی ټیټوالی، د مټيازو د سوډیم سوي لوړوالی (> 20 mmol/Lit) او لوږده اندازه د مټيازو غلظت لوړوالی (اوزمولالیتی سیروم ته نږدې ثنیت کېدلای شي) د پېژندنې وړ وګرځي.
 - a. عملیات او انسټیزي به د ADH هورمون د زیاتوالی لامل وګرځي.
 - b. ټومورونه: پدې لړ کې { Small Lung Cell Carcinoma (SLCC) } معمول لامل بلل کېږي.

- c. د سپرو اتانی او مکروبی ناروغی: لکه د نری رنج (TB) او باکتریا نورې ناروغی.
- d. د مرکزي اعصابو ناروغی: ترضیضات، ټومورونه او اتانی ناروغی.
- e. فشار یا Stress: د عملیات څخه دمخه او وروسته فشار په شمول.
- f. درمل Drugs: د خولې له لارې هایپوگلاسیسیمیک او کیموتراپیوتیک درمل لکه (Cytoxan، Vincristine) همدارنگه روانی درمل (Haloperidol او Tricydic) او همدارنگه د غوړو ضد (Clofibrat) درملو خوراک کېدای دا حالت منځ ته راوړي.

2. هایپوتایرایډیزم .

3. هایپو ټوټیریزم .

D Dilutional Hyponatremia او Hypervolemic Hyponatremia:

1. د زړه عدم کفایه یا (CHF)

2. کبدی سیروز (Cirrhosis)

3. د پښتورگو ناروغی لکه .

i. مزمن عدم کفایه .

ii. نفروټیک سندروم .

4. TURP Syndrome: دا حالت د احلیل له لارې د جراحی سرته رسولو پرمهال د ډیر زیاتي

مایع د جذب له کبله منځ ته راځي.

کلینیکي کتنې:

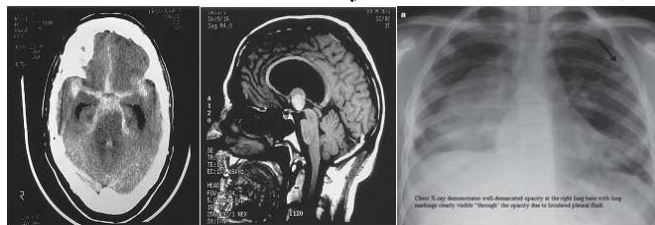
A: فزیکي کتنې: د توپیری پیژندنې لپاره همدارنگه چې د لاملونو پیژندنه اړینه ده نو همدغه راز د کلینیکي اعراضو او علایمو پیژندنه هم ډیره ضروري ده چې باید وشي.

1. حیاتي علایم: په دې لړ کې دې اورتوسټاتیک دوینې فشار وکل شي او توپیر دې د supine او ولاړې په حالت کې ثبت شي. که چېرې فشار د 10 mmHg په اندازه ټیټ شي او نبضان د 10 لس څخه پورته وي نو د وینې فشار دې په کراتو سره کټرول کړل شي چې دا به د حجم د لږوالي څرگندوی وي ټاکی پنا بنائنی د حجم زیاتوالی څرگند کړي چې د سپرو د اذیما شته والی به راڅرگند کړي.

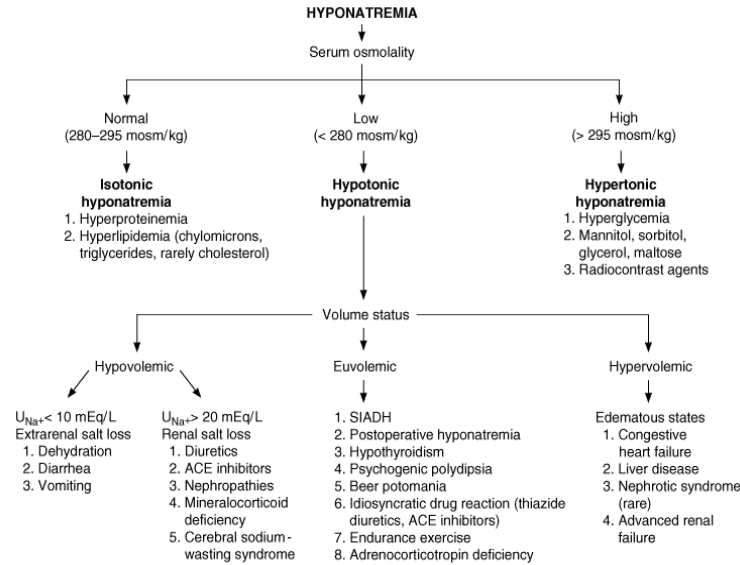
2. پوستکی: د پوستکي شادایت (Turgor) بنائنی کمښت ومومي مخاطي غشا او ژپه به وچه او ډیهاډریت وي د اذیما شته والی به (Overload) څرگندوی وي د کېډې پرسوب او بطنی وریډی رگونو پرسوب Cuput medusa حالتونو شته والی به د کېد د سیروز (Cirrhosis) څرگندوی وي.

3. کوپړی، سترګې، غوړ پوزه او ستونی (HEENT): همدارنگه دناروغ وضعیت او حالت دې په بستر کې 45° Degree ورکړل شي او د عنق (Internal Jugular) وریډ نبضان دې جس

- شي او همدارنگه که چېرې ډېر برجسته وي او چېنگ اوډک وي نور (Overload) لوري ته به فکر وشي.
4. سږې: که چېرې د سږو اذیما منځ ته راغلی وي نو د سږو په اصغاکې به د سږو رالونه (Ralls) واورېدل شي.
5. زړه: د زړه (S3 Gallop) سوغل که چېرې د زړه په اصغاء کې شته والی ولري دابه د (Overload) لوري ته فکر واوروي.
6. گډه: حین، هیپاتوميگالي د سیروزس څرگندویه وي او هیپاتوجگولار رفلوکس بنائې په CHF کې شته والی ولري.
7. عصبي: د ژورو ټینډونونو د عکساتو ډېر غبرگون شونډه د شعور تغیرات، کانفیوژن، کوما او یا د اختلاج شته والی به معمولاً د سوډیم سویه به ټیټه د ($\text{Na}^+ < 125 \text{ mmol/Lit}$) څرگنده کړي چې خاصه پاملرنه غواړي.
- B: لابراتواري کتنې:
1. الکترولايټونه: که چېرې دوینې سیروم گڼه وشي د هایپوناتریما سره سم بنائې د نورو عناصرو ټیټه سویه او بدلونونه نشیت کړل شي.
2. Spot Urine Electrolyte Creatinine: دا گڼه باید د یورتیک درملو درملنې په لړ کې وکړل شي او ټاکنه یې یو شرط دی.
3. د متیازو او سیروم د وزمولایټي ټاکنه: د سیروم او زمولایټي بنائې نارمل وي دابه د لابراتوار غلطی وي خو په متیازو او سیروم کې که چېرې ټیټه سویه اوزمولایټي ثابت شي دهایپوناتریما حالت څرگندوي به وي.
4. د ځیکر وظیفوي آزماينستونه (LFT): د کبد د ناروغیو لپاره (LFT) ترسره کېږي.
5. د شریاني وینې د گازاتو ټاکنه: بنائې اسیدوزس او الکلوزس شته والې کې به گازات ټیټه سویه ولري.
6. ACTH Stimulation test د Cortisole level آزماينستونه به گڼه وروي.
7. کلچر (کبت): د (دوبنې، بلغم یا خراشکي، متیازو) کلچر ترسره او نتایج یې لیدل شي.
- C: رادیولوژیک او نورې کتنې:
1. صدري رادیوگرافي (Chest X-ray) به سږو اذیما، د زړه د عدم کھايي، TB، پڼومونیا او یو لړ نور ناروغیو ثبت لپاره ترسره شي.



2. د CT Scan Head: که چېرې اړتیا وي د کوپړۍ د ماغزو ناروغیو د لټون په موخه تر سره کېږي.
3. د زړه گراف (ECG) د زړه د عدم کفایي د هاپیوناتریما لپاره تر سره کېږي.
4. التراساوند: د گډې التراساوند د گډې او پښتورگو د تغیراتو او ناروغیو د لټون په موخه تر سره کېږي.
5. Water load test: د دې لپاره چې د سیروم د سوېې اندازه نورمال حالت ته راوړل شي د مایعاتو اندازه لږ کول کېږي او ودرول کېږي او بیا د چلنج (ننګونې) په توګه دخولې له لارې 20ml/kg اوبه ورکول کېږي بیا د متبازو اطراح د پنځه ساعتو لپاره هر ساعت یا کپي کې راتولېږي که د مایعاتو یا اوبو خوړل شوی اندازې $<75\%$ اطراح شوې وي او یا هم د متبازو د اوزمولیټي سوېه را ټیټه شوی او د اوزمولیټي د 200 څخه لږه وي بیا به وویلی شو چې SIADH به شته والی ولري.



د درملنې پلان:

- A بېرني درملنه: که چېرې د عصبي سیستم نښې (اعراض) شته والی ولری لکه د اختلاج، کوما).
1. سیروم فزیولوژیک (NS) او فیروسامايد 1mg/kg د ورید له لارې ورکول کېږي د فزیولوژیک او دیورتیکو نوکې استعمال د منفي حجم بیلانس خالصه بڼه لاس ته راوړي باید د مایعات د حجم ورکولو او اطراح اندازه کې ډېر احتیاط او پاملرنه وشي که چېرې پوتاسیم او نور عناصر ضرورت وي ورکول کېږي.
 2. هاپیونیک سالیڼ 3%: د انادراً ورکول کېږي خو که چېرې ضرورت وي د روغتون د ننه ورکول کېږي بښائی چې بعضې عالمان یې پلویان وي خو دا چې ډېر اختلاط ورکوي لږ کارول کېږي.

B: هایپوالمیک هایپوناتریما:

1. د سوډیم د اعدادې لپاره معمولاً درملنه د نورمال سالین ورکوي پواسطه تر سره کېږي چې د ورید له لارې ناروغ ته ورکول کېږي.
2. د دې لپاره چې د یورتيکونه ډېر کارول شوي وي نو د پوتاسیوم عنصر هم ور په کې کېږي ترڅو هغه هم اعاده شي.
3. یا نورمال حجم (Euvolumic) هایپوناتریما.

که چېرې ناروغ اذیما نه لري په دې صورت کې لاندې درملنه کېږي:

1. SIADH: د اوبو مقدار و درېږي او لږول کېږي تر 800-1000 اندازې ناروغ ته مایعات ورکول کېږي. او ورسره دخولې له لارې [Demeclocycline, د (300-600mg/bid)] په اندازه د ورځې دوه ځله ورکول کېږي که چېرې مزمن SIADH ولري دا درملنه تر سره کېږي.
2. هایپوتایرایډیزم: دې حالت د شته په صورت کې د تایرایډ هورمون ورکول کېږي اړین دی.
3. هایپوټوریزم: دا حالت هم د اړین هورمون په ورکړه درملنه کې کېږي.

C: هایپوالمیک هایپوناتریما:

ناروغ به اذیمایي حالت ولري چې په دې صورت کې لاندې درملنه کېږي.

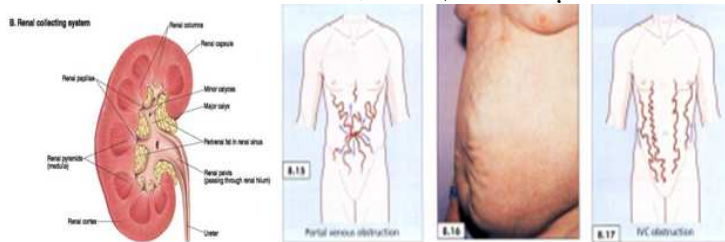
1. دخولې او وریدي مایعاتو تطبیق لږ کول کېږي.
 - a. د زړه احتقانی عدم کفایه (CHF): درملنه د [Digoxin, ډیوریتیک (فروساماید) د اوبو لږول، د کپتوپریل Captopril، اینالاپریل Enalapril او نور] درمل به ګډور وي.
 - b. نفروټیک سندوم: ستروئیدونه، د اوبو لږول، د پروټینونو خوراک زیاتوالی او د فروساماید درمل ورکول کېږي.

c. سیروزس Cirrhosis: د اوبو لږول ډیوریتیک ورکول او همدارنګه Portosystemic

Shunt استطباب لري د متيازو سوډیم اندازه به $Na^+ > 20 \text{ mEq/lit}$ څه لږ ټیټ شي.

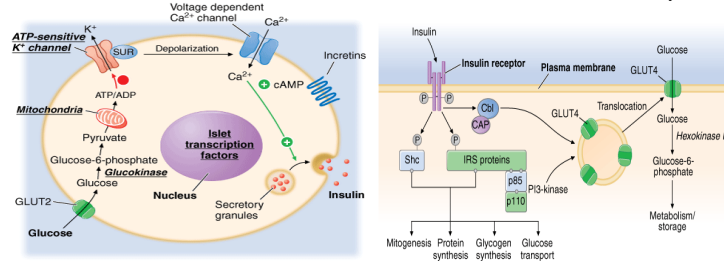
2. د پنسورګو عدم کفایه: د مایعاتو لږول، د Loop Diuretic لکه فیروساماید تطبیق کېږي او

همدارنګه د وینې Dialysis هم تر سره کېږي.



هایپرگلیسیمیا (Hyperglycemia):

یوه زړه بنځه کې چې ورته هیمی کولکیمو ترسره شوېده په خپل میازو کېنې گلوکوز تېروی یا اطراح کوی اودلابراتوار په آزمونه کېنې دوینې د گلوکوز سویه 185 mg/dl راپور ورکړل شوېدی حال داچې نورماله اندازه به 70-150 mg/dl وي.



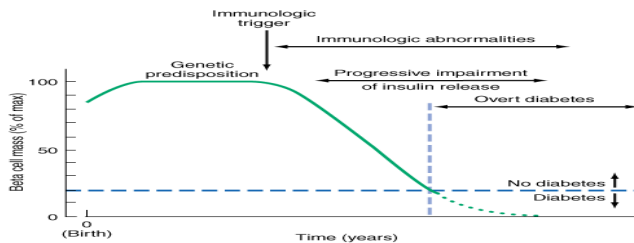
پدې حالت کېنې به لاندې پوښتنی مطرح شی:

- 1- آیا ناروغ د شکرې (دیابت) ناروغی لری؟ په تاریخچه کېنې هغه په دیابت اخته ناروغان چې معمولاً دانسولین درملو ته اړتیا لری معمولاً د درملو ډوز به دسهار له خوا 50% وي خود جراحی سرته رسولو څخه دمخه په انسولین Non- Dpendent ناروغانو کېنې دانسولین ورکړی ته اړتیا لری اوهمدارنگه هغه ناروغان چې د سپیسس او نورې ستونزی ورسره د مله په توگه ولری د گلوکوکورټیکوئید درملو ورکړی ته اړتیا لری.
- 2- حیاتي علامې څرنگه دی؟ دتې شته والې به د سپیسس څرگندونی وکړی چې بنائنی د گلوکوز عدم تحمل منځ ته راوړی یوه نوی حمله به د هایپرگلیسیمیا په واسطه په دیابت ناروغی دلالت وکړی.

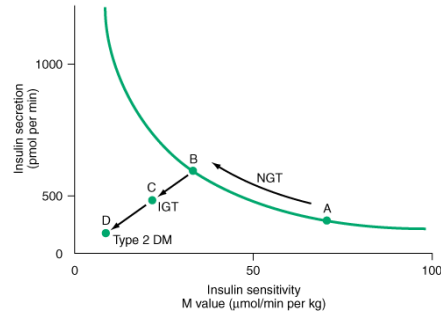
توییری پېژندنه:

- دیابت یا دشکرې ناروغی:

- دانسولین پوری تړلی دشکر ناروغی (Type-I): په معمول توگه ورته د Juvenile Diabetes نوم ورکړل شوېدی دا هغه ډول ناروغی ده چې د خولې له لارې هیڅ راز درمل اغېزه نلری.



- دانسولین پوری تړلی دشکر ناروغی (Type-II): دی ناروغی ته د Adult onset Diabetes اويا AODM نوم هم ورکړل شوېدی.



دجراحی عملیات ترسره کول به دډیابیت ناروغی نابیره راڅرگنده کړی ناروغ دغذا پواسطه ترکنترول لاندې راځی چې دجراحی پواسطه به خرابوالې ومومی.

- سپیسس (Sepsis): دگلوکوزنه تحمل به ترټولو لومړنی نښه دډیابیت لپاره وگڼل شی.
- هایپرالمینټیشن (Hyperalimentionation): په وصفی توگه دورید له لارې دتغذی محلولونه تر 35% پوری دگلوکوز درلودونکی وی که چېرې دا پرمخ تللی وی په چټکی سره به د یوه اندازه مایعاتو تطبیق وروسه د ډیابیت ناروغی وده وکړی اوڅرگنده به شی.
- دحاملگی یا بلارښت دوری ډیابیت: یولړنځی دبلارښت په مرحله کېنې هایپرگلایسیمیا ته وده ورکوی.

- ددرملوبواسطه: سټروئیدونه کولای شی دانسولین په وړاندی مقدم حالت منځ ته راوړی نوردرمل دخولې له لارې کانتراسټیف درمل دی.
- دکوشنګ سندروم (Cushing's Syndrome): دپانکراس ناروغی اویا دپانکراس قطع کول:

کلبنیکی کڼې :-

- فزیکي کڼې:
- حیاتي علامې :-
- تبه ، ټاکی کاروډیا یا داتان ښودونکی وی هایپوټنشن د(Sepsis)ښودونکی دی (Kussmal respiration) چې چټک ژورتنفس ښائی په شدید کېتواسیدوزس کېنې شته والې ولری.



که چېرې په تنفس کېنې دمیوې بوی شته والې ولری دابه په کېتواسیدوزس دلالت وکړی اودډیابیتیک کوما لپاره ځانگړی دی.

- سږی :- د پنومونیا شته والې لپاره دې لټون وشی.

- کېږه :- د سیسپیس لپاره دې دگېډې دننه علتونه ولټول شی.
- عصبي :- په دیاپیتیک ناروغانو کې به عصبي خرابی زیاتوالې ومومی اوبشائی دابه د Ketoacidosis حالت ته وده ورکړی.

لابراتواری کښې :-

- د Finger Stick پواسطه دی دگلوکوز سویه وټاکل شی.
- هېموگرام :- اتانات د لوکوسایټوزس پواسطه پېژندل شی اوهمدارنگه بشائی هاپریتشن به هم شته والې ولری.
- دسپروم الکټرولایت :- پوتاسیوم اوفاسفورس سویه دې وټاکل شی اوددیاپیتیک کېټو اسیدوزس په لړ کېډې دې په جدی توگه تعقیب شی.
- دشریانی وینې گازونه :- هرراز د سیسپیس ، دیاپیتیک کېټو اسیدوزس شواهد که چپری شته والې ولری دسپروم د pH او PO_2 بشودونی له مخې دې تعقیب کړل شی اودرملنه دې وشی.
- دلکټیک اسید ټاکنه :- دلکټیک اسید دسویې ټاکنه به ددیاپیتیک کېټو اسیدوزس په پېښوکښې کچه وروی.
- د میازو او وینې کلچر :- که چپری دانانائوشته والې ترشک لاندې وی نوکلچر دې ترسره شی.
- دمیتازو گلوکوز :- که چپری په میازو کېډې گلوکوز اطرح شی نوپدې هکله دې د وینې د مقدار سره پرتله کړل شی.

رادیولوژیک او نورې کښې :-

که چپری دلکټیک له مخې دی ته اړتیا وی چې رادیوگرافي دی ترسره شی نودغه کڼه هم اړینه کېږی لکه :



بلل

Charcot neuroarthropathy: lateral X-ray showing destruction of tarsal and metatarsal

- دهاپیرگلاسیمیک په ناروغانو کېډې دانانائو شته والې دعملیات ترسره کولو وروسته اود صدر په رادیوگرافي کېډې دی د پڼومونیا شته والې ولټول شی.
- دگېډې CT-Scan دی دگېډې د دانې (اسی) شته والی لپاره ترسره شی.
- دگېډې التراساوندی کڼه به د دانې (اسی) اوکلاتولټون په موخه ترسره شی.

ددرملنی پلان

-A -Sliding Scale Insulin-

- ۱- کوچنی ڊوز د انسولین به تر پوستکی لاندې دریگولار انسولین څخه هر شپږ ساعته وروسته دچپک گلاسیمیا لوړوالې په حالاتوگه وړی.
- ۲- که چېرې په حاده بڼه دگلوکوز سویه په وینه کښې د 200 mg/dl څخه ښکته وټاکل شی نو مناسبې پاملرنې ته اړتیا لری.
- ۳- په وصفی توگه Sliding Scale له مخې به دانسولین ورکړه په هغه حالاتو کښې چې اندازه یې د 180 mg/dl څخه لږوی نه ورکول کېږی. او 3-5 Unit به 240-180 mg/dl او همدارنگه 6-10 U په هغه ناروغانو کښې چې د 400-240 mg/dl وي او 9-15 Unit به هغه ناروغانو کښې چې دویني د سپروم دگلوکوز سویه یې د 400mg/dl څخه پورته وی ورکول کېږی همدارنگه هغه ناروغان چې پخوانی انسولین اخیستی وی لږه اندازه اوډوز دانسولین تطبیق ته اړتیا لری.
- یا دغذا یا خوراک (Diet) کنټرول له مخې :-
- دکالوری لږوالې پواسطه په هغه ناروغانو کښې چې ډیابټ لری همدارنگه په چاغو ناروغانو کښې دکالوری درلودونکو خوراکی توکو محدودیت او پرهېز لگول کېږی.
- دخولې له لارې دهایپوگلاسیمیک درملو ډولونه : ډېر هغه ناروغان چې د Type-II ډول ډیابټ یا شکرې ناروغی لری دغه راز درمل دخولې له لارې ورکول کېږی دا درمل لکه : (Glucophage ، Glinamide اونور) .
 - انسولین هغه مهال پدې ناروغانو کښې پکار وړل کېږی چې د جراحی عملیات ورته ترسره کېږی. اومعمولا د همدغه درملو ورکولو سره له روغتون څخه ډیسچارج کېږی.
 - شدید ډول دگلوکوز عدم تحمل د ډیابټیک کټواسیدوزس له کبله :- دغه راز ناروغان شدید ډول درملنی ته اړتیا لری چې معمولا په ICU کښې د بستر پر مهال ترسره کېږی ډیابټیک کټو اسیدوزس دټاکی پټیا ، ډیهایدریشن ، کټونونه دتنفس پر مهال ، دگډې دردونه د هایپرگلاسیمیا سره ، هایپرکتونیمیا اومیټابولیک اسیدوزس په څېر نښې نښانې منځ ته راوړی.
 - Precipitating Factors : په دغه راز جراحی ناروغانو کښې اتانات به دگلوکوز په وړاندې شدید عدم تحمل منځ ته راوړی لدې کبله دې د اتاناتو درملنه وشی.
 - د ډیهایدریشن درملنه : پدې لږکښې ناروغان شدیداً د مایعاتو په نیمگړتیا اخته وی چې داد گلوکوز یوریا له کبله منځ ته راځی په لومړی سرکښې دې دپرتله له گلوکوز څخه نورمال سالین پواسطه ریهایدریشن یاد مایعاتو اعاده کول ترسره شی دمتيازو Out Put پدغه ناروغانو داوزموتیک ډیوریزس له کبله زیاتوالې ومومی اودابه ښائی د ډیهایدریشن غبرگون په وړاندې نه وی د والیوم اوحجم اندازه دې د مرکزی ورید فشار ټاکی له مخې وشی.

- پوټاسيوم :- کله چې د ډيټايټيک کېټو نيوريا حالت سمون ومومي د پوټاسيوم سويه به هم ښکته شي د پوټاسيوم ايون به داخل الحجروي برخي ته ننوزي او په سپروم کېښي به يې سويه راټيټه شي او ناروغ به په حاده بڼه د پوټاسيوم سويه په بدن کېښي د نيمګوټيا سره مخامخ شي.
- بای کاربونيټ :- د شديد ډول اسيدوزس شته والې به د بای کاربونيټ ورکړې پواسطه سمون ومومي او د انسولين ورکړه ترهغه مهاله دوام ومومي ترڅو د بای کاربونيټ سويه نورمال شي دا پدې معنی دی چې انسولين او ګلوکوز دواړه د وريدي له لارې ورکول کېږي.
- انسولين :- د انسولين ورکړه د (10-20 Unit) د وريدي له لارې نېغ په نېغه ورکړل شي او د مداوم څاڅکو پواسطه دې دوام ورکړل شي د انشيورن اندازې سرعت به توپير ولري خو بايد په حدود د (2-5 Unit/Hour) عيار کړل شي.
- ډکستروز :- د وريدي له لارې مايعات دې بدل کړل شي او 5% Dextrose دې ترهغه مهاله وکارول شي ترڅو د ګلوکوز سويه (300 mg/dl) شي.
- دانسولين مينينانس :- کله چې هايپرګلايسيميا ترکنټرول لاندې راشي دانسولين مينينانس اندازې ته اړتيا ده د تحت الجلدي انسولين ورکړه به دوړځې دوه ځله ترسره شي ددی لپاره چې ښه نتيجه لاس ته راشي نولازمه ده دکمابن په توګه نورډولونه لکه؛ NPH او Regular انسولين هم ورکول کېږي ناروغان چې ترهايپراليمينيشن لاندې وي کولای شي چې انسولين مستقيماً په محلول کېښي علاوه کړل شي.

هايپرکاليميا

Hyperkalemia

- که چېرې دوينې د سپروم د پوټاسيوم سويه له نورمال (5.1 - 3.5 mmol/L) څخه دلابراتوار په کتنه کېښي لوړه وموندل شي ورته د هايپرکاليميا نوم ورکول کېږي. همدارنګه که چېرې يو ناروغ چې د (Crush injuries) له کبله په ترضيضاتو سرويس کېښي بستر وي او د پوټاسيوم سويه په وينه کېښي (7.1 mmol/L) تثبیت کړل شي نولاندې پوښتې به سمدلاسه مطرح شي.
- دحياتي علامې به څرنگه وي؟ د پوټاسيوم په لوړوالي کېښي به په زړه باندې دژوند تهديد کوونکې د اريتميا حملې منځ ته راشي.
- د ناروغ د ميتازو اطراح Out Put څرنگه دی؟ د پښتورګو عدم کفایه او د پوټاسيوم نه اطراح اويا هم له بهره اويا دننه په بدن کېښي د پوټاسيوم لوړ او اندازې زياتوالي د هايپرکاليميا لپاره غوره لاملونه بلل کېږي ددی لپاره د پښتورګو د دندې آزمويښي اوميټازو اطراح پرلپسې وکل شي.
- آیا ناروغ د وريدي له لارې د پوټاسيوم عنصر په زرقی مايعاتو کېښي اخلي اوکته؟ معمولاً د وريدي له لارې سندر د محلولونه چې 20-40 mEq/l د پوټاسيوم اويا د هايپراليمينيشن محلولونه چې ښائی

- ډیره پیمانه پوټاسیوم ولری ناروغ ته تطبیق کېږی نود پوټاسیوم دلوری سویې په صورت کېنې دې دغه له بهره د پوټاسیوم ورکړه ودرول شی.
- آیا دلابراتوار د آزماښت کره اوصحیح دی اوکله ځددی لپاره چې پدې مطمئن شوی باید کتنه تکرارا ترسره شی اوهمدارنگه د نمونی په اخیستنه اومیتود کېنې دی ډیره پاملرنه وشی ترڅو آزماښت دتوقع له مخې ترسره شی اودرملنه په ښه توگه وشی.
 - آیا ناروغ داسی درمل اخلی چې دوینې دسویې دپوټاسیوم لوړوالې منځ ته راوړی. دادرمل لکه Triamtren, Spironolactone اواندومیتاسین دی چې دپوټاسیوم دسویې دلوروالی لامل گرځی.
- تویری پېژندنه :-
- a: Redistribution حالت په لاندې ناروغیو کېنې لیدل کېږی:-
- Acidosis
 - Insulin deficiency
 - Digoxin over dosage
 - Succinylcholin
 - Cellular breakdown
- a Crush جروحانو (Rhabdomyolysis) اود Reperfusion Syndrome
- b هیمولایزس یا دوینې دحجراتو ویجاړتیا
1. دپښورکو علتونه .
 - I - په حاده توگه دپښورکو نه بریالیوب .
 - II - په مزمنه توگه دپښورکو نه بریالیوب: پدې حالت تل مدام دپوټاسیوم سویه نه لوړیږی خواهله به منځ ته راشی چې وروستی مرحله وی.
 - III - Renal tubular dysfunction :- داد پښورکو دترانسپلانتیشن ، لوپوس ایښتیا توزس ، Sickle cell disease اومیالوما په ناروغیو کې منځ ته راځی.
2. دمنرالو کوریکوېی دونو په عدم کها په کېنې اوفقدان کېنې :-
 - Adison disease .
 - هایپوالدسترونیزم یا (Hyporeninemia).
 - 3. ددرملو له کبله :
 - Spironolactone
 - Triamteren
 - Indomethacine
- C- کاذب ډول هایپرکالمیا
- د اخیستل شوې نمونې په هیمولایزس کېنې.
 - داوږدې مودې لپاره دتورنیکت پریښودنی حالاتو کېنې.
 - ترومبوسایتوزس ، لوکوسایتوزس ، دوینې دسپینو کروپواتو اوبلاتیلیت ازادونکی پوټاسیوم لکه دعلقاتو (Clot) په جوړیدو کېنې.

کلبنيکي کښې:

▶ فزيکي کښې:

- زړه: برادې کار ديا ، بطني فيبريليشن په حالاتو کې چې په وصفي توګه د پوټاسيوم د لوړوالي لامل ګرځي.
- عضلي عصبې: پدې کې به Ting Ling ، ضعيفي ، نرم يا پوست فلج ، د ډير غبرګون ښودونکي ژور تيندون رفلکسونه ، د زړه ودرېدنه د دغه راز علامې به وروسته تر ټولو منځ ته راشي.

▶ لابراتواري کښې:

- الکترولايټونه ، BUN ، کرياتينين: که دڅېړنو په لړ کې هاپيرکاليميا وپېژندل شي او د پښتورګو عدم ګها په به څرګند شي.
- د شرياني وينې د ګازاتو ټاګه: Non- anion-gap اسيدوزس به د هاپيرکاليميا سره مل وي.
- د پلاټېټونو اولوکوسايټونو ګڼه: ښائي د هاپيرکاليميا سره په ګډه توګه د دوی لوړه سويه شته والې ولري.
- د کورټيزول سويې او د ACTH د پارېدنې آزمايښت .
- د Digoxine سويې (Level) که چېرې استطباب ولري.
- د مایوګلوبين سويې ټاګه په ميازو اوسپروم دوينې کې چې په CrsuH جروحاتو کې ګڼه وروې.

▶ راديو لوزيک اونورې کښې:

- راديوګرافي ښائي دومره ګڼه ورنه وي خو کېدای شي صدری راديوګرافي د زړه د غټوالي او په سپرو کې د پڼومونيا پېژندنې په موخه ترسره شي.
- همدارنګه که د هاپيرکاليميا سره په ګډه توګه دنورو اعضاو ټومورونه شته والې ولري نو د CT Scan راديوګرافي هم ښائي ګڼه وړه وي .
- د ECG د زړه ګراف سرته رسولوله مخې به د پوټاسيوم دلوری سويې اغېزې په زړه باندې څرګندې شي چې دابه د T-wave لوړوالي اوهمواره د P-wave ، او د PR-interval اوږدې دنه اوهمدارنګه د QRS-Complex پراخېدنه به د زړه په Arrest لوری ته هم پام واپرول شي.

د درملنې پلان :-

دهاپيرکاليميا د شدت قضاوت به د وينې د سپروم د سويې او ECG ترسره کولو له مخې وشي اوهمدارنګه د هاپيرکاليميا درملنه هغه محال د پام وړ خبره ده چې په وينه کې سويه د Serum K⁺ > 7 mmol/lit څخه پورته وي او يا هم چې ورسره د ECG نښې نښانې هم شته والې ولري چې بايد ژر تر ژره دې تصميم ونيول شي او د لاندي ميکانيزمونو په پام کې نيولو سره

چې پکې (دها پیرکالیمیا اغېزه پرغشاء ، دپوټاسیوم اطراح له بدن څخه اودپوټاسیوم ننوتل حجراتو ته) شاملېږي درملنه ترسره شی .

A- دها پیرکالیمیا دپرمخک مخنیوی :-

پدې هکله دی هغه پوټاسیوم چې دویني په سپروم کښې دې راتیت او اطراح کول شی .

B- کلسیم :- دغشا داغېږې له کبله چې پوټاسیوم لوړوالې مخ ته راځي باید اصلاح شی اوددی

لپاره دی دکلسیم % 10 فیصده مایع د 10-20ml د ورید له لارې هر 3-5/5 دقیقه وروسته ناروغ ته تطبیق کول شی ددی درملنی په لږ کښې دزړه مونیتورنگ (څارنه) وشي چې حتمی ده .

C- دپوټاسیوم K⁺ Shift کښې ددی موخې لپاره دی دویني دسپروم دپوټاسیوم عناصر د

Intracellular برخي ته بې ځایه او یا ورننویستل شی اوددی موخې لپاره لاندې کړنی ترسره

کېږي .

۱- سوډیم بای کاربونیټ : یو امپول چې (44mEq) دی د ورید له لارې تطبیق شی بنسټی چې په

تکراری ډول یو یا دوه ځله هر (20-30minute) دقیقې وروسته ناروغ ته ورکول شی دابه په

اسیدوټیک ناروغ کښې بنه اغېزه وکړي خو په نارمل PH درلودونکي ناروغانو کښې هم اغېزه لري .

۲- انسولین /گلکوز : یو امپول D50W او 10 Unit د Regular Insulin د ورید له لارې ناروغ ته

تطبیق کول شی .

۳- Combination treatment : پورته دواړه میتودونه چې % 50 دکستروز محلول یو امپول او

10Unit انسولین دی د Mixed په توگه (D₁₀W) ددری امپوله سوډیم بای کاربونیټ د ورید له

لارې هر 2-4^{Hours} ساعته د Regular انسولین سره مل ناروغ ته ورکول کېږي چې Regular

انسولین SQ 10 Unit څخه به هر 4-6 ساعته وروسته ورکول شی .

D- دپوټاسیوم اطراح له بدن څخه :-

۱- Kayexalate یا (Exchange resin) :

a- دخولې له لارې 40gram په 25-50ml د 70 فیصده سوډیم ټول څخه هر 2-4 ساعته وروسته

ورکول کېږي .

b- دمقعد له لارې : 50-100gram په 200ml سي سي اوبو کښې حل کېږي اودامالی له لارې د

30/minute په لږ کښې هر 2-4 ساعته وروسته ورکول کېږي .

۲- ډیالایزس :- پریوانی او یا دویني ډیالایزس له لارې دپوټاسیوم اطراح ترسره کېږي .

۳- Furosemide :- دمتيازو اطراح دی وڅارل شی اوکله چې Furosemide ناروغ ته د ورید

له لارې ورکول کېږي ډیره پاملرنه دی وشي دویني دحجم اندازی ته دی پاملرنه وشي .

هایپرناتریمیا (Hypernatremia)

دا هغه حالت دی چې دویښې دسپروم دسودیم اندازه د 145-136 mmol/L څخه لوړه تثبیت شی همدارنگه ناسودیمه ناروغ پنځه اتیا کاله عمر لری چې په روغتون کښې بستر ده اولدلابراتوار له خوا یې دویښې دسودیم سوپه 155mmol/L ټاکل شویده راغوبنسل کېږی سمدلاسه په لاندې پوښتنی مطرح شی.

- - آیا ناروغ وینښ او هوښیار دی او یا هم شعور نلری او اختلاج لری؟ دهایپرناتریمیا حالت ترهغه چې سوپه یې په وینه کېښی د 160mmol/L څخه پورته نشی اعراض اوعلامې نه څرگندوی چې غوره اعراض به (تخریش، اټاکسی، بی اشتهایې اوکرمپونه) اوکه چېرې سوپه یې له 180mmol/L څخه واورې نویا به Stupor، Confusion، Seizure، اختلاج شته والې ولری اوکه چېرې په چټکیا سره هایپرناتریمیا لوړه شی نواعراض به هم چټک وده وکړی.
- - کوم ډول درمل ناروغ ته ورکول کېږی؟ دیوریتیکونه چې د بدن داوبو یا مایعاتو ضایع کېدنه منځ ته راوړی دهایپرناتریمیا سبب ګرځی او یا هم هغه درمل چې دسودیم یا احتباس دپښتورګوله لاری ګرځی.
- - د Intake او Out Put اندازه دخوټېرو ورځو په لړ کېښی څومره ده؟ دمایعاتو ضایع کېدنه او یا نامناسبه اندازه دمایعاتو اخیستل دواړه دهایپرناتریمیا سبب ګرځی.
- - آیا یولپ ناروغی نورې هم دهایپرناتریمیا سره مل دی اوکه؟ یولپ ناروغی لکه ددیابتوس انسینیټوس (بی مزې شکرې) ناروغی، شته والې دی ولټول شی.
- - آیا دللابراتوار آزماښت ټیک اوصحیح دی اوکه؟ کېدای شی دغه رقم دللابراتوار له خوا غلط راپور ورکړ شوېدی دناروغ کلینیکې بنی سره دی پرتله کړل شی اودخیراودقت لپاره دی نمونه یا لابراتوار ته واستول شی.
- - هغه مایعات چې دورید له لاری ناروغ ته ورکول کېږی څه شی دی؟ دسودیم درلودونکی مایعات دی وڅپرل شی همدارنگه ناروغ مناسبه آزاده مایع اخلی (معمولا 35mlit/kg/24^h) دکاهل لپاره.

توپیری پېژندنه :

A- دمایعاتو نامناسبه اندازه اخیستنه: دمایعاتو لږه اندازه تطبیق ناروغ ته خصوصاً له عملیات څخه وروسته .

B- دمایعاتو زیاته پیماننه ضایع کېدنه: ډیپری مایعات Hypotonic دسودیم له پلوه وی نوله همدې کبله به ډېره زیاته پیماننه ضایع کېدنه Hyponatrimia منځ ته راوړی .

A- دهضمی جهاز له لاری ضایعات :- لکه د NG Tube له لاری، نس ناستی، اوفیسټول له لاری .

II- دسپوله لارې : نه احساس کېدونکې ضایعات په انتوبی شوی ناروغ کې چې دوی په مناسبه اندازه لوندوالي Humidification نه وی شوی.

III- دپوسټکی له لارې: داهم نه احساس کېدونکې وی چې دتې په حالاتو کې 500ml/24^h دیوی درجې تې لوروالي په پرته له 38.3 °C څخه پورته درجه کېې ضایعات ټاکل شوی دی. دپنسورگوله لارې :

- دپورټیکونه
- هایپرکلسیمیک فزوپټي
- هایپوکلیمیک فزوپټي
- ډیابټ انسپیتوس
- حاد تیوبولارنکروزس : معمولا پولي یوریک مرحله اوپراو کېې
- Post Obstructive diuresis دا حالت معمولا وروسته له اورېدې مودې څخه دپنسورگوله دواړه لورو ته دبنډنت له کبله منځ ته راځي .
- ډیابټ ملیتوس (شکرې ناروغی) : چې داوموټیک ډیوریزس حالت دکلايکوزیوریا لامل ګرځي.

C- دهایپرتونیک سالیڼ تطبیق سره :- په عادی ډول سره دجراحی په ناروغانو کې ددی محلول ورکړه نه ترسره کېږي.

D- دمنرال کورټیکوئید اوکلوکورټیکوئید دپنور ډېروالی:

- Primary aldosteronism
- Cushing Syndrome
- Ectopic ACTH Production

کلینیکي ګڼې :

► فزیکي ګڼې

- حیاتي علامې : پدې لړ کېې به دویې فشار اورتوسټاتیک بدلون ، ټاکی کارډیا ، دوزن لږوالي به دحجم په ضایع کېدنه دلالت وکړي.
- پوسټکی : دپوسټکی Turgor باید وکل شي. مخاطی غشاء بنائې وچه وی اودویې غلظت به زیاتوالي ولري .

▪ عصبي : دتخریشت ، ضعیفي ، زجرت اواختلاج علامې دی ولټول شي.

► لابراتواری ګڼې :

▪ دویې دسپروم الکترولایتونه : کېدای شي چې دهایپرناتریما سره یولړ نورالکترولایتونو توپیر هم منځ ته راغلی وی.

▪ دویې دسپروم اوزمولالیتی: دابه دحجم دضایعاتو سره زیاتوالي ومومي.

- دمیازو اوزمولیټی: دهایپرتونیک میټیازو اطراح به بهرنی مایع په ضایع کېدنه دلالت وکړی حال داچې که چېرې Isotonic او یا Hypotonic ډول میټیازې اطراح شی دابه د پښتورگو لامل وبلل شی.
- Spot Urine Sodium: که چېرې د Spot Urine Sodium د 20 mEq/Lit زیاته وی دابه پرته له پښتورگو د مایعاتو ضایعات لامل وبلل شی.
- ▶ راډیولوژیک اونورې کتنې:
- X-Ray: که چېرې یولر نورې ناروغی شته والې ولری لکه د پنومونیا او یا د زړه د عدم کهایې اوبطیناتو لویوالې شته والې حالاتو کېنې ښائی د صدر راډیوگرافی ترسره کول گټه وری.
- CT Scan: دا کتنه به د ټومورونو شته والې راڅرگند کړی.
- Ultrasoundography: دا کتنه کېدای شی په یولر ناروغیو کېنې ترسره شی.
- MRI: ددې کتنې ترسره کول هم په یولر ناروغیو کېنې گټه وری.

درملنه :-

په ټولو حالاتو کېنې (Free salt) مایعات ناروغ ته ورکول کېږی ترڅو دوینې د سوډیم غلظت راټیټ کاندی دوینې د لوړ فشار درملنه باید وشي او همدارنگه د دماغی اذیما د منخ ته رانگ څخه دی مخنیوی وشي ځکه چې دا ختلاجونو منخ ته رانگ د دماغی اذیما له کبله وی.

-A Detormin Volum deficite:

د حجم د نقصی د ښودونکی لپاره پرته له مالگی مایعات ورکول کېږی ترڅو د ټول مجموعی بدن وزن اصلاح شی.

- Water Deficit = (0.6 X Weight in Kg) - TBW
- TBW = 140 / Serum Na x (0.6 X Weight in Kg)

-B د ضایع شوی مایعاتو اعاده:

په څلورویشتو ساعتونو کې دی 5% Dextrose مایع په اوبو کېنې ورکړل شی او په متناوب ډول دی (Dextrose in 0.45 NaCl) مایع ورکړل شی همدارنگه نوره اړتیا دی د Free Salt ورکړه شی همدارنگه که چېرې د ډېرو مایعاتو ورکړې ته اړتیا وی د 5% Dextrose مایع دی په 0.2NaCl سره عوض کړل شی.

-C دلاندې لاملونو درملنه دی وشي:

- 1- هغه ضایعات چې د پښتورگو، دکولمو او یا انکراس د فیسټولونو له کبله وی.
- 2- د ډیابېټ ملیټوس ناروغی دی دانسولین په واسطه تداوی شی.
- 3- د ډیابېټوس انسپیتوس درملنه دی د مایعاتو ورکولو پواسطه ترسره شی.

څوارلسم څپرکې

هايپوټنشن يا شاک

(Shock) Hypotension

ټيټ فشار هغه حالت دی که چېرې د وينې فشار د ټاکلي نورمال اندازې (120/80 mmHg) څخه راټيټ شي او دماغ او مهم حياتي غړو ته وينه لږه ورسېږي چې دا د وينې د بهير او د محيطي مقاومت عدم کفايي له کله منځ ته راځي په تېجه کې وينه او اوکسيجن اړينه کچه انساجو ته لږ رسول کېږي چې دغه حالت ته هايپوټنشن (Shock) ويل کېږي همدارنگه که چېرې تاسود يوه ناروغ لپاره چې 40 کاله عمر لري بنځينه ناروغه ده او د تيونو پلاستيک پارغونې پلاستيک جراحي ورته ترسره شوېده او د وينې فشار يې د (80/50 mmHg) ملي متر سيماب به ټاکل شوی وي راغوبنډل کېږي سمدلاسه به دکنې پرمهال لاندي پوښتنې مطرح کړل شي.

- نبض څرنگه دی ؟ د نبضان زياتوالی به په جراحي ناروغانو کې د هايپو واليميا له کبله منځ ته راشي چې دهايپوټنشن لپاره يوه علامه ويلل شي . که چېرې ډېر زيات دنبضان ضربي شته والی ولري دا نه د زړه او رگونو غبرگون دهايپوټنشن په وړاندې څرگند کړي. نورمال نبض (110/min) او (په ماشومانو کې /min 80-120) کې که چېرې شته والی ولري نو دا به لږ دهايپوټنشن لپاره ښودونکی وي که چېرې شديدافشار راټيټ وي او دشاک حالت شته والی ولري نبض به چټک اوخيټي وي.

نورمال حدود د نبض لپاره په لاندي جدولونو کې ښوول شويدي ورته څير شئ:

Age	Lower Limits of Normal (beats/min)	Average (beats/min)	Upper Limits of Normal (beats/min)
Newborn	70	125	190
1-11 mo	80	120	160
2 yr	80	110	130
4 yr	80	100	120
6 yr	75	100	115
8 yr	70	90	110
10 yr	70	90	110

Age	Lower Limits of Normal (beats/min)		Average (beats/min)		Upper Limits of Normal (beats/min)	
	Girls	Boys	Girls	Boys	Girls	Boys
12 yr	70	65	90	85	110	105
14 yr	65	60	85	80	105	100
16 yr	60	55	80	75	100	95
18 yr	55	50	75	70	95	

- له عمليات څخه دمخه د فشار اندازه څومره وه؟ بايد ښه اوږي شو چې دا فشار دملاستي او استراحت حالت پرمهال ټاکل شوی او که چېرې په دې هکله دنبض کتنه مرستندويه بيا له سره بايد مناسب ډول د فشار آلې Cuff پواسطه دواړه لورونه دې فشار وټاکل شي.

- کله ناروغ ته د جراحی عملیات تر سره شوی دی، که چېرې دا په لومړي شپه د عملیات څخه وروسته وي د هایپوټنشن علت دی ولټول شي عمدتاً وینه بهېدنه او مایعاتو تطبیق دې په پام کې ونیول شي.
- د زړه ریتم څرنګه دی؟ اېنارمل ریتم به هایپوټنشن منځ ته راوړي په ځانګړي توګه د اذینې فیبریشن او فلوتر له کبله.
- د ناروغ دماغی حالت څرنګه دی؟ د ناروغ د مایعې حالت کانتیوژن، کوما، اختلاج دې ولټول شي ځکه چې د حیاتي ارګانونو ته وینه رسېدنه او پرفیوژن ډېر اهمیت وړ ګڼل کېږي.
- کوم ډول درمل ناروغ ته ورکول کېږي؟ هغه ناروغان چې بیلابلاک درمل اخلي دوی به ټیټ نبض ولري چې د هایپوټنشن حالت به خرابه کړي او ټاکي کار ډیا به ډېر کړي. نارکوتیک او یولپ سیداتیف درمل کولای شي چې هایپوټنشن منځ ته راوړي انافیلایکیک غبرګون کېدای شي د یولپ درملو پواسطه منځ ته راشي.
- د مایعاتو بیلانس څرنګه دی؟ د میازو او ټیټوټ به حجم په اړوند معلومات راکړي. که چېرې پرفیوژن څرګند وي وي باید باوري شو چې ناروغ د اړتیا وړ مایعات بشپړ اخیستي دي او همدارګه نور ضایعات هم ورته اعاده شوي دي.
- آیا دکوم ډول د وینې بهېدنې سرچینه شته والی لري او که؟ د پانسما په برخه کې هغه وینه چې ضایع شوی ده ټاکل کېږي د اتقي معدوي ټیټوټ له لارې د وینې ضایعات د صدري ټیټوټ له لارې د وینې ضایعات او نور... درینونو (Drains) له لارې د وینې ضایعات دې وټاکل شي او د ناروغی سره دې پرته کول شي.

توپيري پېژندنه

په کاهلانو کې د (Rule of Thumb) له مخې که چېرې د وینې سیسټولیک فشار له 90 mmHg څخه راټیټ شي نو ورته د هایپوټنشن نوم ورکول کېږي او هایپوټنشن بنسټي د شاک لامل وګرځي. او لاندې حالاتو کې توپيري پېژندنه کېږي.

A. هایپو والیمیا:

1. وینه بهېدنه:

- a. ترضیعی: هغه ناروغان چې د شاک په حالت کې روغتون ته راځي بنسټي وینه بهېدنه ولري او بنسټي (په صدر، بطن، خلف پریټوان او په انساجو کې د کسرونو له کبله د فخذ هډوکي او حوصلې هډوکو کسرونه) او همدارنګه بنسټي بهر ته له بدن څخه درګوود څېریدني او دوازي جرحي له لارې وینه بهېدنه شتون ولري
- b. له عملیات څخه وروسته: د ننه وینه بهېدنه له عملیات وروسته و پخپله په ټپ او جرحه کې وینه بهېدنه د جراحی عملیات وروسته ډېر معمول حالت ګڼل کېږي.

C. نورعلتونه: د یولړ ناروغیو لړ کې لکه DIC د هضمي جهاز وینه د اکټویک یا بیخایه بلارېښت حالت په ښځینه ناروغانو کې باید له پامه لېرې نه وي چې دوینه بهېدنې لامل ګرځي.

2. د مایعاتو ضایع کېدنه:

A. شدید ډول کانګې، نس ناستی، ډېره خوله کول، په زیاته فیصدي او پیمانې سره د بدن د سطحې سوځېدنه، دریمې فضا (Third Space) ته ضایعات (په پانکریاتیت دکولموبندښت) او همدارنگه ښائی د نامناسب اندازې ریهایدريشن د جراحی عملیات په لړ کې چې ورسره په مداوم ډول د رګونو توسع او خوليجن حالت هم شته والی ولري اود کېدې جوف هم وازوي لیدل کېږي.

Severe (>40% Blood Volume)	Moderate (20–40% Blood Volume)	Mild (<20% Blood Volume)
<ul style="list-style-type: none"> - Same, plus: - Hemodynamic instability - Marked tachycardia - Hypotension - Mental status deterioration (coma) 	<ul style="list-style-type: none"> - Same, plus: - Tachycardia - Tachypnea - Oliguria - Postural changes 	<ul style="list-style-type: none"> - Cool extremities - Increased capillary refill time - Diaphoresis - Collapsed veins - Anxiety

B. عصبي Neurogenic: دا په هغه ناروغانو کې چې دنخاع ترضیض یې لیدلای وي منځ ته راځي ترضیضات دهاپوټنشن لامل ګرځي او ښائی نبض نورمال وي دا ډله ناروغان معمولاً نورمال دیوریز لري.

C. د رګونو له کبله Vasogenic: سپټیک شاک، انافیلالیټیک غبرګونونه، ادرینوکورټیکو نارسایي، ښائی د رګونو مقویت راتپټ کول شي او د محیطي رګونو مقاومت لږوالی مومي او مایع هلته ضایع کېږي.

D. په جراحی ناروغانو کې سپټیک شاک معمول ډول دی چې په دې حالت کې معمولاً هایپرډینامیک بڼه شتون لري چې د زړه دلوړ او تپوټ او محیطي رګونو د مقاومت لږوالی منځ ته راځي.

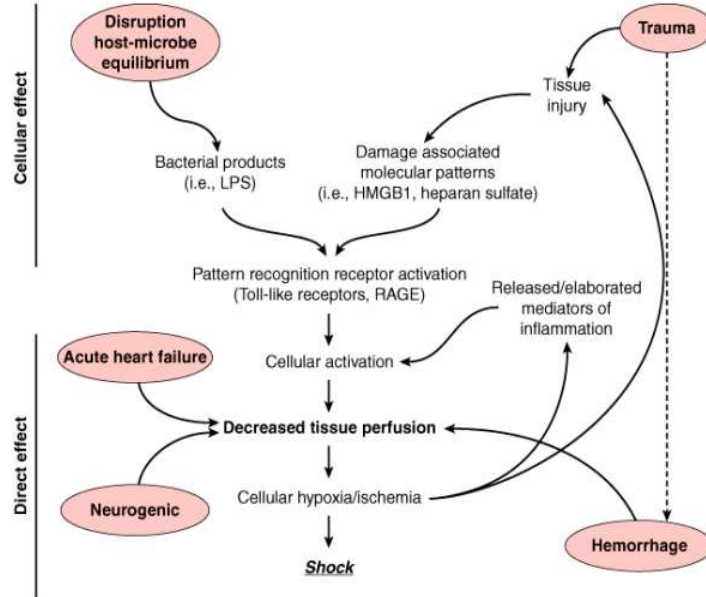
E. د زړه اړوند Cardiogenic: د زړه دپمپ نارسایي (معمولاً دزړه د عضلي احتشا او کارډیومیوپټي)، اریتمیا د (اذینې فبریلشن، بشپړ د زړه بلاک) به شته والی ولري.

F. صدري: د ټنشن پنوموتورکس او یا دیوې آمبولې حالات کولای شي د زړه اړوند شاک منځ ته راوړي او دوریږي یا راګرځېدنه (Return) به لږوالی مومي.

G. نور آفتونه: لکه د پریکارټیمپوناد، دابهر د دسام ناروغی او حجاب رپچر (Septal Rupture) ښائی دهاپوټنشن سره مل وي.

Diagnosis of Altered Blood Pressure and Puls

No	Condition	Character – Type	
		ټاكي کارډيا (Tachy cardia)	براډي کارډيا (Brady cardia)
1.	Hypertension د وینې فشار لوړوالی	- Pain درد - Hypoxia هایپوکسیا	Increased ICP د دماغی فشار لوړوالی
2.	Hypotension د وینې ټیټ فشار	Shock شاک	Heart block د زړه بلاک



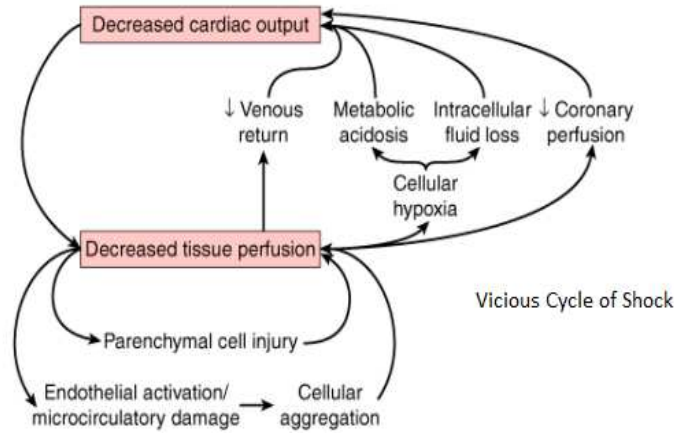
کلینیکي کتنې:

A: فزیکي کتنې:

1. حیاتي علايم: لومړی ترټولو باید باوري شی چې د فشار الی Cuff د شریان لپاسه دی او که چېرې تخنیکي خطا شته وېلونه لري او فشار په دقیق ډول تثبیت شی. ټاكي کارډيا به تر ټولو لومړنی کلینیکي نښه وي چې د هایپوټنشن له کبله منځ ته راځي، د نبض غیر منظم حالت به اریتمیا څرګنده کړي. ټاكي پنیا بنائنی د هایپوکسیا او یا اسیدوزس دضعیف پرفیوژن له کبله او یا هم د سیپسیس (Sepsis) په لومړي سرکې منځ ته راځي. تبه به تل د Sepsis لوري ته فکر یوسي سره د دې په سپین ږيرو او یا هغه ناروغان چې د ایمنو سوپرسیف درملنې لاندې وي کېدای شي د Sepsis سره دمخامخ کېدنې له کبله بعضاً د هایپوټرمیا حالت دسیپسیس لپاره څرګدونه وي.

2. پوستکي: د پوستکي او مخاطي غشاء ښه شادابیت حالت د ریهاید ریشن لپاره کلبښکی څرگنده ښه وي او برخلاف سوپر پوستکي او زیرې - خولېجن Clammy پوستکي به د شاک څرگندونه وي.
3. غاړه او ورمېرې: د جگولار ورید توسع دې وپلټل شي د وریدونو برجسته او وتلې حالت د زړه د احتقاني عدم کهایه لوري ته پام واړوي او همدارنگه د پریکارډیال ټیمپوناد او ټنشن پنوموټورکس هم دغه حالت منځ ته راوړي.
4. صدر: که چېرې د صدر په اصغاء کې رالونه (Ralls) شته والی ولري دا به د زړه په احتقاني عدم کهایه کې شته والی ولري او د Wheezing او Steridor شته والی به په هیموټورکس او پنوموټورکس دلالت وکړي. او که چېرې د صدر د پښتو هډوکي مات وي د هیموټورکس او پنوموټورکس او د قص هډوکي دردونه او حساسیت او پریکارډ ټیمپوناد سره به مل وي چې دا ډول معمولاً د موټر د شترک Steering په ترضیضاتو کې د ترافیکي پېښو پرمهال لیدل کېږي.
- زړه Cardiac: په دې لړ کې دې د نوي سوپل اریټیا گانو او یا رب (Rub) شته په موخه لټون وشي او همدارنگه که چېرې د زړه ټیمپوناد شته والی ولري د زړه آوازونه به ټیټ (Muffled) واوریدل شي.
- کیده Abdomen: د کېډې استاع، نبضان درلودونکي کلات، دفلائک ایکیموزس یا شینوالی، د درن په برخه د فعاله وینې راټک او د پانسما په برخه کې د وینې شتون به په هیموټورکس دلالت وکړي.
- ریکټوم Rectal: ښائی په سترگولیدونکي وینه (هیماټوجېزیا) او د وینې پرن شوی ټوټې به ولیدل شي
- حوصله (Pelvis): د حوصلې د هډوکو کسر کېدای شي چې په ډیره پیمانې وینه بهیدنه منځ ته راوړي. د حوصلې گڼه په ښځینه ناروغانو کې ښائی چې دنسایي ناروغیو د علت اړوند معلومات څرگند کړي.
- لاسونه پښې Extremities: دنبضان شته والی ډیر په خیطي (Thready) ډول او دنبضان نشتوالی ښائی د شاک له امله وي. د اوږدو هډوکو کسر یا ماتېدنه د ملاحظې اولیدنې وړ وینه بهیدنه د انساجو لوري ته منځ ته راوړي^{cc} (500-2000) ضایعات د وینې په دې ډول کسر کې ښائی منځ ته راشي دا طرفو په گڼه کې د ورید په هغه برخه کې چې کولا (وریدی کيتر) تېره شوېده د مکروبوټولپاره ولټول شي د اذیما شته والی به د زړه په عدم کهایي ناروغی دلالت وکړي.

- عصبي Neurologic: د د ماغي او عقلي حالت بدلون به د د ماغ لوري ته د ضعیف پرفیوژن شته والی را په گوته کړي. که چېرې دموتور او حسی اعصابو وظیفوي حالت له منځه تللی وي دا به د کورډ ترضیضاتو په حالت کې ولیدل شي.



B: لابرتواري کتنې:

1. هیموگرام: په پرلپسې توګه دهیماتوکریټ بشودنه څېړل کېږي چې هیماتوکریټ د څه مودې لپاره سمډلاسه وروسته له ټپې کېدنې او حاده وینه بهېدنې دومره تفاوت نه کوي چې دا به ډېر اساسي خبره وي د هیموګلوبین ټیټ والی د وینه بهېدنې څرګندویه وي. د لوکو سیټونو لوړه اندازه به د Sepsis لپاره وصفي وي.
2. د سیروم الکټرولایټونه: که چېرې د اډیسون کرایزس حالت شته والی ولري دابه د هایپوکالیمیا او هایپوناتریمیا لامل وګرځي.
3. د وینې ډېرن کېدنې (کوآګولیشن) (PT، PTT او پلاټلټ ټاکنه): ډېره موده معنده وینه بهېدنه به د (DIC) لوري ته پام واپروي او همدارنګه د فیبرین اوفبرینوجن د تضاعف تولیداتو په حالت به دلالت وکړي. پروټرومین تایم اوږدوالی مومي او وینه ژر علقه نه کوي د پلاټلټونو لږوالی به (ITP) دناروغۍ شته والی لوري ته پام واپروي.
4. دشریاني وینې دګازاتو ټاکنه: د (Sepsis) د لومړني حالت به د تنفسي الکلووزس نتایج را په گوته کړي اسیدوزس به دانساجو لوري ته د پرفیوژن نامناسبه بڼه راڅرګنده کړي د هایپوکسیا شته والی به د اوکسیجن تطبیق ته اړتیا په گوته کړي.
5. د زړه د جروحاتو حالات: که د (LDH) اندازه که د (3 times q12 h) څخه په درې ساعتونو موده کې د د نورمال څخه درې چنده څخه لوړه وي او د (CPK) کچه هم (8 h q8 times 4) د څلور جنده څخه د (4 H) په لړ کې زیاته تثبیت شی د ایزوانزایمونه Isoenzymes کې توپیر به د زړه دعضلي یا مایو کارډیوم ټپونه (جروحات) او ناروغۍ څرګندي کړي.

6. د بلارټوب آزموینه (Pregnancy Test): که چېرې د رېچر شوی بې ځایه بلارټوب حالت تر شک لاندې وي د بلارټوب آزماینست ترسره کېږي.
7. کراس میچ او وینې د گروپ ډول ټاکنه: دا باید هغه مهال چې ناروغ سمدلاسه روغتون ته راځي دا آزموینه ترسره شي.
- C: رادپولوژیک او نورې کني:
1. د صدر رډیوگرافي: د CHF، د زړه ضخامي، پنوموتورکس، هیموتورکس د شته والي لټون په موخه ترسره کېږي.
 2. د زړه گراف ECG: د مایوکارډ عضلي اسکیمیا به بنائې Flipped T. wave او یا د ST. Segment Depression څرگند کړي همدارنگه د اریتمیا حالاتو شته به هم را په گوته کړي.
 3. د رېوی شریان کېتر: دا به دناروغ د مایعاتو Overload حالاتو کې گټوروي چې بنائې خطرناک وي باید د Iatrogenic رېوی اذیمیا منځ ته رانگ ځني ډه وشي همدارنگه د دې کني پواسطه کېدای شي چې د زړه هاپرو والیمیا او رگونو لاملونو پېژندنه په ښه توگه وشي.
 4. انجیوگرافي: د دې کني پواسطه کېدای شي چې د شریاني وینې بهېدنې ځای او موقعیت تثبیت کړل شي د رېوی انجیوگرام پواسطه به وکړلای شو چې سېرو د آمبولې وپېژنو.
 5. Nuclear- Ventilation / Perfusion (V/Q) Scan: د دې کني پواسطه به وکړای شو چې د سېرو آمبولې په ښه توگه وپېژنو.
 6. ایکوکارډیوگرام: ASD، VSD یا د بین الحجابي نیمگړتیاو د دسامونو کتنه (مايترال تضیق دا بهر عدم کفایه) او نورې ناروغۍ به په ښه توگه د پېژندنې وړ وگرځي. همدارنگه د پریکارډیوم مایع شته والی او داخل القلبي آمبولې به د پېژندنې وړ وگرځي.
 7. کلچر: کلچر د (دوینې، خراشکې او میازو) که چېرې د Sepsis حالت او اتاناناتو حالاتو شته والی تر شک لاندې وي ترسره کېږي.
 8. د پریټوان، صدري پلورا او دوگلاس جوف بدل: د دې جوفونو په ناروغیو کې د تثبیت لپاره کولای شو چې بدل ترسره کړو او راویستل شوی مایع لابر اتوار ته واستول شي.

د درملنې پلان:

- ژر تر ژره چې وکړل شي د حجرو او انساجو لوري ته پرفیوژن دې اعاده کړل شي او دوینې فشار دې له 50/90 mmHg څخه پورته وساتل شي او د میازو دهانه (اوپټوب) دې لږ تر لږه $0.5-1^{cc}/kg/min$ یوه دقیقه کې وساتل شي چې په دې صورت کې به درملنه گټوره وي.
- A. بېړنۍ درملنه:
1. د فشار پر راوستلو دې بهر ته وینه بهېدنه په مستقیم ډول تر کنټرول لاندې راوستل شي.

2. د ورېدي مايعاتو تطبيق لاره په ښه توګه وساتل شي او ناروغ دې دمونيټور ماشين سره وصل کړل شي او له نږدې دې مونيټور او څارنه وشي.
3. ترندن برگک وضعيت (Trendelenburg's Position): ناروغ ته دې دستونې ستاڅ ظهري استجاع (Supine) په حالت چې پښې له سرڅخه پورته بڼه ولري پوزيشن ورکړل شي ترڅو په حاد ډول د دماغي پروفوژن او وينې فشار اصلاح کړل شي.
4. همدارنگه خاص ډول جامې او کالي ښائې د تراوما په ناروغانو کې پکار يوړل شي.
5. په استثنې دکارډيو جنیک شاک د دوران حجم دې په حاد ډول بيرته اعاده او بشپړ کړل شي او د کرسټالوئيډ محلولو تو لکه (رينګر هارټمن او نورمال سالين محلول) پکار يوړل کېږي.
6. فولې کېټر دې دميازو يا بولي دهانې ټاکې په موخه تطبيق کړل شي.
7. Supplemental Oxygen: او يا تنفسي حمايت ته که چېرې اړتياوې ماشين له لارې ناروغ ته تطبيق شي د شديد اسيدوزس حالت دې د سوډيم باي کاربونيټ محلول پواسطه د ورېد له لارې اصلاح کړل شي.
8. PA. Catheter او C.N.P. Line د حجم د اعادې لپاره ګټوره لاره ګڼل کېږي همدارنگه په ډېر دقت او پاملرنه دې د شاک علت او لامل پېژندنې لپاره لټون وشي.
9. هاپيو واليمیک شاک درملنه: د رګونو دننه حجم دې يا اعاده کړل شي د دې لپاره لاندي کړنې تر سره کېږي.
 - i. د غټ قطر درلودونکي کولادې ناروغ ته تير او تثبيت کړل شي.
 - ii. مايعات دې تطبيق کړل شي که چېرې هيموګلوبين او هيماتو کريټ ټيټ وي وينه دې ناروغ ته تطبيق شي. همدارنگه کرسټالوئيډ محلولونه لکه Ringer Hartman's او نورمال سالين NS محلولونه دې هيماتو کريټ د نورمال بڼې په صورت کې ناروغ ته تطبيق شي هيماتو کريټ که (35%) څخه پورته وي.
 - iii. مايعات دې په کراره د وينې فشار کنټرول او حياتي علايمو څارنې سره سم تطبيق شي.
 - iv. که ريوې شريان ته کېټر تېر شي نو دا به د مايعاتو د تطبيق اړوند ډېر ګټور وي. د مرکزي ورېد فشار ګڼه به ډېره مفیده وي او همدارنگه د وينې فشار به ډېر ګټور وي چې کنټرول شي.
 - v. هيڅکله دې د فشار پورته کوونکي درمل په کار نه وړل شي لکه د (Dopamine) ترڅو چې Persistent Hypotension معندهايبوتشن منځ ته نه وي راغلی مناسب د زړه بشپړ ډکېدنې فشار { (12) mmHg < "full tank" Wedge Pressure } A" هاپيوټشن د لږ ډکېدنې فشار { (6) mmHg < "Filling Pressure (Wedge Pressure) } A" لومړی تر ټولو د مايعاتو تطبيق پواسطه درملنه کېږي. يو { CVP او PA Catheter } به دمونيټورنگ لپاره اړين وګڼل شي.

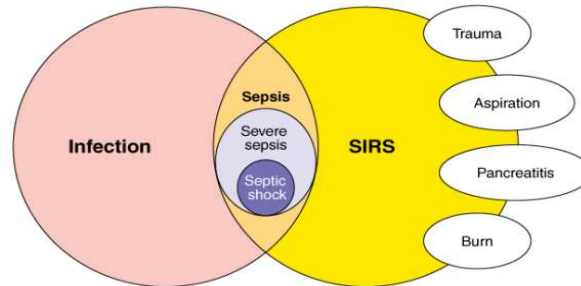
vi. کله چې ښه ډک حجم فشار او د زړه دهانه مناسبه وي حالت شته والی ولري او دوینې فشار ټیټ وي نو پدې صورت کې کېدای شي یو لږ درمل چې مقبض الوعالي خاصیت ولري لکه ادرنالین یا اپی نفرین Epinephrine یا Levophed هغه ناروغ چې لاهم ټیټ فشار لری پدوی کې پکار وړل کېږي.

C. عصبي شاک:

- i. متوسط یا لږه اندازه مایعات پکار وړل کېږي ترڅو Overload منځ ته رانشي.
- ii. لږه اندازه مقبض الوعالي درمل لکه ډوپامین Dopamine ښائی فشار لوړ کړي.
- iii. د غټې ښې عصبي ترضیضات ښائی د ترضیض پرمهال کلپنیکي نښې ټیټ فشار څرګندې کړي او همدارنگه ناروغ به د ترضیض له کبله خپل شعور له لاسه ورکړي وي چې ځانګړي درملنې ته اړتیا لري.

D. Vasogenic shock:

- 1. Septic shock: لاندې حالتونه باید نېغ په نېغه درملنه شي.
 - a. د زړه دهانه به اندازه کړل شي او دسیسټیک د عالي مقاومت چې په وصفي توګه (د زړه لوړ دهانه او د محیطي رګونو ښکته مقاومت یا سیسټیک ټیټ مقاومت) په ریوي شریان کېتر پواسطه اندازه کړل شي.
 - b. د ورید له مایعات دې تطبیق او فشار دې وساتل شي او متياز او ټپوټ دې وټاکل شي.
 - c. کلچر: دوینې، متياز او خراشکی کلچر به د ناروغی د لامل په پېژندنه کې ګټوره وي.
 - d. لاندې علتونه د Sepsis دې درملنه شي او مناسب وسیع الساحة اتي بیوتیکونه دې دکلچر د تایجو را رسېدنې د مخه ناروغ ته ورکړل شي همدارنگه د لاپراټومی اویا تحت الجلد له لارې دې د دانې (اسې) دریناژ ترسره شي.



- e. د رګونو تقبض ورکونکی (Vasopressure) درمل دې د اړتیا په صورت پکار یوړل شي په لومړي سر کې (Dopamine) ښه درمل دی چې د وینې فشار ساتي او متياز او ټپوټ هم ښه ساتي ځکه چې د پښتورګو پرفیوژن ته ښه والی وربخښي. د ډوپامین فیزیولوژیک اغېزې په لاندې ډول دي.
- i. د ډوپامین د رسپورونو له لارې په پښتورګو او احشاؤو کې د رګونو توسع منځ ته راوړي.

- 3-5 µg/kg/min- renal and splenchnic Vasodilation via dopamine receptors
- 5-10 µcg/kg/min via positive Inotrope via Beta-1 receptor د پیا
- بلاکر سپټورونو پواسطه مثبت اینوتروپ اغېزې څرګندوي.
- >10 mcg /kg/min –prepheral Vasoconstrictor via Alpha receptor د همدغه
- الفار سپټورونو له لاري محيطي مقبض الوعایي اغېزې څرګندوي.

Table - Hemodynamic Characteristics of Patients in Septic Shock

CHARACTERISTIC	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM
Heart rate (beats/min)	121	47	142
MAP (mm Hg)	60	48	66
PCWP (mm Hg)	14	8	20
CI (L/min/m ²)	4.2	3.0	5.6
SVRI (dynes/cm ² /sec/m ²)	868	675	1110
O ₂ delivery (mL/min/m ²)	498	344	573
O ₂ consumption (mL/min/m ²)	141	101	183

Table : Vasoactive Drugs Reported as Therapeutic in Adults in Shock

DRUG	DOSE RANGE	PRINCIPAL MECHANISM
I. Inotropic (May Be Chronotropic)		
- Dobutamine	2-20 µg/kg/min	β ₁ -adrenergic
- Dopamine (low dose)	5-10 µg/kg/min	β ₁ -adrenergic; dopaminergic
- Epinephrine (low dose)	0.06-0.20 µg/kg/min	β ₁ - and β ₂ -adrenergic; less α
II. Vasoconstrictor and Inotropic		
- Dopamine (high dose)	>10 µg/kg/min	α-adrenergic; less dopaminergic
- Epinephrine (high dose)	0.21-0.42 µg/kg/min	α-adrenergic; less β ₁ and β ₂
- Nor epinephrine	0.02-0.45 µg/kg/min	α-adrenergic; less β ₁ and β ₂
III. Vasoconstrictor		
- Phenylephrine	0.2-2.5 µg/kg/min	α-adrenergic
- Vasopressin	0.01-0.04 U/min	V1 receptor
IV. Vasodilator		
- Milrinone	0.4-0.6 µg/kg/min	Phosphodiesterase inhibitor
- Dopamine (very low dose)	1-4 µg/kg/min	Dopaminergic

E. انافیلالکسیک شاک :

د انافیلالکسی د منځ ته راتل د وینې فشار ټیوالې مومی او په وینه کې د (Mast cell) د تخریب له امله د هیستامین ، سیروتونین او نورو میډیاټورونو افراز له کبله دغه پېښه منځ ته راځي او د شاک علامی پېښې چې د انافیلالکسی لامل له منځه وړلو ، د هیستامین ضد درملوڅخه ، سټروئیدونو او اړین مایعاتو ورکړې څخه وروسته ناروغ ښه والی مومي او درملنه تر سره کېږي.

F. کارډیوجنیک شاک :

1. د زړه دهانه به د زړه د اینوتروپیک درملو لکه (ډوپامین ، ډیپوتامین) پواسطه لوړه او اعظمي حد ته ورسېږي. Dobutamine به د پمپ کولو بې کفایتي (Pump failure) حالتونو کې ټاکلی او انتخابي درمل وبلل شي. د شدید ډول د سږو اذیما حالات د ډیوریتیکونو ورکړې پواسطه درملنه کېږي چې د دې لپاره Furosamide پکار ورپل کېږي او ورسره متوسع الوعایي درمل لکه (Nitrites) هم د اړتیا په صورت کې پکار ورپل کېږي.
2. د مایوکارډ اسکیمیا به داوکسیجن پواسطه او دردونه به د مورفین (Morphine) او همدارنگه د نایترایټونو پکار ورپل به درملنه کېږي.
3. اریتمیا که چېرې شته والی ولري دا دې ژر تر ژره وپېژندل شي او د رملنه یې وشي اونورمال سینوزال ریتم ته بیا راوگرځول شي.
4. د سږو آمبولې دې درملنه کړل شي.
5. د پنوموتورکس شته والی په صورت کې دې درملنه وشي.

Anterior myocardial infarction	60.5%
Median time from myocardial infarction to shock	5.6 hr
Lowest systolic blood pressure	88 mm Hg
Lowest diastolic blood pressure	54 mm Hg
Heart rate	102 beats/min
Pulmonary capillary wedge pressure	24 mm Hg
Cardiac index	1.75 L/min/m ²
Left ventricular ejection fraction	31%
Number of diseased coronary vessels:	
i. 1 st coronary vessels	13%
ii. 2 ^{cond} coronary vessels	23%
iii. 3 rd coronary vessels	64%
Left main coronary artery disease	20%



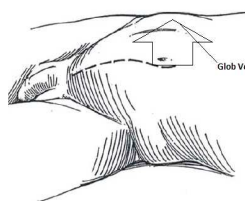
پنځه لسم څپرکي

د تشو متيازو راټوليدنه - متيازي ډنډېدنه

(بولي احتباس، Urinary Retention)

تعريف:

کله چې يو ناروغ ونشي کړای د ورځې او شپې په لړ کې تشې متيازي وکړي او هغه په مټانه کې راټولې شي دې ته بولي احتباس ويل کېږي چې د کېډې بنسټي برخه پروسوب مومي .
که چېرې د يوه ناروغ لپاره چې نارينه 66 کاله عمر لري او په شديد توګه د فوق العاني برخې درد او پروسوب ولري او دوه ورځو راهيسې يې متيازي نه وي کړې تاسو راوغوښتل شئ سمدلاسه به لاندي پوښتي مطرح شي.



- د ناروغ حياتي علايم څرنگه دي؟ تبه، ټاكي کارډيا بنائى دحاد باکټريايي پروسټاټيټ نښې ويل شي.

- کوم ډول درمل ناروغ همدا مهال اخلي؟ فارمکولوژيک لاملونه او درمل بنائى په خاص ډول د متيازو احتباس منځ ته راوړي.

- ايا په پخواني تاريخچه کې ناروغ د متيازو احتباس Frequency، Hesitancy، Urgency او Nucturia لري او کله؟ که چېرې دغه راز کليني کې اعراض شته والى ولري د ابه د مټاني څخه بنسټه بهير د بندښت لامل په نارينه وکې لکه (د پروسټاټ هائپرتروفې، بولي ډبرې او احليل تضيق) څرګندوى وي او که چېرې په سترګو بنسټه کې همتوريا شته والى ولري دا علت بنائى دعلقي له امله وګڼل شي، همدا رنگه کله ناکله د بولى لارې ډبرې د بندښت لامل شى چې دا ټبري اکثراً مهاجري وي او د پورتي بولي سيستم څخه بنسټه رالويږي او په احليل کې د بندښت او احتباس لامل ګرځېدلای شي.

- ايا ناروغ ته نږدې جراحی عمليات تر سره شوى او کله؟ که چېرې ناروغ ته دپروسټات او يا مټاني جراحی عمليات تر سره شوى وي له عمليات څخه وروسته بيا وينې بهېدنه بنائى دعلقي منځ ته راتګ ته وده وکړي او د حليل برخه د علقي پواسطه بنده شي همدارنگه به دمتيازو احتباس منځ ته راوړي. که چېرې ناروغ ته دبطني او پرينيوم برخې پريکولو [Resection]

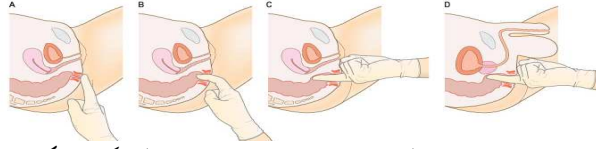
جراحی کړنه ترره شوی وي بڼای د نیورجنیک مټانې حالت له کبله د مټانې احتباس وده وکړي همدغه راز هر ډول د جراحی عملیات څخه وروسته بڼائی احتباس منځ ته راشي خو که چېرې عملیات او انوریکوم لپاسه تر سره شی نو عملیات سره بڼائی ډېر مهال احتباس منځ ته راشي ځکه چې د دردونو شته والی سمپاتیک (Outflow) یا د مټازو بهیر ته زیاتوالی ور بخښي او د مټانې د عنق تړلو لامل گرځي چې دا به اکثراً د عملیات څخه وروسته سمدلاسه پېښ شي. همدارنگه په شدید ډول سره د یورتربت یا حلیل التهابونو شته والی به د مټازو احتباس لامل وگرځي.

توپیری پېژندنه:

- A. فارمکولوژیک لاملونه : هغه د رمل چې د مټازو احتباس لامل گرځي:
1. میجور ترانکولایزر درمل لکه (Alpha methyl dopa, ganglion blockers)
 2. اتی کولینرجیک درمل لکه (Antispasmodic cold preparation).
- B. عصبي یا نیورولوژیک:
- ترضیضات : یولې ضربې او ترضیضونه د تشو مټازو د احتباس لامل گرځي لکه:
1. د حوصلې او دملا د قطني برخې ترضیضونه د مټازو احتباس لامل گرځي. لکه [د Detrusor (Mm) عضلاتو تقلص به په غیر وظیفوي ډول وي او د مټانې احتباس به خپل حال پاتې وي] .
 2. له عملیات څخه وروسته : په ځانگړې توگه د APR، دملا له لارې انسټیزي او هغه عملیات چې مغنبي او تناسلي برخې کې تر سره کېږي د مټازو احتباس منځ ته راوړي .
 3. عصبي عضلي ناروغی:
- C. اناټومي : یولې د غړو اناټومیک بدلونونه د تشو مټازو د احتباس لامل گرځي لکه:
1. پروستاتیک : په نارینه وو کې د پروستات پروسوب که سلیم او یا خبیث ډول وي او یا حاد باکتریايي التهاب چې د فوق العانی (سوپرا پیویک) او عجان (پرنیوم) برخې درد او تبه منځ ته راوړي:
 2. احليلي : یولې د احليل ناروغی د تشو مټازو د احتباس لامل گرځي لکه:
- a ترضیضات: همدارنگه د پخواني تاریخچې پواسطه به د STD (Sexual Transmitted Diseases), ناروغیو حملې او یا د احليل له لارې د وسایلو او آلاتو استعمال شته والی ولري.
- b د احليل شلېدنه (Urethral Disruption) : دا حليل قطع او څیرېدنه به د حوصلې کسروو د ترضیضاتو په پېښو کې وي چې دا حليل د میاتوس څخه تازه وینه او آزاد پروستات به په مقدي کڼه کې تثبیت شي.



© RECTAL EXAMINATION
CORRECT METHOD
Clinical Examination
Figure - The correct method for insertion of the index finger in rectal examination.



- c. نور علتونه: یولر نور لاملونه هم د تشو میازود احتباس لامل گرځی لکه:
- د بولي سیستم ډبرې: یولر تېري چې د فلاک د درونه چې د Groin په برخه کې درد منځ ته راوړي او د میازود بندبست لامل گرځي.
 - Gross- hematuria: بنائی پدې صورت کې یوه پرې (علقه) شوی کله د میازود احتباس لامل وگرځي.

کلپنیکي کتنې

A: فزیکي کتنې:

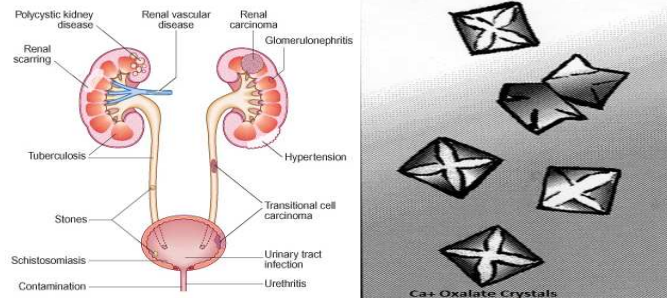
- د گېډې کتنه: یو ظریف ډول جس او قرع دې د گېډې په ښکته برخه کې تر سره شي ترڅو د مثاني توسع و د میازو احتباس بریند او وپېژندل شي.
- دریکوم کتنه: پدې کتنه کې باید د پروستات پروسوب، حساسیت بنائی د پروستات لویوالې څرگندوی وي حال دا چې که چېرې یوه کلکه کله د پروستات نثیت شي دا به د کانسر ښکارندوی وي همدارنگه د مقعدي معصرې مقویت، او بولې - تناسلی غړو حوصلي عصب وظیفوي حالت دې وپاکل شي او که چېرې پروستات بشپړ آزاد او لامبووونکی (Floating) بڼه ولري دابه د احلیل د شلېدنې یا رپچر حالت څرگند کړي.
- د تناسلي غړو کتنه: د میاتوس له لارې دې وینه، خیرن (فیجی) د سچارج په پام کې ونیول شي چې هر یو به دیوې ناروغۍ اړوند څرگندونه وکړي.
- عصبي Neurologic: د ژورو تپدونو (اوتارو) نورمال رفلکسونه د کریماستیریک رفلکس او نورمال موضعي احساس او حسیت همدارنگه د مقعد (Anal wink) یا هم چې کله د قضیب سر وموښل شي په غیر ارادي توگه د به د مقعدي تقلصونه شته والی ولري دا په دې معنی چې د حوصلي رفلکس قوس به خپله بڼه او حال پاتې وي.

B: لابراتواري کتنې:

- هیموگرام: د سپینو کړیواتو لوړوالی به د اتانې پېښې څرگندونه وکړي لکه د حاد پروستاتیت حالت شته والی.

2. دسیروم الکترولایټونه ، BUN ، کراتینین گڼه : د اوږدې مودې لپاره د متیازو احتیاس به د پښتورگو عدم کهایې په منځ ته راتگ باندې دلالت وکړي او دسیروم یوریا- کراتینین به لوړتښت شي او دویني د الکترولایټونو ټیټه سویه او یا لوړه سویه دې تر درملنې لاندې ونیول شي.

3. د متیازو د تجزیې آزماښت او کلچر: د متیازو په آزماښت کې دې د سرو کروانو هموگلوبین شته والی رد او کرسټالونو شته والی دې چې د (Urolithiasis) شته والی څرگندوی په غور سره وڅېړل شي.



که چېرې حاد باکټریایي پروستاتیت او باکټریایي سیسټیټ Cystitis او (UTI) شته والی ولري په دې حالت کې به په متیازو کې WBC (Pyuria) او RBC شته والی ولري او د کلچر په نتیجه کې به ځانگړی میکروبونه وپېژندل شي. اوهمدارنگه که اتی بیوگرام هم تر سره شي نو ځانگړی اتی بیوتیک به چې اغېزمن وي د پېژندنې وړ وگرځي.

4. د احلیل دیسجارج کلچر او اتی بیوگرام: د دې موخې لپاره د متیازو د لومړي سر متیازي دسهار له خوا د نمونې لپاره په یوه پاک او معقم ټیوب کې واخیستل شي او آزماښت لپاره دې لابراتوار ته ولېږل شي د باکټریا پېژندنې او اتی بیوگرام له مخې دې درملنه تر سره شي. C: راپولویټیک او نورې کڼې:

1. د رادیوگرافي (K.U.B X-ray) په ساده ډول رادیوگرافي کې ښائی چې د هغه تېرې شتون چې رادیو اوپک بڼه لری ثابت او ولیدل شي.
2. اطراحی یوروگرافي (Excretory urography) کڼه: دا ډول کڼه کې به د پښتورگو بولي سیستم د بدلون او وظیفوی حالت څرگند کړل شي.
3. Retrograde urethrogram: دا رادیوگرافي چې د قدامي احلیل دمثباتوس له لارې د یوروگرافي موادو زرق تر سره کېږي د دې پواسطه د احلیل د تنگوالي (تضيقاتو) د موقعیت داحلیل د انشقاق او بندښت برخه په واضح توگه څرگنده شي.
4. د مټانې کڼه (Cystoscopy): د دې کې پواسطه به د اناټومیک او عصبي او کلاتو شته والي تښت شي او همدارنگه دا کڼه به برسېره پردې چې د پېژندنې لپاره پکار وړل کېږي د درملنې په موخه هم کارول کېدلای شي.

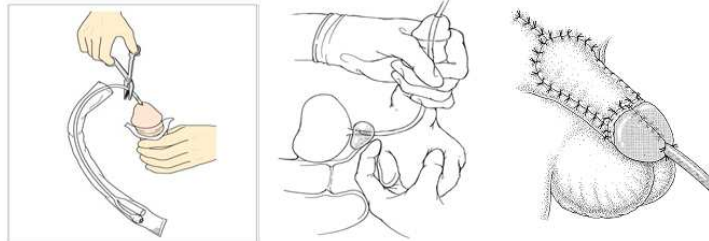
5. Videocystourethrogram: د ویديوکمرې لرونکې وسیلې په ذریعه د مثاني احلیل ګڼه هم د پېژندنې لپاره پکارول کېږي او د درملنې کړنلارې هم له دې لارې تر سره کېږي.
6. Uretheroscopy: دا ویديوکمرې لرونکې وسیلې په ذریعه ګڼه هم د احلیل او مثاني ګلاتو او تضیقاتو درملنې او پېژندنې په موخه پکارول کېږي.
7. Cystometrogram: د اګنه د مثاني د وظیفې او حجم ټاکنې په موخه پکارول کېږي.



د درملنې پلان:

- کېټرایزیشن Catheterization:

په لومړي سر کې دې د (F-16-18 Gage) کېټر د مثاني دننه تېر کړل شي ترڅو دیکامپرسن وشي او که چېرې د اګر نه بريالی نه وي نو Coude. Tip يا Elbow tip کېټر بعضاً په چټکۍ او آساني سره نارینه و ته تېرېږي.



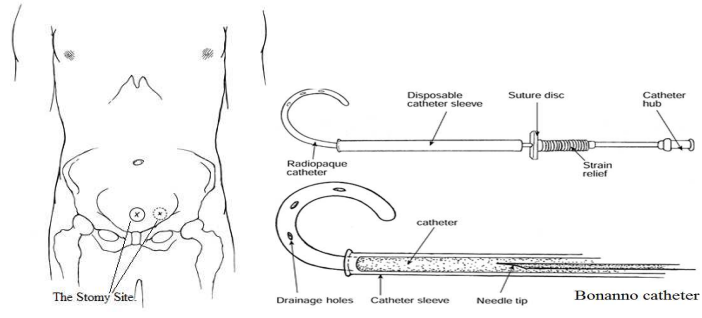
که چېرې د پروستات سلیم ډول پروسوب شته والی ولري نو د یو ډول جیلی مایع (K-y-jelly) دې د یوه سورنج پواسطه احلیل ته د ننه تېر کړل شي ځکه چې د کېټر په تېرېدنه کې به ډېره مرسته وکړي. نادراً به Filiform او Followers او یا هم Suprapubic cystostomy تر سره کېږي او بشپړ ډول دیکامپرسن دې په تدریجي ډول وشي. په ترضیضي ناروغانو کې چې ترڅو د احلیل انشقاق رد کړل شوی نه وي او رتروګراد یورتروګرام تر سره شوی نه وي کېټرایزیشن لپاره د احلیل له لارې مضاد استطباب ګڼل کېدلای شي.

- اتی بیوتیکونه Antibiotics:

شدید ډول د بولي سیستم اتان Sepsis او حاد پروستایټ بنائې درملنې ته اړتیا ولري او مناسب وسیع الساحة اتی بیوتیکونه به پکار یوړل شي او کینولین او نور درمل به د کلچر او اتی بیوګرام په پام کې نیولو ورسوته ناروغ ته ورکړل شي.

- مایعات او الکترولایټونه:
- د مایعاتو او الکترولایټونو منجمنت دې د الکترولایټونو ناکمې وروسته تر سره شي همدارنگه مایعات دې هم د ورید له لارې د 24^h په لړ کې د ټاکلي اندازې سره د 2-3 ورځو پورې ورکول شي.
- فوق العانی سیستوستومی Percutaneous Suprapubic Cystostomy :
- پدې ډول جراحی کړنه کې د فوق العانی برخې څخه مټانې ته د جراحی غوڅولو پذیریه د مټانې څخه مټازې تشې کول شي.
- د سیستوستومی استطباب :
 - Urethral stricture
 - False passage
 - Inability to catheterize
 - Acute prostatitis
 - Traumatic urethral disruption
 - Periuethral abscess
- د سیستوستومی مضاد استطباب :
 - Prior midline infraumbilical incision
 - Nondistended bladder
 - Coagulopathy
 - Pregnancy
 - Carcinoma of the bladder
 - Pelvic irradiation
- د سیستوستومی کړنلاره :
- انسټیټیا (Anesthesia):
- اړین توکي وسائل (Equipment): یولړ وسائل ، توکی او موادو ته اړتیا ده چې په لاندې ډول دی :
- ددې جراحی کړنلارې لپاره د (Bonanno percutaneous suprapubic catheter) یوسیت چې پدې (catheter set) کې (14F or، 12F، 10F) کېټرونه شتون ولری .
 - Urinary drainage bag
 - Sterile prep solution
 - Sterile gloves and towels
 - 20-Gauge spinal needle
 - 10-ml syringe (two)
 - 1% lidocaine
 - 22- to 25-Gauge needles
 - 3-0 nylon suture
 - Needle driver
 - Suture scissors
 - Scalpel
- وضعیت (Position): ددې کړنلارې لپاره دې (Supine) پوزیشن ورکول شي.
- د جراحی تخنیک (Technique):
- د مناسب اتی بیوتیک تطبیق په ځانګړې توګه هغه چې د بولی اتاناتو کې ورکول شي.

- باید د فوق العانی برخه فرغ (Percussion) شی ترڅو پرسېدلې مټانه نشیت کول شی .
- د فوق العانی برخه دې (drape, prep.and Shave) کول شی .
- کېټر دې راټول او وټول شی .



د شق لپاره تخنیک :

- 1 د ناروغ پوستکې دې د (1% lidocaine) انسټیټیک موادو پذیریه دې (4 cm above) له (symphysis pubis) څخه متوسط خط midline سره په پوښی تر سره شی .
- 2 که چېرې ناروغ د منځني کرښې پخوانی تندې جرحه ولری نو (4 cm above) پورته د (symphysis pubis) څخه دې (2 cm lateral) ددې جرحې څخه جنب ته د شق لپاره انسټیزي موادو زرق وشی .
- 3 زاویه مستقیم ډول (inferomedially) د (symphysis) لورې ته وی .
- 4 همدا مهال به (ultrasonography) ډېره کچه وړه وی .

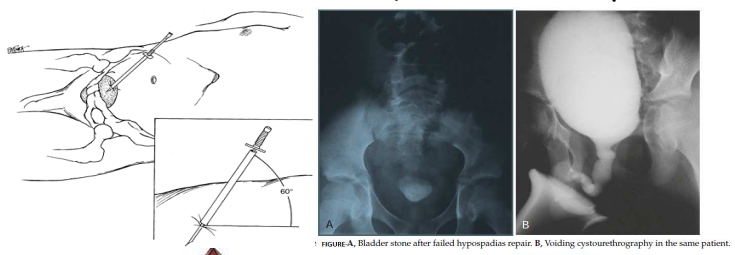
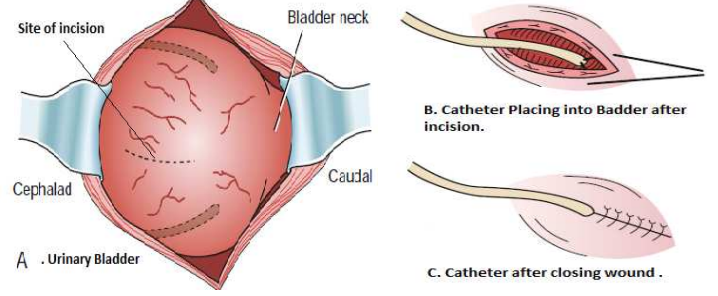


FIGURE A. Bladder stone after failed hypospadias repair. B. Voiding cystourethrography in the same patient.



شپاړسم څپرکي

بې خوابي

INSOMNIA

که چېرې یوناروغ یا روغ کس په (24^h) ساعتونو کېنې د (6-8^h) ساعتو خوب بشپړ نکړي دغه حالت یېخوبی بلل شی چې د بیلایلو لاملونو له امله منځ ته راځي.

یوناروغ چې د 14 ورځو لپاره په روغتون کې بستر دی او د ورید له لارې اتی بیوتیک ورته ورکول کېږي ناروغ د دصفاقي التهاب (Fascitis) له کبله بستر دی د شپې لخوا هره شپه په ساعتونو وینن پاتې کېږي په دې لړ کې به لاندې پوښتنې مطرح شي:

- i. آیا ناروغ د درد له کبله ځورول کېږي؟ د جراحی ناروغانو تل د لږڅه درد شته والی له کبله ځورېږي که څه هم له عملیات څخه د ناروغی اړوند اویا هم له عملیات تر سره کولو ورسته دردونه شته والی لري درد لرونکی تنه حتی دروغتون د ننه (شورماشور Noise) مزاحمتونو Interruptions، د بستر سره نه بلدتیا) کېدلای شی په بده بڼه د insomnia لامل وگرځي.



- ii. همدارنگه باید باوري شو چې ناروغ خپل درمل بشپړ په وخت سره خوري اویا زرقی اخلي او که او درد ضد درمل اویا خوب راوړونکی طبي تابلیونه د خوب پرمهال خوري اوکه؟
- iii. همدارنگه د ورځې له خوا دناروغ د خوب پروگرام څرنگه دی؟ بعضې ناروغان د ورځې له لوري د اوږدې مودې لپاره (څو ساعته) خوب کوي او د شپې له خوا دا ناروغان ژر خوب ته نه ځي او د بې خوابي څخه شکایت کوي. د ا ډول ناروغان نوموړو د بیا رتمتوونو مشورې ته اړتیا لري.
- iv. آیا ناروغ په مزمنه توګه دخوب پرمهال د خوب درمل خوري او که؟ د دې لپاره په تاریخچه اخیسته کې برنډېږي چې دا ناروغان پخوا له بستر کېدنې هم دخوب راوړونکي درمل اخلي اودهغوی درملو ډول نوم او ډوز اړوند دی معلومات راټول او تصمیم دې ونیولی شي.
- v. آیا ناروغ د ملا په تخته پروت وضعیت کې هم ستونزه لري او که؟ همدارنگه دسالنډي اورتوپنیا Orthopnea او همدارنگه Calf pain اویا (Ischemic Rest Pain) حالت شته والی به د بې خوابي لپاره لامل وگرځي.
- vi. ایا دناروغ د خوب موده څومره دی؟ د ناروغ دسهار له خوا وینېدنه څه ډول ده ایا وینېدنه دا نخطاط او غمجن حالت سره د اضطراب به معمولاً د خوب پرمهال دستونږي لامل وي.

توپيري پېژندنه

A: طبي لاملونه:

1. درد Pain: لږه اندازه دردونه معمولاً د اصلاح وړ دي.
2. د زړه احتقاني عدم کلايه: دابه د Orthopnea سبب وگرځي.
3. محيطي درگونو ناروغی: د ملاستې په مهال به د درد شته والی درگونو د اسیکيما له کبله منځ ته راشي چې په محيطي برخو کې د احساس وړ وي.
4. Sleep Apnea Syndrome: دا به دعيی چاغوالی (Morbid Obesity) پر مهال د پېژندنې وړ وي.

B: درمل / ټوکسين:

1. د يولړ درملو د تحمل له کبله بنائى په مزمن ډول سره خوب منح ته راشي لکه ديولړ ترانکولایزر درملو خوراک.
2. د الکولو ډېر خوراک: د الکولو اعتبار او يا ډېر خوراک په لړ کې هم کېدای شي چې بې خوبې منح ته راشي.

C: رواني لاملونه:

1. انحطاطي ناروغی: Bipolar او Unipolar
2. اضطرابي تشوشونه.

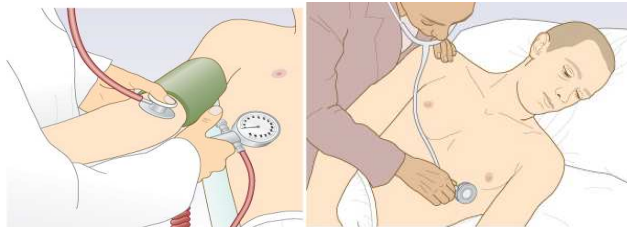
D: موقعيتي:

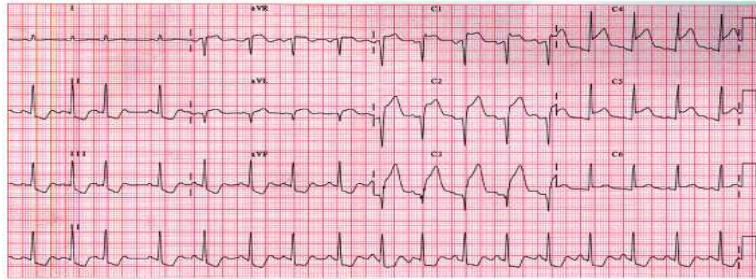
1. شور ماشور: که چېرې دناروغ خونه دنرسنگ مرکز ته نېرډې وي.
2. قهر او غضب د فاميل او پرسونل په وړاندې.
3. اضطراب: د اضطراب شته والی د درملنې او طبي حالاتو په وړاندې.

کلينيکی کتنې

A: فزيکی کتنې: د بې خوبې له پاره دناروغ چې ارزول د رواني حالت پېژندنې په موخه تر ټولو غوره بلل کېږي دلاندې لاملونو پېژندنې ډېرې ارزښتانکه دي:

1. زړه اوسپنې: د زړه اوسپنې د رالونو شتون، د PMI بې ځايه کېدنه، گالوپ رېتم به د CHF ښودونکی وي.





2. نهایتونه (لاسونه پښې): د نبضان لږوالی او یا نشتوالی او که چېرې لاس یا پښه پورته کړل شي نود خثافت یا سپینوالي منځ ته رانګ به دملاسټي پرمهال د ایسکیمیا په شته والی دلالت وکړي

3. عصبي: په دې لړ کې په دروانی حالت او داضطراب او یا انحطاط او خپګان دحالاتو شته والی پلټل کېږي.

B: لابرټواري ګڼې:

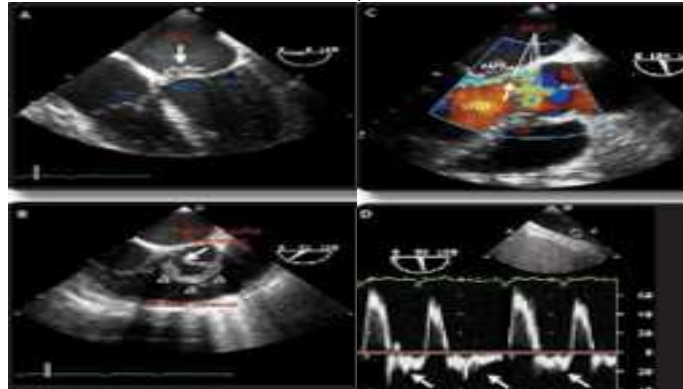
1. کیمیاوي ګڼې: په دې لړ کې دې د پښتورګو او ځیګر دندې تر سره کولو آزمايښتونه تر سره شي.

2. د ټا پرایډ غډې د هورمونونوسویه که چېرې په کلینیکي توګه یې ټون پکاروي ټاکل کېږي.

C: نورې او راډیولوژیک ګڼې:

1. د صدر راډیوګرافي: په دې کې ښائی د CHF اړوند معلومات وموندل شي.

2. د مټ (بازو) او پښې په برخه کې دوینې فشار او یا رګونو د ناروغی اړوند څیړنه کېږي ترڅو د رګونو ناروغی وپېژندل شي.



د درملنې پلان:

تر ټولو د مخه دا علت پیداشي چې ولې ناروغ خوب نشي کولای که څه هم دا د طبي درملو رواني او یا هم دموقعیت او ټولنیزو لاملونو له کبله وي که په روغتون کې دا ستونزه منځ ته راغلی وي نو دا

حالت به وکړای شو د درملو ورکولو په واسطه بنه والی ته واړوو خو بیا هم که هر راز لامل شته والی ولري باید هغه وموندل شي اودرملنه یې په ځانگړي توگه ترسره شي.

عرضي (Symptomatic) درملنه:

A: دخولې له لارې دخوب راوستونکي درمل:

1. Benzodiazepines: دا درمل تل د لنډې مودې لپاره ناروغ ته ورکول کېږي. لکه:
 - i. (Halcion) Triazolam: دا درمل 0.125 mg پکارورل کېږي خو په ډېر عمر لرونکو او سپین پړوکسانو کې به دا بنه وي چې 0.125mg دخوب پرمهال ورکول شي.
 - ii. (Dalman) Flurazepam: دا درمل 15-30 mg د شپې دخوب پرمهال ناروغانو ته ورکول کېږي.
 - iii. (Restoril) Temazepam: دا درمل 15-30 mg ناروغانو ته ورکول کېږي.
 - iv. (Zanax) Alprazolam: دا درمل 0.25- 0.5 mg ناروغ ته ورکول کېږي.
 - v. (Laxothonil) Bromazepam: دا درمل 3-6mg د شپې له خوا دخوب پرمهال ورکول کېږي.

2. نور درمل:

- i. Chloralhydrate: دا درمل به 500-1000 mg ناروغانو ته ورکول کېدای شي خو په یاد باید ولرو چې دا درمل د کېدې عدم کفایي Hepatic failure حالاتو کې نه ورکول کېږي.
- ii. دایفن هایدرامین (Diphenhydramine): دایفن هایدرامین (Benadryl) بنائى درمل چې اتې هیستامین دي خو د 25-50mg په اندازه کولای شو چې د خوب راوړلو په موخه پکار یوسو.

B: غیر فمي خوب راوړونکى درمل:

1. Chloralhydrate: 500-1000 mg دریکټوم له لارې ورکول شی.
2. Phenobarbital: دریکټوم، دورید یا عضلې له لارې 100mg د خوب راوړلو په موخه په کارورل کېږي.

C: به غیر له طبي درملو درملنه:

- دناروغ سره ډېر خبرې کول او رواني درملنه اوقناعت ورکول.
- دناروغ د خوب د خونې بدلون.
- د ناروغ د بستر دټوکړانو د رنگ بدلون.
- دخوب تر مهاله ناروغ ته د شیبه تېرونکي (تفریحي) سرگرمیو برابرول.

اوه لسم څپرکي غير منظم نبضان Irregular pulse

کله چې د ناروغ روټين علايمو څارنه او ټاکنه ترسره کېږي د نبض په کچه او جس کې بڼايي چې نبض گډوډ او غير منظم وموندل شي .



په دې لړ کې کېدای شي د يوه ناروغ چې (72) کاله عمر لري او دوه ورځو را په دېخوا ورته غير منظم نبض منځ ته راغلی نو کېدای شي سانسو دراغونښتي پرمهال لاندې پوښتي منځ ته راشي:

- I. د ناروغ حياتي علايم څرنگه دي؟ د ناروغ حياتي علايم (Vital Signs) ټاکل کېږي او تودوخې درجه ساکيلو شمېره د زړه ټکانونه او دويني فشار ټاکل کېږي.
- II. د ناروغ نبضان څه اندازه دی؟ په دې لړ کې بڼايي اريټميا تشيت شي د بيلگې په توگه د بطني تقلص اندازه به اذيني فيبريلشن پرمهال نادراً د 150 څخه ډېروي حال دا چې فوق البطني ټاکي کارډيا معمولاً له 150 پورته وي.
- III. آیا د نبضان بې نظمي سره نورې ناروغۍ لکه د هيموډينامیک غير ثابتوالي (هاپوټنشن) شته والی لري او کله؟ چې بېرې درملنې ته اړتيا لري.
- IV. کوم ډول درمل ناروغ ته په دوامداره توگه ورکول کېږي؟ هغه درمل چې د زړه درملنه پرې کېږي او يا هم د ديورتیک درمل چې د K پوتاسيوم اطراح منځ ته راوړلو وړتيا لري د پاملرنې وړ بلل کېږي.
- V. آیا ناروغ د زړه ناروغۍ لري او کله يا هم کوم ډول نوی کېنېکي نښې موندل شوې چې د درملنې پرمهال د ناروغيو اړوند څېړنه ورته پکار ده.

توپيري پېژندنه

- A. پريماچوراذيني بطني تقلص (PVCs) (PACs) اړوند:
1. پريماچوراذينال او وينټريکولار کاترکشن (PVCs) (PACs):
 - i. (PACs) دا په پريماچوربنه د اذین تقلص له کبله وي چې معمولاً د نارمل QRS کمپلکس ور پسې منځ ته راځي . چې معمولاً دکلينک له خوا نه پېژندل کېږي او د فشار (Stress) له کبله وي مایوکارډيال احتشاء او کافين خوراک يې نور لاملونه گڼل کېږي.

- ii. (PVCs) دا په بعضې نورماله ناروغانو کې موندل کېږي په (PVCs) کې د P-wave (پي - موج) د QRS پورې کوم تړاو ونه لري او په معاوضوي توګه به یوه وخته دهر (PVCs) پسې منځ ته راشي چې دا په بعضې اضطرابي ناروغانو په ګوته شي او که ډېره شدیدې بڼه موندل شي نو دا به دمیټابولیک اوزره ناروغیو کې ولیدل شي.
2. سینوزال اریتمیا: د نبض بیلابیل بڼې یې لیدل کېږي.
3. تېنېټېدونکې ضربان (Escape beats): دا به معمولاً په برادې کارډیا کې د لیدلو وړ وي.
4. اکسټراسیټول: یوه ثابته وخته د سینوس بیت Sinus Beat او اکسټراسیټول ترمینځ به د تمریناتو په حال کې ولیدل شي.
5. اذینې فیبریلسن: دا به د زړه د ډېرې ناروغیو سره مل وي لکه د (زړه ایسکیمیا، د دسامونوناروغی) په دې صورت کې به هیڅ راز د P.wave په څیر څپه په زړه ګراف کې ونه لیدل شي او همدارنګه د غیر منظم بطینې سرعت او فلویټر بنائې په سرګوشي.
6. Pasmaker Malfunction
7. Sick. Sinus Syndrome
8. پروکسیمال اذینې ټاکی کارډیا چې د ډول ډول بلاک سره وي د اذین اندازه 140-250 Beats/min تخلصونه په دقیقه کې د اذین په بیلابیل ډول غبرګون په انډول شته والی ولري.

B. د کانډکشن تشوش؟

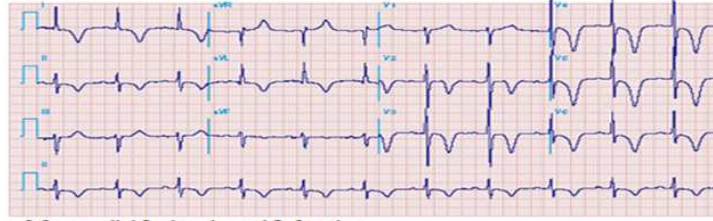
- (a) Sinoatrial Block: دا بنائې داسکیمیا او یا د ډیجوسین ډېروالی سره مل وي.
- (b) Partial A.V. Block: د Mobitz type I (wenckebach) او یا type II دویمه درجه بلاک به ولیدل شي.
- (c) Pulsus Alterans: منظم ریتم به د مساوي مسافې تقلص امپلیتود (Amplitude) په منځ کې د توپیر سره مل وي.
- C. د مایوکارډ ایسکیمیا: لومړنی نښه به اسکیمیا شتون لپاره غیر عرضي ډول کې د اریتمیا شته والی وي
- D. د سږو ناروغی: د سږو ناروغی د نبض د تغیراتو منځ ته راتګ لامل ګرځي.
- E. د پریکارډ ناروغی: کانستریکټیف پریکارډیټ او تیموناد بنائې د غیر منظم نبض سبب وګرځي.

کلینیکي ګټې:

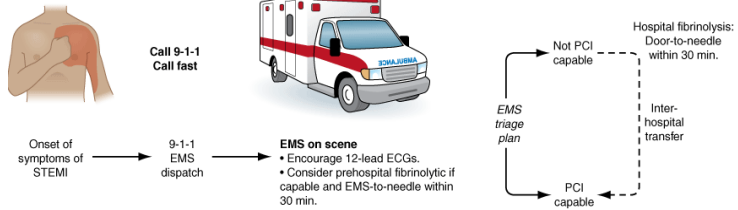
A. فزیکي ګټې:

- a - حیاتي علایم: د نبض به منظم او چټکيا (سرعت) به غیر منظم وي ټاکی پټیا شتون به بنائې په یوې آمبولې او یا شدید هاپوکسیا په ناروغی دلالت وکړي. د کانستریکټیف پریکارډیټ او

- پريکارډيوم ټيمپوناد اويا شديد ډول سالنډي (Asthma) حالاتو کې وليدل شي اود مثبت آزماينست بشودونکې به وي چې د وينې فشار به 10 mmHg په اندازه د ټاکنې په مهال توپير وکړي او بنسکه غورځېږي که چېرې نبض په لومړيو کې په واضح توگه غير منظم وي او په آساني سره د تنفسي پورې تړلې وگڼل شي نوبشائي Sinus arrhythmia څرگندونه وکړي.
- b. هايپوتشن: هايپوتشن به واضح او روښانه توگه هموډينامیک ستونزه وگڼل شي او چې هموډينامیک ستونزه بايد په بېرني توگه درملنه شي.
- c. غاړه او ورمېر: پدې صورت کې به اذيني وداجي څپې (Jugular atrial wave) چې او وريدي توسع وبلل شي.
- d. زړه: د پريکارډيت په صورت کې به پريکارډيال رب (Pricardial rub) واورېدل شي چې دا په ترانسسمورال احتشاء کې هم ليدل کېږي. د سوفل (Murmur) شته والی به د دسامونو ناروغيو ته پام واړوي.
- B. لابراتواري کتنې:
1. الکترولايټونه:
 - د الکترولايټونو اېنارمليتي حالات به بېلابېل ډول اريتميا څرگندويي وکړي لکه په هايپوکاليميا اويا هايپرکاليميا حالاتو کې.
 1. دسور رګي (شرياني) وينې دکا زاتو ټاکنه:
 2. هايپوکسيا کولای شي اريتميا منځ ته راوړي اويا بشائي د يوې آمبولې سره مل وي.
 3. Cardiac Panel cpk & LDL isoenzymes: د زړه د انزايمونو ټاکنه به وکړای شي د زړه د مېوکارډ عضلي احتشاء ناروغي پېژندنه کې مرسته وکړي.
 4. د ډيجوکسين سويه: هغه ناروغان چې پخوا د ډيجوکسين تر درملنې لاندې وې گڼه وره گڼه ده همدارنگه د يولړ درملو لکه (Quinidine او Procainamide) سويه د اړتيا په صورت کې په وينه کې ټاکل کېږي.
 5. د نورو درملو سويه: د نورو درملو سويه دې هم وڅارل شي بشائي چې توپير ډېرېدل شي.
 6. د ټاير ايد هورمون ټاکنه: هايپرتايرايډيزم کولای شي چې اريتميا منځ ته راوړي همدارنگه د (T4 او TSH) هورمونونه سويه هم بايد وټاکل شي.
- C. راډيولوژيک او نورې کتنې:
1. د E.C.G 12 Leads: د دې گراف پواسطه به وکړای شوهر راز اريتميا وپېژنو او اذيني فيبريليشن بشائي د E.C.G سر ته رسولوله مخې په ناڅاپه ډول وپېژندل شي همدارنگه د Ischemia يا احتشاء شته والی نښې نښانې دي ولټول شي چې Flipped T. Waves، د ST. Segment توپير بشائي چې د زړه گراف سره پرتله کړل شي.



Myocardial Ischemia and Infarction
Anterior wall ischemia (deep T-wave inversions and ST-segment depressions in I, aVL, V₁-V₆) in a patient with LVH (increased voltage in V₂-V₃).

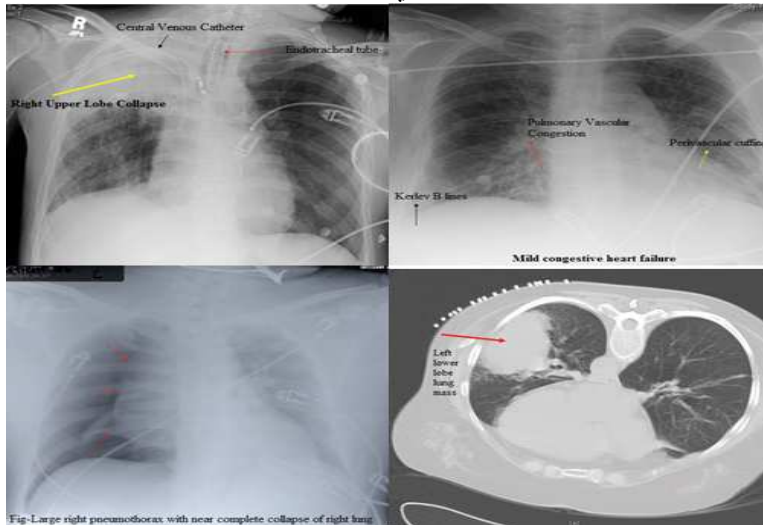


GOALS

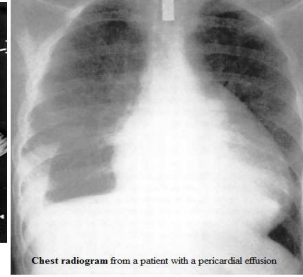
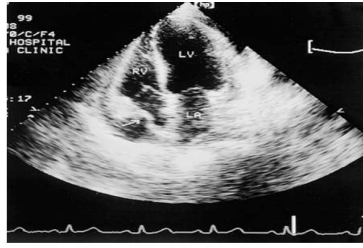
5 min. Patient	8 min. EMS	EMS transport
Dispatch 1 min.		
		Prehospital fibrinolysis EMS-to-needle within 30 min.
		EMS transport EMS-to-balloon within 90 min. Patient self-transport Hospital door-to-balloon within 90 min.

Golden hour= first 60 min. Total ischemic time: within 120 min.

2. د صدر راډيوګرافي: د دې پواسطه به CHF د زړه ضخیمه Cardiomegali دسپرو پرايمري ناروغۍ پنوموتورکس، اتلګازی، پنومونیا، پرائشیکګازی، سیسټ، اېسې، ټومورونه او نورې بنسټي د پېژندلو وړ وګرځي.



3. ایکوکارډیوګرام: د دې کتنې پواسطه بنسټي د زړه د عضلي په منځ کې د آمبولې شته والی په هغه ناروغانو کې چې د اوږدې مودې لپاره یې اذینې فیبریلیشن ناروغۍ درلودلې وې ولټول شي همدارنگه د پریکارډیال انصباب او دسامونود ناروغیو شته والی وپېژندل شي.



Apical four-chamber echocardiogram recorded in a patient with a moderate pericardial effusion

Chest radiogram from a patient with a pericardial effusion

4. Nuclear Ventricular/ Perfusion (Y/Q) Scanning : دا ګڼه هغه مهال چې د سږو آمبولي شته والی تر شک لاندې وي تر سره کېږي.

د درملنې پلان :

کله چې اریتمیا وپېژندل شي د هغه لاملو پېژندلو لپاره ټیون کېږي او درملنه یې کېږي. ناروغ حالت باید د همیو ډینامیکي له پلوه درملنه شي. همدارنگه ناروغ ته (O₂) اوکسیجن Suplmentation سمډلاسه ورکول کېږي او د درملو ورکړې سمو او کره ډوز او اندازه دی د اریتمیا د اصلاح لپاره ورکړل شي.

A. سینوزال اریتمیا (Sinus arihylhmia) هېڅ راز درملنې ته اړتیا نلري.

B. اذیني فیبریلشن:

1. د الکترولاټیو نو ایملانس او هاپوکسیا دي درملنه شي.

2. ناروغ ته دی ډیجوسکین ورکړل شي.

i. ډیجوسکین د (1.0 mg/ 24^h) په اندازه دی په کسري ډوزونو لومړی ډوز (0.5 mg) یا

وروسته 0.25mg به کسري ډول هر 6^h بعد ورکول کېږي.

ii. ناروغ ته تعقیبي مینتینانس ډوز ورکول کېږي.

iii. که چېرې چېکټیا (Rate سرعت) خرابیدونکی نو پدې حالت کې 1.0 mg په چېکټه توګه

ورکول کېږي.

iv. همدارنگه pronestyl ډکیمایوي کارډیوورژن لپاره د ډیجوسکین درملنې وروسته ورکول

کېږي او همدارنگه د quinidine درمل هم ګټه ور تمامېږي او سینوس ریتم ساتنې لپاره درمل

ګټور واقع کېږي.

v. یو ناروغ د همیو ډینامیک درملنې په موخه لکه دها پوتنشن له کبله د اریتمیا شته والی دی

Electrically Cardioverted کړنه تر سره شي.

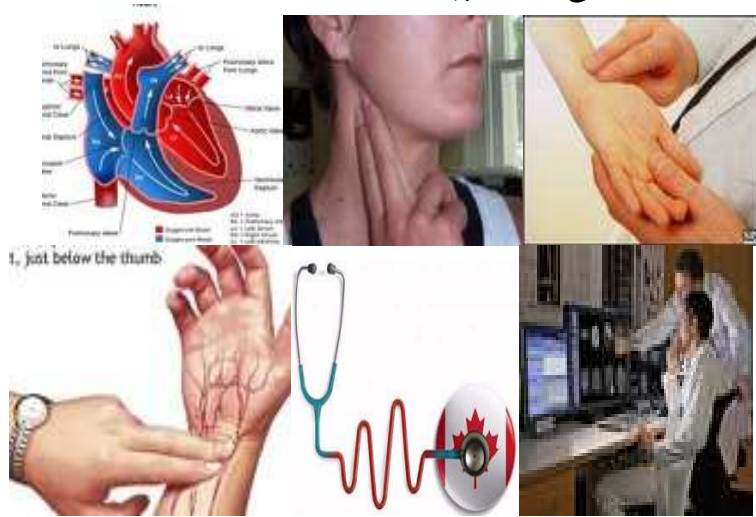
- Diazepam درمل 5-10 mg د ورید له لارې دسدیشن لپاره ورکول کیږي .

- Synchronized Cardioversion: په پیل کې د (50-100 Joules) په اندازه ورکړل شی.

C. د سږو آمبولي :

1. پېژندنه د (Nuclear Ventilation /Perfusion (V/Q) Scan) پذیرعه کېږي.

2. که چېرې د پورتنی کتنې پواسطه یا هم آمبولې د پیژندلو وړ نه وي نو د دې لپاره دی د سپرو انجیوگرافي تر سره شي او د Gold standard کتنه د پیژندنې لپاره ده.
3. دهیپارین پواسطه درملنه چې دورید له لارې نیغ په نیغه ورکول کېږي او تعقیب یې د Drip یا څاشکو په څېر ورکول کېږي ترڅو چې PTT آزمايښت 1.3-1.5 time څخه ډېر شي او یا همدارنگه Streptokinase انزایم هم ورکول کېږي د اوږدې مودې لپاره اتی گواکولانت درملنه (3-6 month) لپاره معمولاً استطباب لري خو له نږدې څخه دې د ناروغ څارنه وشي.
- D. د مایوکارډ احتشاء: پدې ډول ناروغی کې حمایوي درملنه کېږي د وینې د گاز اتو څارنه د مونیټور پواسطه کېږي. O₂ اکسیجن، د درد ضد درمل (مورفین) نایټریټونه او دمخنیوي په موخه Lidocain ناروغ ته ورکول کېږي.



اته لسم خپرکې

د جراحی پروسېجرونه

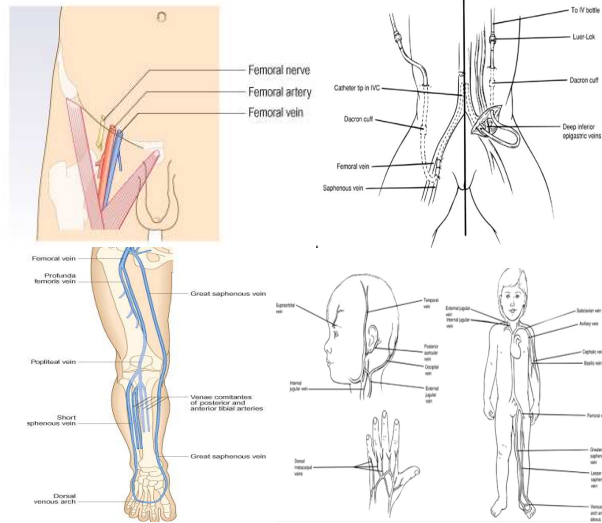
د وړیدي لاس رسي ستونزې

Intravenous Access Problems

یوه 40 کلنه بنځه چې وړیدي ناوړه درمل اخلي او د کېډې دردونه کاندې لري او روغتونونو ته راوړل کېږي په لاسونو او مټونو کې هېڅ راز تیار وړید د وړیدي تطبیقاتو له پاره نه لري نو سمدلاسه به لاندې پوښتنې مطرح شي:

- i. د ناروغ د ناروغۍ طبیعت څرنگه دی؟ ناروغ به سمدلاسه د وړید له لارې د مایعاتو تطبیق ته اړتیا ولري او د دې لپاره هېڅ راز وړید ونه لري باید تر پوستکي لاندې تطبیقات پیل شي. او همدارنگه به ناروغ ته باید ژر تر ژره Cutdown تر سره شي باید وخت ضایع نشي که چېرې هر څومره وړوکی وړید په لاس او پښو کې وي باید له هغه څخه کار واخیستل شي.
- ii. آیا ناروغ ناوړه وړیدي درمل اخلي او کله؟ که چېرې د وړیدي له لارې یو لړ درمل په ناوړه توګه پکار لور وړل شي دا درمل بنسټي د اعتیاد له کبله وي نو په دې حالت کې به وړیدونه ده کاره وتلي وي او یا هم هغه ناروغان چې کیموټراپي ورته تر سره کېږي نو د دوی وړیدونه به له کاره وتلي وي.

- iii. د کومو موخو لپاره وړیدونه کارول شوي دي؟ به مزمینه توګه که چېرې ناروغان په مزمیني توګه به روغتون کې بستروي نو د دوی وړیدونه به له کاره وتلي وي ځکه چې وړیدونه به بدل شوي وي.



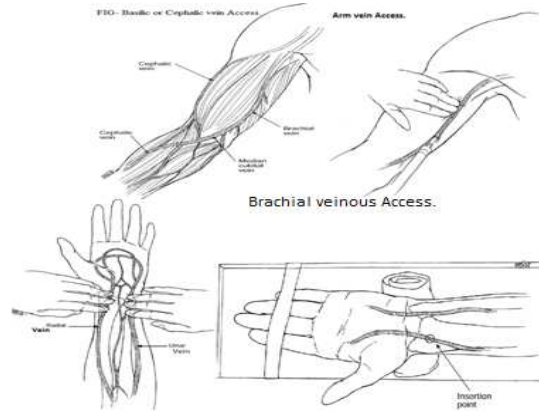
توپیری پېژندنه:

1. د وریدونو له لارې د ډېرو درملو استعمال له کبله .
2. په ډېرو چاغو او خړبه ناروغانو کې.
3. هغه ناروغان چې د ورید له لارې کیمو تریای ورنه سرته رسول کېږي.
4. هغه ناروغان چې د اوږدې مودې لپاره بستري وي او وریدونه یې ډېر کارول شوي وي.
5. د لمفاوي اډیما له کبله کله چې Mastectomy ناروغانو ته تر سره کېږي او د تخرنگ یا ابطي (Axial) برخې لمفاوي عقدات راویستل شوي وي او یا د نورو جراحی کړنلارو له کبله د لمفاوي عقداتو راویستلو له کبله .
6. عمومي اډیما (Anasarca): عمومي اډیما کېدای شي د وریدونو ستونزې منځ ته راوړي لکه د حین (Ascites) او شدید هاپروپروتینیا په صورت کې.
7. د رگونو کولاپس: هغه ناروغان چې د شاک له کبله راغلي وي په دې حالت کې به رگونه کولاپس ولري او لاندې لاملونه لري:
 1. حیاتي علایم: هاپروتیشن او نور د شاک نښې نښانې (علامي) بنائې درگونو د کولوپس لامل وگرځي.
 2. پورتي نېاټونه: که چېرې پخوانی د ستنې خاږې (نښې) شته والی ولري نو په دې حالت کې وریدونه له کاره وتلي وي.

د درملنې پلان:

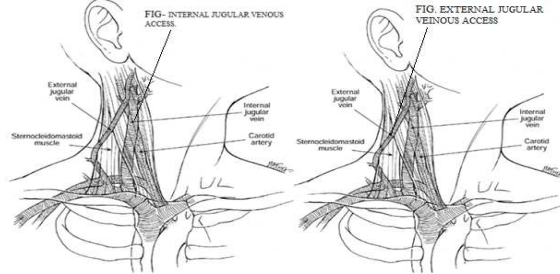
A: محیطي

- A. مت (Arm بازو): لومړی باید د بشکنتې نهایاتو و نه کارول شي ځکه چې هغه په آسانه سره او ښه کار نه کوي او د تروموفیلیټ لپاره ډېر مساعد دی د مت او پورتي نېاټ وریدونه ستونزور دی. او د ترضیضاتو په حالت کې غټه اندازه (14-16 Gage) کټیر تیريزي او ډېر ځله همدا کارول کېږي ترڅو مایعات په ښه توګه او چټکه بڼه تیر شي.
 1. لومړی ټورنیکټ د مت لپاسه تړل کېږي .
 2. Line- Antecubital برخه کېدای شي وکارول شي او د ځنګل عدم تحرکیت او ثبات کارول کېږي ترڅو ډېر ونه ځورول شي .
 3. په انتخابي توګه د وریدي لاین تیرول به پکار یوړل شي ښه به داوی چې د وینې د فشار آله پکار یوړل شي فشار دې د Caff په برخه کې رانه وسل شي (5-10 minute) لپاره دې وساتل شي که د فشار آله نه وی یو دستمال او یا ټوکر دې وکارول شي ترڅو ترڅو ښکته وریدونه وپرسېږي او ښکاره شي.



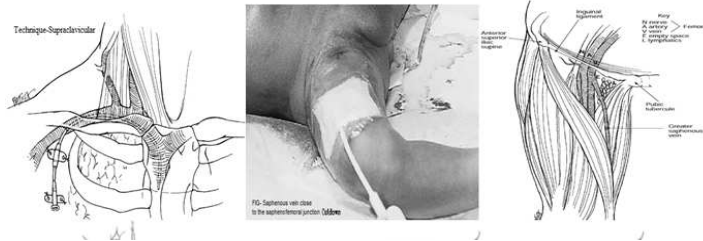
B: بهرنې وداجی وريد (External Jugular):

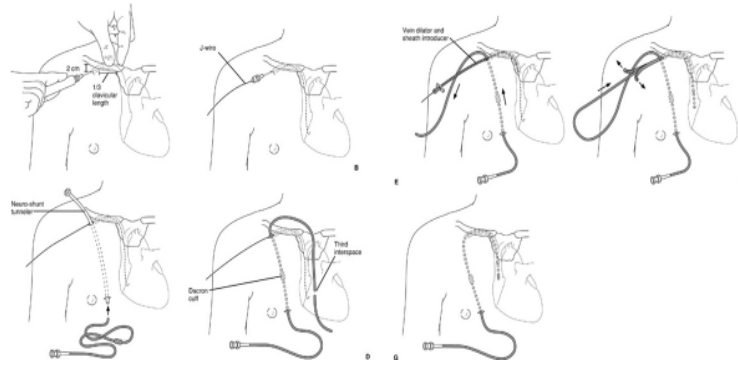
که چېرې دمټ په برخه کې وريدونه ونه موندل شي يو يا دوه (1-2) د رگونو کيتر دي د جگولار په وريد کې تېر کړل شي په دې صورت کې ناروغ ته Trendelenburg Position پوزيشن چې سر لږ څه بدن څخه ښکته وي او جگولار وريد به وپرسېږي او ښکاره د موندنې وړ گرځي او د ترقيوي هډوکي په برخه کې لږ څه پورته د ليدنې وړ گرځي.



C: مرکزي کيتر (Central line):

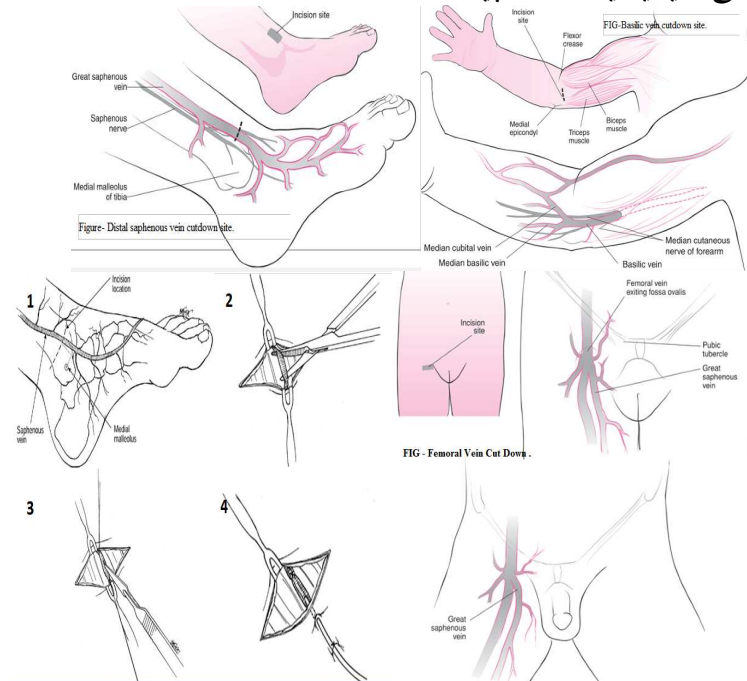
غوره ځايونه يې داخلي وداجي وريد تحت الترقوي او فخذني وريدونه دي د ننه وداجي او تحت الترقوي وريدونه د مرکز وريد فشار ټاکي لپاره ډېر غوره ځايونه دي ډېرې عالمان پدې باوردي چې د ورون (فخذني) وريد به نادراً پکار يوړل شي ځکه د اتاناتو د اختلاط منځ ته راتگ ډېر احتمال لري همدارنگه د حالاتو د کولاپس اعاده کول او درملنه لدې کبله چې ښکته اطراف ډېر لږ اندازه د وينې بهير لري په ښه توگه نه تر سره کېږي او د بيا رغونې پروسه هم لږ وخت پکار لري چې بايد ټول پورته حالات بايد په پام کې ونيسو.

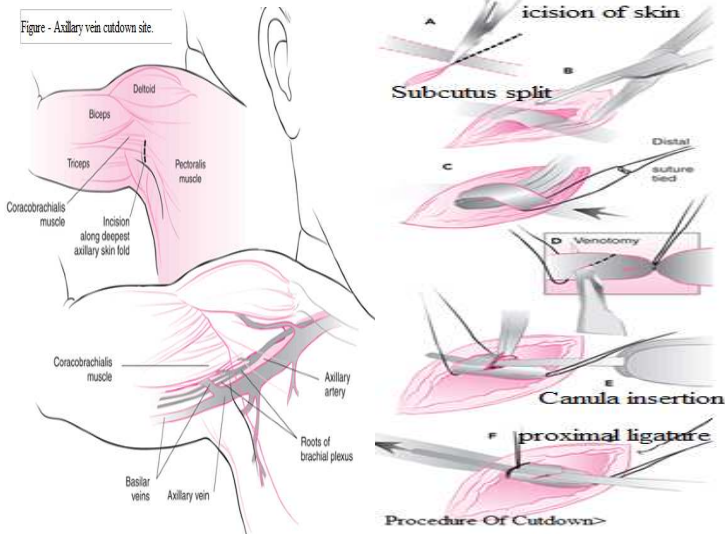




D : کټ ډون Cut down :

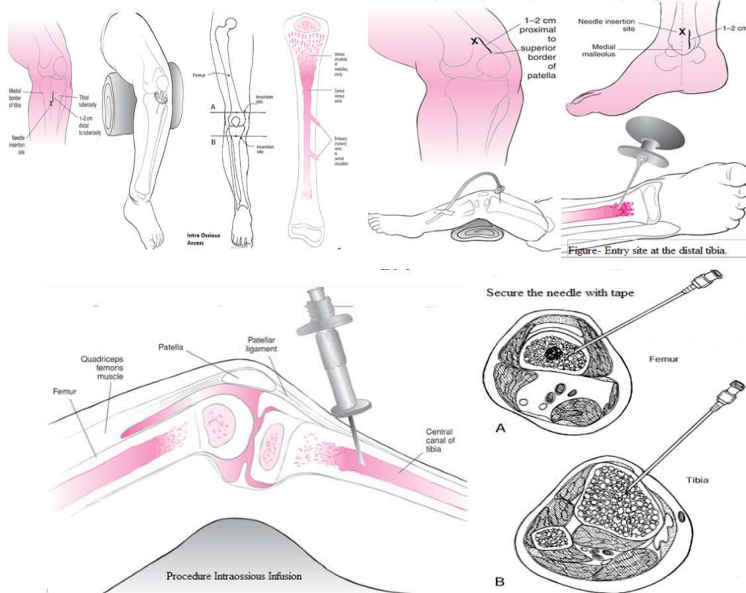
دا د ورید نوله لارې د وینې او مایعاتو تېرولو په موخه د وریدونو موندل او دهغه لومن ته د کټولا تېرولو کړنلاره بلل کېږي او کېدون هغه مهال تر سره کېږي چې نور سطحی وریدونه لاس ته رانشي په بنسټه او یا پورته نهایت کې رڼک غوڅېږي او هلته کېتر تیر او تثبیت کېږي او ورسته له هغه لارې ناروغ ته وینه یا مایعات ورکول کېږي .





E: نور (Others):

- i. که چېرې په ماشومانو کې رگونو دزرقیانو لپاره ونه موندل شي د قصبې (Tibia) هډوکي ته دغټ قطر درلودونکی ستنه وردننه کېږي او یا دهغه له لارې مایعات تېرېږي د Intraosseous infusion نوم ورکول کېږي چې دا هغه مهال کېږي چې بله چاره نه وي پاتې او ناروغ مرکونی حالت ولري البسه په دې حالت کې Osteomyelitis ناروغی د احتمال څخه لرې نډه .



- ii. تحت الجلدی Sub cutancus دا ډول کپنه کله ناکله کارول کېږي خو یوازې په هغه حالاتو کې چې هاپوتیشن د دیهایدریشن له کبله وي او د مایعاتو بیا ورکول ډېر اړین وي او وریدی آسائیاوی شتون نلری .
- iii. د NG.Tub د انفي معدوي نیوب له لارې هم کله ناکله د مایعاتو بیا ورکول د شدید ډول دیهایدریشن ناروغانو ته تر سره کېږي خو دا دومره مؤثره نده چې شدید ډول د شاک حالت دې درمنله کړي.

نخاعي بډل

Spinal Tub

- نخاعي بډل یو ډول د عصبي جراحي (Neurosurgical Procedure) کړنلاره ده چې پکې د ملاد تیر د عصبي نخاعي مایع [Cerebrospinal fluid (CSF)] د آزمایښت او فشار ټیټولو په موخه راویسل شی او ورته (Lumber Puncture) هم وایي.
- که چېرې ناسی د یو داسې ستونزې لپاره چې ناروغ تبه ، شرن (اختلاج) ولری او جراحي عملیات وروسته ناروغ ته پیدا وی راوغوښتل شی لاندې پوښتنې به مو په ذهن کې راوگرځي :
- i. آیا ناروغ سمدلاسه وروسته له عملیات څخه ورته اختلاج منځ ته راغلي، آیا دا موضعی دي که عمومی او لنډمهالې دي او که اوږد مهالې اختلاج شتون لری؟
 - ii. آیا ناروغ مایعات په سمه توګه اخیستي او که ؟
 - iii. آیا د ناروغ تغذیوي اړتیاوي په بسنه توګه تامین شوې که؟
 - iv. آیا د ناروغ دوینې بیوشیمیک کني توپیر لری که ؟
 - v. آیا ناروغ د عملیات څخه دمخه کوم ډول ضربه (ترضیض) لیدلې او که؟
 - vi. آیا د عملیات څخه دمخه بي کوم ډول صرعه (Epilepsy) درلودله او که ؟
- ددې لپاره چې د اختلاج په عصبي نخاعي لاملونو پوه شو باید دغه ډول ناروغانو ته د ملا تیر د عصبي نخاع څخه بډل تر سره او کتنه ئي په لابراتوار کښې بشپړه شی او حجرې ئی وروسته له توپیر څخه وپېژندل شی .

د بډل استطباب (Indications):

1. د عصبي نخاعي مایع د ارزونې (CSF evaluation) لپاره چې په لاندې حالاتو کښې تر سره کېږي.
 - د سحایاوو التهاباتو (Meningitis).
 - د تحت العنکبوتیه وینه بهیدنه (Subarachnoid hemorrhage) .
 - نیوپلاستیګ ناروغی .
2. د نخاعي مایع دریناژ او راویسته د درملنې په موخه :
 - i. Communicating hydrocephalus
 - ii. Pseudotumor cerebri

CSF leak .iii

3. د دماغی فشار ټاکنې په موخه:

i. Communicating hydrocephalus

ii. Pseudotumor cerebri

4. د داخل النخاعی درملو (Intrathecal drug) تطبیق په موخه :

i. Radiopaque contrast

ii. Antibiotics

iii. Antineoplastic chemotherapy

مضاد استطباب (Contraindications):

ټول هغه ناروغان چې ورته د ناروغیو توپیری پیژندنې په موخه { computed tomography

Scan [CT Scan] او [MRI] magnetic resonance Image } د قطنی بډل (lumbar

puncture) څخه دمخه تر سره شوی وي .

▪ Noncommunicating hydrocephalus

▪ Intracranial mass(tumor , hematoma.Abscess)

▪ Coagulopathy or platelets <50K

▪ Cellulitis at intended puncture site

▪ Complete spinal block above tap site

▪ Tethered cord Syndrome

د بډل کړنلاره:

د پروسیجر تر سره کولو لپاره اړوند موادو ته اړتیا ده:

انسټیټیا (Anesthesia):

د انسټیټیا ورکړې لپاره د [Lidocaine (0.5%، 1.0%، or 2.0%)] ته اړتیا ده .

مواد او اړین توکي:

▪ Sterile prep solution

▪ Sterile gloves and towels

▪ 22-Gauge and 25-Gauge needles

▪ Spinal Needle with stylet 18-Gauge، 20-Gauge or 22-Gauge

▪ CSF collection vials

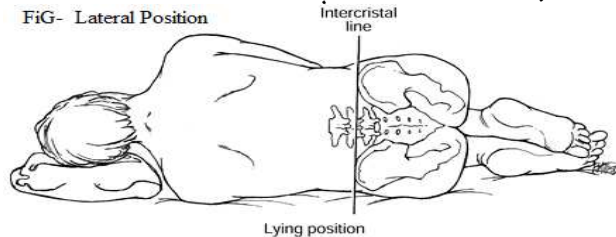
▪ Manometer with stopcock

د ناروغ وضعیت (Position) ورکول :

1. جنبي وضعیت (Lateral): داسې جنبي اړخ وضعیت ناروغ ته ورکړی چې زنگونه

(knees) ئې د زني (chin) سره لگېدلې او ورونه ئې په صدر لپاسه نښتې بڼه غوره

کانډې دا بڼه د دماغی فشار ټاکنې لپاره ښه کچل شی.



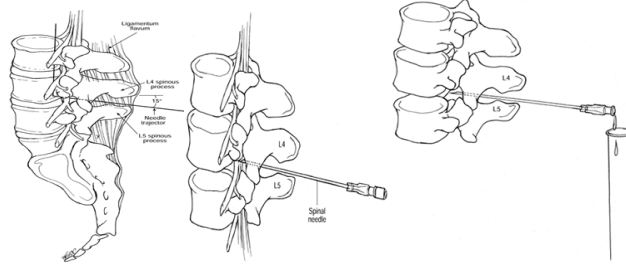
II. د ناستې حالت (Sitting) او وضعیت:

ناروغ د ناستې په حالت لکه چې په تصویر کښې ښکاری د بستر ترڅنګ د قبض په حالت کښې نول کېږي د یوه بالښت په چاپېر چې ترڅو ملاحظا په شی. دا وضعیت د ډیرو بندو او څرېبه (obese) ناروغانو لپاره کارول شوی پدې کې دماغی فشار (Intracranial pressure) نه ټاکل کېږي.



III. د بډل تخنیک (Technique):

- ناروغ د تعقیم موادو پذیریه او محلول پواسطه ښه پاکېږي او ددې برخې پوښل (sterile drapes) تر سره کېږي. همدارنگه د نظر وړ برخه وټاکي. (L4-5 interspace) چې د منځنۍ کرښې (intercrystal line connecting the superior iliac crests) په تداوم پرته ده چې قطنی بډل هم معمولاً د (L4-5، L3-4) ، او (L5-S1 interspaces) برخو کې تر سره کېږي.
- اوس د (1 ml) په اندازه (lidocaine) تر پوستکې لاندې (subcutaneously) د ټاکلې برخه کې زرق کېږي او تر هغه لاندې ټولې برخې ته هم انسټیري ورکول کېږي او (3 ml of lidocaine) په اندازه مواد زرق کېږي بیا وروسته له هغه د (22-Gauge) اندازه قطنی ستن (lumbar puncture needle) نیغ په نیغه (slightly cranially and parallel to the midline) ملا ته د بهوښه شوې برخې له لارې تېرېږي.



کله چې ستنه د (Thecal sac) ته وردننه شوی لیدل کېږي چې د نخاعی دماغی مایع (CSF) بهر

ته راووخې بیا وروسته دې ماندرن راوویسل شی او دهغې مایع رنگ، وینې او علقې Blood Clots شتون، شفافیت Clearance دې یاد داشت کړل شی .

د مایع نمونې ګڼه دې په لابراتوار کې د (Cell counts and Xanthochromia) ثبیت موخې لپاره واستول شی . د مایع فشار بهیر دې د مونومتر (Monometer) پذیرعه وټاکل شی ، د (CSF flow pressure) فشار اندازه د ساتي متر اوبوبه کچه سره بنائې د [20 cm H₂O; abnormal] په ثبیت کړل شی او په پای کې یو ټیوب (tube) کېښودل کېږي او په هغه کې د (CSF) مایع د نمونې (Samples) لپاره راټولېږي. او هره نمونه د یولړ اجزاوو ټاکې :

- د حجراتو (Cell count) اندازه دې وټاکل شی.
- د (Protein او glucose) اندازه دې وټاکل شی.
- د کلچر او میکروبی حساسیت (Culture او sensitivity) دې تر سره شی.
- حجروي شمېرنه (Cell count) دې د لومړي ځل شمېرنې (first cell count) سره پرتله کړل شی .

کله چې ستنه راوویسل شی یو معقم ګاز دې هلته کېښودل شی او د روانی عقلی، حیاتي علایم او د حدقي (pupil size) اندازه او غبرګون (reactivity) دې وڅارل شي.

اختلاطونه او درملنې :

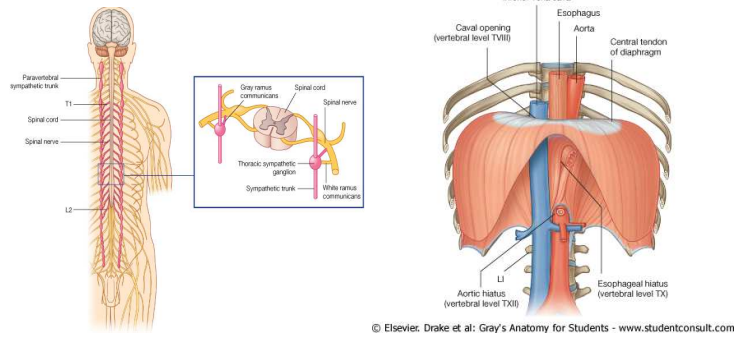
© Tonsillar herniation :

- لومړنۍ تظاهرات او عصبي-عقلی حالت بدلون د قحفي اعصابو (Cranial nerve) د اېنارمليتي (Third nerve palsy، respiratory difficulties) اړوند او د کوشنګ غبرګون (Cushing response) چې پکې (Bradycardia، Hypertension) ، Respiratory depression) په چېک ډول سره وژونکې بڼه غوره کوي منځ ته راشي.
- په چېک ډول دې ستنه وایسل شی دناروغ سر دې پورته کړل شی ترڅو د دماغ څخه وریډی راګرځېدنه (venous return) اصلاح شی.
- د وریډ له لارې دې (1 g/kg of Mannitol) تطبیق کړل شی.
- ناروغ دې (Intubate) شی او هایپر وینټیلیت (Hyperventilate) شی ترڅو (PCO₂ = 30 mm Hg) هدف تر لاسه شی.
- ژر تر ژره دې د عصبي جراحی مشاور (Neurosurgical consult) راوغوښتل شی.

© Nerve root injury :

- باید ستنه ژر تر ژره راویسل شی .
- که چېرې درد او موټور برخو ضعیفي نغد وکړي اوږدوالي ومومي (corticosteroids) دې د (Decadron 4 mg / 6 hours) په اندازه ورته پیل کې ورکړل شی.

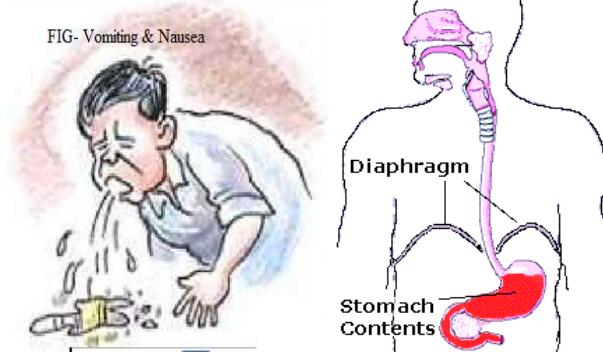
- همدارنگه (Electromyogram/nerve conduction velocity) دې وڅیړل شې او یو جدول دې د درد کټیډول لپاره جوړ شې.
- © د نخاعی سردرد:
 - د ناروغ ملادي د تحمل او زغملو تر حده سمه او آرامه وساتل شې .
 - معمولاً څو ساعته وی خو د تعدد په حالت کې څو ورځې دوام مومی .
 - د مایعاتو ورکړه (Hydration) او کافین (caffeine) بنسټی د دردونو او اعراضو لږ کولو په موخه کچه وروي.
- © د ابهر (Aortic) او شریان (arterial) بډل:
 - ستنه دې چېک ډول راوویستل شې او تر (4 - 6 hours) پورې دې د هیموډینامیک څارنې په موخه ثابت وساتل شې .
 - د رگونویا وعائی جراحی متخصص او مشاور دې راوغوښتل شې.



نولسم څپرکې زړه بدوالی او کانګې Nausea / Vomiting

دا یوه داسې ناروغۍ چې کله د معدې محتوی د خولې له لارې په فشار سره بهرته وغورځوي دې حالت کانګې ویل کېږي. همدارنگه په روغتون کې یوه ناروغ ته چې د راپورټیکولیت له کبله ورته کولوستومي تر سره شوېده یوه اونۍ وروسته ورته زړه بدوالی او کانګې په ییاځلي (تکراري) ډول پیدا کېږي نو سمداسه به لاندې پوښتنې مطرح شي:

FIG- Vomiting & Nausea



- I. آیا ناروغ مترافیه نورې ناروغۍ لکه کسټروائترائیس او د هضمي جهاز نور اعراض لري او که؟ زړه بدوالی او کانګې به د یولړ ډېرو ناروغیو لپاره دعرض په توګه وپېژندل شي چې د توپيري پېژندنې پرمهال یې اوصاف باید په پام کې ونیول شي په ځانګړې توګه د ګېډې درد د ګېډې پرسوب نس ناستی قبضیت ښائی د زړه بدوالی او کانګو سره په ګډه ښه منځ ته راشي.
- II. د کانګو رنګ بوی او منظره څه ډول ده؟ بعضې حالاتو کې د ناروغ د کانګو محتوی د یولړ ناروغیو اړوند معلومات څرګندولای شي لکه د وینې شته والی د غایطه موادو شته والی په کانګو کې د کولمو دلېرې برخې بندښت څرګندوي د تريخي مواد یا صفراوي مواد و شته والی به د پیلور څخه ښکته برخې ناروغۍ څرګند کړي د وینې او صفرا موجودیت به ښائی Mallory Weiss tear په حالت کې شته والی ولري.
- III. آیا کانګې د خوراكي موادو یا درملو سره تړاو لري او که؟ کېدای شي کانګې د هضمي جهاز د خوراكي توکو او یا پرهیز اړوند وي یوه یا دوه کینټې (ساعتونه) وروسته له خوراک څخه به په معده کې هضم شوی مواد وي چې دا به د معدې په ستازس او یا د معدې د بندښت له کبله وي چې له خوراک وروسته مخ ته راځي همدارنگه یولړ درمل لکه نارکوتیکونه NSAID درمل ښائی د کانګو لامل شي.

۱۷. آیا کانګې فوراني Projectile دي؟ دا به ماشومانو کې د نوي زېږېدنې پرمهال (CHPS) له کبله او همدارنگه په لویانو کې د CNS د تشوشاتو په حالاتو کې منځ ته راشي او بښائی په غذايي موسومیت کې هم منځ ته راشي .

توپيري پېژندنه:

A. عمومي General:

- a. پریونیت : پدې ناروغۍ کې دا نارغان تبه لري .
- b. د عملیات څخه وروسته ایلیوس : له عملیات څخه وروسته (48) ساعتونو څخه وروسته له لاپراتومي دهضمي جهاز وظیفه یا منځ ته راځی او په لومړیو 48 ساعتونو کې بښائی د (ileus) د ایلیوس له بله وي او کله اختلاط به منځ ته راغلی وي
- c. مېخانیکي بندښت : دا که په هره برخه کې وي بښائی د کانګې حالت منځ ته راوړي.
- d. کاسټروائیریت : دا که دهر لامل له کبله وي لکه ویروسي، توکسين، باکټريا، او نور دکانګې لامل گرځي.

B. معده Stomach:

- د معدې څخه لېرې برخه کې بندښت.

- د پېپټیک قرحي ناروغۍ.

- دمعدې د التهاب او راټولېدنې : دا بښائی

دشکري په ناروغۍ کې منځ ته راشي.

C. د کبډا او صفرا يا تريخی له کبله :

- د تريخی کولیک او يا حادکولي سيستېټ له کبله .

- پانکراتايټ

- هيپاتيټ

- کولون دايرټيکوليت.

- خيټ بندښت دريکټم او کولون کانسر له

کبله .

- اپنډيسيت .

D. ميټابوليک ناروغۍ:

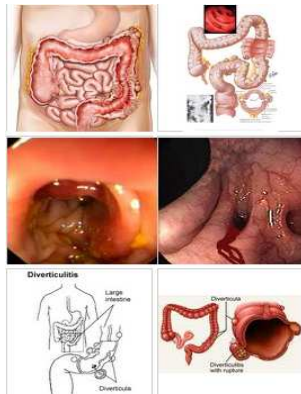
- يوريميا .

- دکبدي عدم کفايه .

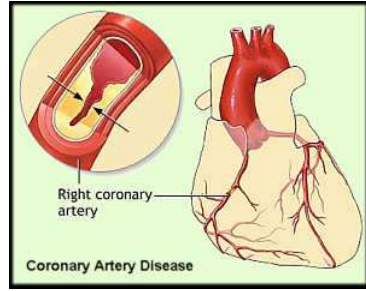
- ميټابوليک اسيدوزس .

- دالکټرولايټونو اېنارمليټي .

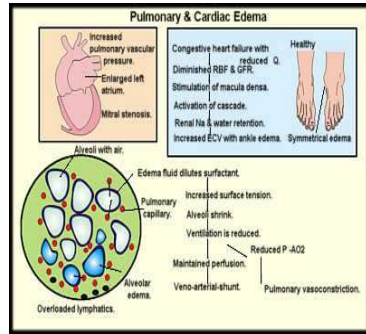
E. انډوکرين ناروغۍ:



- د شکرې ناروغۍ Gastroparesis د معدې فلج .
- دا درېنال غدې عدم کفايه دانسانۍ د اوږدې مودې د سټروئيدونو استعمال د قطع کول ورسوته مخ ته راشي.



- F. درمل او توکسين ناروغۍ:
- ډېر الکول خوراک.
- بوتوليزم يا غذايي مسموميت.
- د خوراکي موادو او درملو په وړاندې غبرګون.
- نارکوټيکونو استعمال لکه کوډين خوراک .



- د NSAID درملو خوراک په تبه کې .
- د کيموټراپي درملو ورکړې په لږ کې .
- G. د زړه احتقاني عدم کفايه :
- د مايوکار د عضلي حاد ډول احتشاء .
- د زړه احتقاني عدم کفايه .
- H. د بولي تناسلي ناروغيو له کبله :
- د پښورګو کولیک د اتانانو ، ډېرو ، او نورو علتونو له کبله چې دفلانګ په برخه کې درد د همتوريا سره مل وي .

- PID د حوصلې التهابی ناروغي په بنځينه ناروغانو کې بلارېنټ دا په لومړي ټرايمسټر کې .
- I. د عصبي سيستم ناروغۍ:

- Space occupying CNS lesion چې د دماغي فشار لوړوالی مومي .
- سردردې او Migraine .
- Labyrinthitis او سفري ناروغۍ Motion sickness .
- حاد ډل د تبي ناروغۍ په ځانګړي توګه په ماشومانو کې .

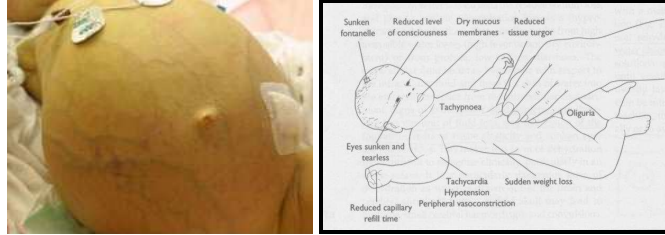
کلينيکی کڼې :

فيزيکی کڼې

- حياتي علايم : او رتوسټايټيک د وينې فشار بدلون به د حجم په ضايع کېدنه دلالت وکړي تبه به التهابی پروسې څرګندونه وکړي .
- دسر ، سترګې ، غوږ پوزه او ستوني کڼه: دفرنجيټ ، اووټيټ حالاتو شته والی به دالتهاباتو په شته والبدلالت وکړي پيل ادیما به دماغزو فشار لوړوالی ته پام واړوي .

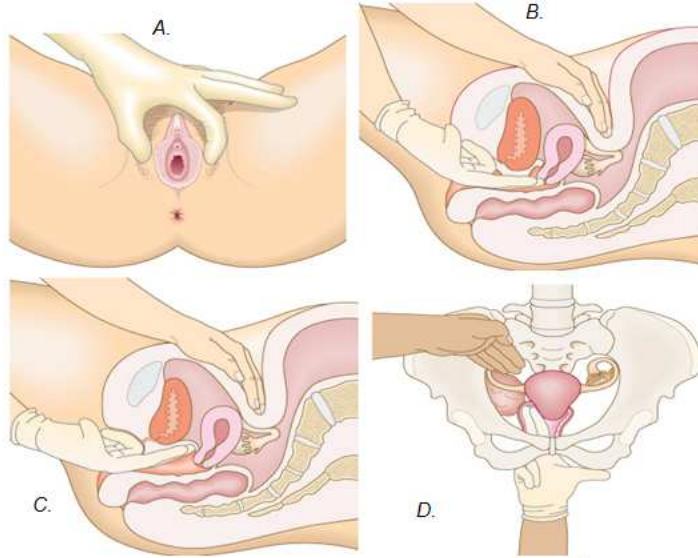
iii. پوستکي: د پوستکي شادابیت، دمخاطي غشا وچوالی به د حجم د ضایعاتو اړوند معلومات ورکړي همدارنگه د پوستکي او منظمې ژېړوالی به د ژېړي ناروغۍ په شته والی دلالت وکړي.

iv. بطن کېده: د دې کڼې په لږ کڼې دې د کولمو اوازونه، د کېډې پرسوب، پریټوان علایم لکه د حساسیت او درد شته والی او موقعیت اړوند معلومات راټول کړل شي.

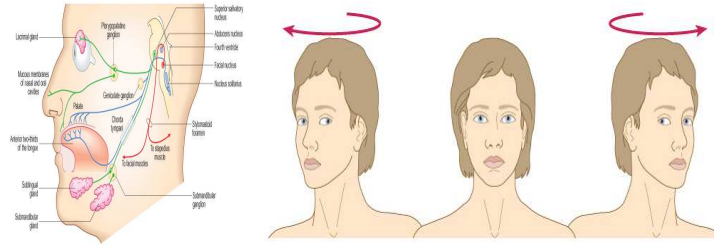


v. ریکټوم او مقدي کڼه: پدې کڼه کې به کلکو غایطه موادو کلو د ریکټوم دکلاتو لکه ټومورونو بواسیرو او همدارنگه د وینې د پرن شوي علقاتو شته والي پېژندل کېږي او همدارنگه د فیسورونو، فیسټولونو شته والی اړوند به معلومات راکړي.

vi. د مهلي يا حوصلي کڼه: دا کڼه به بنځینه ناروغانو کې تر سره کېږي چې د دې پواسطه ښائی د حوصلي التهابی ناروغیو او ټومورونو او نورو حالاتو اړوند معلومات راکړي.



vii. عصبي کڼه: د رواني حالت بدلون ښائی د مرکزي اعصابو آفاتو په اړه او یا هم د الکټرولایټونو شدید ډول اېنارمليټي اړوند معلومات راکړي.



B: لابراتواري کټني:

1. هيموگرام : دوينې په کټنه کې به هيموگلوبين لوکوسيتونو تجزيه او تحليل وشي او داتاني ناروغيو اړوند معلومات راکوي.
2. الکټرولايټونو کټنه: هايپوکلوريميا هايپوکليميا چې بنائې د شديدو کانگوشته والی له کبله مېخ ته راغلي وي معلومات راپولېږي.
3. کيمياوي کټني: د وينې د يوريا کرياتيني ن (K.F.T) کټني به د پښتورگو عدم کهايې اړوند معلومات راکوي.
4. د ځيگر د وظيفوي آزماينټ : د دې کټني اړوند به د ځيگر وظيفوي آزماينټ لکه SGOT، SGPT بليروين Bilirubin او نورو کټنه گټه وره وي چې د ځيگر دالتهاې ناروغيو اړوند غوره معلومات راپولېږي.
5. د امايلز انزيم سويې ټاکنه په وينه کې د پانکرياتيت په ناروغۍ کې تر سره کېږي .
6. د متيازو کټنه او کلچر: د اتاناناتوالتهاې ناروغيو او ډېرو اړوند معلومات راپول شي.
7. د شرياني وينې د گازاتو ټاکنه: که چېرې اړتياوې دا کټنه تر سره کېږي د وينې د اوکسيجن او کاربن ډای اکسايډ د سويې ټاکنه به دالکلوزس او اسيدوزس په حالاتو کې تر سره کېږي او همدارنگه د کولمو دابسکيميا په حالاتو کې هم گټه وره کټنه ده او د پښتورگو مزمني عدم کهايه کې ډېره گټه وره بلل کېږي. او همدارنگه دمونيټور په واسطه کولای شو چې د O₂ او د CO₂ د سچوريشن(Saturation) سويه په پرلپسې توگه وڅارو.
8. په متيازو کې د H.C.G سويه ټاکل کېږي: دا کټنه به دبلاربنټ په پېژندنه کې ډېره گټه وره وي.

C: راډيولوژيک او نورې کټني:

- i. د گېډې د ولاړې په حالت کې راډيوگرافي : پدې کټنه کې به د کولمو د بندښت او پريټونيت اړوند غوره معلومات لاس ته راشي د دووو څخه د ډېرو Hydro- Airic سويې شته والی به دکولمو شدت اړوند څرگندونه وکړي. همدارنگه د گېډې جوف پنوموپريټونيوم Pneumopritonium شته والی به دکولمو د سوري کېدنې او پريټونيت اړوند معلومات بيان کړي .

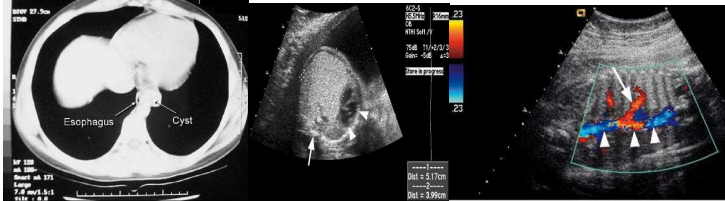


ii. KUB X- ray : دا کله چې د بولي سیستم لپاره اختصاصي کتنه ده چې (Kidney ، Bladder ، Ureter) لپاره مخفف دی او په درې واړو برخو کې به د تېرو او ډېرو اړوند معلومات څرگند کړي.

iii. د زړه گراف (ECG/ EKG) : د زړه د ایسکیمیک ناروغي پېژندنې لپاره تر سره کېږي .



iv. د گېډې الټراساوند کتنه: د دې کتنې پواسطه به د گېډې کلاتو پریټونیت او بولي سیستم ډېرو او کلاتو اړوند معلومات راټول کړل شي.

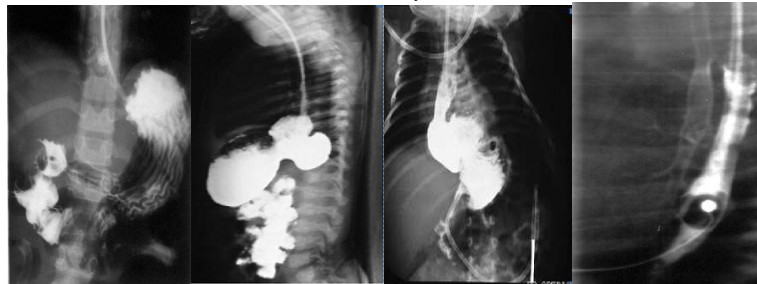


v. CT. Scan : د توموگرافي تر سره کول به د ټومورونو پېژندنې اړوند غوره معلومات راټول کړل شي چې د گېډې او کوپړۍ کتنې لپاره تر سره کېږي .

vi. انډوسکوپي : د گېډې يا پورتنی هضمي جهاز اړوند د انډوسکوپي کتنه د دا به ته د مری، معدې او اثنا عشر اړوند ناروغيو په هکله غوره معلومات څرگند کړي .

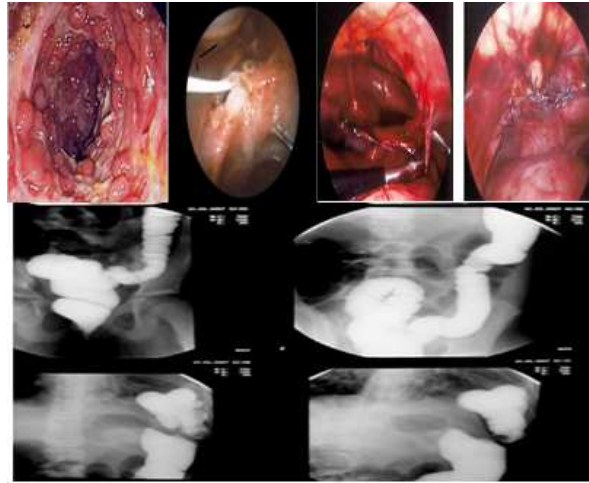
vii. Esophagogram : دا د مری د باریوم پواسطه د بلع یا تیروولو پرمهال راډیوگرافي (Barium Swallow) اخیستل کېږي او د مری ناروغي پېژندنې لپاره دا کتنه تر سره کېږي .

viii. باریوم میل (Barium meal) یا د باریوم پواسطه د معدې رنگه راډیوگرافي: دا ډول راډیوگرافي د معدې د ناروغيو پېژندنې لپاره تر سره کېږي.

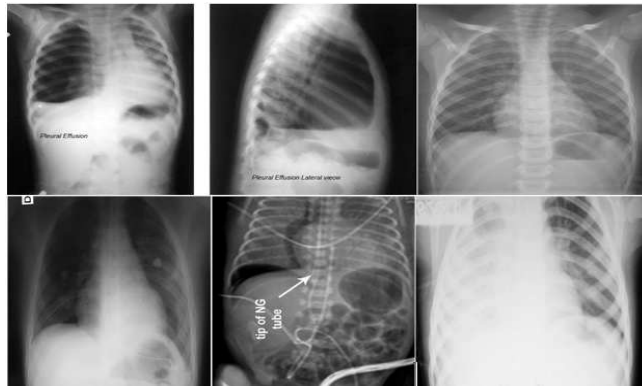


ix. د باریوم اینیما (Barium Enema): دا ډول راډیوگرافي د کولون کولمو ناروغیو پیژندنې په موخه تر سره کېږي.

x. کولونوسکوپي: دا د کولونونو اندوسکوپیک کتنه ده چې دکولونو ناروغیو پیژندنې په موخه تر سره کېږي.



xi. د صدر راډیوگرافي: همدارنگه دا کتنه د پنومونیا C.H.F اسپا پریشن پنومونیا پلورائي انصاب پیژندنې او همدارنگه د ډیپفراکم څخه ښکته برخه کې د ازادي هوا شته والی په پنومو پریټون دلالت وکړي.



د درملنې پلان:

سمدلاسه به ناروغ NPO کړل شي که چېرې ناروغ د مایعاتو ضایعات ولري سمدلاسه به مایعات ناروغ ته زرق کړل شي او ضایعات دې اعاده شي له عملیات څخه وروسته چې د مورفین ورکړه د کانګولامل کړجي او هغه درملود تاثیراتو د له منځه وړلو په موخه دې د (Demerol) درمل ورکړل شي ښائی دا ستونزه ورکه شي.

شلم څپرکې

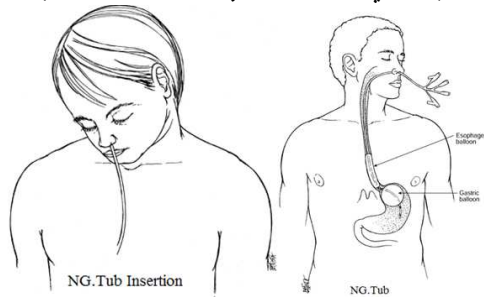
د انفي معدوي ټيوب منجمنت

Nasogastric tub management

۱. د وینې رانگ NG Tub له لارې:

یو ناروغ چې ورته د کوچنیو کولمو غوڅېدنه (resection) دمیکل دایورتیکولوم له کبله ترسره شویدی او د (NG Tub) څخه وینه راځي نو په دې حالت کې به سم دلاسه لاندې پوښتنې مطرح شي:

- څومره وینه لرونکی دریناژ به راغلی وي؟ هغه ناروغان چې ډېره اندازه تازه وینه په ناڅاپه توګه بهر راوباسي دا به نسبت هغه حالاتو ته چې لږه اندازه وینه بهر ته راغلی وي خطرناکه او بحراني ویل شي.
- ایا د ناروغ حالت وروسته د هضمي جهاز د پورتنی برخې جراحی وروسته داسې دی؟ پدې حالت کې به د مورکې برخې قرحه (Marginal ulcer) پخواني انستوموټیک برخې په ځای کې منځ ته راغلی وي که چېرې تازه منځ ته راغلی وي دا به د تازه جراحی وروسته د استوموزس برخې له کبله وي.
- ایا ناروغ اتی اسیدونه خوري او د معدې د pH اندازه ئی څه اندازه ده؟ که چېرې د معدې اسیدي اغرازات زیات وي دا په کاسټریټ منځ ته رانگ کې ډېر رول ولري همدارنګه زیار دي وایسټل شي ترڅو د pH د معدې له (4-5) څخه ډېر وي ترڅو مخاطي غشا وساتل شي.



توپيري پېژندنه:

- A. Insertion trauma: دا حالت هغه مهال منځ ته راځي چې ټيوب د پوزې له لارې معدې ته تېري او دا به معمولاً د پوزې او فرنکس په برخه کې وي.
- B. دمخاطي غشا تخريش: دا به هغه مهال منځ ته راشي چې ټيوب د اوږدې مودې لپاره معدې کې پرېښودل شي او په دې حالت کې به د معدې pH اسیدي تثبیت شي چې ورته ډېره پاملرنه پکار ده.

C. د گڼدل شوي برخې د خياطي وازېدل او يا وينه راټنگ: دا په هغه ناروغانو کې چې هغوی ته تازه عمليات ترسره شوي وي او لږه موده پي وتلي وي اکثراً^h (24-48) وروسته له عمليات څخه چې په ټيوب کې تازه وينه راشي.

Type of Secretion	Composition of GI Secretions				
	Volume (mL/24 h)	Na (mEq/L)	K (mEq/L)	Cl (mEq/L)	HCO ₃ ⁻ (mEq/L)
Stomach	1000-2000	60-90	10-30	100-130	0
Small intestine	2000-3000	120-140	5-10	90-120	30-40
Colon	—	60	30	40	0
Pancreas	600-800	135-145	5-10	70-90	95-115
Bile	300-800	135-145	5-10	90-110	30-40

- D. د فرنکس ته د ټيوب د تېرولو وروسته: کله چې د وينه بهېدنې زېرمه پورته منشه ولري چې دا به ټيوب پورې تړاونه لري.
- E. قرحه: دا قرحه يا ټپ کېدای شي Curling ، Cushing او يا Pre-existing وي د دې لپاره دې مترافقه ناروغی وپلټل شي لکه سوخېدنه د قحفي ترضیضات او غټ عمليات تر سره کول.
- F. د معدې گريد نه (erosion) گاسټرېټ ، ایزوفاجیټ او وارسونه:
- G. کوآگولوپټي Coagulopathy: د کوآگولوپټي په صورت کې وينه راټنگ لیدل کېږي چې بنائې د DIC ، ITP او نور به حالاتو تر سترگو شي.

کلبنيکي کني:

A: فزيکی کنه:

- حياتي علايم: ټاكي کارډيا ، هايپوټنشن ، سپيسيس (Sepsis) او يا هم په ډېره وينه بهېدنه کې ترسترگو او نښت کېږي.
- سر، سترگې ، غوږ، پوزه، ستونې، همدارنگه دا برخې کل کېږي کېدای شي د وينې بهېدنې منشا او سرچېنه وموندل شي .
- کېدو. د پرتوان نښې نښانې ، داېي گاسټرېک برخې حساسيت او درد د معدې پرسوب بنائې وپېژندل شي.

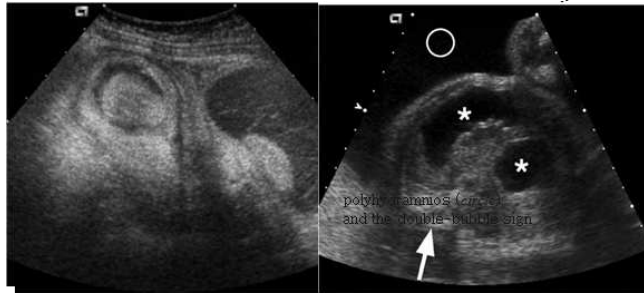
B: لابراتواري کني:

- هموگرام: د وينې کنه تر سره کېږي هيموگلوبين هماتوکريت BT،CT لوکوسيتونه سره کرويوات کل کېږي ترڅود وينې د ضايع شوي اندازې پته ولگېږي.

- P.T.T/ PT : دا کتنه د کواکولوپټي شته والی په موخه تر سره کېږي.
- C: رادیولوژیک او نورې کتنې:
- د صدر رادیوگرافي Chest X- Ray : دا رادیوگرافي کولای شي د صدري ناروغیو اړوند معلومات راټول کړي لکه Pneumomediastinum په څیر.
- د کېډې په ولارې رادیوگرافي : کېدای شي د یولړ حالاتو لکه د ازادې هوا شته Pneumoperitonium په اړه راکړي.



التراسونوگرافي : پدې کتنه به د یولړ غبر نارمل کلاتو ، د کېډې جوف آزادي مایع ، د مجوف احشاوو کې التهاباتو – او تیرو شتون څرگند کړل شي .



polyhydramnios (circle) and the double-bubble sign

- PH Test : د معدې د مایع د PH اندازه ټاکل کېږي او د $3 > 5$ څخه باید پورته او اوچت وساتل شي.

د درملنې پلان :

د دې لپاره چې ښه باوري شو ټیوب کولای شو راوباسو او بیا یې له سره ورته تېر کړو که چېرې وینه بهېدنه ډېره زیاته وي د ضایع شوې وینې اندازه دې بیا اعاده کړل شي.

همدارنگه که چېرې د صدري برخې ستونزه شته والی ولري نو هغه دې د جراحی پواسطه حل شي لکه د مری تنقب او د کېډې اړوند ستونزه هم بېرې جراحی ته اړتیا لري باید لاپراټومي تر سره شي.

1) N.G. Irrigation : دا نفي معدوي ټیوب خړوب کول د نورمال سالیڼ پواسطه که چېرې د خونې تودوخه سمه وي نو د مایعاتو تودوخه دومره مهم نده مایع معدې ته تېرېږي او تر سره کېږي چې دا به د ناروغی پېژندنې او درملنې دواړو حالاتو لپاره پکار یوړل شي چې له معدې څخه به دوینې علقات راوباسي .

2. د اتی اسیدونو پواسطه د رملنه: د دې لپاره د معدې د pH اندازه د 3.5 څخه پورته ساتل شي باید یو لږ درمل ورکول شي.

i. د اسید ضد (Antacid) شربتونه، تابلیتونه او د راژي (المونیم هایدروکساید او مگنیزیم هایدروکساید).

ii. H_2 – receptor بلاک کونکي درمل لکه:

- رنیتیدین (zanatac) Ranitidin
- فموتیدین (Famot) Famotidin
- سیمیټیدین (Tagamit) Cimitidin



iii. Proton – pumping inhibitor لکه

- اومپرازول Omperazole
- لانسوپرازول Lansoprazole
- ایسمپرازول Ismiperazole
- پانتوپرازول Pantoperazole ، ریباپرازول Rebaprazole او نور

iv. ساکرولفت (Sacralfate) هغه درمل دی چې د معدې مخاطي غشا پوښوي او د قرحوي حالاتو په درملنه کې پکار وړل کېږي.

C: اندوسکوپي Endoscopy: که چېرې د پورتنیو برخې وینه بهېدنه دوام ومومي پدې حالت کې به د اندوسکوپي یوه ګڼه د پېژندنې په موخه ترسره شي چې کله ناکله ډېره ګټه ور او درملنې لپاره هم کارېږي.

ii. کله چې په Out put کې بدلون منځ ته راشي:

که چېرې یو ناروغ د 46 کالو عمر لري او د پانکر یا ټیټ ناروغی ولري او په ناڅاپه بې د انفي معدوي ټیوب له لارې د مایعاتو راتګ زیاتوالی ومومي او همدارنگه یو بل ناروغ چې ورته د کوچنیو کولمو ریزکشن ترسره شوی وي او د ټیوب له لارې بې د افزازاتو لږ والی منځ ته راغلی وي نو سمدلاسه به لاندې پوښتنې مطرح شي:

- آیا دا ناروغان د ګېډې ډیسټرس او نارامي احساس لري؟ که چېرې یو ناروغ په عمومي توګه ایلیوس او بندښت د کولمو ولري نو په دې حالت کې به د ټیوب له لارې افزازات زیاتوالی ومومي.

- آیا افزازات د تریخی (بایل) درلودونکی دی او که؟ که چېرې د تریخی مواد ته ټیوب کې راشي نو دا به د دې ښودونکی وي چې عارضه لېرې له معدې څخه او په کولمو کې ده او اهم دغه دانفي معدوي ټیوب له معدې څخه تیر او په کولمو کې ځای په ځای دی.

- آیا ټیوب فعاله دی او کار کوي که نه؟ معمولاً ټیوب بندېږي دا د مخاط او یا اتی اسیدونو پواسطه بندېږي باید په دې حالت کې دې ټیوب ته دننه هوا تېره او دستاتسکوپ پواسطه د ګېډې

- او معدې لپاسه اصفا وشي چې د بهير حالت اورېدل کېږي او که که بند وي نو ټيوب ته وضعيت ورکول کېږي او ګل کېږي.
- آيا ناروغان غايطه مواد او هوا د معده له لارې تېروي او که ؟ معمولاً که چې د کولمو وظيفوي حالت په نورمال حالت واروي نو د ټيوب له لارې د موادو راټک لېوالی مومي چې په دې وخت کې به د کولمو پرستاليزم نورمال واورېده شي.
 - آيا ناروغ د خولې له لارې کوم څه خوري او که ؟ که چې ناروغان د خولې له لارې د ککگل ټوټې او يا اوبه ، مايعات ، دخولې له لارې وخوري په دې صورت کې به د ټيوب له لارې افرازات په حيرانونکي ډول زياتوالی ومومي .

توپري پېژندنه :

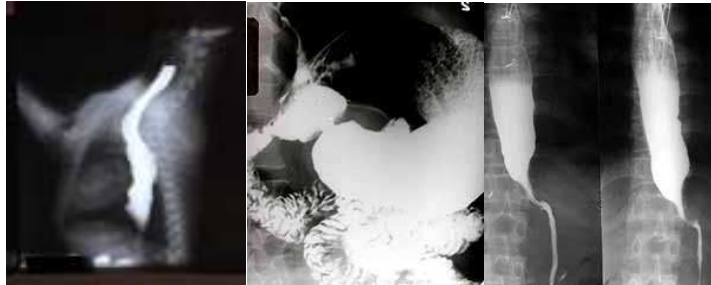
- A. کله چې د ټيوب له لارې مايع زياتوالی ومومي :
- بشاي د ټيوب نهايت د معدې د پيلور څخه کولمو لوري ته تېروي په دې حالت کې به د پانکرص تريخي او کولمو افرازات په ټيوب کې بهر ته راووزي.
 - د لېري کولمو او يا د معدې داوتلټ برخې بندېښت .
 - هغه مرحله چې په لوړه پيمانه په کې افرازات منځ ته راشي .
 - په غولونکې بڼه به د خولې له لارې د مايعاتو د ککگل ټوټو او اوبو څښناک وروسته د ټيوب افرازات زياتوالی ومومي.

- B. کله چې د ټيوب له لارې مايع لېوالی ومومي :
- کله چې د کولمو نورمال پرستاليزم حالت يا راوگرځي.
 - کله چې د ټيوب د خولې سورې بند شي د ا بشاي د ټيوب ماتېدنې يا تاوېدنې يا kink يا د موادو لکه اتي اسيدونو وينې علفي د مخاطي غشا مخاط پواسطه وتړل او بند کړل شي.
 - د H₂ receptor بلاک کونکو مواد و له استعمالو او ورکړې سره سم به افرازات لېوالی ومومي لکه د سمپيدين فموتيدين راتيدين خوراک.
 - د معدې تشوونکو مواد و کارول لکه د metoclopramide درملو ورکړه ناروغ ته چې معده تشوي.
 - که چېرې د ټيوب څوکه دمعدې او مری. معصرې څخه پورته موقعيت ولري کېدای شي چې د ټيوب څوکه په معده کې نه وي او په مري پرته راتاوه او راگرځېدلی وي.

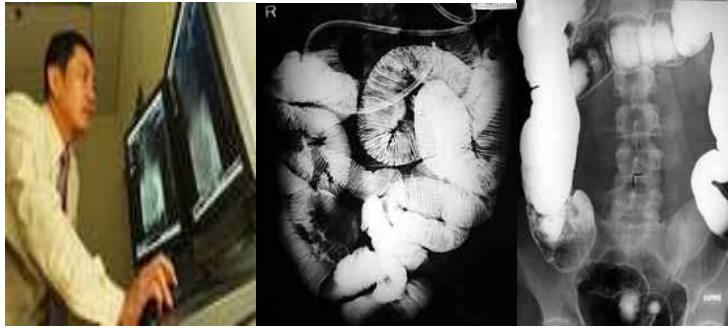
کلينيکي کني :

- A. فيزيکي کني :
- حياتي علايم: د ناروغ حياتي علامي دې وکل شي او غير نورمال حالت دې وڅارل او ثبت کړل شي.

- سر، سترګې پوزه غوږ ستونی خوله ستونی دې وپلټل شي چې ټیوب راتا او په خوله او ستونی کې ځای پرځای نه وي.
- کېږه: پدې ګڼه کې دې د کولمو پرستالیزم حالت واورېدل شي که چېرې هېڅ راز پرستالیزم تر غوږونو رانشی او وانه اورېدل شي نو پدې صورت کې به د ایلوس حالت شته والی ولري high pitched کولمو پرستالیک آوازونه به د بندښت او یا ایلوس څرګندونه وکړي.
- B. لابراتواري ګڼې:
 - د وینې د سیروم الکترولایټونه: پدې لړ کې دې په ډېر پام سره د پوټاسیم بای کاربونیټ سویه دې دانفي معدوي سکشن پرمهال وکل شي.
 - د معدې د pH ټاګه: داسپایرېټ شوی مایع په منځ کې دا به د اتی اسیدونو ورکړې ښودنه کړي او یا ښايي کېټر به له پیلور څخه د کولمو لوري ته تیروي.
 - C. رادیولوژیک او نورې ګڼې:
 - 1- د صدر رادیوګرافي په ولاړه: پدې ډول رادیوګرافي کې دانفي معدوي ټیوب څوکې موقعیت ولټول شي همدارنگه Pneumomediastinum او د دواړو لورو حجاب حاجز قبي موقعیت به ټینګ شي.
 - 2- د ګېډې رادیوګرافي په ولاړه: پدې رادیوګرافي کې په لاندې ټکي د پام وړ وي
 - i. Pneumoperitonium
 - ii. Hydro-airic levels
 - iii. Distended loops
 - iv. Glass Graud appearance
- چې نوموړی پورتنی حالات به په پرتیونېټ او کولمو بندښت کې ولیدل شي.
- 3- ایزوفاګوګرام یا Barium Swallow او باریوم میل Barium meal: په دې ګڼه کې به دمری او معدې اړوند معلومات تر لاسه شي او همدارنگه د باریوم تېرېدنه کولمو ته به د کولمو اړوند معلومات هم راکړي.

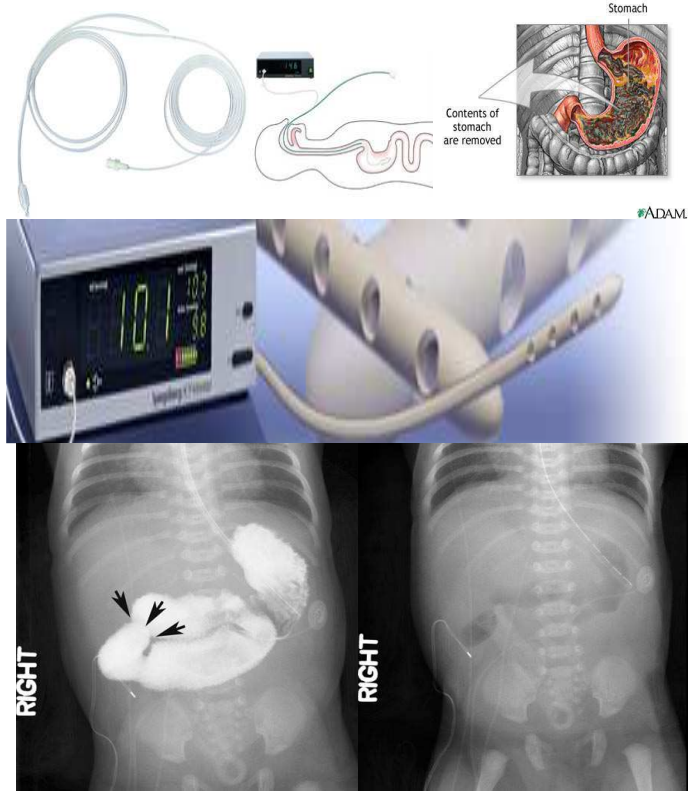


- 2 د کولون د باریوم رادیوګرافي: د کولون ګڼه به په دې ګڼه کې وشي او د اړوند پتالوژي پېژندنه وشي لکه د میکاکولون تغلف اونور.



د درملنې پلان :

- A. د ټيوب د پوزيشن بدلون : دا به د X-Ray اخيستني وروسته ترسره شي او همدارنگه د $40-60^{\circ}\text{C}$ او به يا هوا به معدې د ټيوب له لارې تېر او اصغابه د معدې لپاسه وشي هلته به د ټيوب اړوند معلومات ترلاسه شي چې ډېره دقيقه کتنه دې وشي
- B. ټيوب دې کټرول شي يوه اندازه او په د (30°C) په اندازه به هر $(3-4)^{\text{h}}$ وروسته د ټيوب له لارې معدې ته تېر شي او ټيوب دې ومنيځل شي او پاک کړل شي ترڅو د ټيوب د څوکې سورۍ بند نه وي .
- C. د Out put زياتوالی:
- په هغه حالاتو کې چې معدې بنه نه تشېرې او ټيوب هيڅ بند نه وي نو په دې حالت کې به $10\text{ mg Metoclopramid}$ هر (6^{h}) وروسته د وريد له لارې ورکړل شي.
 - د بعيد برخې (ديستال) د بندښت په صورت کې به په مداوم توګه د NG Tub سکشن ترسره شي د باريوم راډيوګرافي به ترسره شي او د بندښت له منځه وړلو په موخه به جراحی عمليات ترسره شي .
 - د ايليوس په شته والې کې دې سمدلاسه وروسته له عمليات څخه ناروغ ته ټيوب تېر او الکټرولايټونه دې کټرول او د اېنارملي په صورت کې دې اصلاح ترسره په ځانګړي توګه د هاپوآلېميا درملنه دې وشي N.G. Tub له لارې دې سکشن وشي که چېرې داوړدې مودې لپاره ايليوس دوام وکړي په دې حالت کې به د ګډې اتانات او سپسيس Sepsis شته والی ولري
- D. د Out put لږېدنه:
1. دا به اکثراً د کولمو د وظيفې نورمال حالت کې منځ ته راشي چې به ورسره سم د غايطه موادو او هوا تېرېدنه د مقعد له لارې وليدل شي نو پدې حالت کې ټيوب له معدې بايد راوويستل شي.
 2. که چېرې ټيوب په سم ځای کې نه وي بيا دې راوويستل شي اوسم دې په معدې کې ځای پرځای شي.



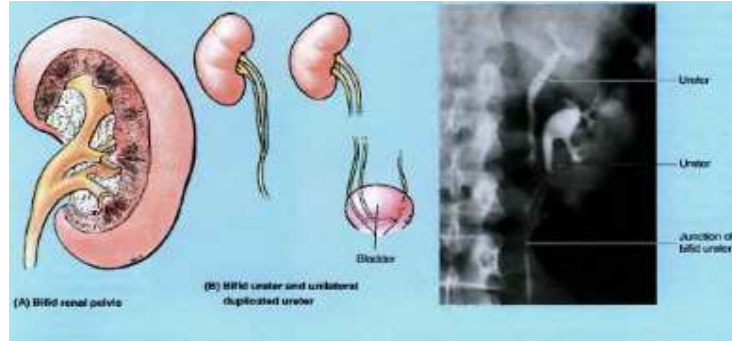
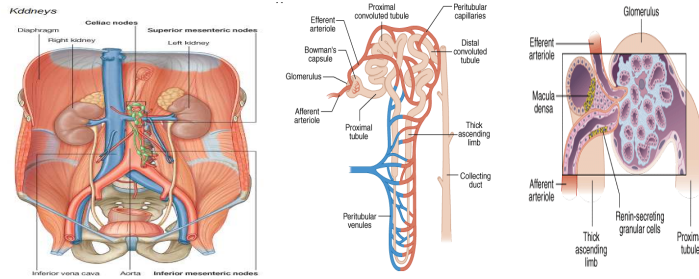
يو ویشتم څپرکي

اوليگوريا او انيوريا

Oligurial / Anuria

اوليگوريا Oliguria: دا هغه حالت دی چې د ناروغ دمیتازو اطراح لېوالی مومي چې د میتازو اطراح به له $500^{cc} / 24^h$ لېوالی ولري.

انيوريا Anuria: دا هغه حالت بل کېږي چې پکې د ناروغ د پښتورگو په واسطه میتازي نه جوړېږي او هېڅ راز میتازي په مثانه کې شته والی نه لري.



که چېرې يو ناروغ چې دابه—ر رگ انيوريزم عمليات تر سره کولو له کبله ورته د يوې ورځې وروسته په يوه ساعت کې 4،9،15،22 سی سی میتازي توليدوي او په مثانه دغه اندازه ادرار يا میتازي د فولی کېتر له لارې بهر ته راوړي او په پاکټ کې نه راټولېږي نوسمد لاسه به لاندي پوښتې مطرح شي.

1. د ناروغ د حجم (Volume) اندازه او حالت څرنگه دی؟ د ناروغ د وينې د حجم په اړه کولای شو د نبض او ناروغ د فشار ټاکنې پواسطه معلومات لاس ته راوړو چې اکثراً د اوليگوريا لپاره له عمليات څخه رسو ته د هاپيواليميا له کبله منځ ته راځي.

همدارنگه مهمه خبره داده چې په حاد ډول د ټيوبولونو نكروزس په ثانوي ډول د ايسکيميا له کبله منځ ته راځي چې دا هم د هاپيواليميا اړوند ده او د حجم ټاکنه د فشار ټاکنه د کيني مټ په برخه کې او د يوه کېتر ټيرولو ورسو ته د مرکزي وريد په برخه کې د وزن بدلون او تل د فزيکي کني په

واسطه ټاکل کېږي دا په یاد ولری چې ځان باوري کړی چې هاپیوالیما د وینه بهېدنې له کبله نه دی.

2. آیا ناروغ پخوا کله دهاپوتنشن له ناروغۍ څخه په مستند بڼه شکایت درلوده؟ په جراحی سروس کې به تل دناروغانو د اولیګوریا لپاره دپنټورګو د ټیوبولونو حاد نکروزس ایسکیمیا له کبله وي چې د دې لپاره دی د ناروغ د جراحی عملیات دوره انسټیزیا په لړ کې دهاپوتنشن مرحله تېره کړي که.

3. د ناروغ د پنټورګو وظیفوي آزماښت څه ډول دي؟ که چېرې د پنټورګو نه بریالیتوب (Renal insufficiency) حالت شته والی ولري نو په دې صورت کې د یوریا او کرباټینن سویه په وینه کې لوړه وي.

4. آیا ناروغ کوم ډول دپنټورګو زهري Toxic درمل اخیستی؟ یولړ درمل بنسټي د پنټورګو عدم کفایه منځ ته راوړي دا لکه د امینوګلايکوسیدونه Aminoglycosid لکه

- i. Gentamicin
- ii. Streptomycin
- iii. Kanamycin

نوموړي درمل په پنټورګو ناوړه اغیزه لري چې د درملنې پر مهال دی د ډوز عیارول په پام کې ولول شي.

5. آیا ناروغ داسې درمل اخلې چې د پنټورګو له لارې دې بیرته اطلاق وشي د یجوکسین اوانټي بیوټیکونه ډېر مهم دي چې د پنټورګو ناروغیو شته والي په صورت کې دې عیارول ترسره شي.

6. آیا ناروغ دډولې کېټر واز دی؟ د کېټر تیرولو پر مهال ډېره پاملرنه وشي چې کېټر مات (kink) نه وي او په مثانه کې تثبیت شي او که چېرې شک شته والي ولری نو پدې صورت کې یا له سره کېټر تیر کول شي او دمثانې میازو اندازه دې وټاکل شي.

توپیری پېژندنه:

لکه چې د مخه مووېل که چېرې میازي په 500 ml/24 څخه لږ تولید شي نو دا به اولیکو یوریا وبلل شي او که چېرې د 100 ml/24 څخه لږ تولید شي نو د انیوریا anuria نوم ورکول کېږي او په نورمال حالت کې باید دمیازو تولید راټوله اندازه د 1500-2500 وټاکل شي او یا هم 1-2 kg/h دا اندازه وټاکل شي چې غوره لاملونه په لاندې ډول تصنیف کېږي.

1. د پنټورګو څخه دمخه Prerenal برخې اړوند

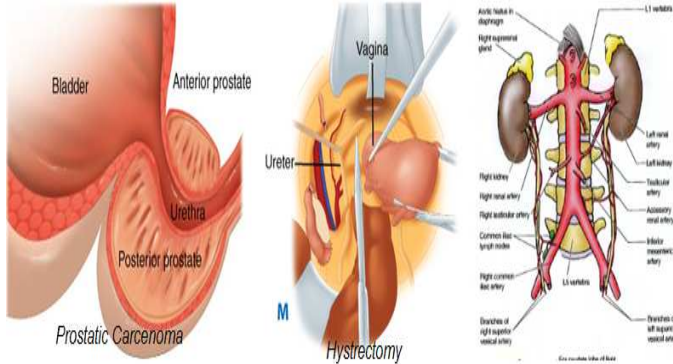
2. د پنټورګو Renal برخې اړوند

3. له لښورګو څخه وروسته Post Renal برخې اړوند

A - قبل الکلويي Prerenal لاملونه: په یولړ حالاتو کې کله چې د پنټورګو څخه دمخه برخو لاملونو او د ناروغیو سره مخامخ کېدنې وروسته بنسټي میازي په مثانه کې کاملاً نه راټولېږي او لاندې لاملونه لری:

1. شاک/ هایپووالیمیا:
 - a. وینه بهېدنه
 - د تراوما (ترضیضات)
 - له عملیات څخه وروسته
 - یولر ناروغی.
 - b. دلرې اندازه مایعاتو تطبیق:
 - د اوږد مهالې جراحي عملیاتو په لړ کې لږه اندازه مایع تطبیق کول
 - ډیره اندازه اوبه به آزاده او بخار شي که چېرې ګډه وازه وي او یا هم خلف پریټون وازوي.
 - c. سپسیس Sepsis:
 - د ا د پښتورګو لورې ته د پرفیوژن اندازه لږ کوي او درګونو د مقاومت حالت لږ کوي.
2. د رګونو په منځ کې هایپووالیمیا شتون لامل.
 - د دریمې مسافې ته ضایع (Third Space Losses): دا به د عملیات څخه په وروسته مرحله کې د لوی عملیات ترسره کولو او همدارنګه د بدن د ډېر سطحې سوځېدنې په مهال ولیدل شي.
 - د زره احتقاني عدم ګهایه
 - هیپاتورینال سندروم د سیروزس سره مل.
 - نفروټیک سندروم.
3. د رګونو لاملونه.
 - آمبولې (د کولسترول له کبله)
- B- د پښتورګو (بډوډو) اړوند لاملونه: په یولر حالاتو کې چې د پښتورګو د غړو برخې د بندښت سره مخامخ شي متبازې په مثانه کې کاملاً نه راټولېږي او لاندې لاملونه لری:
 - 1- حادثېوېولار نکروزس د شاک او سپسیس وروسته.
 - زهر Toxin د طبي زهر لکه امانوګلايکو سیدونه د پښتورګو رنګه مواد لکه یوروګرافین د دراندو فلزاتو لکه د سرپ (lead) خوراک، د زهري مارانو چېچلو وروسته، د الژرن ننوتلو وروسته.
 - د ایسکیمیا (شاک او سپسیس له کبله).
 - 2- حادثېوېوېولار تقریب:
 - درمل د لکه د بیتا لکټیمیز مقاوم پښلین، NSAID او نور.
 - حادثېوېوېولونونو ناروغی.
 - خبیث هایپرټنشن.

- ایمنون کمپلکس ناروغی
- سیمسټیک ناروغی لکه د (Good posture Syndrome, Wegeners, TTP,SLE)
- C. له پښتورگو وروسته Post renal: په یولر حالونکې چې د پښتورگو څخه وروسته برخې د بندښت سره مخامخ شی میا زې په مټانه کې کاملاً نه راټولېږي او لاندې لاملونه لری:
 - 1- داخل بندښت: : په یولر حالونکې د احلیل بندښت سره مخامخ کېدای شی میا زې په مټانه کې کاملاً نه راټولېږي او لاندې لاملونه لری:
 - د پروستات پړسوب.
 - د کټر بندښت.
 - داخل تنگوالي (تضیق).
 - 2- دواړه لورونه حالونو بندښت: په یولر حالونکې د حالونو دواړه لورونه د بندښت سره مخامخ کېدای شی میا زې په مټانه کې کاملاً نه راټولېږي او لاندې لاملونه لری:
 - معمولاً د کارسینوما
 - خلف پرتیوانی فایبروزس
 - له هسټرکومی وروسته د عملیات پرمهال د حالونو تړل.



کلینیکي کتنې:

A- فزیکي کتنې:

1. حیاتي علايم د وزن بدلونه او رتوسټایټیک علايم د مایعاتو ضایع کېدنه، تبه د sepsis سره.
2. پوستکي: د پوستکي شادابیت، دمخاطي غشا وچوالي.
3. د اذیما شته والي، له مخې به د حجم زیاتوالی ولیدل شي.
4. د زړه او سپرو اړوند: منرالونو شته والې د وریدي فشار لوړوالی
5. کیده د زړه کالوپ د حین او میا زو احتباس شته ولاي دی ویلئ شي.
6. نهایتونه: پرفیوژن دی د پښو او لاسونو رنک او تودوخې ټاکنې دې وشي.

B- لابراتواري کتنې:

- 1- د وینې د الکترولایټونو کتنه: د هایپرکلیمیا شته والبه د ژوند تهدید کوونکی وي چې بنائى د حاد کلیوي عدم کفایي سره مل وي.
- 2- د وینې د BUN او کریاتینین ناکه: که چېرې د BUN/creation (20:1)، په اندازه وټاکل شي دا به Prerenal قبل الکلیوي سرچېنه ولري او که چېرې $15:1 < \text{BUN/Creation}$ دا حالت به د پښتورگو Renal اړوند. همدارنگه که چېرې د یوریا اندازه او سویه په وینه کې له 50 څخه وپرتو وي او کریاتینین ن Creation سویه 1.5 څخه پورته وي نو دا به کلیوي عدم کفایه باندې دلالت وکړي.
- 3- د میازوکنه او آزماښت: د میازو پروټین سویه، د سره کرویاتو، د سپینو کرویاتو، د Cast اندازه، د شکرې (گلوکوز) اندازه به وټاکل شي چې د گلوپروټینونو په ناروغۍ کې به یې اندازه لوړه ثابت شي همدارنگه ایوزینوفیلونو د سوپې شته والي به د حساسیت په شته والی دلالت وکړي او همدارنگه د اترسټیشیال نرفټ په ناروغۍ کې به شتوالي ولري. د بلیروبین شته والي Bile salt او Bile Pigment شته والي به د ژیري ناروغۍ په شته والی دلالت وکړي.
- 4- په میازو کې د الکترولایټونو، یوریا او کریاتینین اندازه وټاکل شي: دمخه تردې چې دیوریټیک ورکړه شي د میازو د سوډیم سویه که $20 \text{ mEq/L} < \text{Na}$ به اندازه وي دا به Prerenal ناروغۍ څرگندې کوي او د میازو سوډیم سویه $20 \text{ Eq/L} > \text{Na}$ وي دا به د پښتورگو anuria Renal شته والی راڅرگند کړي. ددې لپاره چې Renal Failaur index سره راټول وگڼو نو پدې حالت کې به RFI لکه :

$$\text{RFI} = \text{Urinary Na} \times \text{plasma Creatinine}$$

که چېرې $\text{RFI} < 1$ له یوه څخه ډېر وي دا به Renal یا د پښتورگو پورې اړوند ناروغۍ څرگنده کړي او که چېرې $\text{RFI} < 1$ د یوه څخه ټیټ وي دا به Prerenal له پښتورگو څخه دمخه ناروغیو اړوند ویل شي چې ډېر د اهمیت وړ کتنې بلل کېږي.

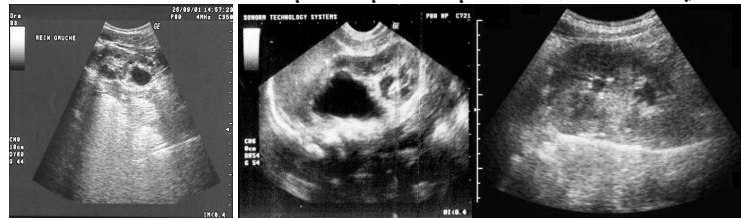
Table - Urine Assays for Albuminuria/Proteinuria				
حالات Conditions	24-Hour Albumin ^o (mg/24 h)	Albumin ^o /Creatinine Ratio (mg/G)	Dipstick Proteinuria	24-Hour Urine Protein ^o (mg/24 h)
Normal	8-10	<30	-	<150
Microalbuminuria	30-300	30-300	-/Trace/1+	-
Proteinuria	>300	>300	Trace-3+	>150

- 5- هیموگرام: د لوکو سیټونو لوړه سویه به د اتانې ناروغۍ په شته والي او د وینې د هیموگلوبین ټیټه سویه به په وینه لږې (Anemia) دلالت وکړي.
- 6- د درملو سویه: هر راز د پښتورگو زهرې درمل لکه امانیوگلاسیډونه او یا هغه درمل په ډېره پیمانه د پښتورگو له لارې اطراح کېږي بنائى په پښتورگو ناوړه اغیزه ولري.



C. رادیولوژیک او نورې کټي:

- i. الټراساوند: پدې کټي د پښتورگو د حویضي کالیسونو او پښتورگو د سایز اړوند معلومات راټول شي همدارنگه یولړ ناروغۍ چې په کیده کې شته والې ولري ښائی.



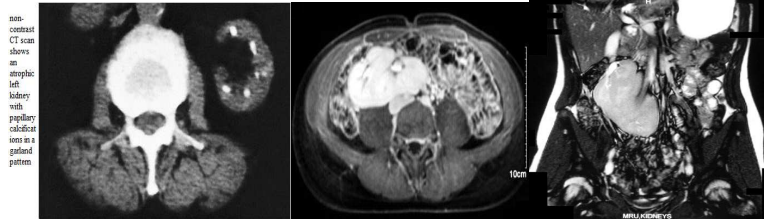
- ii. د صدر رادیوگرافي: پدې کټه کې به د زړه د عدم کفایي حالت په احتقاني توگه (HF) د زړه لویوالي په میډیاسټینوم کې بدلون د پلورا او سپرو اړوند ناروغیو په هکله معلومات راټول شي.
- iii. x-ray-KUB: دا ډول رادیوگرافي ښائی د پښتورگو او بولي سیستم بندښت منځ ته راوړونکی ناروغۍ لکه د ډیرو له کبله د بولي لارې بندیدنه راڅرگنده کړي.
- iv. پدې کټه کې به د بولي سیستم اړوند معلومات راټول شي لکه: IVU او IVP

Hydronephrosis، Hydroureter، او Obstructive Uropathy او نورو ناروغیو اړوند

معلومات راټولیدلای شي.

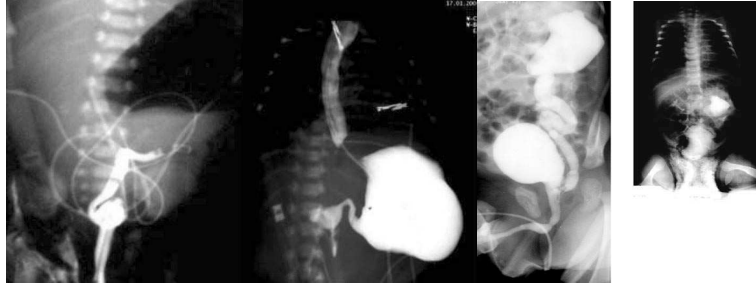


- v. د پښتورگو CT. Scanning: د اهم د پښتورگو اړوند بدلونو، نومورونو او ناروغیو اړوند معلومات راټولوي.



.vi Retrograd studies : دا کني هم دبولې سيستم اړوند ډېرې کڼه ورې دي.

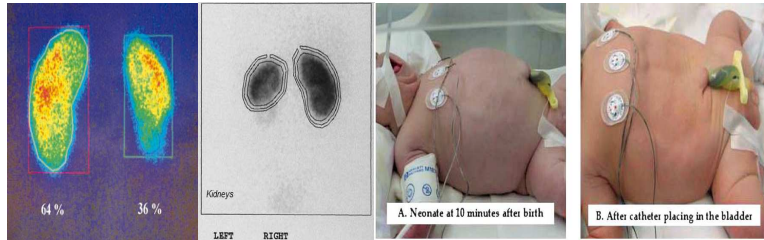
- Retrograde Urethrography
- Retrograde Pyelography
- Retrograd cystography



.vii Renal scan: پدې کڼه کې یو لړ کڼې چې د Technetium Labeled DTPA nuclear

medicine په واسطه تر سره او خپرې کېږي دا به د پښورگو لوري ته د وينې بهير په اړه

معلومات راکړي.



.viii انجيوگرام Angiogram: ددې لپاره چې د پښورگو د رگونو اناتومي اړوند معلومات پکار وي نو

دغه کڼه تر سره کېږي.



.ix د پښورگو بيوپسي: په بعضي حالاتو کې چې وغوښتل شي د پښورگو د نسج د بدلونونو اړوند

معلومات پيدا کړو نو د پښورگو څخه بيوپسي اخيستل کېږي.

x. د مرکزي ورید فشار ټاکنې لپاره کټر کینودنه د دې لپاره که وغواړو چې د وینې د حجم اندازه وټاکو نو د مرکزي ورید دننه کټر تیرېږي او د فشار ټاکنه ترسره کېږي.

د درملنې پلان:

په عمومي توګه دکاهلانو لپاره دمیتازو دهانه (output) په حدود (0.5 - 1ml /kg/h) په یو ساعت کې دقبول ورکېل شوېده او په هغه مهال وي چې په کافي اندازه مایعات ناروغ ته تطبیق شویږي. د ناروغ ټول د درملو ریکارډ ګڼه کېږي او نفرو ټوکسیک درملو او د هغه درملو د پېنسورګو له لارې اطرح کېږي قطع کول ترسره کېږي همدارنګه د وریدي مایعاتو څخه د پوتاسیوم عنصر هم لیري کول کېږي چې پورته ټکي ټول د درملنې په لړ کې په پام کې نیول کېږي.

A. د فولی کټر دریناژ:

باید باوري شو چې د فولی له لارې میتازې دریناژ کېږي او کټر نورمال کارکوي (50^{cc}) تیرېږي مایع باید نورمال سالین وي او باید باوري شو چې مایع په آسانه تیرېږي او نوموړي اندازه بیرته دسورنچ پواسطه راویستل کېږي او د کټر ستونزوې نوټ کېږي.

B. د مایع چلنج Fluid Challenge:

لکه چې دمخه مو وویل په جراحی ناروغانو کې په اولیګوریا د هایپووالیمیا پورې تړلې ویل شي په هر ناروغ کې باید پرته له پوتاسیوم څخه مایعات ناروغ ته ورکړه شي چې د والیوم چلنج به د فزیولوژیک (NaCl) مایع 500^{ml} ناروغ ته تېر او حالت ګل کېږي هغه ناروغان چې د زړه اوسرې ناروغی لري لږه اندازه مایع نیغ په نیغه د ورید له لارې تیرېږي اود مرکزي ورید فشار ټاکل کېږي.

C. Prerenal management :

1. د ویرد له لارې نیغ په نیغه (Boluses) مایع ورکول کېږي او دمیتازو د Out put اندازه ټاکلې کېږي او یا مایع د دوام لپاره عیارېږي.
2. د حجم د اعادي حالت څارل کېږي او مرکزي ورید فشار ټاکل کېږي او د مرکزي ورید فشار (CVP>10 mmHg) څخه پورته ساتل کېږي او که چېرې اړتیا وي همیا توکریټ دی معمولاً د (Hematocrit > 25-30%) څخه پورته وساتل شي.
3. همدارنګه دهر ساعت دمیتازو اطرح په ځانګړې توګه وڅارل شي او د نرس یا کورنی غړی څخه دی وغوښتل شي چې هر ساعت باید د (Urine output<25ml /Hour) څخه زیات اندازه میتازې باید په یورین بګ کې راټول شي او په وصفي توګه (0.5 ml / kg/ h) باید میتازې اطرح شي.

D. Renal Management :

1. د مرکزي ورید له لارې دی د حجم اندازه وټاکل شي.
2. د وریدي مایعاتو څخه دی د پوتاشیوم (K⁺) عنصر پرته مایعات وټاکل شي او همدارنګه له هغه وروسته دی هم په وینه کې د پوتاسیوم سویه په پرلپسې توګه وټاکل شي.

3. هرکله چې د وينې دحجم اندازه اصلاح او براهه شوه نو پدې صورت کې دمتيازو Out put با اطراح زيات کول شي. د دې موخې لپاره لاندي درمل ورکول کېږي.

i. فروزامايد Furosemide: ددې لپاره چې دمتيازو حجم اطراح زياتوالی ومومي يو ميتود پدې ډول دی. لومړی 80 mg د ورپدې لارې ورکول کېږي بيا وروسته 160 او همدارنگه دريم ډوز به 320 mg د ورپد له لارې ورکړه شي.

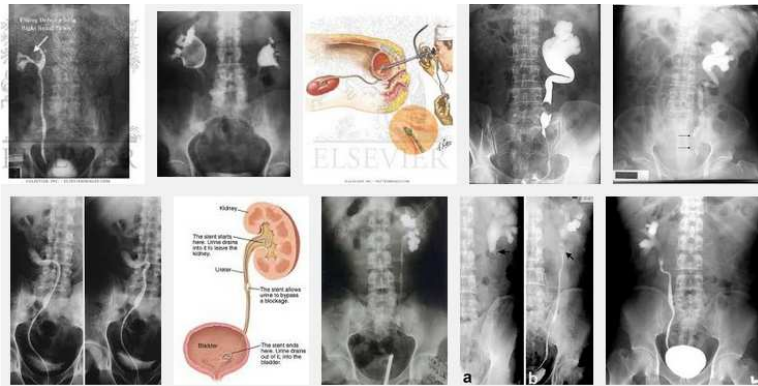
ii. مانيتول Manitol: دا محلول 12.5-25gr (25% محلول) يا (50-100ml) په اندازه ، په ماشومانو کې (0.5-1g /kg /8h)، د ورپد له لارې 15-20 minute کې ناروغ ته تېرېږي ترڅو او زموڼک ډيوريزس منځ ته راشي.

iii. ډوپامين Dopamine: دا درمل هم د (2-5 µg / kg / min) په هره دقيقه کې د ورپد له لارې د پرفيوزن او قطري به څير ناروغ ته ورکول کېږي دا درمل د پښورگو د رگونو پرفيوزن زياتوي.

4- هغه درمل چې په پښورگو توکسيک اغيزې لري او يا د پښورگو له لارې اطراح کېږي دهغوی ډوز دی سم او عيار کول شي.

E. Post renal management :

- معمولاً د يورولوژي متخصص ډاکتر سره مشورې ته اړتياوې که چېرې دنولی کېتر بند وي نو لکه دپورته ذکر شوېو مطلبونو او لارښوونو په څير عمل کېږي.
- نوکه چېرته اړتياوې نورې کړنې هم ترسره کېږي لکه Cystostomy او Percutaneous Nephrostomy ترسره کېږي او ستونزه له منځه وړل کېږي.



دوه ویشتم څپرکي

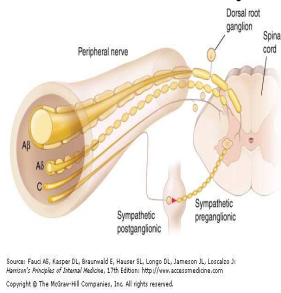
د درد درملنه

(Pain Management)

یوه ناروغ ته چې د ډېر شدید صدري درد منځ ته راغک د یوه وازي سېرو پیوسي اخیستنې وروسته منځ ته راغلي او صدري ټیوب هم ورته تطیق شویږي نو پدې هکله د ډېر شدید درد له کبله یې خپل صدري ټیوب ویستلی او روغتون یې پرېښودلی دا ځکه چې د جرحې یا تپ په برخه کې یې ډېر درد درلوده نو د دغه ناروغ په هکله لاندې پوښتنې د روښانتیا وړ دی.



- I. آیا ناروغ د تپ په برخه کې اتاني پروسه، همیاټوما او یا نوره ستونزه لري؟ کله چې ډېر ژر اتاني ناروغی د تپ په برخه کې منځ ته راشي دا به د کلو سټریډیا اړوند وي او یا هم سټریټوکوک چې تر ټولو ډېر د پام وړ ګرځي همدارنگه نور حالتونه لکه د تپ په برخه کې د همیاټوما شته والی هم له عملیات وروسته د درد لامل ګرځي.
- II. ناروغ اوس کوم ډول درمل اخلي په کوم ډوز او څه مهال ورته ورکول کېږي؟ که چېرې له عملیات څخه وروسته ناروغ شدید دردونه ولري دا په دې معنی دی چې په دوامداره توګه درمل په کافي اندازه نه ورکول کېږي همدارنگه ښائی درمل په وخت سره ورنکړل شي او یا هم ناروغ ښائی د درد ضد درمل وانه خلي او په دوسیه کې ورته نه وي لیکل شوې.
- III. آیا ناروغ له پنخوا څخه نارکوټیک موادو خوراک او یا ورته درملو سره عادت وو؟ که چېرې یو ناروغ له عملیات دمخه نارکوټیک تر لاسه کول نو پکار دا ده چې د درملو ډوز ورته عیار او لوړ کړل شي ځکه چې له عملیات وروسته لوړ ډوز ته اړتیا ده.



Components of a typical cutaneous nerve. There are two distinct functional categories of axons: primary afferents with cell bodies in the dorsal root ganglion, and sympathetic postganglionic fibers with cell bodies in the sympathetic ganglion. Primary afferents include those with large-diameter myelinated (A β), small-diameter myelinated (A δ), and unmyelinated (C) axons. All sympathetic postganglionic fibers are unmyelinated.

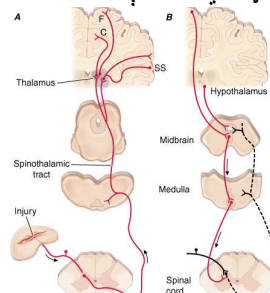


FIG- Pain transmission and modulatory pathways

توپيري پيژندنه:

A – ناکافي اندازې اناجزیکونو رژیم:

- i. دپه لږه اندازه درمل: دا درمل که چېرې لږه اندازه محاسبه شي او يا د نرس له خوا ورته لږه اندازه ورکول شي نو پدې صورت کې د درد منجمنت سم نه وي شوی.
- ii. که چېرې د درملو ورکړې ترمنځ د وخت واټن اوږد شي؟ په دې هکله درهريوه درملو نیمایي عمر (Half life) باید په پام کې ونیول شي چې بعضي درمل په وړح کې (6-8^h) وروسته یعنی (3-4 / 24^h) ځلي ورکول کېږي او همدارنگه یو لږ درمل د ضرورت او اړتیا پر مهال (PRN) ورکول کېږي چې دنورو درملو سره په ګډه بڼه اغیزه لري.

B – د ټپ اختلاطونه:

- i. اتانات: د اتاناتو درملنه دی دکره او غوره اتی بیوتیکونو په واسطه دکلچر او اتی بیوګرام پر بنسټ ترسره شي.
- ii. هیماټوما: دا تل د ناوړه هیموسټاز له کبله منځ ته راځي چې ټپ باید واز او هیماټوم باید لري کول شي.
- iii. Dehiscence: د ټپ د خولې واز بده ته او د شونډو لیري کېدنه د ناوړه تخنیک استعمال له کبله منځ ته راځي.
- iv. کله چې په ټپ کې عصبي رشته راشي او یا هم ټپ تر ډېره فشار لاندې وګډل شي او یا ډېر تر فشار لاندې پانسماڼ شي.
- v. د خیاطي یا ګنډلو اسې او یا د ګرانولوما منځ ته راتګ له کبله چې دا حالت معمولاً ډېر د عملیات څخه وروسته منځ ته نه راځي او لږه موده وروسته منځ ته راتلای شي.

C – Drug seeking Behavior:

پدې حالت کې ناروغ سم دلاسه له عملیات وروسته پدې لټه کې وي چې ددې بې باید تداوي او درملنه شي او د درد د تعدد له کبله د درملو ډوز لوړ کول کېږي چې پدې صورت کې کېدای شي بعضي درمل په ګډه (Comboin) توګه ورکول شي. همدارنگه د درملو د ډوز لوړولو په صورت کې دی ناروغ علایم لکه خوېجن Drowsiness او نه پیژندنې Disorientation اختلال حالتونه د لازياتو درملو (over-medication) له کبله وکړل او وڅارل شي.

کلینیکي کتنې:

فزیکي کتنه:

حياتي علایم:

- تبه او ټاكي کارډيا په داتاناتو په شته والي دلالت وکړي.

- تپ: تپ دی د اتاناتو علايمو (سوروالي، خيري او زويو او کرپيشن) لپاره ولټول شي او همدارنگه دهما ټوما لپاره دې لټون وشي او باوري شي چې دکلک پانسما ن له کبله درد نه وي منځ ته راغلي.
- عصبي: د ناروغ وضعیت، اتل اېنسودنه او د بدن نور حرکتونو بنائې د درد سره مل وي او د ناروغ د نه پېژندګلوي حالت به د نارکو ټيکونو د ډېر ډوز له کبله وي.
- B- لابراتواري کتنې: هيموګرام: پدې لړ کې هيموګلوبين او لوکو سيټونو اندازه دې وټاکل شي چې معلومات ورکونکې بل کېږي.
- د تپ کلچر او اتې بيوګرام: دا به د ناروغ د تپ د اتاناتو په پېښه کې ګڼه وړ وي.
- C- راديو لوجيک او نورې کتنې: صدرې راديوګرافي: هغه ناروغان چې صدرې ناروغی ولري بنائې دا کتنه ګڼه وړه وبلل شي.
- التراساوند: د التراساوند په واسطه به د مایعاتو راتول په ښه ښه په ګوته شي او د يو لړ نورو نارغيو په هکله به معلومات راکړي.
- د سي ټي سکڼ او ام آر ټي (CT Scan/ MRI): کتنې به يو لړ معلومات څرګند کړي



د درملنې پلان:

A- د درد ضد درمل:

- i. مورفين سلفيټ: دا درمل ښه او ستندرد بلل کېږي ($12\text{mg}/56\text{ }34^h$) اکثره ورکول کېږي په صدرې او اورټویديک ناروغانو کې ($12-15\text{mg}$) ورکول شي.
- ii. Demerol: دا درمل ($75-125\text{mg}/3^h$) وروسته ورکول کېږي.
- iii. Dilaudid: دا درمل ($2-4\text{mg}/1\text{m}/3-4^h$) وروسته ورکول کېږي.
- iv. Paracetamol+ Codien: دا هم ډېر ښه درمل وروسته له عمليات څخه بلل کېږي.
- v. (Vistaril) Hydroxyzin ، Atarax: دا به د نارکوټيکو نوسره يوځای وکارول شي دا درمل په اندازه ($25-50\text{mg}/8^h$) هر اته ساعته وروسته همدارنگه ډېر ښه درد کړاوي او د نارکوټيکو نوسره د زړه بدوالی اغېزه هم له منځه وړي.



B : نور کپنلارې د درد کټول لپاره :

i. Epidural narcotics: دا د انسټیزي ټیم پواسطه تر سره کېږي او قسماً د شپې له خوا کټه وړ دې خود ناروغ موافقه په کې شرط ده.

ii. Self control IV – pumps: همدارنگه د انفیوژن پواسطه نارکوټیکونه ورکول کېږي چې د ناروغ له خوا یې کټول کېږي لکه مورفین چې د وړید له لارې تطبیق کېږي ناروغ ته ورزده کول کېږي چې تر خود درملو ډوز پرمهال یې ځان ته تطبیق کړي او وقفه یې په پام کې نیسي. په وصفي توګه د مورفین سلفیت اندازه $3\text{mg}/15\text{min}$ کې چې اعظمي ډوز یې $30\text{mg}/4^h$ ټاکل شوېده.

iii. عصبی بلاک Nerve Block: دا چې صدري ټپونه او دفلانک برخې دردونه ډېر شدید وي په ځانګړي توګه په لومړنیو ساعتونو کې له عملیات وروسته چې د اوږد مهالي انسټیټیک درملو څخه په ارتشاحي توګه د ټپ په برخه کې کار اخیستل کېږي چې د عملیات د خلاصېدو پرمهال په ټپ کې زرق کېږي لکه Bupivacaine (Marcain) چې بین الضلعي اعصابو کې په ارتشاحي توګه د توراګوټومي تر سره کولول وروسته تر سره کېږي.

iv. همدارنگه یو لړ دردونه شتون لری چې د فزیکي درملنې (فزیوتراپی) ورکړي او تمرینونو تر سره کولو پذیرمه سمون مومی .



د رویشتم خپرکې

پاراسټیزیا (Parasthesia)

پاراسټیزیا عبارت له هغه حالت څخه دی د بدن د یوې برخې بې حسه کېدنه منځ ته راشی یعنې داچې د یوې برخې حسیت لږوالی مومي او دا برخه داسې احساسېږي چې لکه ستې په چا کې چوڅېږي او هغه برخه کرخته وي نو که چېرې ناسې د یوه ناروغ لپاره چې د 62 کالو عمر لري او پاراسټیزیا ولري او ورته د یوې نښې لوري هیمي کولکټومي تر سره شوې سمدلاسه په لاندې پوښتې طرح شي.

1. پاراسټیزیا په کومه برخه کې شته والی لری ؟ هغه ناروغان چې د لاسونو او پښو په برخه کې د پاراسټیزیا اعراض لري دوی به د محیطي رگونو د بندښت ناروغی ولري چې په بیلابیلو پړاونو کې به کلینیکي نښې څرگندې کړي لکه د پاراسټیزیا درد او نور .
2. آیا ناروغ د محیطي رگونو ناروغی لري او که ؟ پاراسټیزیا یو د څلورو پې تورو (Ps) څخه بلل کېږي او هر توري دا معنی لري (pain, pallor, Pulselessness, Paralysis) پدې لړ کې دې وپوښتل شي چې نور دغه راز اعراض لري او که نه.
3. آیا ناروغ دا اعراض پخوا درلوده او که ؟ دا ډېره داهمیت وړ خبره ده چې ناروغ پدې لړ کې پخوا له عملیات څخه هم همدغه راز اعراض درلود، او که نه ؟ ځکه چې یولړ ناروغی دغه راز نښې نښانې منځ ته راوړی.
4. آیا پاراسټیزیا سمدلاسه او که په تدریجي ډول او کراره سره منځ ته راغلی ؟ که چېرې په تدریجي ډول وي د رگونو ناروغی او سمدلاسه نښانې د عملیات اړوند نښه وبلل شي .

توپيري پېژندنه:

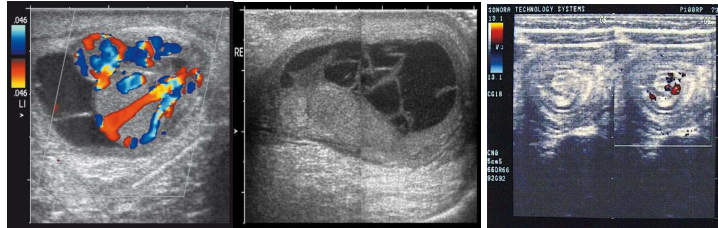
- د رگونو عدم کفایه : پدې لړ کې به د رگونو بندونکي ناروغی لامل وبلل شي چې په دې حالاتو کې باید ناروغان جدي وڅارل شي او درملنه وشي او اطراف باید وساتل شي.
- هایپوکسمیا: پدې حالت کې پاراسټیزیا له شونډو څخه پیل کېږي او د ژبې گوتو او پښو په برخه کې هم پرمخ ځي او هلته هم اعراض ورکوي چې دا به د تایراید او پارایراید غدې د جراحی عملیاتو نوروسته زیاتوالی ومومي.
- د عملیات د خونې لاملونه: هغه کسان چې د زده کړې په دوره کې دی او زده کوونکي دې نو که چېرې عملیات اوردمهالي وي پدې صورت کې د نه بلدتیا له کبله د نوموړو کسانو په پښو کې د ډېرې ودرېدنې له کبله پاراسټیزیا منځ ته راشي همدارنگه ناروغ ته د میز لپاسه که چېرې د غلط پوزشین ورکولو څخه ډډه وشي نو دا به هم د پاراسټیزیا څخه مخنیوی وکړي که چېرې په ډېر ټینګ (Tight) ډول پلاستر وتړل شي او یا پانسما تر سره شي نو دا به د پاراسټیزیا لپاره یو لامل وبلل شي چې کولای شو دا حالتونه اصلاح کړو.

- نیوروما: دا کېدای شي چې څو اونۍ وروسته له عملیات څخه دعصب د ټپي کېدنې له کبله منځ ته راشي.
- هایپرونیټیشن: په وصفي توګه دواړه لورو ته د لاسونو د ګوتو دستني چوڅېدنې او کرختې د پاراسیتیزیا یو دهاپرونیټیشن سره به اعراض منځ ته راوړي.
- تېرېدونکي داسکیمیا حملې یا Transient Ischemic Attack (TIA): دا به د لاسونو او پښو (نهایاتو) کې به په متناظر ډول د خبرو او ساکینو د ستونزو سره مل وي دثباتي شینوالي Carotid Bruit: بنائې شته والی ولري او عصبي نیمګړتیاوې به نادراً ولیدل شي.
- محیطي نیوروپتي: معمولاً به د لاسپوښونو (Gloves) او جورابو (Stocking) په څېر په نهایاتو کې منځ ته راشي چې دا به د یولې ناروغۍ لکه د ډیابېټ، الکھولیزم او مزمن ډول د پښتورګو عدم کھايي ناروغیو سره مل ولیدل شي.
- د اعصابو فشار: دا به د Carpal tunnel syndrrme او په فشار سره د پانسمان پرېښودنې له کبله ولیدل شي.
- نور لاملونه: د مرکزي اعصابو ټومور وټه، نوروسیفلیس، خښته وینه لړې او درانده فلزاتو مسمومیت.

کلینیکي کتنې

- A. فزیکي کتنې:
- i. حیاتي علایم: ټاکنې پښابه دهاپرونیټیشن سره مل وي.
 - ii. سترګو، کوپړۍ، غوږ پوزې او ستونې کتنه: بنائې Carotid bruit شته والی ولري چې د (TIA) څرګندونه کوي چې باید د Chvostek's sign باید ولټول شي.
 - iii. نهایات: Extrimities: باید د محیطي نبضان شته والی په لاسونو او پښو کې ولټول شي او د Trousseau دې وپلټل شي.
 - iv. عصبي: د محیطي نیوروپتي علامې دي په متناظر ډول د Pink prick دستني چوڅولو پواسطه حسیت به له منځه تللی بڼه ولري وپلټل شي که چېرې عصبي فشار شته وال ولري نو په دې حالت کې به عکسات لږوالی ولري.
 - v. د فشار شته والی لامل دی په دغه برخه کې وګل شي: دپلستر پواسطه فشار د پانسمان فشار د جرابو او لاسپوښونو او نور پواسطه د فشار منځ ته راوړونکو لاملونو نښې دې ولټول شي.
- B. لابراتواري کتنې:
- i. دوینې د سیروم الکټرولایټونه او کلسیم سویه: د دې لپاره چې هایپوکلسیمیا د پښتورګو عدم کھايه ډیابېټ په څېر ناروغۍ رد کړل شي نو لازمه ده چې پورته آزماښتونه تر سره شي.

- ii. د شریاني وینې دکازاتو ټاکنه: هایپروینټیلشن کېدای شي چې دهایپرستیزیا لامل لکه د تنفسي الکولوزس له کبله منځ ته راوړي.
- C. راډیولوژیک او نورې کتنې:
- i. د زړه گراف ECG: دا دینې فیبریلیشن چې د ترومبوزس او ایموپلازینیشن لپاره لامل گڼل کېږي باید وپلټل شي.
- ii. Nerve. Conduction velocities: د اعصابو دکاندکشن چېکټیا دې دعصب دفشار دشته والي په موخه وکل شي.
- iii. دوینې دبهیر د ډاپلرڅیړنه: دوینې دبهیر په اړه دې دنهایاتو نبض وڅېړل شي او د ډاپلر الټراساوند څېړنه ترسره کېږي.



د د رملنې پلان:

- A. د رگونو عدم کفایه: که چېرې د پاراستیزیا شدید علامې شته والی ولري د دې لپاره چې د لاسونو او پښو ژغورنه شوی وي باید ژر تر ژره درملنه وشي د رگونو د بندښت برخه چې دعلقي اویا سکروزس له کبله وي باید د Angiography څېړنې څخه وروسته یې حاده درملنه وشي.
- B. هایپوکلسیمیا: د دې حالت شته والی د ثبوت وروسته دې دوینې له لارې دکلسیم سویه اصلاح کړل شي چې وریدي کلسیم یا دخولې له لارې کلسیم تطبیق کېږي.
- C. دایسکیمیا تیریدونکی حملې (TIA): دا اکثراً د جراحی په واسطه دکاروتید شریان څخه دعلقي یا (plaque) له منځه وړلو کړنلارې پواسطه درملنه کېږي.
- D. محیطي نیوروپټي: الکترونیک، د یابټیک نیوروپټي معمولاً مزمن او نه راکړخیدونکی بڼه لري.
- E. هایپروینټیلشین به دالکولوزس په مهال منځ ته راشي او درملنه یې پکار ده.
- F. دپلستر او پانسمان له کبله دفشار منځ ته راتگ به په آسانی سره د پلاستر او پانسمان لیري کولو او یا ترلو پواسطه له منځه یوړل شي.

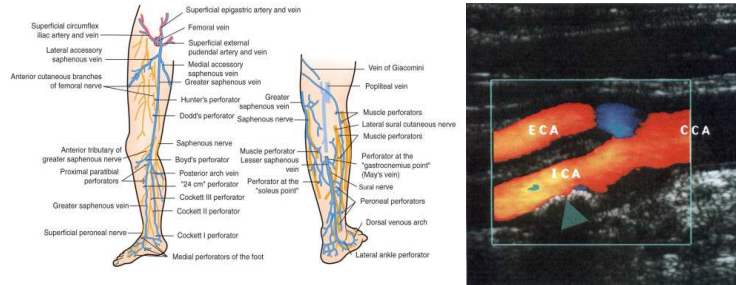
خلورويشتم خپرکي

د وريدونو التهاب

(فليبيټ Phlebitis)

تعريف: فليبيټ د وريدي رګونو د طبقاتو التهابی ناروغۍ ده چې د بيلابيلو ناروغيو په لړ کې د بيلابيلو لاملونو له کبله منځ ته راځي.

که چېرې يو ناروغ چې 40 years کاله عمر ولري او ورته کوليسيسټيکومي ترسره شوي وي او د پنځه ورځو لپاره په پرلپسې توګه يو وريد له لارې درملو او مياعات ورته تيرېږي او د همدغه رک برخه سره او پرسيدلی او درد ولري نو پدې صرت کې به لاندي پوښتنې منځ ته راشي.



1. د ناروغ علامې څرنگه دي؟ ښه کېدای شي چې د سطحې ترومبوفليبيټ او يا ژور وريدي ترومبوزس له کبله منځ ته راشي.
2. ښائی چې خپرې او زوی (Pus) له همدغه برخې څخه بهر ته راشي؟ خپرې او زوی (Pus) ښائی چې په موضعي توګه د مکروبونو ښکارندوی وي او همدارنگه زوی او قبح (Pus) د ترومبوفليبيټ څرګندونه وکړي.
3. کم ډول درمل ناروغ ته له وريد څخه ورکول کېږي؟ يو لړ درمل لکه (Keflin) Cephalothin پوتاشيوم، (K⁺) او کلسيوم (Ca⁺) ښائی د ترومبوفليبيټ لامل وګرځي.

توپيري پېژندنه:

حاد وريدي التهاب او بدنېت به د وريد په سطحې برخه کې او يا ژوره برخه کې منځ ته راشي ژر منځ ته راغلي وريدي ترومبوزس نادراً مکروبي کېږي.

A. سطحې ټر دمبوفليبيټ: حاد التهاب معمولاً د اتاناتوسره وي.

i. د وريدي کېتر برخه په ځانګړي توګه پورتنې اطرافو کې.

ii. دمخړشو درملو اکسټراوزيشن لکه د شيموتراپي درمل په سرطانونو کې.

iii. نه پېژندل شوي لاملونه معمولاً په ښکته نه يا تو کې.

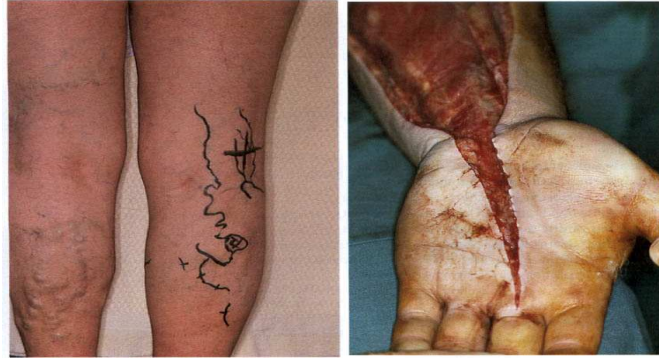
B. سپوراټيف (قحبي) ټرومبوفليبيټ: به د معدنې، سپس او مثبت د وينې کلچر به د اتاناتو

څرګندوي وي. قبح ورځ په ورځ زياتوالي مومي او د اخته وريد برخه به ښکاره اعراض په

برخه کې منځ ته راځي. او د Cutdown په برخه کې لږ معمول بلل کېږي چې دا معمولاً په بنځه نه يا تو (پنسو) کې ليدل کېږي.
C. نور لاملونه:

- ژور وريدي ترومبوزس
 - مکروبي ترومبوليسيت د تحت الترقوي وريد په برخه کې.
- کلينيکي ګڼه:
A. فزيکي ګڼه:

- i. حياتي علايم: تبه د مکروب او اتاناتو لپاره يوه علامه بلل کېږي.
- ii. نهايتونه: په تبه درلودونکو کې پخواني وريدي برخه بايد وکل شي چې په هغه برخه کې بنائى سوروالی قيج (Pus) او د جس پر مهال بنائى حساسيت ولري. لکه د (humans sing) چې دا به DVT لپاره دېر مهال شته والي ونلري.



B. لابراتواري ګڼه:

- i. هيموګرام: لوکو سائتوزس به په دواړو سطحي او ژورو ډولونو د ترومبوليسيت کې وليدل شي.
 - ii. کلچر او ګرام تلوين: - قيج به د پخواني وريد په برخه کې کلچر او اتې بيوګرام د مکروب پيژندې لپاره واستول شي.
- C. راډيولوژيک ګڼې:

- وريدي رنگه عکسونه (Venography): دا که نادراً تر سره کېږي که د ترومبوز شک شته والي ولري ترومبوزس لپاره دغه ګڼه تر سره کېږي.



د درملنې پلان

A. سطحې ترومبوفلیټ:

- i. موضعي تودوخه Local heat : وچ او مرطوب تودوخه.
- ii. د پښو جګول (Limb elevation) : د نهایاتو پورته ساتنه.
- iii. د التهاب ضد درملو ورکول : لکه Ibuprofen، Aspirin.

B. قیحي ترومبوفلیټ:

- i. د ټپ موضعي څارنه . په موضعي توګه دوچ او لاندې پانسمان کارول.
- ii. انالژیک او التهاب ضد درمل: لکه بروفین ، آسپرین او دیکلوفیناک .
- iii. وریدي انټي بیوتیکونه: معمولاً وسیع الساحة انټي بیوتیکونه لکه Methicillin، Nafcillin ،
، Voncomycin او نور.

iv. معند او پرمخ تلونکي مکرېونه: د دې لپاره د Venotomy جراحی کړنلاره تر سره کېږي او
اخته رګ برېنډول او راویسل کېږي او د ټولوژي کتو لپاره لابراتوار ته استول کېږي او ټپ واز
پرېښودل کېږي.

C. نورې درملنه:

د دې لپاره چې قیحي ترومبوفلیټ د تحت الترقوي برخې درملنه شي په عملیاتي خونې کې د رګ
برخه غوڅېږي او د رګ راویسل تر سره کېږي او د ورید له لارې انټي بیوتیکونه ورکول کېږي.



+++++

پنځه ویشتم څپرکي

خارښت (Pruritus)

دا یو کلبینک علامه ده چې ناروغان یې د یولړ ناروغیو په لړ کې څرگندوي او د بدن یوه برخه یا ټوله برخه یې خارښت کوي او ناروغ ځان کروي او دا په بدن کې یې د یوډول حساسیت پرونکو موادو - لاملونو افراز له کبله په وینه کې منځ ته راځي.

یوزوړ ناروغ چې 49 کاله عمر لري چې ورته د کلسو resection قطع کولو کړنه ترسره شوېده وروسته له درې ورځو تېرېدنې د پښو شدید ډول خارښت منځ ته راغلی نو په دغه راز ناروغانو کې د کښني پرمهال لاندې پوښتني ترسره کېږي.

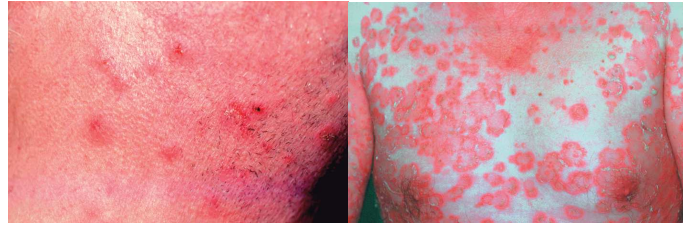
- د ناروغ د ناروغۍ د اوږدېدنې موده څومره ده؟ یوحد حالت به ډېر وخت به د جامود صابون بدلېدنې د ټوکړانو بدلولو او یا نوي درملو ورکولول له کبله وي.
- آیا ناروغ نږدې کوم د نوي درملو په خوراک پیل کړي او کوم نوي خوراک او یا نوي جامې، صابون یا د یترجنټ یې کارولی او که؟ دغه پورته ذکر شوي لاملونه تر ټولو غوره بلل شوي دي.
- آیا در سره نورې نښې لکه rush او یا ټپونه یا افتونه شته او که؟ دابه د یولړ لاملو اړوند معلومات راکړي.
- آیا نورې علامې او اعراض ور سره مل دي او که؟ سره د دې چې ډېر غیر معمول ده خو یا هم داناښت لکه څرکون یوه لومړنۍ نښه بلل کېدای شي.

توپیر پېژندنه

سره د دې چې خارښت په بستري ناروغ کې Contact Dermatitis اړوند وبلل شي او یا هم د درملو پورې تړاو لري. همدارنگه یولړ لاملونه په لاندې توګه ډلبندي کېږي.

A- د پوستکي تشوش:

- i. د پوستکي پېولوسلکواموز ناروغۍ.
- ii. د پوستکي ویزیکېولوز ناروغۍ.
- iii. الرژیک غبرګون په دې لړ کې به لاندې ناروغۍ:
 - Contact Dermatitis چې معمولاً دا صابون دیترجنټونو او لوکو پلاستونو له کبله وي.
 - اورتيکاري Urticaria چې معمولاً د درملو نارکوتیکونو اتې بیوتیکونو او کاترست موادو له کبله منځ ته راځي.



- iv. پرازیتونه: لکه د Scabis سکایس له کبله .
 - v. اتانونه: ویروسونه لکه Measles شری، Chicken Pox چیچکو (کوڅکو، کڅوک) .
- B: سیسټمیک ناروغی:
- i. د ځيگر ناروغی معمولاً د ژپري له کبله.
 - ii. یوریمیا چې معمولاً د BUN دسولې پورې تړاونه لري.
 - iii. اندوکین هایپوټایرایډیزم هایپریا راتا یرایډیزم د شکرې ناروغی.
 - iv. د قرص Gout ناروغی.
 - v. د خیشو ناروغیو لکه هوچکن ناروغی لوکیمیا.
 - vi. د کولمو پرازیتونه (Pinworm، Hook worm)
 - vii. د درملو غیرکونونه لکه د پنسلین او سلفامیدونو او نورو
 - viii. بلارینت معمولاً د سیروم د پیلروین لوروالی
 - ix. پولی سایتمیا ویرا Polycythemia Vera :
- C: وچ پوستکی : په ځانگړې توگه په ډېرو زړو (معمر) اود سپرې هوا اړوند ناروغانو کې
- Psychosomatic Pruritis د رواني ناروغیو اړوند بلل شي .
- E: دعصبي او وینې بهیر اړوند ناروغیو او تشوش له کبله .

کلینیکي کتنې

- A. فزیکي کتنې:
- i. دسترگو، سر، غوږ پوزې او ستونې کنه: Stridor سترایډور بنائی دشدید الرژیک غیرکون سره مل وي.
 - ii. صدر (ټپ): د صدر په اصغاء کې به سینگاري (Wheezing) شته والی ولري
 - iii. پوستکی:
- سره مخه Rashes دې ولټول شي چې څومره خیره بڼه لري .
 - ویزیکولونه Visicule او د هغوی دشته والی برخې دې په گوته شي .
 - پا پولونه Papule او دهغو ټکي دې څرگند کړل شي .
- د گوټو د گروټونو ځای دی وپلټل شي چې په پوستکي کې به دکربنو په څېر وپېژندل شي.
- iv. کریاتینین او BUN: دا به د پښتورگو دعدم کډایې ناروغی اړوند معلومات راکړي

v. هيموگرام: پدې کتنه کې به لوکيميا يا (د وينې سرطان) اړوند د پرازيتونوله کبله ايزونوفيليا چې د درملوله کبله وي وپېژندل شي.
C: راډيولوژيک او نورې کتنې: صدري راډيوگرافي بنائې د سپو د خيښو ناروغيو اړوند چې د خارښت لامل گرځېدلی څرګندونه وکړي.

د درملنې پلان:

- A. انافيلاکيک غبرګون درملنه:
- انټي هيسټامين او سيروتونين ضد درمل ورکول کېږي.
 - سټروئيډونه د غبرګون د منځ ته راتلو مخ نيوی کوي.
 - که تبه لوړ وي انالجز يکونه ورکول کېږي.
 - که چېرې هايپوالميما شته والی ولري نو واليوم د مايعاتو يا ورکړي پواسطه له منځه وړل کېږي.
- B. د وچ پوستکي درملنه:
- د ترمو اوپو پواسطه ګرما به او حمام کول د ورځې چې ورپسې سمدلاسه پکارول کېږي:
 - همدارنگه د مالګو ورکول د اوبو سره ګټه ور وي.
 - کريمونه په هغه حالاتو کې چې بنائې وي او پوستکي سوروالی rushes ونه لري بايد ونه کارول شي.
- C. د يوريميا له کبله د خارښت درملنه:
- پدې هکله د التراويلت (UV) وړانګې او د وريد له لارې lidocain ورکول لکه د cholestamine ورکول به ګټه ور وي چې دا درمل د ځيګر په ناروغۍ کې هم ګټه ور بلل کېږي.
- D. تماسی درماتيت (Contact dermatitis) درملنه:
- د لاملونو له منځه وړل په موضعي توګه د سټروئيډونو لکه د (hydrocortizon) کريمونو کارول چې د 10-14 ورځو لپاره که اړتيا وي ورکول کېږي.
- E: د اعراضو لړ کول:
- i. د ايډن هايډرامين (Benadryl) د $(25-50\text{mg} / 8^h)$ په اندازې سره ورکول شی.
 - ii. سپروهپيټاډين (peractin) د $(4\text{mg}/8^h)$ په اندازې سره ورکول شی.
 - iii. هايډروکسي زين (Atarax) د $(25\text{mg}/6^h)$ په اندازې سره ورکول شی.

شپږ ويشتم څپرکي

د سږو د شريان کيترائيزيشن ستونزي

Pulmonary artery catheter problem

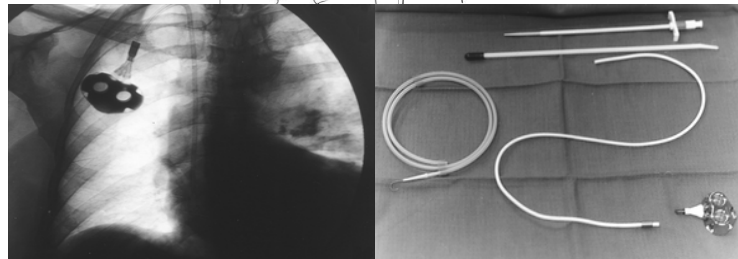
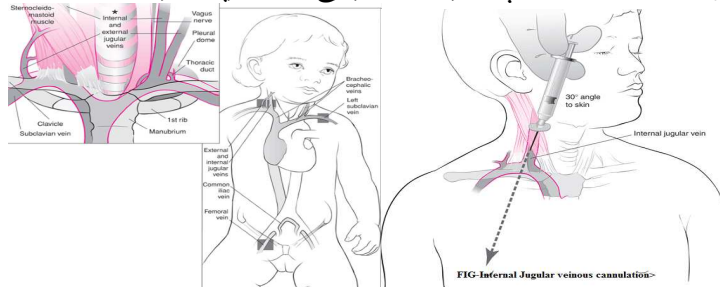
په يوه د سږو شريان کې چې کېتر کېښودل شوی او ستونزه منځ ته راځي نو په سمدلاسه توګه په لاندې پوښتنې منځ ته راشي.

- آیا کېتر کله هم په ښه Wedge پوزيشن و؟ بايد باوري شو چې کېتر پخوا ښه کار کاوه همدارنگه د کېتر پوزيشن به د X-ray پواسطه د پېژندنې وړ وګرځي.
- آیا بالون په ښه توګه کار کوي او يا هم د مونيتور او ترانسډيو سر سره کومه ستونزه لري او کله؟ بالون کېدای شي چې چاودلی وي د ريوې شريان سمدلاسه د فشار tracing به داسې څرګند کړي چې ترانسډيو سر په خپل حال پاتې دی.

توپيري پېژندنه

A. د کېښودنې ستونزه :

تر ټولو غوره ځای يې Internal Jugular او تحت الرقوي وریدونه بلل کېږي په نوموړو پېښو کې به د فلوروسکوپي ګڼه ډېره کره وبلل شي. په تېره په هغه ناروغانو کې چې د Pulmonectomy کړنلاره تر سره شوی وی چې په دې حالت ډېرې منځ ته راتلونکي ستونزي لکه :



- د داخلي جګولار ورید ته تېرول او يا اوله تحت الرقوي څخه تېرېدنه .
- په ښي بطن کې د هغه ښکاره کېدنه .
- د کېتر غوټه کول .

B. وظيفوي ستونزي:

i. Cannot wedge catheter: د څپې نشتوالی چې دا به ترومبوز پواسطه بند او تړلی

وي د انساني غوره ستونزه وي

که چېرې لږه اندازه يا له سره ځای پرځای شي نو بښائی لږه اندازه بڼه والی منځ ته راشي او قسماً به ساده وي که چېرې ماتېدونکی او يا تاوېدونکی پلاستيک وي چې بايد په سمه توګه ځای پرځای شي.

ii. د بالون چاودنه: هيڅ کله دې بالون ته له 1.5 ml څخه ډېره مايع يا هوا تېره نه شي .

C. اختلاطونه:

- پنوموتورکس کله چې ډېر زيات کټر مرکزي برخې ته تېر شي.

- هيموتورکس .

- اتان يا مکروب .

- دريوي شريان سورې کېدنه .

- اريټريا معمولاً بطين ډول.

- د سپرو احتشاء .

نو دا به ډېر هغه مهال وليدل شي چې په شريان کې د کټر بالون ډېر وپرسېږي او د شريان لومن بند شي.

کلينيکي کټي

A. فزيکي کټه:

1. د کټر برخه دې وکل شي او د نښلېدنې برخې څارنه پکار ده او همدارنگه بايد باوري شو چې کټر د پوستکي په برخه کې تاو او يا قات شوی ندی همدارنگه د هپارين درلودونکی نارمل سالين مايع پواسطه دې د کټر د پايلې برخه وکل شي او د مايع Flash دې ترسره شي .

2. همدارنگه د کټر اندازه دې وکل شي چې څومره د ناروغ په رګ کې تير دی او د 20^{cc} په اندازه مايع دې تېره شي نو وپه کل شي چې په رګ کې دننه څومره څپې تر سترګو کېږي او 60^{cm} کټر څخه کار اخيستل کېږي که چېرې تر دې غټ کټر وکارول شي د تحت الترقوي کټر کې به د توقع وړ اندازه به تر سترګو نشي.

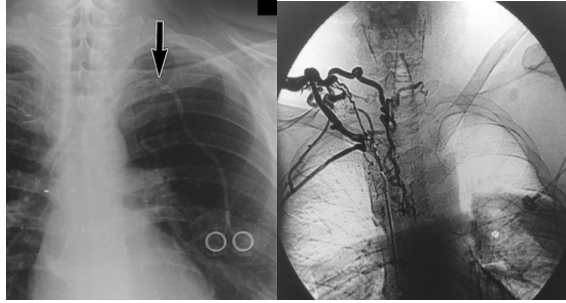
B. لابراتواري کټي:

▪ هيموګرام: د وينې هيموګلوبين او لوکو سيټونو او (CT،BT) به وټاکل شي

C. راډيولوژيک او نورې کټي:

▪ Chest X-Ray: د صدر په راډيوګرافي اخيستلو پواسطه به د کټر اندازه وپلټل شي او همدارنگه موقعيت په هلکه به معلومات واخيستل شي همدارنگه چې کټر به تل په ريوبي شريان کې وي او دلته بايد د يوې ليندۍ په څېر بڼه چې کټر له بڼې ادين څخه

د ترای کسپ دسام له لارې بطین ته تیر او له هغه ځایه به دریوی شران ته تېروي او له Midline څخه د 5 cm اندازې څخه باید ډېر تېر نه وي .



د درملنې پلان

A. د کټر ایښودنې (Catheter placement) ستونزه :

1. کټر دې د مایع د تیروولو پواسطه وازمویل شي.
2. بالون دې د 1^{cc} هوا پواسطه وپرسول شي او بیا دې هوا راوویستل شي ترڅو ښه دنده تر سره کړي
3. کټر دې د ترانسډیوسره سره وتړل شي او الکترونیک منظره دې وڅېړل شي که چېرې High frequency, High Amplitude څپې ولیدل شي دا به د ریوی شریان Tracing څرگندوي وي.

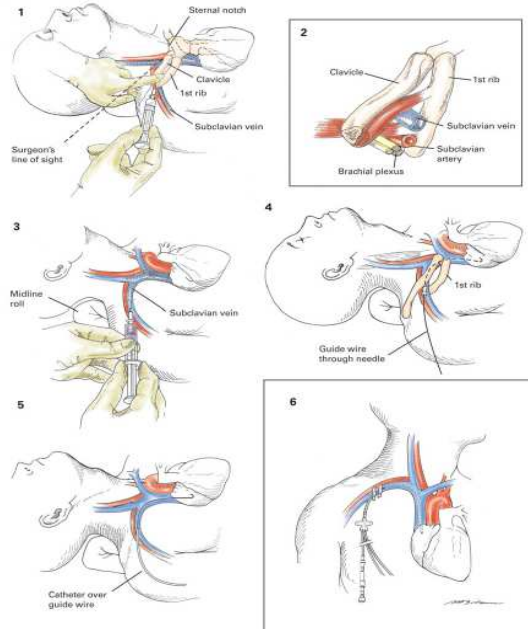
B. د پوزیشن ورکولو Positioning ستونزه :

1. بالون دې د فوقانی کوال ورید (SVC) کې وپرسول شي چې دا به 20^{cm} په حدودو کې وي د تحت الترقوي ورید له لارې وی.
2. باید باوري او مطمئن شو چې بالون له هوا بیاتش (Deflate) شوی او پرېښودل کېږي ترڅو مخکې لاړ شي او بیا کله چې تېر شو پرسول کېږي.
3. کله چې کټرینې بطین ته تیر شي او بطینې اریتمیا ښائی ولیدل او پرمخګ وکړي چې درملنه یې پکار ده که چېرې دوام وکړي او هیموډینامیک بدلون منځ ته راوړي. بعضې داسې فکر کېږي دا به مصوئن او بې خطره وي چې کټر پرېښودل کېږي کله چې په ښي اذین کېږي وي او لیډوکاټین نېغ په نېغه دمخه تر دې چې د کټر معاوضه replacing وشي تېرېږي دغه د ریتم غیر نورماله بڼه به لنډمهاله وي او نادراً به معنده وي.

C. Functional Problem :

- دا ستونزې په وصفی توګه د کټر تیریدو وروسته لیدل کېږي هغه کټر او اړتیاوي کېدای د مانوري پواسطه ستونزه اصلاح شي. اکثراً د کټر ستونزې د ترومبوزس له کبله منځ ته راځي.
1. د کټر غیر وظیفوي بڼه کېدای شي د مایع تیروولو (Flashing) پواسطه اصلاح شي.

2. بالون دې و آزمایل شي : هغه هوا چې په بالون کې ده باید راوویستل شي او په هماغه اندازه مایع دې ورننوستل شي کله چې بالونونه جوړ وي همدارنگه Passive هوا تشول Deflation بنائی بې خطره وي.
3. دکېټر یا تیرویل : په پرمخ تللي بڼه د کېټر بعیده برخه بالون پرسول کېږي او بالون دې wedge ته آماده او تیار شي که چېرې ستونزه ډېره وي بنائی چې ددې لپاره Fluoroscopy تر سره کولو ته اړتیا وي.



D. اختلاطونه:

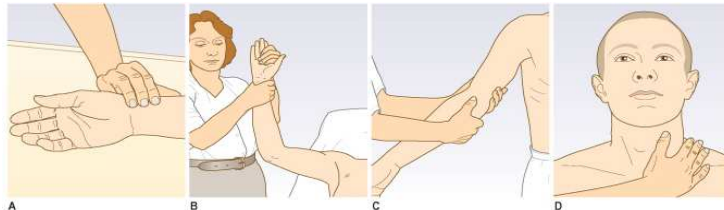
- پنوموتورکس : چې د پنوموتوراکس درملنې لپاره بنائی توراکوټومی ته اړتیا پر پوزي.
- دکېټر اتان : که چېرې اتانی محراق تثبیت شی کېټر باید په چټکه توګه راوویستل شي او اتی پوټیکونه ورکړل شي.
- اریټیمیا : دا به لیدوکاټین ورکولو پواسطه اصلاح شي 1 mg/kg په اندازه اصلاح منځ ته راوړي اریټیمیا معمولاً دکېټر راویستلو وروسته سم دلاسه له منځه ځي.

اوه ويشتم څپرکي

پرته له نبضان څخه نهايتونه

Pulseless Extremities

- ستونزه : یو ناروغ چې دېر عمر لري او دمعدې قرحې درملنې لپاره په روغتون کې بستري او د بڼې پښې په برخه کې نبضان نه جس کېږي سمدلاسه به لاندې پوښتنه منځ ته راشي :
1. آیا دا حاد ډول بدلون به ناروغ کې دي؟ د بستر کولو تاریخچه او فزیکي کتنې (ستونه) دي د پرته له نبضان حالت شته په موخه ولټول شي له بده مرغه د رګونو بشپړه کڼه ګرانه ده چې په لومړني توګه ترسره او په تاریخچه کې دې ذکر شي. له ناروغه دې وپوښتل شي چې آیا د پښو او لاسونو په برخه کې یې نبضان ثبت کېږي او که؟
 2. آیا ورسره نور اعراض لکه درد، خثافت، فلج او یا هم نور د لامل په توګه شته؟ پدې صورت کې به پنځه د (Five Ps) حالتونه [د درد Pain، خثافت Pallor، پاراسټیزیا Parasthesia، پارالایزس Paralysis او پرته له نبضان څخه دنهیا تو Pulselessness] حالاتو شته والی به په حاد ډول د شریان په تړلو او بندښت دلالت وکړي. ډېرې ناروغان درد او خثافت لري او پاراسټیزیا په لومړني علامه او پارالایزس په وروستي علامه داسکلیت ترضیض لپاره وبلل شي. له ناروغه دې پوښتنه وشي چې دا نښې نوې منځ ته راغلي او په چټکې یې پرمختګ کړې او که؟
 3. آیا په پخواني تاریخچه کې کوم ډول Claudication او یا د رګونو جراحی کړنلاره ترسره شوې او که؟ محیطي د رګونو اټروسکلروزس بڼائی د رګونو د بندښت لامل وګرځي ا په نهایت کې به کولا ټرال رګونه دنده ترسره کړي. دا به د دې زمینه مساعده کړي چې ناروغ د بندښت عمل او زغم وکړي.
 4. په بل لوري نهایت کې نبضان څرنگه دی؟ مزمن ډول محیطي درګونو ناروغی معمولاً دواړه لورو ته وي که چېرې په دواړو لورو کې نبض نشتوالی ولري دا به د اټروسکلروزس په شتوالي دلالت وکړي.



5. آیا ناروغ کوم ډول Palpitation او Fibrillation فیبریلشن په تاریخچه کې لري او که؟ اذینې فیبریلشن به د رګونو د بندښت لپاره لامل وبلل شي چې د آمبولې له کبله منځ ته راتلای شي حتی که ناروغ sinus rhythm ولري باید د پخواني تاریخچه اړوند اریتمیا او ډیجوسکین خوراک اړوند معلومات راټول شي نږدې Conversion د سینوس ریتم بڼائی د آمبولې لپاره په حاد ډول لامل وګرځي.

توپیری پېژندنه:

ډېرې د شریان بندینه د پښو په برخه کې وي او د آمبولې فینومن له کبله دې سره ددې ترومبوزس، د رگونو التهاب (Vasculitis) او د رگونو بندښت وریدي ډول به په حاده توګه ولیدل شي.

A. د آمبولې له کبله:

1. د زړه ناروغی:

i. د اکلیلي شریان ناروغۍ چې د میوکرو احتشاء او میورال ترومبوزس سره وي.

ii. اذینې فیبریلشن چې اذینې ترومبوزس به شته والې ولري.

iii. د زړه روماتیک ناروغی: معمولاً د زړه د مایترال دسام تضیق چې د اذینې فیبریلشن سره مل وي.

iv. د زړه مصنوعي دسام.

v. د اندوکاردیت.

vi. اذینې میګروما.

2. محیطي ناروغی:

i. دا بهر اړوند انیوزم د میورال ترومبوزس.

ii. اتیرو آمبولې معمولاً د تهاجمي پروسې جرونو (لکه د زړه کبترایزیشن) او یا هم د محیطي

زیرمولکه ابهر، ایلیاک یا پولیسیال (چې ورته د Blue Toe Syndrome او یا Trash Foot

یا د پښو د ګوتو شینوالی) ویل کېږي منځ ته راځي.

3. پارادوکسیکال آمبولې: په هغه حالاتو کې چې فورامین اووال Foramine Oval واز

پاتې وي او نور لکه Right-to-Left Shunt هم دغه حالت منځ ته راوړي.

B. د ترومبوزس لاملونه:

معمولاً د اتیروسکروزس بیلابیلې درجې چې د بندښت ناروغی منځ ته راوړي چې د هاپووالیمیا

لامل د هماغه برخه کې د بهیر د لږوالي د هاپیروکولوپټي حالت منځ ته راځي.

1. د شریانونو د بندښتیزو ناروغیو شته والی.

2. هاپووالیمیا او دوینې بهیر لږوالي حالت:

i. تراوما او شاک لامل.

ii. د هایدريشن.

iii. تبه.

iv. مکروبي وینه یا (Sepsis) حالت.

3. د هاپیروکواګریبل حالت Hypercoagulable state:

- خباث Maligrancy

- پولی سائیمیا Polycythemia

- دا سټروجن استعمالول.

C. د شريان ډايسکشن Arterial Discetion:

لکه د گېډې د شريان يا اېبر انيوريزم

D. تر ضيضاټ Truma:

- دا هم که څه هم پخ تر ضيضاټ وي او يا هم ننوتی (نافذه).

E. د رگونو التهابونه:

i. Takayusus Disease: د تکاياسوس ناروغی معمولاً د لاسونو يا پورتي اطرفو

د شريانونو بندښت لامل گرځي.

ii. Thrombangitis obliterans: دا رگونو د بندښت يو ډول ناروغی ده چې اکثراً

د پښو د رگونو د بندښت لامل گرځي. په ځوانو سکريټيانو او چلميانو کې منځ ته راځي

ورته Buerger disease نوم ورکول شوي دي.

F. حاد د فخذې يا ايلياک وريد بندښت:

G. فلگمازيا Phlegmasia: د شيدونه ورته رنگ لرونکې پښې.

کلينيکي کتنې:

A - فزيکي کتنې:

a. حياتي علايم: پدې صورت کې به اورتوسټاټيک هايپوټنشن د هايپو واليميا له کبله او غير منظم

نبضان به داذينې فيبريلشن له کبله وليدل شي.

b. زړه: سوفل (Murmur) به د زړه د دسامونو ناروغی او يا اندوکارډيټ او ډيټم بې نظمه

حالت ليدل کېږي.

c. گېډه: Abdonenal Bruit او دجس وړانيوريزم به وليدل شي.

d. لاسونه او پښې: پرته له نبضان نه حالت او تودوخې بدلونونه دې دواړه لورونه په متناظر ډول

وڅارل شي. د پوسکي خافت به وليدل شي او اواسيکيميا سويه دې دواړه لورونه وټاکل

شي. د وينسانو له منځه تلل او اټروفي بڼه په نهاياتو کې دمزمڼ ډول ايسکيميا څرگندونه وکړي.

e. عصبي: موضعي نښې (اختلاطونه) پاراسټيزا داسکيميا څرگندونه وکړي او پراييزس به چې

دحسيت له منځه تللو سره وي دا به په دې معنی وي چې (Limb) يا طرف له لاسه تللی دی.

B - لابراتواري کتنې:

1. دوينې د الکټرولايټونو ټاکنه: هايپرکيميا بنائې چې دانساجو دتخريب او ويجاړتيا سره مل وي.

2. هيموگرام: دوينې دضايح او لږ بهير شونده کوي او هيموگلوبين به توپير ولري.

3. PT/ PT T: دا به هغه مهال ارزښت ولري چې ناروغ د اتې کواکولانت تر درملنې لاندې وي.

4. د شرياني وينې دکازاتو ټاکنه: پدغه حالت کې گازات دضعيف پرفيوزن څرگندونه وي.

5. د تشوميازو کتنه او آزماينښت: پدې کتنه کې به هيماتوريا او مایوگلوبين يوريا وليدل شي.

6. د مایو گلویڼ ټاکنه په وینه کې: Rhabdomyocysis ښائی چې د عضلاتو دنکروزس په صورت کې منځ ته راځي.
- C – راډیولوژیک او نورې کښې:
- صدرې راډیوګرافي: پدې کڼه کې به د زړه او صدرې اهر د پټالوژي ارزونه وشي.
 - د زړه ګراف او ریتم ډول: که چېرې اریتمیا ولیدل شي نو د ترومبوزس شته والی ته پام واورې.
 - غیر مهاجم د رګونو څېړنه: هر هغه برخه کې چې نبضان نه جس کېږي د التراساوند ډوپلر کڼه ترسره کېږي همدارنګه انجیوګرافي به مرسته وکړي.
 - ایکلوګاډیوګرام: پدې حالت کې به د دسامونو ناروغۍ بطني انیوریزم، میورال ترومبوزس او (Akinesis) اړوند معلومات راټول شي.
 - د زړه د تالیوم سکن (Cardiac Thallium Scan): پدې کڼه به لومړنۍ احتشاء وپېژندل شي خو په حاد حالاتو کې تل نه ترسره کېږي.
 - انجیوګرام: پدې کڼه کې به د بندښت سوبه، کولایټرال او بعضاً انیوریزم هم وپېژندل شي همدارنګه پرته له توقع بعضاً آمبولې هم پېژندل کېدای شي.
 - ډکېډې التراساوند: دا کڼه به د کېډې ډاېر د انیوریزم پېژندنې په موخه ترسره شي او بعضاً د محیطي انیوریزم پېژندنې لپاره هم ډوپلر التراساوند ډېر ګټه وړ وي.

د درملنې پلان

- پېرني منیجمنټ: د شریان حاد بندښت یوه جراحی پېرني پېښه بلل کېږي او په چټکه ژر تر ژره درملنه به یې دنه پایتو ساتنې لپاره غوره خبره وبلل شي. نه راکړځیدونکي مایونکروزس به د شپږ ساعتونو وروسته د اسکیمیا له تېرېدنې څخه منځ ته راشي.
- د اتی کواګولټونو پواسطه دې درملنه وشي د حجم اړتیا دې وڅېړل شي او د عملیات لپاره دې تیار کړل شي ترڅو عملیاتو ته یوړ شي.
- د پاراسټیزیا او پارالایزس شته والی دې وڅېړل شي چې د اسکیمیا له کبله نهایت له لاسه لاړ شي.
- د انجیوګرام اړتیا دې وټاکل شي او معمولاً انجیوګرام ترسره کېږي او ناروغ کله چې ناروغ تثبیت وشي سمدلاسه د عملیات خونې ته یوړل شي.
- د حجم نیمګړتیا دې اصلاح شي: که چېرې هایپو والیمیا شته والی ولري نو د وریدي مایعاتو په ورکړې دې اصلاح شي د میازو مونیټور دې د Out put ټاکنې او د درملنې په موخه وشي.
- د اتی کواګولیشن: که چېرې لږه اندازه تأخیر په جراحی عملیاتي درملنه کې منځ ته راشي له انجیوګرام د مخه دې د هیپارین 10.000 unit یونیه په اندازه درمل ناروغ ته د ورید له لارې 100 units /Loading په توګه ورکړل شي او متداوم او پرلپسې ورکړل دې د

10 units /kg/hour تنظیم شي ترڅو د ترومبوزس د پرمختګ مخنیوی وشي. PTT دې

تعقیب شي او PTT دې (2-1^{1/2} Times) کنټرول کړل شي.

D. ترومبولیتیک درملنه: دا درملنه بعضې مرکبونه د (Streptokinase) انزایم دانساجو پلازموجن

اکټویټور په لومړني توګه پیل کوي. همدارنګه بعضې هغه ناروغان چې د جراحی کپنلارې لپاره کانډید وي دوی ته د اتې کواګولانت درمل ورکول کېږي او ترومبولیتیک درملنه کېږي.

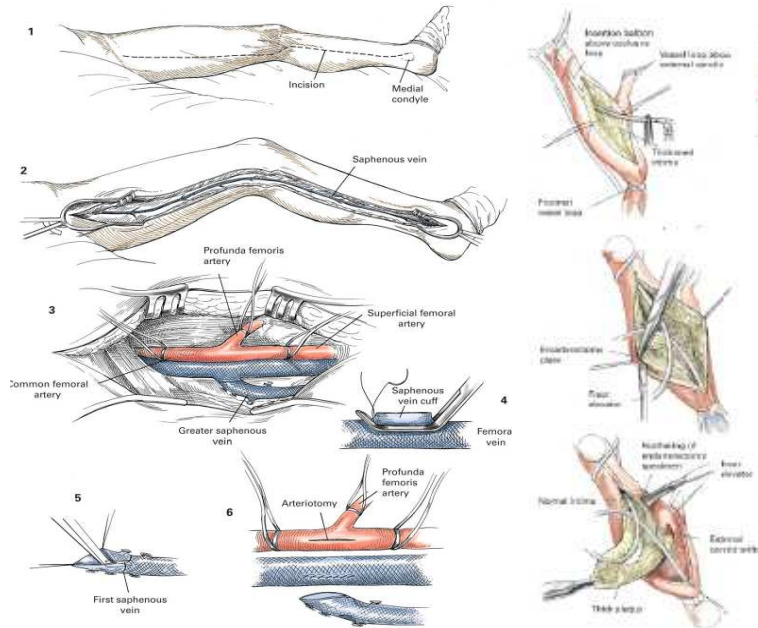
E. اتې بیوتیکونه: هغه ناروغان چې د جراحی په واسطه Prosthetic گرفت مواد کارول شوي وي د وسیع الساحة اغیزه درلودونکي سفالوسپورینونونه ورکول کېږي.

F. د ایسکیمیک غړی ساتنه: دغړی وضعیت ورکول به خفیفاً ښه وي که چېرې ترضیض منح ته راغلي وي دا به ګټه وره کړنه وي.

G. عملیات: یو مناسب ډېر مجرب دجراحی تیم د انسټیزي لوجست سره که چېرې د بندښت برخه

وازه او په وخت سره درملنه وکړي او Embolectomy ورته ترسره شي دا به ډېره ګټه وره

وي.



H. Reperfusion Syndrome: له عملیات څخه وروسته دې د acidosis ته راتګ څارنه

وشي او هاپرکالیمیا، مایوګلوبین پوربا ښائی دنهایاتود د reperfusion څخه وروسته منځ ته

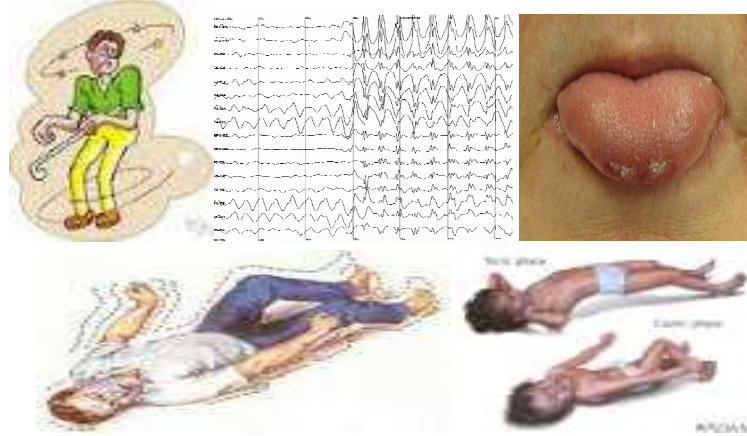
راشي.

اته ویشتم څپرکي

اختلاج

Seizures

د لاسونو او پښو کوروالی او شخوالي (اختلاج) د ناروغیو په لړ کې منځ ته راځي چې د اختلاج د منځ ته راتلو سره سم د ناروغ د عصبي سیستم اړوند نښې د سترگو او نښته، ژبه چېچل، د لاسونو او پښو کوروالي او شخوالي او همدارنگه د غاړې او ملا تیر شخوالي هم منځ ته راځي د بیلایل لاملونه لري.



یو ناروغ چې 25 کاله عمر لري او اېنډیکټومي ورته ترسره شویده په بستر کې د اختلاج په حال موندل کېږي سمدلاسه لاندې پوښتنې منځ ته راتلای شي.

1. آیا ناروغ پخوا هم کله د اختلاج تاریخچه درلوده او که؟ هغه ناروغان چې په پخوا کې د اختلاج تاریخچه ولري نو دوی به اکثراً د اختلاج ضد درمل وخورې پدوی کې به لامل د درملو نه خوراک یو لامل وګڼل شي.
2. آیا ناروغ کوم ډول د اختلاج ضد درمل خوري او که؟ باید هغه درمل چې ناروغ خوري و پېژندل شي. آیا په ناروغ باندې د درملو خوراک و درول شوی؟ که چېرې ناروغ NPO وي باید باوري شو چې ناروغ د ورید له لارې درمل اخیستی او که؟ همدارنگه پدې راز ناروغانو کې دې د اختلاج ضد درملو سویه په وینه کې ولټول شي په ځانګړې توګه Dilantin یا Diphénylphenitoine سویه دې وټاکل شي.
3. آیا ناروغ د الکولو څښناک ناوړه عادت لري؟ دا به د الکول د ترک له کبله منځ ته راشي چې د شدید هایپوګلاسیمییا حالت منځ ته راځي.
4. آیا اختلاج عمومي دی او که په یوه برخه کې موضعي بڼه لري؟ چې موضعي ډول د مرکزي اعصابو د آقت له کبله منځ ته راتلای شي.
5. د لابراتوار تازه کتنه څرنگه ده؟ پدې لړ کې د الکترولایټونو اېنار ملیټي او ډګلوکوز ټیټه سویه کېدای شي شته والی لري.

تویر پیژندنه:

- اختلاج به Rigidity شخوالی Stiffening دعضلاتو، دمثاني د کټیول له لاسه ورکول، سیانورس او Post ictal مرحله کې به کانفیوژن میالجی (عضلي درد)، کسالت او سټییا او سردرد سره مل وي.
- i. ایډیوپټیک صرع: تر ټولو معمول او غوره لامل د اختلاج لپاره بلل کېږي چې باید وپیژندل شي اوحد حالت دې وپیژندل او درملنه شي.
 - ii. ټورمورونه: د دماغ یا ماغزو لومړنی او یا میاسټایټیک ډول ټورمورونه کولای شي چې اختلاج منځ ته راوړي میاسټایټیک دماغي ټورمورونه د تیونو کارسینوما، سرېو کارسینوما او یا د پښتورگو میلانوما او یا لقموما له کبله منځ ته راتلای شي.
 - iii. اتانې یا مکروبي حالت: په کاهلانو کې دماغزو دننه مکروبوته د اختلاج لامل ګرځي، حال دا چې په ماشومانو کې هر راز اتانې حالت چې د سیسټمیک غیرګون سره مل وي او تبه منځ ته راشي د اختلاج لامل ګرځي چې ورته د تبي اختلاج (Febrile seizure) نوم ورکوي.
 - iv. ترضیضونه یوه په احتیاط او پاملرنې سره تاریخچه دې واخیستل شي بنسټی چې ناروغ د غورځیدنې له کبله دماغزو ترضیض لیدلی وي او بنسټی د کوپري هډوکو کسر ونه ولري چې دابه د اختلاج لامل وګرځي.
 - v. د الکولو او درملو ودرول: سمدلاسه که چېرې الکول او یا یو لږ درمل ودرول شي نو بنسټی د اختلاج منځ ته راتلو لامل وګرځي.
 - vi. مزمن ډول د پښتورگو نه بریالی توب (C.R.F): په مزمن ډول د پښتورگو عدم کلا په او یوریمیا کې اختلاج منځ ته راځي.
 - vii. انوکسیا: ددې لپاره دې دشریاني وینې دګازاتو اندازه وټاکل شي.
 - viii. د الکترولایتونو غیر نورمال بڼه: هایپوناتریمیا، هایپوکاسیمیا، او هایپو مګنیزیمیا حالتونه اختلاج منځ ته راوړلای شي.
 - ix. هایپوګلاسیمیما: کله چې دګلوکوز سویه په وینه کې راتیته شي اختلاج منځ ته راوړي.
 - x. هایپوټا یرادیزم:
 - xi. د رګونو اټونه: لکه احتشاء، آمبولي، هایپرټنسیف انسفالوټي، دکاروټیدسینوس ناروغی دتحت العنکبوتیه برخې هیماټوما او نور.
 - xii. سینکوپ: دا حالت هم د اختلاج لامل ګرځیدلای شي چې دقیقه تاریخچه دې واخیستل شي.
 - xiii. هیسټیریا: دا یو ډول رواني ناروغی ده چې د Pseudo – seizure لامل ګرځي.
 - xiv. په لږه اندازه د اختلاج ضد درملو ورکړه د اختلاج پرمهال: په ځانګړې توګه که چېرې د (phenyton) یا (Dilantin) درمل په لږه اندازه ناروغ ته ورکړل شي نو اختلاج بیا منځ ته راتلای شي همدارنګه ددې درمل سویه ډیولږ درملو ورکړې پرمهال دې په پام کې ونیول شي.

کلېنیکي کښې:

A – فزیکي کښه:

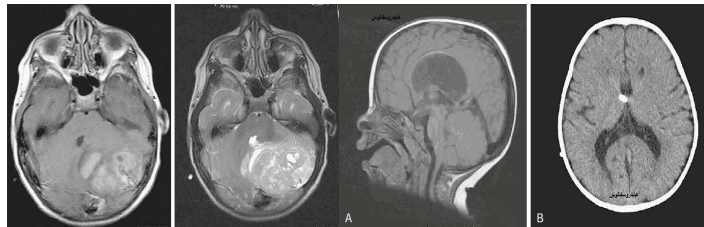
1. حیاتي علایم: تبه به دمکروب په شته والبدلالت وکړي اختلاج ښائي چې د تبي پروخت په ماشومانو کې ډېر مهال ولیدل شي د وینې فشار دې ولیدل شسي او نبضان دې دښه پرفیوژن په موخه وکل شي.
2. غوږ پوزه ستونی، سترګې او سر کښه: Nuchal rigidity به دمنجمنټ په شته والبدلالت وکړي.
3. عصبي کښه: موضعي نښې او علامې دې د لاملونو پیژندنې په موخه ولکل شي بشپړه کښه دې دقحفي ازواجو، حسیت، قوت، د ژورو ټیندونو نور فلکسونو او رواني او شعوري حالت ترسره شي، ښائي چې یوه کزري نیمګړتیا داخلاج وروسته ولیدل شي (post – ictal state).
4. مټانه او کولمې: دمثاني او کولمو دکټرول له منځه ټک به Seizure grandmal سره مل وي.

B – لابراتواري کښې:

- i. دسیروم اکرولاټیونه: سوډیم، کلسیوم، مګنیزیم کښه دې وشي ښائي چې ټیټه سویه یې ولیدل شي.
- ii. د وینې کیمیاوي او نورې کښې: د وینې یوریا د کریاتینین سویه او ګلوکوز سویه به وټاکل شي.
- iii. شیرياني وینې دکازاتو ټاکنه: ددې لپاره دهاپوکسیا او نوکسیا اړوند معلومات ترلاسه کړو د وینې دکازاتو سویه ټاکل کېږي.
- iv. د وینې د درملو سویه: د اختلاج ضد درملو اندازه او سویه دې په وینه کې وټاکل شي.
- v. د دماغې شوکي مایع (CSF) کښه: د منجمنټ شته الې په موخه دې د دماغې شوکي مایع تجزیه او تحلیل وشي.

C – راډیولوژیک او نورې کښې:

1. د Head CT. scan : دکوپري دماغزو او هډوکو راډیو لوژیک او CT scan کښه ګټه وره وي (Space Occupying) آتونونو شته والې اړوند معلومات راګوي چې چېکې درملنې ته اړتیا لري.



2. قطني بډل: د ملا د تیر د نخاع بډل په قطني برخه کې ترسره کېږي او مایع لابراتوار ته استول کېږي چې پدې صورت کې به د مایع فشار لوړوالی اړوند معلومات راګوي او منجمنټ حالاتو کې ګټه ور دی.
3. د سترګو فونډوسکوپي: پدې کښه کې ښائي Papilledema ولیدل شي.

د درملنې پلان

A. بیړنۍ درملنه:

1. هیڅکله دې هم کله چې ناروغ بنفسي تنفس ولري باید مداخله ونشي او هيڅ راز آله لکه Tongue Depressure څخه دې کار وانه خيستل شي چې دا بنسټی ناروغ ته غیر ضروري صدمه ورسوي.

2. Position: ناروغ ته کيڼې جنبې پوزیشن ورکول شي او خوله دې سکشن شي .
3. اختلاج به درې دقیقو پورې له منځه لاړی شي .

B. د اختلاج کنټرول :

- 1- د ناروغ وریدي خلاص کول شي.
 - 2- په لومړي توگه دې 100mg / 10th min د ورید له لارې ورکول شي چې د Dextrose (5% 50 ml) د ورید له لارې ورکول کېږي.
 - 3- د دوهم ځل لپاره دا اختلاج تیري یا حمله باید د Diazepam – 5 mg/ IV push په کراره سره 10-15 minute کې تکرارېدلای شي ترڅو اختلاج کنټرول شي.
 - 4- (Dilating) Phenytoin: دا درمل هم په کراره ورکول کېږي چې هغه مهال چې ديازپیم اغېزه ونه لري ورکول کېږي دا درمل 50mg/ min/ push ورکول کېږي او په کراره تطبیق کېږي.
 - 5- فینوباریتال: دا درمل د ورید له لارې لویانو کې (120/240mg)، په ماشومانو کې (5-20mg/kg) ورکول کېدای شي چې اکثراً د Loading Maintenance Dose په توگه ورکول کېږي.
 - 6- د اختلاج ضد درمل د الکېولو په ودرولو پښو کې نه ورکول کېږي خو Librium بنسټی ګڼه وړې چې Delirium له منځه وړي .
 - 7- Refractory seizure: که چېرې پورته درملنه ګڼه وړه نه وي نو په دې صورت کې عمومي انسیتري د Thiopental پواسطه ګڼه وړه ده .
- C. هغه مترافقیه ناروغۍ لکه د الکېرولایټونو او وینې یوې نورې غیر نورمال حالتونه دې اصلاح شي او همدارنګه د عصبي ناروغیو درملنه دې وشي.



Figure . Axial CT scan shows mildly dilated lateral ventricles and a generous subarachnoid space in the frontal and frontoparietal areas (arrows).



Figure . Ultrasound image shows a grade III bilateral intraventricular hemorrhage with ventricular dilation.

نه ويشتم څپرکي

پرسېدلي نهايتونه

Swollen Extremities

يو ناروغ چې دهيسټرکومي ورسوته له درې ورځو تېرېدنې د کيڼې پښې پرسوب منځ ته راغلی او دا ناروغه د (49) کالو عمر لري سمدلاسه به لاندي پوښتنې مطرح شي.



- داروغ حياتي علامې څرنگه دي؟ ټاکي کارډيا او تبه بنائې د مکروبوونو شتون څرګند کړي ټاکي کارډيا او ټاکي پنيا دواړه د سپرو آمبولې په شته الي دلالت کولای شي .
 - ايا ناروغ لنډه ساکه کښنه لري؟ هغه ناروغان چې د پښو پرسوب ولري او د ساکبلو پرمهال ډېره هوا نشي اخيستلای چې دابه په ريوې آمبولې کې وليدل شي.
- توپيري پېژندنه:

A. وریدي بندښت Venous Obstruction ستونزې:

ژور وریدي ترومبوزس (DVT) په ډېرې پېښو د جراحی عملیات څخه وروسته مرحله کې منځ ته راځي چې ډېرې بې دکليې ک له پلوه پټې پاتې کېږي ترومبوزس له زنگون څخه ښکته په هره برخه کې منځ ته راځي او حتی د حوصلې تر برخې هم منځ ته راتلای نشي . په ډېرو حالاتو د ترومبوزس (DVT) د سپرو آمبولې (Pulmonary Embolie) او سپرو احتشاً خطرته بنائې منځ ته راوړي او د مرګ تر سرحده ورسېږي او سطحې ترومبوليسټ په لاسونو او پښو کې منځ ته راتلای شي

B. لمفاوي ستونزې :

- i. بندښت : په وصفې توګه ټوموري غوټۍ (مغنبي ميلانوما) د قضيبي کانسر، دابطي برخې او تيپونو سرطاني پېښې د بندښت لامل ګرځي دلمفاوي چينل بندښت داډيما او پرسوب حالت منځ ته راوړي چې دا پرسوب حساسيت او درد نه لري.
- ii. تخريب (ويجاړتيا Destruction) : د يو لړ تخريبي پروسې جرونو تر سره کولو وروسته به بنائې د پرسوب ستونزې منځ ته راشي.

a. عملياتي ويجاړتيا چې د لمفاوي لارې بندښت لامل ګرځي بنائې به حاد او يا کالونو په تېرېدنې پرسوب او اډيما منځ ته راوړي په وصفې توګه کله چې دابطي برخې لمفاوي عقدي راوستل شي نو دلاسونو پرسوب منځ ته راوړي.

- b. همدارنگه وړانګې هم دلمفاوي چېنل وېجاړتیا منځ ته راوړي .
- c. مکرېونه: سلولیت د بنګنې نهایتو په برخه کې په ځانګړي توګه کله چې د شکرې ناروغۍ سره مل وي دپنې پړسوب منځ ته راوړي چې دا به د مکرېونو د پراختیا او اخته والي پورې تړاو لري . اجنبي اجسام چې داتاناتو سره مل دی پړسوب په پښوکې منځ ته راوړای شي .
- d. مورزېږولی (Congenital) معمولاً لهماوی اذیما او پړسوب Lymph edema، که څه هم Lymph edema tarda او یا praecox .
- e. نورحالتونه: لکه (د پښورګو عدم کهایه ، د زړه احتقاني عدم کهایه) .
- پورته ذکر شوی حالتونه کولای شي چې د پښو اذیما او پړسوب منځ ته راوړي .

کلینیکي کتنې:

A. فزیکي کتنې:

1. حیاتي علامې: ټاكي پڼيا Tachypnea به دسپروآمبولې نښه وي .
2. صدر: رالونه Ralls به په CHF کې واوریدل شي .
3. تیبونه: دتیونو ټومورونه او مقدم مسکټومي .
4. گیده: د حین Ascites شته والی
5. نهایتونه: باید پړسوب، دمکرېونو، سلولیت، لهمانجیت، حساس سطحې وریدونو (Hormone's Sign) دی وپلټل شي او د تورم او پړسوب ټاکنه او اندازه دې وشي .
6. ابطی او مغنبي لهماوي غدې: په دې صورت کې دې Lymphadenectomy په مقدم ډول او دلمفاوي عقداو پړسوب او د ټومورونو جس تر سره شي .

B. لابراتواري کتنې:

- هیموګرام: باید داتاناتو او وینه لږې لټون وشي .
- الترولايتونه په سپروم کې: الکترولايتو نه دې وکل شي او پرته دې شي .
- دګلوکوزسویه په وینه کې: د ډیات یا شکرې په ناروغۍ کې به دګلوکوزسویه لوړه وي
- دعلقي (کواګولیشن) PT او PTT پلاټینو اندازه: له انټي کواګولانت ورکړې د مخه نوموړی توکې وټاکل شي
- INR کتنه: د وینې (INR) ټاکنه مهمه ده چې د ($INR > 5$) څخه لوړه به د (DVT) لوړې ته پام واړوی .

C. راډیولوژیک او نورې کتنې:

- i. Venogram: درګونو څېړنه د DVT پېژندنې په موخه تر سره کېږي
- Impedence platinography (IPG) بعضاً ګټه وړې وي .
- وریدي ډوپلر التراسونوګرافي کتنې هم ډېرې ګټه وړې دي

- د هډوکو راډيوگرافي: دا نښانې د شکرې پښې او سلوليت کېدای شي وپېژندل شي بايد درخوه انساجو او اوسټيومیاليت او اجنبي اجسامو پېژندنه کېدلای شي.

د درملنې پلان

A. د وريدي بندښت درملنه:

1. دبستر استراحت (Bed rest): دبستر هوساينه او داخه طرف پورته پوزيشن ورکول
2. د پلاټيټ شمېرنه Baseline platelet count او قسمي فعاله ترومبو پلاستين ټايم Activated Partial Thromboplastin Time (PTT) ټاکنه دې وشي او او هپارين دې عيار کړل شي هپارين نادراً ترومبوسايټوپيني منح ته راوړي د لابراتواري کتنې لړۍ ته دې دوام ورکړل شي.
3. هپارين: هپارين 5000-10000 IU د وريد له لارې نيغ په نيغه ورکړل شي او د هغې تعقيب به دې 10000-15000 IU د انفیورن په توګه ورکړل شي او PTT دې مداوم (مينټاين) کړل شي او کټرول کړل شي.
4. کومارين او Comadine: کومادين يا زینيشن دې د 3-5 Days ورځو لپاره پيل کېږي درمليز هپارين بايد تعقيب شي 3-6 مياشتو پورې ورکول کېږي پروترومين ټايم دې تل وڅارل شي (1.5-2times).

5. مخنيوی:

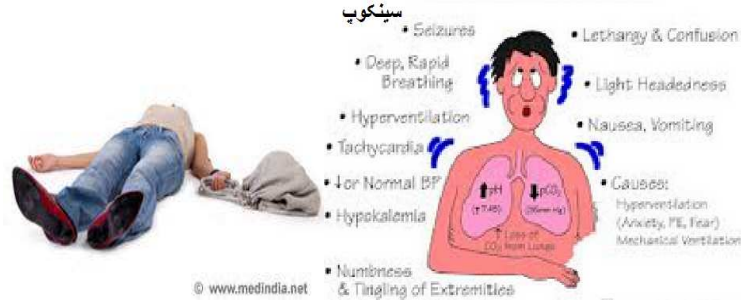
- a. Minidose Heparin: دا به د DVT په پېښو کې ګټه وروي چې له عمليات څخه د مخه ناروغانو ته ورکړل شي دا په اور توپيدي او چاغو ناروغانو ډېره ګټه لري دا درمل 5000 unit د پوستکي لاندي هره 8-12 hours ساعتو کې ورکول کېږي.
- b. Pneumatic stocking: هوايي جرابي ناروغ ته پوشل کېږي دا د عضلاتو نقلص منح ته راوړي چې د DVT مخنيوی لپاره ډېره ګټه وړه ده که چېرې ناروغ په مقدم ډول ناروغ فعاله او وګرځي د DVT او د (DVT) مخنيوی لپاره د Aspirin 75-300 mg /day or Clopedogril 100-200mg /day درملو ورکړه ګټه وړه ده.
6. سطحې ترومبو فليسيټ: دا د NSAID درملو پواسطه درملنه کېږي.
- B. لمفاوي ناروغی: که چېرې اخته طرف ته پورته وضعیت ورکړل شي نو په دې صورت کې به لږه اندازه ګټه وړه وي، [Custum- made elastic stocking (Jobst™), Others] بعضاً کارول کېږي متناوب هوايي فشار کولای شي ناروغی ته لږوال ورکړي
- C. اتانونه (مکروبونه): په لومړي ګام کې مکروبي ضد درملنه ژر تر ژره بايد پيل شي او ستافیلوکوک او سټرپټوکوک او ګرام منفي باکټرياوې هم بايد په پام کې وي (Naficillin+ Gentamicin) او يا (Voncomycin + Gentamicin) يوځای کارول کېږي همدارنگه سفالوسپورينونه ته هم ورکول کېږي.

دېرېشم خپړکې

سينکوپ

Syncope

تعريف: سينکوپ هغه حالت دی چې په هغه کې دماغ ته دکافي وينې انرژي او اوکسيجن نه رسيدلو له کبله د يوه لمحه (مرحله) د ضعف حالت منځ ته راځي چې ناروغ پرخمکه غورځېږي او غير نوماال حالت منځ ته راځي چې بيلابيل لاملونه لري.



يو ناروغ چې 50 کاله عمر لري چې ماتيال دشام بدلولو جراحي کړنلارې په موخه په روغتون کې بستري دي له عمليات څخه دمخه ورته دسينکوپ حالت منځ ته راغلی چې سمدلاسه لاندې پوښتنې مطرح کېدای شي چې ډېرې د پاملرنې وړ دی.

1. ناروغ د حملې پرمهال په څه کړنه بوخت وو؟ د وازو واکل (Vasovagal) سينکوپ به د اورتوسټاتيک هايپوټنشن د ولاړې اوبيا ناستې په حالت کې د پېژندلو وړ وگرځي. هغه سينکوپ چې دملاستې پرمهال منځ ته راځي دا به د زړه د ناروغيو اصله ويلل شي دوازو واکل ډول سينکوپ به د درد ، اضطراب او تودوخې منځ ته راوړونکې پېښو کې وليدل شي همدارنگه د تمريناتو پرمهال سينکوپ به د زړه ناروغيو اړوند وي د ټوخي د سرخړخې او گسست او ناڅاپه پورته کېدنې پرمهال د اعراضو شته والې دې وپوښتل شي.
2. آیا د سينکوپ سره اختلاج هم يوځای ليدل شوی؟ د شعور د له منځه تالو او اختلاج حالاتو پېژندنه به د ناروغۍ په توپيري پېژندنه کې ډېره گټه وړه وي همدارنگه د خولې او ژبې برخې ټپلونو اړوند دی پوښتنه وشي د سينکوپ ناروغ ژر ريكوري مومي چې د اختلاج ناروغان تردې توپير لري.
3. آیا ناروغ ناڅاپه او يا پخوا خپل شعور له لاسه ورکړی؟ هغه په ناروغان ناڅاپه او يا پخوا خپل شعور له لاسه ورکړی وی دگېډې اړوند علامې چې د زړه سينکوپ او اورتوسټاتيک هايپوټنشن ناروغان ناڅاپه حمله لري د اختلاج مرحله بنائې د (aura) مرحله په منځ کې ولري
4. آیا کوم چا دناروغ نبض د حملې پرمهال جس کړي؟ وازو واکل سينکوپ دبرادي کارډيا او اورتوسټاتيک هايپوټنشن د ټاكي کارډيا او د زړه سينکوپ د زړه سرعت چې شديد برادي کارډيا زړه بلاک سره مل وي.

5. آیا ناروغ د شکرې او یا نورې لویې داخلي ناروغۍ لري او که؟ هایدروکلاسمیک Spells حملې به لږې وي او په چټکه د درملنې وړ وي او د زړه لاملونه د څېړنې وړ وي.

Neurogenic Syncope (58 Percent of Cases)	Cardiogenic Syncope (28 Percent of Cases)
Vasovagal	Dysrhythmias
Situational	Tachyarrhythmias
Micturition	Ventricular tachycardia
Cough	Ventricular fibrillation
Defecation	Supraventricular tachycardia
Swallow	Bradyarrhythmias
Neurologic	Sinus-node disease
Migraine	Second- or third-degree heart block
Transient ischemic attacks	Pacemaker malfunction
Seizures	Drug-induced or prolonged-QT syndrome
Subclavian steal	
Carotid sinus	Organic heart disease
Psychiatric condition	Aortic stenosis
Medications	Hypertrophic cardiomyopathy
Orthostasis	Myocardial infarction
Hypoglycemia	Coronary spasm
	Tamponade
	Aortic dissection
	Cardiac myxoma
	Cardiopulmonary problems
	Pulmonary embolism
	Pulmonary hypertension

توپیري پېژندنه

A. وازوواکل Vasovagal: یوه ساده ډول حمله به د (aura) سره مل وي.

1. د زړه (Cardiac) اریتمیا:

i. د زړه بلاک: د زړه د تقلصونو اندازه به معمولاً $Rate < 40BPM$ Stokes Adams. Attacks.;

ii. ټاکی اریتمیا: $Rate Usually > 160 BPM$ شمېره معمولاً 160 ضربې په هره دقیقه کې ده

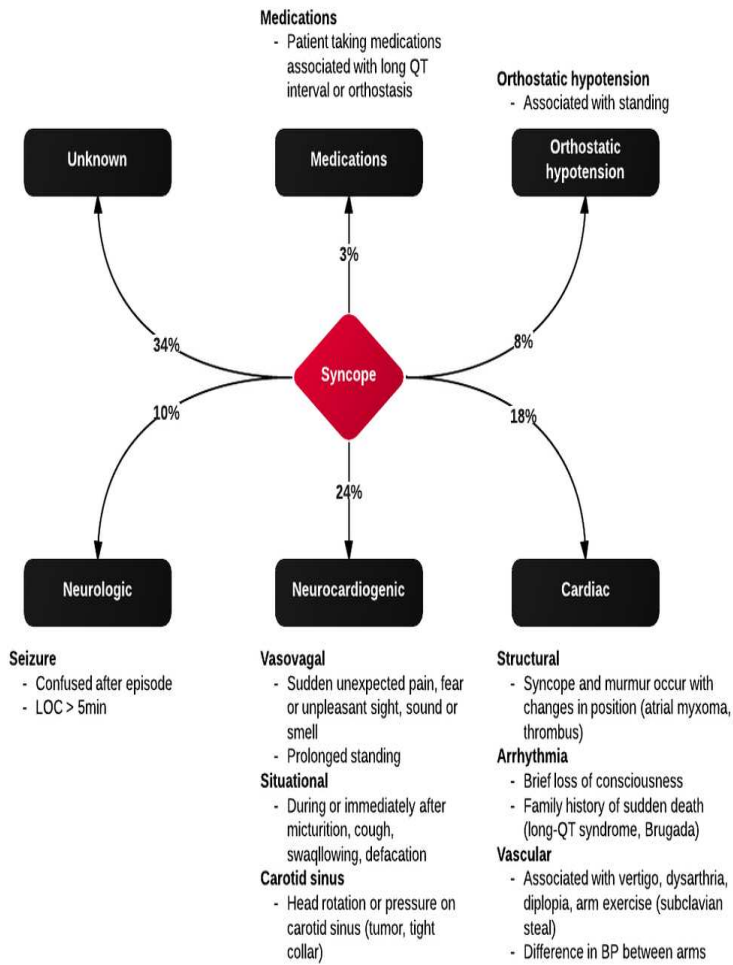
چې ورسره د زړه دهانه output لږوالی مومي پروکسیز مال اذینې ټاکی کارډیا اذینې فیبرلیشن او فلوتر بطنې ټاکی کارډیا یا فیبرلیشن به شته والی ولري.

iii. Sick sinus Syndrome.

iv. اسیستولي Asystole د زړه ودرېدنه.

2. دمایوکارډ ناروغی:

- i. د اهر تضیق یا تنګوالی : دا ناروغی به د بطینې د بهیر سره بند کړی وي.
- ii. idiopathic hypertrophic Sub aortic stenosis : بعضې نامعلومه میکانیزمونه اهر د تضیق پکې رول لري.
- iii. لومړنی د سرېو هایپرټیشن : د سرېو د شریان هایپرټیشن به د سرېو بهیر ته لږوالی وپخښي.
- iv. د مایوکارډ حاد احتشاء له کارډیوجنیک شاک سره .
- v. اذینې مکروما
- B. اورټوسټاتیک هایپرټیشن :
 - i. هایپو والیمیا چې دهر لامله چې وي .
 - ii. ناخپه د وضعیت د بدلون له کبله چې ښائی د درملو سره سم وي.
 - iii. عصبي د Shy-Drager Syndrome د Diabetes سره مل وي.



C. د عصبي او رگونو لاملونه.

i. د بڼلار شريان عدم کفايه

ii. کاروټيډ سينوس سندروم : چې په وصفي توگه د سينکوپ سره مل وي چې د سرخړخی له کبله منځ ته راځي.

iii. Subclavian steal Syndrome.

D. يولړ لور لاملونه:

i. دمټيازو کولو پرمهال سينکوپ Micturation syncope .

ii. د ټوخي پرمهال سينکوپ Cough syncope : چې پورته دواړه حالتونه د وريدي

پاراستېدنې (return) پورې تړاو لري.

iii. هاپوکلايسيميا .

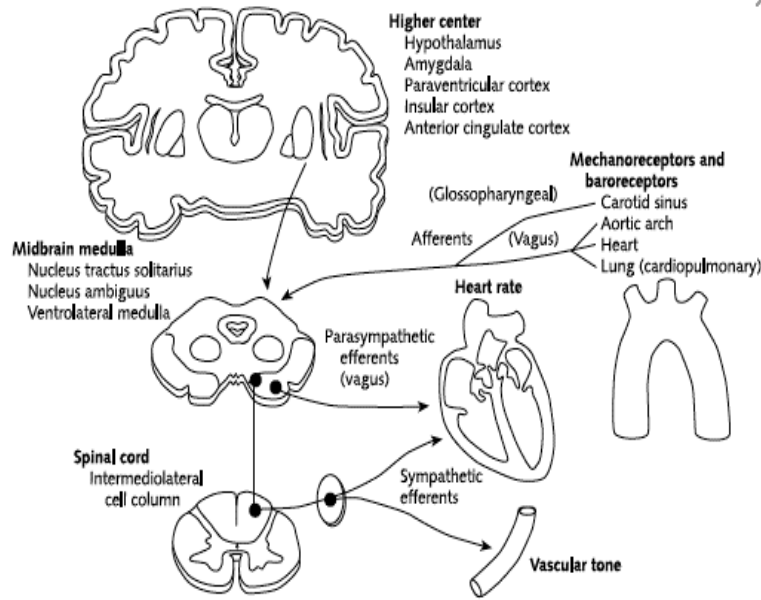
iv. هاپروپنټيشن .

v. هاپوکسيا .

E: غير سينکوپي Non syncopal :

i. اختلاج seizure

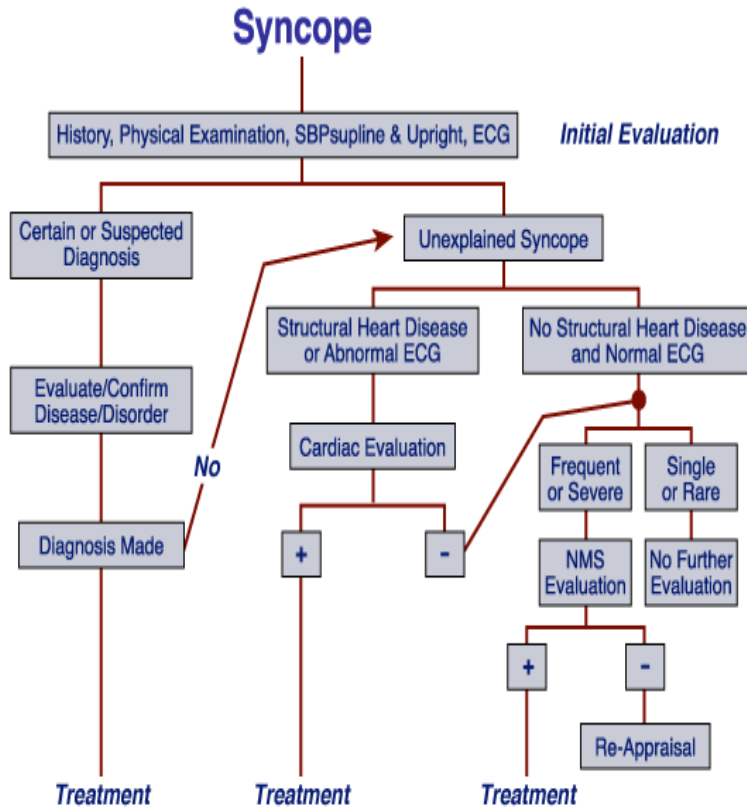
ii. کوما Coma



کلینیکي کتنې

A. فزیکي کتنې:

- i. حیاتي علايم: اورتوسټائټیک بدلون ، د زړه ریتم او نبضان ، د وینې د فشار بدلون د 20 mmHg په اندازه په دواړه لورونو کې به د Subclavian Steal Syndrome څرگندونه وکړي.
- ii. غاړه Neck : کاروټید Bruite ، کاروټید Upstroke
- iii. زړه : داېر رسام تضیق له کبله سوفل ، IHSS ، د ریتم غیر نورماله بڼه.
- iv. متعدي ریکټوم کتنه: د وینې سره سم غایطه مواد د حاري وینې بهیدنې بله نښه ده.
- v. عصبي کتنه : Dysarthria ، موضعي علامې ، د رواني حالت بدلون
- vi. پیا منځ ته راتلونکی سینکوپ : د مانوري تر سره کولو وروسته لکه ټوخي د سر تاوول - څرخولو ، هایپروینټیلیشن ، یاد کاروټید مساز.

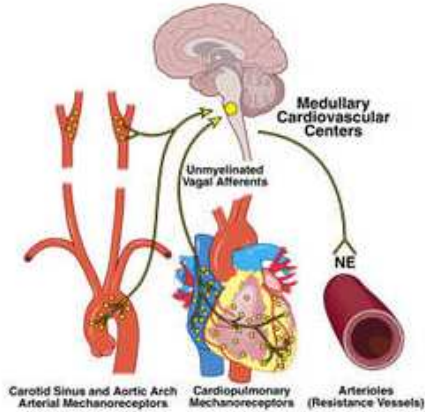


B: لابراتواری کتنې :

- هیموگرام: چې پدې کې ډېر پاملرنه باید هماتوکریټ هیموگلوبین ، د حجراتو ټاکنه.

- د الکترولایټونو او ګلوکوز سویه: خاصاً د هایپوګلیسیمیا په حالاتو او الکترولایټونو اېنار مليټي کې.

- د وینې د ګازاتو ټاکنه: هایپوکسیا او یا هایپروینټیلیشن د کاربن ډای آکساید (O₂) او PH سویه راتیت کوي او د خاصې پاملرنې وړ ده.



C: راپولوژیک او نورې کني:
 - د صدر راپوګرافي: په ځانګړي توګه دې د زړه اندازه او سرحدونه وټاکل شي ترڅو د زړه د عدم کفایي اړوند معلومات تر لاسه شي.
 - د زړه ګراف: لنډ د DeHa PR- interval: waves او نور د زړه درېټم ډولونه دي وټاکل شي.



- ایکو کارډیوګرام: بنائې چې مګروما، د دسامونو آفتونه او ترومبوزونه د پېژندنې وړ وګرځي.
 - Holter monitor دا به د Dysrhythmia لپاره ګټه وروي.

د درملنې پلان

- په چټکه توګه دې د زړه بلاک پېرني درملنه وشي
 A. وازواکل لاملونه درملنه: د ناروغ سرته دې د سینکوپ پرمهال بنسټه موقیعت ورکړل شي
 B. د اورټوسټاتیک هایپوټنشن درملنه: د وینې فشار او حجم دې وټاکل شي د ځانګړي پاملرنه دې د هضمي جهاز وینه بهیدې ته واړول شي او درملنه دې وشي.
 C. د زړه اړوند لاملونو درملنه:

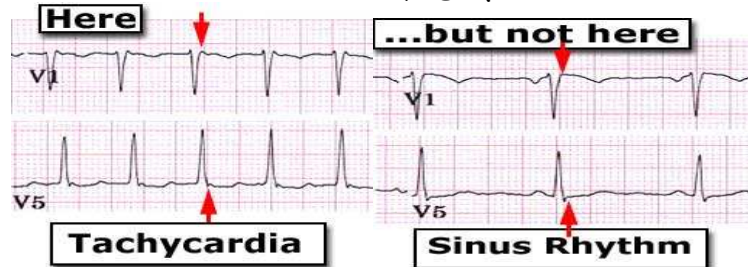


▪ دارټیمیا درملنه:
 - ټاكي اریټمیا د هایپوټنشن لامل ګرځي چې د رملنه یې کېږي
 - په لومړي مرحله کې بنائې چې E.C.G درېټم تشوش ثبیت نه کړي خو بڼه او ګټه وره څارنه د Holter monitor پواسطه د 24 ساعتونو په لړ کې تر سره کېږي او بنائې د ریټم ناروغۍ څرګنده کړي.

یوډېرشم خپرکې

ټاکی کارډیا (Tachycardia)

که چېرې د زړه نبضان یا دتقلصونو شمېره د نورمال څخه ډېره شمېره ثابت شي { نورمال اندازه (80-100/min) } نور ټاکی کارډیا نوم ورکول کېږي که چېرې یو ناروغ چې د 68 کالو عمر لري او د سیکمونیډ کولون کولکټومي ورته تر سره شوی وي او د 155/min څخه پورته د زړه تقلصونه ولري نو سمدلاسه به لاندې پوښتنې مطرح شي.



- آیا ناروغ نورمال نبضان په محیطي برخې کې لري او که د نبضان ټاکه د محیطي برخې غړو کې ډېره د اهمیت څخه ډکه ده ځکه چې د یولړ ناروغیو په پېژندنه کې رول لري.
- د ناروغ حیاتي علایم څرنگه دي؟ که عملیات څخه په ورسوټه مرحله کې ټاکی کارډیا د هاپوټنشن سره د هاپو والیمیا څرګندونه کوي چې ډېر د اهمیت وړ خبره ګڼل کېږي همدارنگه کېدای شي چې د تبې (Fever) له کبله ټاکی کارډیا منځ ته راشي.
- آیا ناروغ په څرګند ډول د زړه ناروغی لري او که د لکه د اذینې فیبریلیشن.
- آیا ناروغ په دوامداره توګه طبی درملنه اخلي؟ که چېرې ناروغه کس داریتیمیا ضد درمل اخلي او یا هم ناروغ خپل درمل په ټاکلي اندازه خوري او که د یورټیکونه او د پوتاسیوم مستحضرونه بنسټی دالکترولایتونو د اټار ملټي او اریتمیا لامل وګرځي.
- ایا نور کوم ډول مترافیه اعراض او علامې هم شته والی لري؟ صدري خناق د میوکارډ د احتشاء لپاره یوه ډېره غوره نښه او علامه ګڼل کېدای شي.

توپیري پېژندنه:

i. سینوزال ټاکی کارډیا :

- i. تایرونوکسیکوزس: د وزن بایلل، تخریثیت، تیریمور ورسره ګډې نښې او علامې بلل کېږي.
- ii. فیوکروموسایټوما: دابه دسر درد، دګډې درد، د فشار لوړوالی او ډېر خوليجن حالت به په ګډه ډول ولیدل شي.
- iii. اضطراب او درد: نورمال فیزیولوژیک غبرګون به د کاکولامین آزادېدنې اړوند وي.
- iv. د درملو اړوند: سمپاتومیمیک لکه ایفیدرین بنسټی د ټاکی کارډیا لامل وګرځي.

- v. دهايپوتېشن: دا به دهايپواليما سره مل وي.
- vi. دلور اوت پټ حالت: کله چې د بني ازين فشار چې د هر لامله وي. لکه ټايروټوکسيکوزس A-V fistula ، وينه لري، بلارېنسټ او شديدي د پحت ناروغی:
- vii. دزړه نه برياليتوب (عدم کهايه): يوه غورځيدنه (Drop) د نبض په فشار د بني ازين فشار لوړوالی پر مهال د ټاکي کارډ يا حالت منځ ته راوړي.
- viii. تبه (Fever): تبه د ټاکي کارډ يا لامل گرځي.
- ii. اکټويک ټاکي کارډ يا :
1. پروکسيمال اذيني ټاکي کارډ يا: معمولاً د پليټيشن او سپک سری چې د PBM اندازه به د 140-250 پورې وټاکل شي.
 2. اذيني فلوتر: د اندازه په د اذيني اتصالي (junctional) ټاکي کارډ يا په پرته چېکه (250-350) پورې وټاکل شي.
 3. بطيني ټاکي کارډ يا: دا د زړه د اسکيمیک ناروغی سره مل وي او همدارنگه بنايي ورپسي بطني فلوتر منځ ته راشي.

کلينيکی کتنې:

A. فزيکی کتنې:

1. حياتي علايم: د نبض نظم دی ولټول شي همدارنگه تبه هايپوتېشن په لوړ اندازه د ژوندانه گواښ بلل کېږي.
2. غاړه: ټايرايډ غده دی د نوډول يا غور (جدرې) لپاره ويلل شي که چېرې دغاړې وريد پرسيدلی، برجسته وي نو دا به د CHF يا زړه عدم کهايي څرگندويه وي او همدارنگه د پنومورټوکس، زړه تيمونار په حالاتوکې هم منځ ته راځي.
3. زړه: دعدم کهايي، دغاړې وريد پرسوب او زړه دريم غږ (S₃) او نور دې ولټول شي.
4. سرې: د زړه عدم کهايي، رالونو، پنومورټوکس علامې دې ولټول شي.
5. لاسونه او پښې: د اذينا او شينوالي (سيانوزس) اړوند دې معلومات تر لاسه شي.

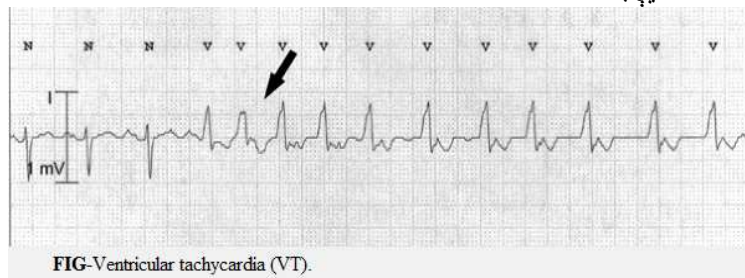
B. لابراتوري کتنې:

- دسيروم الکترولايټونو کتنه: په ځانگړې توگه د پوتاسيوم کتنه اړينه ده.
- دشراباني وينې دگازاتو ټاکنه: د هايپوکسيا اړوند ټاکلي معلومات راټولېږي.
- هيموگرام: د سيپسيس او وينه لري اړوند دې معلومات راټول شي.
- د ټايرايډ وظيفوي آزماينستونه: که چېرې دکلينيکي نښې شته والې ولري نو د آزماينستونه ورکول کېږي.

- C. راډیولوژیک او نورې کتنې:
 - د صدر راډیوگرافي: د زړه د عدم کھايي او سپرو لومړنیو ناروغيو لکه پنومرینا، نیوموتورکس او نورو اړوند معلومات راټولېږي.
 D. د زړه گراف E.C.G: دا آزمايښت کولای شي د زړه اړوند توپرونو او ټاکنې کارډیا په اړه کړه معلومات څرگند کړي.
 E. د زړه ایکو کارډیوگرافي: دا کتنه هم د زړه اړوند ناروغيو په پام کې معلومات را کولای شي.

د درملنې پلان

- A. د بطني ټاکنې کارډیا درملنه: دا په چټکه توگه د مړینې لامل گرځي چې چټکه او بیرنۍ درملنه یې پکار ده.



- B. اذینې فلوتر او فیبریلشن:
 1. د هیمو ډینامیک پلوه دې ناروغ وڅارل شي او سم دلاسه بیرنۍ درملنه برېښنايي کارډیوورژن Electrical Cardio Version دې چې د (50-100 Joules) په اندازه د وړیدي ډیا زیم ورکولو سره سم ورکول کېږي.
 2. د کاروتید مساز ترسره کېږي تر څو د فلوتر خپې څرگندې شي.
 3. که چېرې ناروغ ثابت او تکره وي نو فارمکولوژیک درملنه ورکول کېږي.
 i. لومړي موخه به بطني غبرگون وي. دا د (دیجوکسین او یا ویراپامیل Verapamil) د وړید لارې درملنې پواسطه درملنه کېږي.
 ii. دویمه موخه باید د زړه د سینوزال ریتم حالت له سره منځ ته راوسل شي چې دا د Quinidine ورکړې پواسطه چې تر څو بطني غبرگون راتیت شي تر کټول لاندې راشي. پروکائین اماید procaine amide یو ډول التریف درمل بلل کېږي چې د کینډین پسي ورکول کېږي.
 iii. دیجوکسین او ویراپامیل باید په هغه ناروغانو کې چې د Wolff- Parkinson لري ورکړل شي.

- iv. ناروغ چې اذینې فیبریلشن په مزمن ډول لري او چې کانورټ وړونه وي چې په سینوس ریتم واوړي هغه مهال چې وپراپامیل د چټک اغېزې درلودونکې د ډیجوکسین په پرتله دی او په وینه کې یې سویه ټاکل کېږي بنسټی نورو ډوزونو ته یې اړتیاوې ورکول کېږي.
- C. پروکسیمال اذینې ټاکنې کار دیا: دا په بېلابېلو لارو درملنه کېږي.
1. د واکل مانوره چې په کې د کټکل ټوټه دمخ لپاسه کېښودل کېږي او د کانکو حالت منځ ته راوړل کېږي اود کاروتیدو مساز لومړی تر ټولو تر سره کېږي چې د کاروتیدو شریان په ناروغۍ کې ډېره پاملرنه پکار ده.
 2. وپراپامیل Verapamil د ورید له لارې ګڼه ورو وي چې پیل یې 2-5mg/IV او برسیرن ډوز (لوښک ډوز) به د 2-5mg/5min په اندازه په هر پنځه دقیقو کې تکرارېږي چې د ټول ډوز اندازه د (10mg) پورې ورسېږي.
 3. د وپراپامیل او کاروتیدو مساز په ګډه ډول اغېزمن تمامېږي.
 4. د ورید له لارې پروپرانولول اغېزمن ثابت شوی دی.
 5. DC cardioversion همدارنګه ګڼه وړه کړنه ده.
- D. سینوس ټاکنې کار دیا: په جراحی ناروغانو کې تبه او هایپو والیمیا معمولاً لیدل کېږي. تبه او هایپو والیمیا او اولیګیوریای دې په پوره پاملرنې سره درملنه شي.

Copyright 2002 by Randy Glasbergen.
www.glasbergen.com



دوه دېرشم خپرکې

د وينې د ترانسفيوژن (تقل الدم) غبرگون:

که چېرې د يوه ناروغ د وړانې بهير ته د وينې يا دوينې يا يوه کمپوننت برخه تېره شي او ناروغ د هغه په وړاندې غبرگون څرگند کړي دغه حالت ته د ترانسفيوژن غبرگون ويل کېږي.

يوه ناروغ ته چې دوينې د Packed cell load cells تېره شوی ده د ناروغ د تودوخې درجه $38.5^{\circ}C$ ته لوړه شوېده نو لاندې پوښتنې مطرح کېږي.

i. د ناروغ حياتي علايم څرنگه دي؟ په دې لړکې هايپوټنشن بايد رد يا نأيد Rolled out کړل شي، ټاکي پښا به چې د وينې ترانسفيوژن سره منځ ته راځي.

ii. آيا ناروغ د صدر او يا ملارد لري؟ که چېرې په ډېر پمانه وينه ناروغ ته تېره شي حاد ډول کوآکولوپټي به منځ ته راشي د صدري درد به د هيموډينامیک سترس (فشار) له کبله وده ومومي نورې علامې به اړيدنه (لږزه) ډيافوزيريز، دفرط حساسيت غبرگون خاربنست Pruritis ،

Heave،Wheezing د زړه د احتماني عدم کھايي تشديد او پاريدنه به وليدل شي.

iii. آيا ترانسفيوژن عمليه ودرول شوېده او که؟ که چېرې ترانسفيوژن لاهم دوام ولري نو بايد چې ودرول شي او ناروغ ته دې د ورید له لارې فيزيولوژيک محلول NaCl پيل کړل شي.



Central role of thrombomodulin in acute traumatic coagulopathy (ATC)

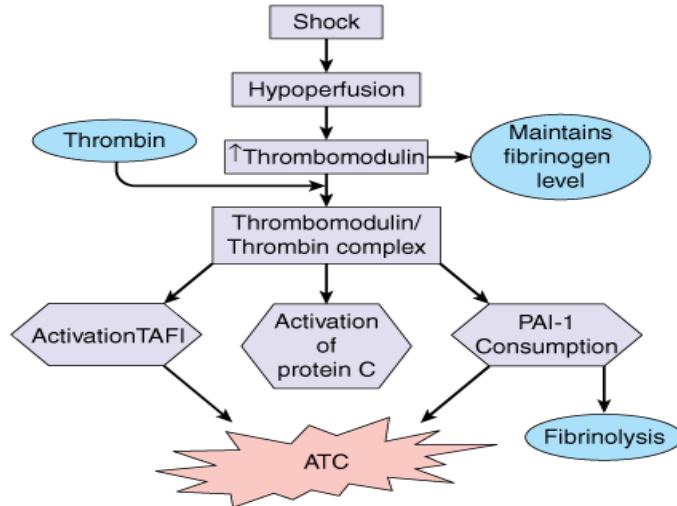


Table. Complications of blood transfusion

Complication	Cause
Immune mediated	
- Acute haemolytic transfusion reaction	- ABO mismatch
- Delayed transfusion reaction	- Atypical antibodies
- Febrile non-haemolytic transfusion reaction	- HLA antibodies after multiple transfusions or in multigravida
- Allergic reaction	- Hypersensitivity or anaphylaxis in response to a component of transfused plasma
- Graft-versus-host disease	- Engraftment of donor T lymphocytes in the recipient
- Transfusion-related acute lung injury	- Leukocyte antibodies or other activators in the donor
- Post-transfusion purpura	- Sensitization to transfused platelet antigens
Infection	
- Viral infection	- HIV, hepatitis B and C, cytomegalovirus and parvovirus in donor blood product
- Other infections	- Bacterial contamination of the blood product, malaria parasites in the donor red cells
Volume related	
- Circulatory overload	- Excessive transfused volume
- Coagulopathy	- Massive red cell transfusion leading to dilutional coagulopathy
Other complications	
- Tissue iron overload	- Repeated red cell transfusion for indications other than blood loss
- Haemolytic disease of the newborn	- Transfusion of D-positive red cells to a D-negative female of child-bearing age

توپیری پېژندنه:

1. د سپینوکرښاتو کتنه کې به په ډېر پیمانې سپین کرښات ولري هغه غبرگون چې د دې لامله وي دا په اورتيکاريا (Urticaria) سره مل وي .
2. Minor Protein Reaction: د پروټین له کبله لږه اندازه غبرگون د سیروم په وړاندې غبرگون بلل کېږي چې دابه د تبې بعضاً انفایلاکسیس او د حاد ریوی اذیما لامل شي.
3. ABO- incompatibilities: د گروپونو نه برابري په ژوندانه ته گواښ په توگه څرگندونه وکړي چې له نیکه مرغه لږ پېښېږي چې علامي به یې د ترانسفیوژن څخه ورسره د وینې دمقدار په انډول منځ ته راشي.
4. Contaminated Blood: ککړه وینه چې په (ویروسونو، مکرښونو، پرازیتونو) شته والی سمباله وي ډېره لږه اندازه پېښې لري خو باید چې له پامه لري نه وي په دې صورت لوړه تبه هایپوټشن به ډېر ژر وروسته له ترانسفیوژن څخه منځ ته راشي چې معمولاً وژونکي بڼه لري. څېړنې (Investigations):
 - مشکوک د وینې نمونه باید له سره و آزمايل او کراس مچ شی.
 - د سروکرښاتو بسته (The red cell pack) او تطیقي سیت دې په پېړنې توگه لابراتوار ته د هیمولایس (acute haemolysis) ټاکنې لپاره واستول شی .

- بشپړه توګه د وینې ګڼه (Full blood count) او کواګولیشن (coagulation screen) دي بیا وټاکل شی.
- منتشر د رګونو دننه کواګولیشن (Disseminated intravascular coagulation) بښای د علقې مودې اوږدوالي (prolongation of clotting times) او د ترومبوسایټوپینیا (thrombocytopenia) ناروغی منځ ته راوړی.
- د پښورګو د دندې تر سره کولو ټاکنې لپاره دې (Urea and electrolytes) تر سره شی.
- د وینې کلچر (Blood cultures) دې تر سره شی.

کلینیکي ګڼې

A. فزیکي ګڼه:

- سرې: درالونو او سینګاري (Wheezing) علامې دې وپلټل شي.
- زړه: د ټاکنې کارډیا او د نوي بهیر اړوند سوډل ته دې پاملرنه وشي.
- ګډه: درد په ځانګړې توګه دفلانک په برخه کې چې باید وپلټل شي.
- پوستکي: د سور رنګه پوستکي (Rush) او یا (Hives) لپاره دې لټون وشي.

B. لابراتواري ګڼې:

- د بانک د وینې د نمونې څېړنه: تازه علقه شوې ټیوبونه (Red top tubes) باید چې بانک ته د بیا آزمايښت ترسره کولو په موخه واستول شي چې تکرار آګراس مچ تر سره کېږي. ډېری د وینې د بانک نمونې هیپارین درلودونکي وي ترڅو Indirect comb's test ترسره شي.
- د میازو آزمايښت: د میازو په آزمايښت کې به هیماټوریا به د ترانسفیوژن غبرګون له کبله په هیموګلوبین یو ریا له کبله د هیمولایزس وروسته منځ راشي چې دا به د ABO ګروپونو د نه برابري له کبله لیدل کېږي.
- هیموګرام: د ترانسفیوژن غبرګون په صورت کې به Schistocytes ولیدل شي خرابیدونکي وینه لري بښای وده ومومي چې د سره کربواتو د تخریباتو له کبله منځ ته راځي.
- د آزاد هیپاتوګلوبین و هیموګلوبین لپاره د سیروم آزمايښت: آزاد هیموګلوبین به په سیرم کې د وینې د ترانسفیوژن غبرګون په صورت کې ولیدل شي او همدارنګه هیپاتوګلوبین به لږوالی ومومي.
- BT او CT آزمايښت: د کواګولیشن څېړنې دې وشي بلډینګ ټایم (BT) او کلاټینګ ټایم (CT) به بدلون ومومي او همدارنګه د پلاټلټونو لږوالی ترومبوسایټوپیني اشته والی به د DIC (Dissiminated idiopathic coagulopathy) بشودونکي وي.
- په وینه کې BUN او کرباټین سوپي ټاکنه: د الکترولايټونو ټاکنه په سیروم د وینې د ناروغی د وې اړوند معلومات راکوي

- د شریاني وینې دکازاتو ټاکنه: دا کڼه په لږه پیمانته تر سره کېږي خود که چېرې تر سره شي په وینه کې د O_2 او CO_2 د سوېې ټاکنې له مخې په اړوند ناروغی او وده یې وپېژندل شي.
- C. رادپولوژیک کڼې: که چېرې دکلیک له پلوه د سږو او زړه اړوند علامې په کېنیکې فزیکې کڼې کې ولیدل شي د صدرې رادپوگرافي په رویتن توگه تر سره کېږي.
- D. د زړه د گراف کڼه: د زړه اړوند ناروغی او اریسمیا گانې به پدې کڼه د پېژندلو وړ وگرځي چې درملنه یې پکار ده.

د درملنې پلان

- A. ناڅاپه دې ترانسفیوژن ودرول شي. د بانک د ټالورست سره دې مشوره وشي او معمولاً وینه بیا له سره کله کېږي.
- B. د ورید له لارې مایعات ورکړل شي. د متيازو Out put او حیاتي علامې دې کټیول کړل شي او د نورمال سالیڼ ورکولو ته دې دوام ورکړل شي.
- C. بانک ته د وینې د نمونې استولو په هکله دې اړوند څیړنه او یتین تر لاسه شي او تاج دې وڅېړل شي.
- D. خفیف غبرگون: معمولاً تبه پرته له ډېر شدید علامو یا همولایزس څخه شته والی لري چې لاندې درملنه کېږي.

1. اتی هیسټامین:

- ډایفن هایدرامین 25-50 mg دعضلي او ورید له لارې ورکول کېږي
- 2. اسټامینوفن (پاراسټامول): دا درمل به د تبې یا الرژیک غبرگون لږوالی کې او بیا ښه والی کې غوره رول لري.
- 3. ترانسفیوژن: نوکله چې یقینې شو چې د وینې گروپونه کومه ستونزه نلري. کېدای شي ترانسفیوژن له سره پیل شي.
- E. دابه دهیمولایزس پوسيله د پېژندلو وړ وي باید د پښتورگو د عدم کفایي دمخنیوي لپاره هڅه وشي.

1. د د وړاني بهیر پیاوړتیا او ساتنه Circulatory Support:

- د وینې فشار دې اعاده کړل شي د وینې د حجم نورمال ساتنه دې وشي.
- د یوریتیک د فیروسامايد او یا مانیټول ورکړه دې معمولاً د سیروم گلوکوز (DW5%) د پښتورگو عدم کفایي مخنیوی لپاره دې ورکړل شي د متيازو القلي کېدنې لپاره دې هڅه وشي او بای کاربونیټ دې په درملنه کې ورزیات کړل شي ترڅو د پښتورگو تخریب او ټپي کېدنې مخنیوی وشي.
- 2. اتی بیوتیک: د مکروبو د شک په صورت کې به اتی بیوتیک ورکړه شي چې معمولاً د گرام منفي باکتریا و درملنه کېږي.

- پیژندل شوی غیرګونونه: هغه ناروغان چې د غیرګون له کبله تې لري او هسټامین ضد درمل یې اخیستی وي د تې ضد درمل هم ورکول کېږي او د کورټیکو سټروئیدونه ورکول کېږي چې ترڅو د غیرګون د زیاتېدو څخه مخنیوی وشي.

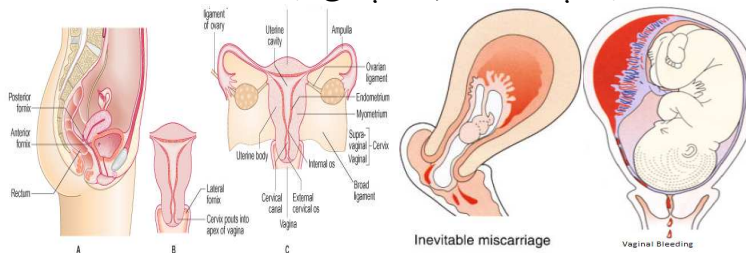
Table - Alternatives to Allogeneic Transfusion

TECHNIQUE	PRODUCT	DISADVANTAGES/STATUS
Autologous blood		Requires donation days to weeks before planned blood loss
		Potential for clerical error
		Cost
Acute normovolemic hemodilution		No role in a acute hemorrhage
		Increased logistic requirements
Autologous cell salvage	Cell saver	Potential for contamination
	Chest tube	Cost
	Drains	
Iron supplementation	Ferrous gluconate	Constipation/diarrhea
	Ferrous sulfate	False-positive fecal occult blood test
		Requires days to weeks for effect
Epoetin alfa (recombinant human erythropoietin)	Epoen (Amgen)	Hypertension· seizures· thrombotic events
	Procrit (Ortho Biotech)	Cost
Antifibrinolytic agents	Aprotinin (Trasylol· Bayer)	Thromboembolic events such as myocardial infarction and stroke (mostly reported with aprotinin) and renal dysfunction
	Tranexamic acid (Cyllokapron· Pharmacia and Upjohn)	
	Aminocaproic acid (Amicar· Wyeth-Ayerst)	
Recombinant activated factor VII	NovoSeven (Novo Nordisk)	Cost
Oxygen Carriers		
Perflubron (perfluorocarbon)	Oxygent HT (Alliance Pharmaceutical)	Increased rate of strokes· trials halted
Hemoglobin-based substitutes (bovine)	Hempure (Biopure)	Hypertension· increased amylase and lipase
		Phase III trials
	PEG-hemoglobin (Enzon)	Early-phase trials as radiosensitizer
Hemoglobin-based substitutes (human)	Diaspirin cross-linked hemoglobin/HemAssist (Baxter)	Increased mortality in phase III trials
		Trials closed
	PolyHeme (Northfield)	Elevated bilirubin and amylase
		Phase III trials
	Hemolink (Hemosol)	Increased rate of myocardial infarcts· trials halted
	PHP (Apex Bioscience)	Trials terminated
	Hemospan (Sangart)	Phase II trials
Hemoglobin-based substitute (recombinant)	Optro (Somatogen/Baxter)	All phase I trials terminated

درې دېرشم خپرکې

دمهبل وينه بهېدنه (Vaginal Bleeding)

د مهبل (لمنې) له لارې دوینې رانگ ته مهبلې وينه بهېدنه وايي يوه ځوانه ښځه چې دا پندېسيټ ناروغۍ د پلټنې او څارنې په موخه روغتون کې بستر شويده او ورته نابېره دمهبل يا لمنې له لارې وينه بهېدنه پيدا کېږي چې سمدلاسه لاندې پوښتنې مطرح کېږي.



- د ناروغۍ ښځې دحيض دوره کله تېره شوې او همدارنگه آيا ښځه د جنسي پلوه فعاله وه او که ؟ د حيض دمرحلې اړوند دې بشپړ معلومات راټول شي چې څه موده دمخه آيا کوم ډول غېر نارمل (ابنارمليتي) حالت شته والی لري او که ؟ بايد بشپړه تاريخچه دکاتراسټيف خوراک او دبلارېښت لومړنيو اعراضو لکه د سهار ناروغۍ، دمايعاتو احتباس، زړه بدې او کانگې او نور په څېر معلومات راټولېږي.

- آيا کومه نښه د شاک لپاره شته والی لري؟ مهبلې وينه بهېدنه کېدای شي په بعضې حالاتو کې ژوره (Profuse) وي او بعضاً په سترگو ليدونکي بڼه لري او د ټوټې ټوټې په څېر به وليدل شي نو په دې حالت کې دې د ناروغ حالت دشاک او هايپوالييميا شته والی لپاره وازمويل شي.

- آيا د وينه بهېدنې سره کوم ډول درد شته والی لري؟ حاد ډول وينه بهېدنه معمولاً د اکټويک بلارېښت چې له هغه څخه دمخه به تل درد د شکايت په څېر شته والی ولري.

- نور لاملونه هم چې د وينه بهېدنې سره د مل په توگه د درد سره يوځای منځ ته راتلای شي لکه دمعدې معائني سيستم يا هضمي جهاز ناروغۍ اعراض به شتون ولری.

- د ضايع شوې وينې اندازه دې وټاکل شي؟ د وينې د ضايع کېدنې چټکتيا او سرعت به پېژندنې او درملنې دواړو په موخه گڼه وړه وي د حجم ټاکنې په موخه دې ډټوکراڼو (Pad) او تامپون ټوکر اړوند معلومات راټول شي ترڅو درجه وټاکل شي.

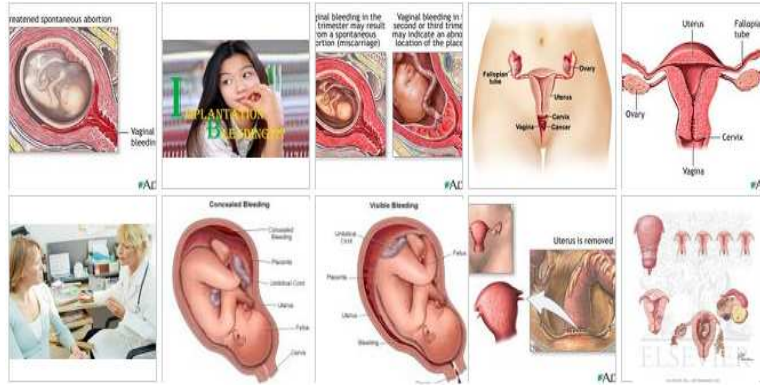
توپيري پېژندنه:

- A. د حيض نورماله پړاو: د حيض په واضح او روښانه توگه دې معلومات راټول شي او دغه دورې دې وڅېړل شي.
- B. غير وظيفوي وينه بهېدنه: دا به په لاندې حالاتو کې وليدل شي.

- i. د زربښت دورې نېرېدې کچې (Perimenopausal) کې.
- ii. د لوټيال پړاو ناکافي توب (Inadequat luteal phase).
- iii. د خولې له لارې کاتراسپټيف خوراک.
- iv. اندومتريوزس.
- C. د بلارښت اړوند لاملونه په لاندې ډول دي؟
- i. اکويک بلارښت.
- ii. تهديدي يا بنفسي زيان (Treatend/ spontaneous abortion).
- iii. د بلارښت د توليداتو احتباس او پاتې کېدنه.
- D. نيو پلازیا لاملونه په لاندې ډول دي:
- i. د رحم فيبر ويډ تومور ونه.
- ii. د سرویکس پولیپونه
- iii. کارسینوما
- iv. د اندومتريوم کارسینوما
- v. د عنق يا سرویکس کارسینوما
- vi. د هګي خالي کارسینوما
- E. اثنانات يا مکروبونه:
- i. د حوصلي احتشاؤ التهابی ناروغی (PID).
- ii. د مهبل التهاب (وجینېټ).
- F. ترضیضات: د بنځینه حوصلي تناسلی غړو ترضیضات د وینه بهیدني لامل ګرځي.
- G. وینه بهیدنه ښائی له نورو برخو څخه وي:

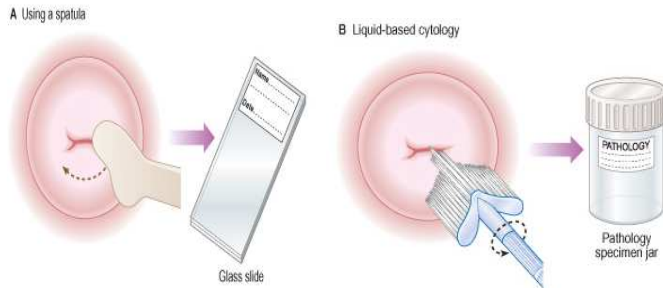
کلینیکي کتنې:

- A. فزیکي کتنې:
1. حیاتي علايم: اورتوسیاتيک علامې د وینې ډیره زیاته پیماننه او تبه د اثنان لپاره دې وپلټل شي.
 2. پوستکي: د پوستکي خثافت يا سپینوالی د وینې بهیدني لپاره یوه غوره نښه بلل کېږي. (Bruise) شینوالی او پټیشیا به د وینې د ناروغیو اړوند نښې وبلل شي.
 3. ګډه: د پریټوان علامې، حساسیت (Tenderness)، د ګډې پرسوب (Distention) د ګډې د جدار شخي (Rigidity) به وپلټل شي.
 4. حوصلي کتنه: د مهلي کلې شته والی لپاره دې مهلي کتنه د مهبل عنق رحم د ځلانځي او ادینکس (Adenex) د سرویکس د خوځښت پرمهال درد د عنق (وازه اوټرلی) بڼه دې وکلل شي.



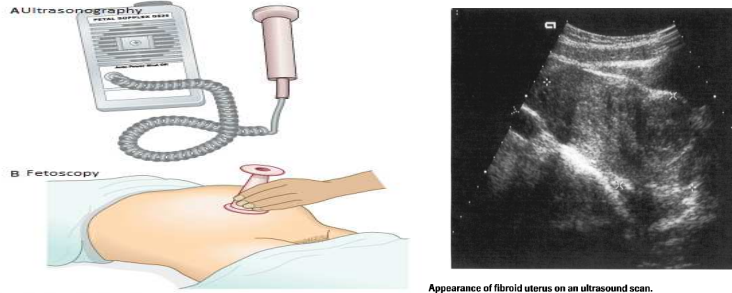
B لابراتواري کتنې:

- i. هیموگرام :
 - ترومبو سائیتینېا.
 - دهیما توکریټ ټیوالی.
 - او لوکو سائیټوزس.
- ii. PTT-PT: که چېرې کواگولېټي شته والی ولري فبرینوجن ، فیبرین دی وپلټل شي چې د DIC شته والی لپاره کچه ور معلومات راکوي.
- iii. د وینې گروپ ټاکنه او کراس مچ تر سره کېږي.
- iv. د میازو او د وینې د سیروم د HCG هورمون د سوئي ټاکنه: د بلارېنېت آزماينېت به ډاکټویک بلارېتوب په صورت کې مثبت وي.
- v. Pap smear of cervix اخيستل کېږي او د کتنې او آزماينېت لپاره استول کېږي.



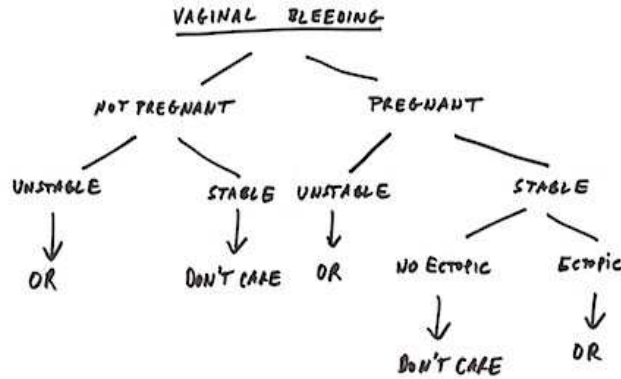
- vi. د ځلانځې (رحم) د عنق کلچر تر سره کېږي.
- vii. د کلچر سره سم د میکروبوونو د حساسیت ټاکنې لپاره اتی بیوگرام تر سره کېږي.
- C. رادیولوژیک او نورې کتنې:
 1. د دوگلاس د جوف بډل Culdacentesis: که امکان ولري د دوگلاس د جوف بډل تر سره کېږي دابه اکټویک (بې ځایه) بلارېنېت په پېژندنه کې مرسته وکړي.

2. د حوصلې التراساوند کله: د ځلانځې (رحم) او ټیوبونو د ناروغیو پیژندنې څېړنې لپاره او همدارنگه د حوصلې دکلاتو ټاکنې لپاره تر سره کېږي.



Appearance of fibroid uterus on an ultrasound scan.

3. د حوصلې سي ټي سکن: دا د هر ډول حوصلې کلاتو پیژندنې لپاره ډېره ګټه وړه ګڼه بلل کېږي په یا ولری چې التراساوند ګڼه تل د بلا رېسټ پیژندنې لپاره د CT.Scan څخه دمخه تر سره کېږي.



د درملنې پلان:

ډېرې دمېبل وينه بهېدنه ځانګړې درملنې ته اړتیا نه لري تر هغه چې حيض مرحله نورماله بڼه ولري او که چېرې وينه بهېدنه تعدد او ډېر دوام وکړي د نسايي ولادي ناروغیو متخصص مشورې ته اړتیا پرېوزي.

A. بېړنې درملنه:

- i. که چېرې ناروغ حاده وينه بهېدنه ولري د بيا رغونې درملنې ته په بېړنې توګه اړتیا ده.
- ii. د لوی قطر درلودونکی کولا ناروغ ته ټېرېپي او کريستالوئيد مایع ورکول کېږي.

د وینې ورکولو لپاره کراس میچ کېږي، د میازو او پټ کېږي د هیماتوکریت سلسله گل کېږي ناروغ NPO کېږي. او پېرني د جراحی عملیات کېنلاره تر سره کېږي. B. بی ځایه بلارینست:

که چېرې د کېډي په بنسکني برخه کې درد شته والی لري او ناروغ د ماشوم زېږونې په عمر کې وي د بی ځایه بلارینست حالت باید وپلټل او رد کړل شي که چېرې د بلارینست آزماينست منفي وي التراساوند د دوگلاس جوف بدل دی تر سره شي او بنسائی پېرني جراحی کېنلارې ته اړتیا پریوزي.

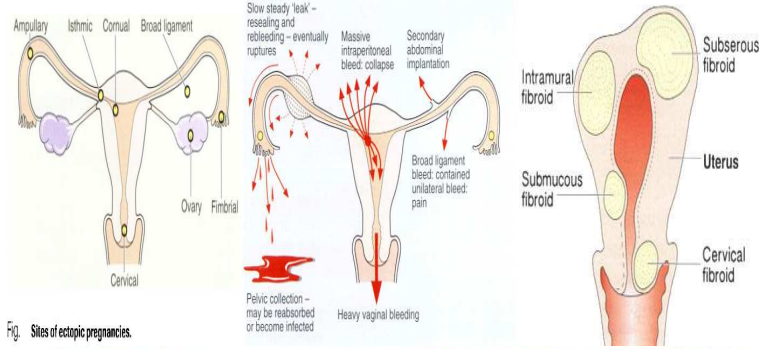


Fig. Sites of ectopic pregnancies.

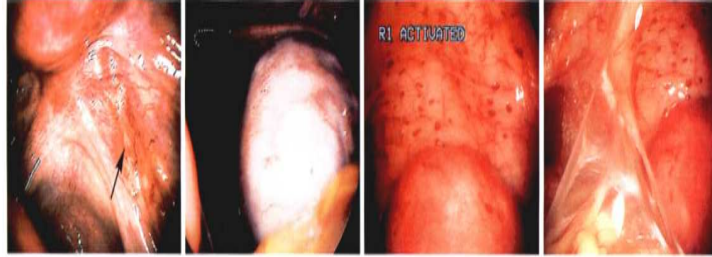
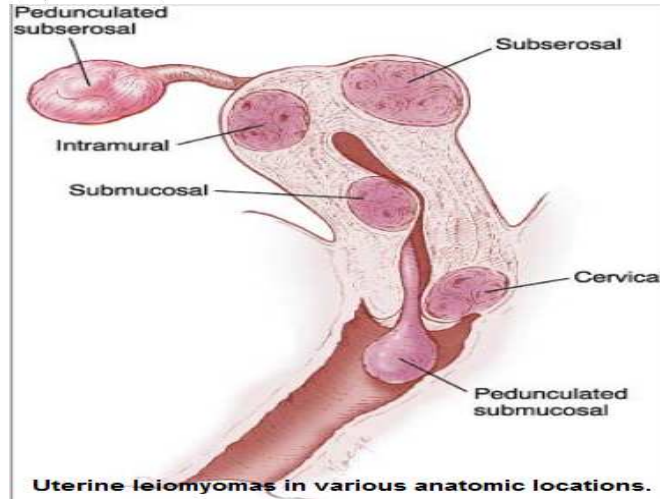


Fig. Laparoscopic appearance of endometriosis. (a) Endometriotic deposits - red 'flares'. (b) Intact endometrioma. (c) Uterovesical fold - café-au-lait spots. (d) Filmy adhesions over ovarian cyst.



څلور دېرشم څپرکي

د وينټيلاټور منجمنټ: اجيټيشن

Agitation : Ventilatory management

- تاسې د يوه ناروغ لپاره چې په ICU خونه کې بستر دی او د وينټيلاټور پواسطه ورته تنفس ورکول کېږي راغوبنځل کېږي چې ناروغ پارونې - جېکې وهلو (Agitation) او ټوپ اچولو (Bucking) حالت د وينټيلاټور منځ ته راځي نو سمډلاسه لاندې پوښتنې منځ ته راځي.
- 1- د شرياني وينې د کازاتوسويه څه ډول ده؟ هاپوکسيا ښائې د هاپوکنيا او ټاکنپيا لامل گرځي.
 - 2- د ناروغ نېرډې (وروستنې) صدري راډيوگرافي کومه ده؟ هر يودا ډول ناروغ لږ تر لږه بايد يود صدري راډيوگرافي واخلي او همدارنگه له چې دکلېنيک له پلوه ورته بدلون منځ ته راغلی وي بايد راډيوگرافي واخيستل شي. د مثبت فشار شته والی له کبله ښائې پنوموتورکس تازه منځ ته راغلی وي چې د هاپوکسيا او اجيټيشن لامل گرځي.
 - 3- د ناروغ تنفسي عمليې اندازه څومره ده؟ ټاکنپيا معمولاً د وينټيلاټور د Bucking له کبله وي.
 - 4- د وينټيلاټور Setting څه ډول دی؟ پدې کې (Rate، PEEP، FiO₂، TV) او د وينټيلاټور مود کل کېږي په هره دقيقه کې د تنفس تعداد او يا شمېره Assist کنټرول ښائې د وينټيلاټور له کبله Fall tidal volume منځ ته راشي.

توپيري پېژندنه

A. Respiratory Decompensation:

- i. پنوموتورکس او ټنشن پنوموتورکس.
 - ii. نامناسبه پوزيشن (Improper positioning)، د اندوتراخيال ټيوب چې هر چېرې Proximal او يا distal وي.
 - iii. Mucous plugging د غليظ افرازات کولای شي چې ټيوب بند کړي.
 - iv. د وينټيلاټور دنده نه تر سره کول په دې صورت کې دې ټيوب وځوځول او بې ځايه کړل شي او د ما هر کس پواسطه دې دا کړنه تر سره شي او ناروغ دې وڅارل شي.
 - v. اسپارېشن: دا به معمولاً د اندوتراخيال ټيوب په چاپېريال برخه کې راټول شي.
 - vi. Sepsis: سيپټيک سيپسس کولای شي چې اجيټيشن منځ ته راوړي.
 - vii. نور لاملونه لکه د زړه احتقاني عدم کفايه او آمبولي.
- B. نامناسبه ټايډل واليوم: مناسبه اندازه Tidal volum به د ناروغ لپاره (10-15cc/kg) وټاکل شي.
- C. ناروغ ته غير مناسب د سيداټيف او يا درد ضد درملو ورکړه.
- D. Status epilepticus: دا ښائې د agitation سره مغالطه کوونکی وي.

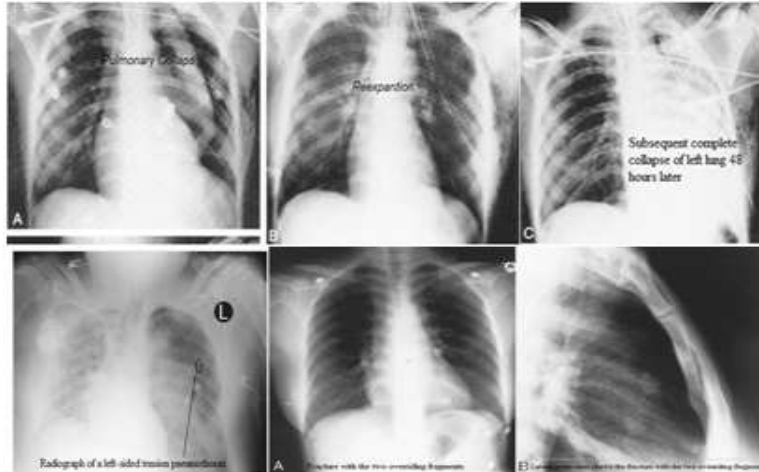
کلبنيکي کني

A. فزيکي کني:

- حياتي علامې: هايپوټنشن بنائي د اجيټشن لامل وگرځي.
- غاړه (عنق): د غاړې د وریدونو پرسېدلی بڼه او د ترخيا بې ځايه کېدنه به د پنوموتورکس په شته والي دلالت وکړي.
- سرې: دواړه لورو سرې اوریدنه دې وشي او Wheezing او يا د زړه د عدم کډايي لپاره دې لټون وشي.
- صدر: د تحت الجادي امفزيما شته والی دې وپلټل شي او همدارگه نور توپيرونه دې هم وڅېړل شي.
- Cuff ته بدلون ورکول به په مناسب ډول کف پرسول کېږي او دهر ډول هوايي ليکاژ دې وکل شي.

B. لابراتواري کني:

- د شرياني وينې دکازاتو ټاکنه: ډاکنه هغه مهال ضروري ده چې په عينې توگه شهود شته والی ولري چې غير نارمل نښې شته.
- C. رادپولوژيک او نورې کني:
- د صدر رادپوگرافي: د اندوتراخيال تيوب دځای او موقعيت دې وپلټل شي همدارنگه د پنوموتورکس ، انصباب دې وپلټل شي.



د درملنې پلان:

A. بېرني منجمنت:

1. د شرياني وينې دکازاتو سويه اندازه دې وټاکل شي او رادپوگرافي دې تيوب موقعيت ثبوت لپاره واخيستل شي.

2. د امبوېک پواسطه دې ناروغ ته منوالي وينيليتور ورکړل شي او 100% اوکسيجن ورکول کېږي.
- a. که چېرې په ساده ډول وينيليشن تر سره شي د مېخانيکي وينيليتور ستونزه دې چک او کنټرول کړل شي.
- b. که چېرې دوينيليشن مقاومت زياتوالی ومومي د پنوموتورکس حالت دې په نظر کې وي.
- i. دواړه لورونه دې د سږو آوازونه واورېدل شي که چېرې پنوموتورکس شته والی ولري نښه چې د راډيوگرافي اخيستلو ته انتظار وباسو که ناروغ غير ثابت وي Chest tub دی کينودل شي.
- ii. که پنوموتورکس شته والی ونه لري اندوتراخيال ټيوب دی ولټول شي چې بندښت شته والی لري او که. کېدای شي ټيوب replace کړل شي.
3. که چېرې کوم انسداد يا بندښت شته والی ونلري نو سپيسس CHF د سږو اېولي اویا اسپاږيشن به وليدل شي.
- B. يقين کول او يا باوري کېدنه: بيا بايد باوري شو او ټول دې له سره وارزول شي او منجمنت دې له سره پيل شي.
- C. انالجزيا او سيديشن : په مناسبه اندازه د درد ضد او سيداتيف درمل دې ورکړل شي
- Diazepam (Valium): 5 - 2.5 mg IV / 6^h دې پيل شي.
 - Pancrimum (Pavulon): دا درمل دې په روتين ډول ونه کارول شي درد له منځه وړي د عضلاتو پاراليزس او سيديشن منځ ته ر اوړي. که دا درمل دې په روتين ډول ونه کارول شي دعضلاتو پاراليزس منځ ته ر اوړلو لپاره به دا درمل دمورفين اوډيازيم سره په گډ ډول وکارول شي.



- D. عمومي بېهوشی (انيسټيزيا):
- بعضاً دا ناروغان د ټايدل واليوم لوړوالی لپاره اړتيا لري. Fixed.Tidal Volume د IV or IM mode.
 - منځ ته ر اوړلو لامل کړخي د تنفس شمېرې زياتوالی د دې کړنلارې سره سم منځ ته راځي چې گډه وره ده .
 - Assist control کېدای شي چې بشپړ تنفس ناروغ ته ورکړي .

- Tidal volume به داسپا پرېشن سره مرسته وکړي او ناروغ یو به لږ اندازه کوښښ ته اړتیا ولري.
- Controlled Ventilation باید چې په روټین ډول ونه کارول شي چې ښائی داجیټیشن او نورو اختلاطونو لامل وگرځي.

د وینټیلایټور منجمنټ: په شهبق کې چې لوړه سویه د اوکسیجن ولري Ventilator management: high inspired oxygen

- i. یو تراوماتیک یا ترضیفي ناروغ چې د میکانیکي تنفس اخلي د اوکسیجن فشار یې PO_2 یې 75mmHg وي او 19% اوکسیجن ورته تطبیق کړي لاندې پوښتنې سم دلاسه مطرح کړي.
 - i. د ناروغ د شریاني وینې دکازاتو سویه څه ډول ده؟ د کاربن ډای اکساید PCO_2 فشار لوړوالی به د هایپوینټیلیشن څرگندویي ونې که چېرې وینټیلیشن لږه اندازه توپیر او اغېزه دکاربن ډای اکساید پرسویه باندې ولري او اصلاحي حالت منځ ته رانشي دا به د سرو په ناروغیو دلالت وکړي او هایپوکسیمیا به منځ ته راوړي.
 - ii. صدري راډیوگرافي څه ښودنې لري؟ په واضح او روښانه بڼه دا تکالوژي پنومونیا، پنوموتورکس، د پلورا انصباب، د سرو اذیما او د ARDS شته والی ولري دا ناروغی هایپوکسیمیا زیاتوي.
 - iii. داندوتراخیال ټیوب حالت څرنگه دی؟ همدارنگه د راډیوگرافي پواسطه کولای شو چې داندوتراخیال ټیوب په اړه معلومات راټول کړو هغه ویشوروو بې ځایه یې کړو او موقعیت ته یې توپیر ورکړو او Cuff یې له سره وپرسوو.
 - iv. د وینټیلایټور Setting او کار کړنه څه ډول ده؟ ښائی د PEEP زیاتولو پواسطه د اوکسیجینیشن ټیټه سویه برابره او سمه شي.

توپیری پېژندنه:

- دهایپوکسیا معمول لاملونه کولای شو چې په دوه برخو ویشو:
- هغه ستونزې چې د وینټیلیشن او پرفیوژن ترمنځ Poor matching ضعیف گډون منځ ته راوړي. (shunt V/Q Mismatch and diffusion abnormalities) او همدارنگه د خالص پرفیوژن پورې تړولري.

A. دوینټیلیشن او پرفیوژن Mismatches پورې تړلی لاملونه لکه په:

- i. COPD، Asthma .
- ii. پنومونیا.
- iii. اتلکازس .
- iv. د سرو آمبولی.
- v. پنوموتوراکس.
- vi. فزیولوژیک شنتینګ Shunting په ARDS او سرو اذیما کې کېدل کړي.

- vii. اتوماتیک شننیک د په زړه ولادي ناروغیو کې وي.
- viii. سپیسس په خفیف یا منحنی ډول د نا اندوله (mismatch) د وینتیشن او پرفیوژن ترمنځ نه پېښېږي.
- ix. کېدای شي چې اندو تر اخیال تپوب د سربو اساسي برانکوس ته ښکته ورننوتی وي.
- B. هایپوینتیشن:
- i. ډېر لږ اندازه تپت وینتیشن (تپت ټا بدل والیوم).
- ii. د مړې مسافې زیاتوالي (increased dead space) چې د میکانيکي تنفس پواسطه له منځه نه ځي.
- iii. د عضلاتو ضعیفې هغه ناروغانو کې چې تر وینتیشن لاندې نه وي.
- iv. دکف لیکاز Cuff leak.

کلینیکي کتنې

A. فزیکي کتنې:

1. حیاتي علامې: تبه، ټاکی کارډیا او هایپوټنشن ښائی د سپیسس څرگندوي وي.
2. غاړه: د جګولار ورید پړسوب دي ولټول شي.
3. زړه: د زړه د دریم غږ (S3) او ټاکی کارډیا ښائی د زړه د عدم کلايي چې د سربو اذیما منځ ته راوړي څرگندوي وي.
4. سږې په ډېرې پاملرنې او احتیاط سره دي د سربو اذیما شته والی ولټول شي د رالونو شته والی د سربو اوزونو تپت والی (اتلکازي، انصباب پنوموتورکس) او ایګوفوني به په (پنومونیا) ویزنک یا سینګاري به په استما (Asthma) کې واوریدل شي چې د سربو یا صدر راډیوګرافي اخیستل پکار دي.

B. لابراتواري کتنې:

- شریاني وینې دکازاتو ټاکنه ضروري ده.
- هیموګرام: هیموګلوبین او هیماتوکریټ دي ولټول شي.
- کلچر: د خراشکي، وینې، متیازو او درین او جراحی افرازات د بکلچر کړل شي.
- د خراشکي آزماښت: نري (Tenacious) افرازات به د تنفسي ناروغیو غبرګون حالاتو او د قیحي (prulent) خراشکي په پنومونیا Frouthy sputum به د سربو اذیما کې ولیدل شي.
- Mixed Venous Oxygen Content: د سربو له شریان څخه دي وینه راوویستل شي په نورمال توګه اوکسیجن دي (40mmHg) فشار ولري او (په حدود 70% saturated) سویه لري ټپه سویه به د اوکسیجن پرفیوژن انساجو ته ضعیف څرګند کړي چې ښائی غټه بڼه ترضیض او یا شدید (sepsis) شته والی لري.

C. راډیولوژیک او نورې کتنې:

1. د صدر راديوگرافي: د دې ګټې پواسطه اټلګازي، پنومونيا، د سپرو اذیما ARDS، پنوموتورکس او د پلورا انصباب به وپېژندل شي.
2. الګروکارډيوگرام: د زړه درټیم د بې نظمي په اړه لټون پکار دی اذینې فیبریلیشن او فلوتر چې کېدای شي اصلاح شي د ایسکیمیک بدلونونو شته والی به د احتشاه څرګندوي وي.
3. Nuclear ventilation / perfusion scan or pulmonary Arteriogram: همدارنګه دا ګټه د آمبولې په شته والی کې لیدل کېږي.
4. د ګېډې CT.Scan: که چېرې کوم اتناني ټولګه تر اشتهابه لاندې وي نو دې ګټې په لږ کې به وپېژندل شي.
5. التراساوند: په یولږ ناروغیو کې د ګېډې او زړه التراساوند ته اړتیا پرېوزي.
6. ایګوکارډيوگرافي: د زړه ایګو ګټه کولای شي د یولږ ناروغیو اړوند معلومات څرګند کړي.
7. برانکو سکوپي: دا ګڼه د سپرو افرازاتو راویستلو په موخه چې د اټلګازي سبب ګرځي همدارنګه لواژ او بیوشيمي هم د دې ګڼې پواسطه تر سره کېږي.
8. Open lung biopsy: نادراً توصیه کېږي او هغه مهال د سپرو ناروغیو له کبله هاپوکسیما منځ ته راشي.

د درملنې پلان:

- A. د وینه لږې اصلاح: پدې لږ کې دې سره کریوات یا تازه وینه ناروغ ته تېره کړه شي او هیماتوکریټ دې له 30% څخه پورته وساتل شي.
- B. د سپرو ناروغۍ درملنه:
 - 1 pneumothorax اصلاً د پنوموتورکس لپاره دې صدري ټیوب کېښودل شي.
 - 2 پنومونيا دې د اتی بیوتیکونو او ویروس ضد درملو او سپرو پاکولو پواسطه درملنه شي.
 - 3 اټلګازي: په کره توګه دې سکشن وشي همدارنګه د Sigh's set پواسطه چې دوه ځله تایدل والیوم 6-10 times په یوه ساعت کې تر سره شي چې د اټلګازي څخه په مخنیوي کې رول لري.
 - 4 استما Asthma: موضعي برانکو دایلاتور درمل (سالبوتامول، لیزونوپریل او الوپنټ) امانیوفیلین او سټروئیدونه بنائې وکارول شي.
 - 5 پلورائی انصباب: تورا سنتیزس او ټیوب تورا کو ستومي ته بنائې اړتیاوي.
 - 6 د سپرو اذیما: دیورتیکونه، د مایعاتو تطبیق دې په احتیاط وشي او مورفین به ګڼه ور وي.
- C. د سپرو پاکولو درملنه:
 - په کراتو سره دې سکشن وشي او اندو تراخیال ټیوب دې پاک شي.
 - د فزیولوژیک پواسطه لواژ به د سپرو افرازات پاک کړي.
 - په پراخه پیمانې او اندازه تایدل والیوم دې برقراره شي.

- میتا پرولول (الوپنت) ورکول کېږي.
- د سپروفزوتراپي.
- D. د سپیسيس درملنه:
- سپیسيس دې درملنه شي پدې لړ کې به مناسب وسع الساحه اغېزه کونکي اتی بیوتیکونه اوبشائی جراحی دریناژ ته اړتیا وي.
- E. دوینتیټور Setting دې ډاومن شي:
- د راډیال شریان دې د کبتر تیروولو لپاره وټاکل شي اود وینې دکازاتو ټاکنې لپاره دې نمونه ورځنې برابره شي.
- د PCO₂ فشار دې نورمال وساتل شي.
- د FiO₂ دې په لوړه کچه او اندازه پیل شي، (0.9-1.0). او پاملرنه دې وشي چې داوکسیجن کمښت منځ ته را نه شي.
- Positive and Expiratory pressure(PEEP): په کراره سره علاوه کړل شي کله چې فشار 10-15 mmHg وي اختلاطونه لږ پېښېږي بشائی Barotrauma او زړه دهانه (اوت پټ) لږ کړي.
- سیدیشن اویارالایزس ته هم اړتیا پروتلاي شي.
- F. هیموډینامیک حالت دې اعظمي کولو لپاره بشائی د سپرو شریاني کبتر مرستندویه وي:

- 1- Filling pressure دې مناسب وساتل شي (15mmHg) چې کرسټالوئید مایع ورکول کېږي او یا هم وینه تطبیق کېږي.
 - 2- که چېرې Wedge pressure له 20mmHg څخه پورته وي فیروساماید Furosemide درمل ورکول کېږي.
 - 3- د زړه index اصلاح کېږي اود Dopamine ورکړه بشائی اړتیا وي.
 - 4- Cardiac Index= Cardiac Out Put / Body Surface Area; Normal = 2.8-3.2 liter/ Min/Meter که بشائی وي index دې له دوه (2.0) څخه پورته وساتل شي Mixed venous اوکسیجن مناسب د زړه اوت پټ څرگندوي چې دانساجو اوکسیجینیشن تامینوي.
 - 5- سیسټیک مقاومت (SVR) باید په نظر کې وي همدارنگه دې ته د محیطي مقاوت اجمالی بڼه Total prepheral resistance (TPR) هم ویل کېږي چې په لاندې توگه کتل کېږي.
- $$CVR = \frac{(MAP - CVP)}{Cardiac \text{ .output}} \times 80$$
- MAP = main arterial pressure = diastolic pressure+1/3 (Systolic – Diastolic)
- Normal SVR= 900-1200 dynes/sec/cm₂
 - Normal MAP =90-80 Torr

سيپسيس او هايپوټنشن د SVR ټيټوالي منځ ته راوړي او د زړه Output لوړوالي د مقاومت لوړوالي د دوپامين Norepinephrine، Norepinephrine، Dopamine د څاڅکو وړکړې پواسطه منځ ته راځي د مقاومت لږوالي د نايټروپروسايد وړکړې پواسطه منځ ته راځي. G. هپارين: که چېرې د سږو آمبولې مطرح وي هپارين وړکول کېږي.

د وينټيلټور منجمنټ د لوړ پيک فشار په صورت کې

Ventilator management

يو ناروغ چې په تراو ماټولوزي سرويس کې (multiple) متعدد جروح او له کبله بستر دی ورته ناڅاپه High. Peak . pressure داتويشن په حالت کې منځ ته راغلي دي سمدلاسه دلاندې پوښتنو اړوند معلومات راټولېږي.

- I. د شرياني وينې دکازاتو سويه څه ډول ده؟ د پيک د فشار بدلون به ښائی د وينټيلټور د غير نورمال په بڼې دلالت وکړي. که چېرې سيديشن لږوالی ومومي دابه دسږو په يوه نوي حالت دلالت وکړي د دې لپاره دې د شرياني وينې نمونه لابراتوار ته واستول شي او دمونيټور پواسطه دې دکازاتو سويه وڅارل شي.
- II. آیا د اندو ترخيال ټيوب بدلون د پوزيشن له پلوه شته او که؟ د راديوگرافي اخيستنې پواسطه کولای شو چې د ټيوب موقعيت وڅارو چې هغه پر خپل ځای کې دی او که او ياهم له خپل ځايه بې ځايه په برانکوس يا قصبې کې دی او ښائی د يوه سږې لورې ته تېروي او يو سږې په وينټيلشن کې برخه واخلي دا بايد ډېر پوخ او کره وڅارل شي.
- III. آیا په اندو ترخيال ټيوب کې افرازاتو کې زياتوالی منځ ته راغلی او که؟ که چېرې په ټيوب کې افرازات ډېر او پېر شي نو د نرس پواسطه سکشن کولو ته اړتيا پريوزي ترڅو ټيوب پاک وساتل شي که چېرې افرازات سکشن او پاک نه کړل شي نو په قسمي ډول ښائی د بندېدنې لامل وگرځي.
- IV. آیا ناروغ تحت الجلدي امفزيما لري او که؟ د پيک د فشار د لوړوالي لامل يوهم دادی چې ناروغ د مثبت فشار لاندې د تنفس پرمهال ورته ټنشن پنوموتورکس منځ ته راځي چې ښائی د تحت الجلدي امفزيما سره مل وي چې په دې حالت کې به صدري جدار او غاړه جس کړل شي او د راديوگرافي پواسطه د پېژندنې وړ وگرځي.
- V. آیا د وينټيلټور په Setting يا کارکړنې کې کوم توپير شته والی لري؟ بايد ماشين دکارکړنې په هکله ښه يقينې شو چې سم کار کوي او که په کارکولو او Setting کې يې توپير منځ ته راغلی او ټول سرکيټونه دې وپلټل شي.

توپيري پېژندنه

- A. د وينټيلټور ميکانيکي ستونزې:
- i. که چېرې دا لازم Setting په ټيټ پيک د فشار عيار شوې وي.

- ii. که چېرې د سرکټ Set. up په وینټیلیټور کې سم نه وي شوی.
- iii. که چېرې د اندوتراخیال ټیوب موقعیت بېخا په او بدل (Shift) شوی وي.
- B. د ننه دسرو ستونزې :
 - i. د اندوتراخیال ټیوب بندېدل د افرازاتو پواسطه.
 - ii. د سرو اذیما:
 - iii. اترسټیشیال ناروغی:
 - خباث Malignancy لمفاوي خپرېدنه.
 - فیبروزس Fibrosis چې لکه د بلیوما یسین پواسطه منځ ته راځي.
 - iv. دسرویا د هوايي لارې دناروغی لکه استما (سالندی) له کبله .
 - C. د سرو بهرني لاملونه او فشاري ستونزې:
 - i. پنوموتورکس او تنشن پنوموتورکس.
 - ii. دپلورا انصباب او هیموتوراکس .
 - iii. دگډې پرېسوپ چې تنفس تر اغېزې لاندې راوړي.
- د وینټیلیټور (Bucking) حالت اضطراب (Anxiety) درد دسیدیشن لږوالی اجییشن به په ثانوی ډول هاپووینتیلیشن او هاپوکسیا منځ ته راوړي چې PCO_2 دې کنټرول شي.
- ټوخی او سپزم

کلینیکي کتنې

- A. فزیکي کتنې:
 1. پوستکي: سیانوزس او کرپټیشن به د تحت الجلدی آمفزیما کې ولټول شي.
 2. سرې: د سرو افرازات دې وپلټل شي او دسرو آوازونه به یې لږ واورېدل شي رالونه او ویزنګ به شته والی ولري
 3. زړه: د وریدي فشار به لوړوالی ومومي او د زړه آوازونه به ټیټوالی ومومي .
 4. گډه: د گډې پرېسوپ او حین به شته والی ولري.
- B. لابراتواري کتنې:
 - دشریاني وینې گازونه به ناڅابه بدلون ومومي .
 - هیموگرام د هیماتوکریټ او لوکوسایټوزس لپاره لټون پکار دی چې هیماتوکریټ به ټیټوالی او لوکوسایټوزس به شته والی ولري
- C. رادیولوژیک او نورې کتنې:
 - د صدر رادیوگرافي: نوی رادیوگرافي اخیستل کېږي د ټیوب موقعیت اتلکازي ، پنوموتورکس ARDS، پلورايي انصباب ، د سرو اذیما او نوي ارتشاحتو اړوند معلومات

راکړی د ټیوب دننه انتها دې وپلټل شي چې د Carina څخه باید د 2CM دوه ساتي متره پورته موقعیت ولري.

د درملنې پلان

A. بیرنې درملنه:

1. د وینټیلیټور څخه ناروغ سمدلاسه خلاص کړل شي او د آمبوګ (Ambo bag) پواسطه دې ناروغ ته تنفس ورکړل شي. دا کړنه به سمدلاسه د منځ ته راغلي ستونزې اړوند به له منځه تللو کې پوره مرسته وکړي همدارنگه داندوتريخیال ټیوب سکشن به په کراره او آسانه بڼه وشي.
2. وینه دې شریاني وینې دکازاتو سویې ټانې لپاره واخیستل شي او صدري راډیوګرافي به واخیستل شي.
3. د یوه نرس پواسطه دې سیستم کټرول کړل شي او تصمیم او هوډ دې ونيول شي چې که ستونزه چېرې ده.

B. هیمونوموتورکس او انصباب درملنه:

- که چېرې دکلینیک او راډیوګرافي پواسطه هیموتورکس، پنوموتورکس او پلورايي انصباب تثبیت کړل شي په بیرنې توګه باید ژر تر ژره ناروغ ته صدري ټیوب باید تطبیق کړل شي. د پنوموتورکس شته والی درملنې لپاره دی په اخته لوري کې په دوهمه بین الضلعي مسافه کې کېښودل شي.
- C. د اندوتريخیال ټیوب بې ځایه موقعیت:

د دې ستونزې لري کولو په موخه دې ټیوب عیار او په اصلي برخه کې ځای پرځای کړل شي چې بشاړی د ټیوب راویستلو او بېرته ځای پرځای کولو ته اړتیا پرېوزي او د صدري راډیوګرافي اخیستلو ته اړتیا ده.

D. د وینټیلیټور Bucking دی کټرول او اصلاح شي.

E. د فشار الارم دې عیار کړل شي.

- د فیبروزس، ارتشاحي ناروغی او ARDS دې په اعظمي توګه درملنه شي.
- د لوړ پیک تنفسي لارې فشارونه بشاړی د ناروغ پواسطه تحمل کړل شي.
- الارم دې عیار شي د پنوموتورکس او باروتراوما پلټنه دې وشي.

د وینټیلیټور منجنټ د ټیټ شریاني اوکسیجن

او لوړ کاربن ډای اکساید سویې په حالت کې

تاسې بنایي دیوه ناروغ لپاره چې 83 کاله عمر لري او بطني ابهر انیوریزم د څېرېدنې له کبله ورته دکرافټ (Grafting) جراحی کړنلاره تر سره شوېده چې سمدلاسه د اوکسیجن فشار له 55 PO_2 څخه ټیټ دی سمدلاسه لاندې پوښتنې منځ راتلای شي.

1. د وینټیلیټور Setting په مداوم ډول څرنگه دی او ایا کوم ډول نږدې بدلونونه شته والي لري او که ؟

- ii. د ناروغ د تنفس شمېره څومره اټکل کېږي؟ پاکيټيا ډېره مهمه نښه بلل کېږي چې بنسټي وينټيلټور Setting به په مناسبه بڼه نه وي ترڅو تنفس حمايت کړي.
- iii. کوم ډول جراحي کړنلاره يا عمليات ناروغ ته تر سره شويده؟ د توراکوټومي جرحه فلانگک او يا هم د گېډې لويه جرحه به درد ناکه وي چې د ناروغ په تنفس باندې اغېزه اچولای شي لکه د Median sternotomy کړنلاره.
- iv. له عمليات څخه دمخه د ناروغ دکازاتو سويه څرنگه وه؟ د سږو د ناروغيو د شته والي په صورت کې بنسټي د وينې دکازاتو سويه ښه نه وي او بدلون ولري او دمنلو وړ سويه ونه لري چې بايد وکړل شي.
- v. د پک اېروي pack airway فشار به څه ډول وي؟ دکا کولای شي تاسو ته اجازه ورکړي چې شکاټونه وگڼئ چې د سږو شخې پسې منځ ته راځي په پرمختلونکي ډول د سږو شخې بنسټي ARDS لامل د ټيټ O_2 اوکسيجن لپاره څرگند شي. نورمال $Normal Compliance is > 100ml/cmH_2O$
- vi. وروستۍ راډيوگرافي د صدر څه مهال اخيستل شوې ده؟ که چېرې نږدې په څو ساعتونو کې اخيستل شوی نه وي يوه نوې راډيوگرافي دې اخيستل کېږي ترڅو د لامل پېژندنې لپاره مرسته وکړي.

توپيري پېژندنه:

- A. د سږو اډيما: د مايعاتو بيلانس دی د څو ورځو په لړ کې کنټرول کړل شي که چېرې مايعات ډېر ورکړل شوی وي نو کېدای شي د اوکسيجن دټيټ سويې لامل وگرځي.
- B. د وينټيلټور ليکاژ: معمولاً د شليډلي يا سوري کف (Cuff) پورې تړاو لري پدې يقيني کړي ځان چې ناروغ ټول مجموعي ټايډل واليوم اخيستی او که؟
- C. د سږو پارانشيما ناروغی: لکه COPD چې له عملياته د مخه شته والی ولري.
- D. نامناسبه د وينټيلټوري حمايت: لکه د ټايډل واليوم ټيټه اندازه او د peep د سويې نامناسبه بڼه.
- E. پنوموتورکس: يو ساده پنوموتورکس کېدای شي چې په چټکه توگه پرمخ ولاړه شي او ټنشن پنوموتورکس کېدای شي د ميکانیکي وينټيليشن په ناروغانو کې منځ ته راشي.
- F. د اندو تراخيال ټيوب بې ځايه موقعيت: د صدرې راډيوگرافي پواسطه ارزول کېږي چې ټيوب بايد 2^{cm} قصبې څخه پورته موقعيت ولري.
- G. اسپايريشن Aspiration: اسپايريشن بايد وارزول شی او ثبیت کړل شی چې د تنفسی لارې ستونزې منځ ته راوړی.
- H. مخاطي پلک: ډېر پير افزاات بنسټي د تنفسي لارې او اندوتراخيال ټيوب د بندېدنې لامل وگرځي.

- I. ARDS: دا سندروم باید وارزول شی او نثیت کړل شی چې د تنفسی لارې ستونزې منځ ته راوړی.
- J. د قصباتو سپزم Branchospasm: د قصباتو سپزم باید وارزول شی او نثیت کړل شی چې د تنفسی لارې ستونزې منځ ته راوړی.
- K. اټلکنازس / پنومونیا: دواړه حالات باید وارزول شی او نثیت کړل شی چې د تنفسی لارې ستونزې منځ ته راوړی.
- L. د سږو آمبولی: باید وارزول شی او نثیت کړل شی چې د تنفسی لارې ستونزې منځ ته راوړی.
- M. د هیموګلوبین ټیټه سویه چې د اوکسیجن په لېږدولو کې ډېر رول لري.

کلینیکي کتنې

- A. فزیکي کتنې:
1. HEENT باید د هف (Cuff) لیکاز وڅارل شي او پلټنه وشي.
 2. غاړه Neck: د غاړې د ورید پر سوب د CHF حجم زیاتوالی او یا هم پنوموتورکس کې تر سترگو کېدای شي.
 3. صدر Chest: د برانکوسپزم او یا د سږو اذیما دې وپلټل شي همدارنگه د تحت الجدي امفزیما چې د پنوموتورکس له کبله منځ ته راځي ښائی شته والی ولري.
- B. لابراتواري کتنې:
- د شریاني وینې دکازاتو ټاکل چې باید په پرلپسې توګه تر سره او وڅارل شي.
- C. رادپولوژیک او نورې کتنې:
- i. د صدر رادپوګرافي: د زړه احتقاني نه بریالیتوب (CHF) پنوموتورکس اندوتریخال ټیوب موقعیت، ارتشاحات او د ARDS علامې به ولیدل شي.
 - ii. هستوي وینټیلیشن / پرفیوژن سکین (V/Q Scan): که چېرې د سږو آمبولی لپاره کوم ډول شک شته والی ولري نو د (V/Q Scan) تر سره کول استطباب لري او که چېرې اړتیا پرېوزي درګونو بندښت هم مطرح وي انجیوګرافي هم تر سره کېږي.
 - iii. برانکوګرافي او برانکوسکوپي هم د اړتیا په صورت ښائی تر سره شي.

د درملنې پلان

- A. هایپوکسیا Hypoxemia:
1. د FiO_2 سویه دې د 0.4-0.5 پورې وساتل شي چې په دې محدوده کې د اوکسیجن مسمومیت او زهرجنوب لږدی په عمومي توګه د اوکسیجن اتموسفیریک فشار (PaO_2) به 60 mmHg ملي متره د سیمابو او یا به له دې څخه لوړ وي.
- د هیموګلوبین سویه به (90%) نوي سلنه Saturated وي.

2. د زړه د اوت پټ Output د تعقيب وروسته به د سرېو د شريان له لارې اندازه کول د بالون درلودونکی کبتر پواسطه تر سره شي.
3. د هايپوکسيميا درملنه کېدای شي چې د اوکسيجن د ورکړې د زياتوالي پواسطه وشي او يا هم د اوکسيجن اړتيا لږه کړل شي او درملنه شي.
- i. د اوکسيجن د ورکړې زياتوالی:
 - a. ويتيليتوري:
 - FiO_2 زياتېدنه:
 - د shunt لږېدنه دا به د PEEP د زياتوالي پواسطه منځ ته راځي. په ياد ولری چې د PEEP زياتوالی کولای شي په روښانه توګه د زړه په اوت پټ اغېزه پرېاشي. نو د دې لپاره ښائی د سرېو شرياني کبتر تيرولو ته اړتيا پـرـيـوزي او په خـانـکـړي توګه د PEEP سويه به له $10-15\text{cmH}_2\text{O}$ ساتي متر د اوبو څخه پورته وي.
 - b. دوينې د بهير (دوران):
 - د زړه اوت پټ اصلاح کېږي.
 - د فزيکي بندښت درملنه چې د آمبولې پواسطه منځ ته راځي داتي کواکولانت درملو پواسطه تر سره کېږي.
 - c. هيموګلوبين:
 - د هيموګلوبين ټرانسفيوژن تر هغه چې منلو وړ دی لکه (usually $>30\%$ hemoglobin).
 - ii. Decreased Consumption
 - a. د بدن د اوکسيجن ته د اړتيا لږوالی د سيديشن پاراليزس هايپوترميا په صورت کې منځ ته راځي.
 1. هايپرکاربيا Hypercarbia:

کاربن ډای اکسايډ PCO_2 فشار په ديوه مناسب ډول وتلښتن پواسطه تر کنټرول لاندې راشي. او د ټايډل واليوم بدلون به اغېزمن کار وبلل شي.

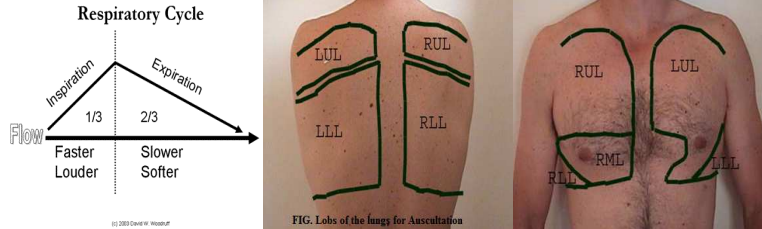
 2. دمیکانيکي ستونزې شته والی دې رد کړل شي. لکه ليکاژ داندو ترخيال ټيوب بندښت Kinking يا د ټيوب تاویدنه اوماټېدنه او دټيوب بې ځايه کېدنه.
 3. د ټايډل واليوم بايد $10-15\text{ml/kg/BW}$ ملي ليتره پر هر کيلوګرام بدن وزن ساتل کېږي.
 4. بايد باوري واوسو چې کوم ډول د Cuff ليکاژ شته والی نه لري او ناروغ ټاکلی ټايډل واليوم اخلي.
 5. هايپوونټيلشن (دلبر اندازه حجم) کېدای شي د کاربن ډای اکسايډ فشار لوړ کړي.
 6. د PCO_2 فشار لوړېږي ځکه د CO_2 توليد زياتوالی مومي او يا هم dead space ويتيليشن زياتوالی مومي.

- د کاربن ډای اوکسایډ د تولید زیاتوالی.
- Sepsis شته والی چې د مناسبو آنتی بیوټیکونو پواسطه یې درملنه کېږي
- زیات کاربوهایډریت په هایپرونتیلیشن کې د کارلوري بدلیدنه په Emulsion باندې.
- b. د مړه واټن (Dead space) زیاتوالی:
 - د زړه د اوت پټ نامناسبه اندازه
 - د سږو آمبولې
 - PEEP د ډېر پړسوب منځ ته راوړي.
 - د رگونو انقباض په سږو کې د وازکواکیف درملو او یا ډیپې هایپرټشن له کبله.

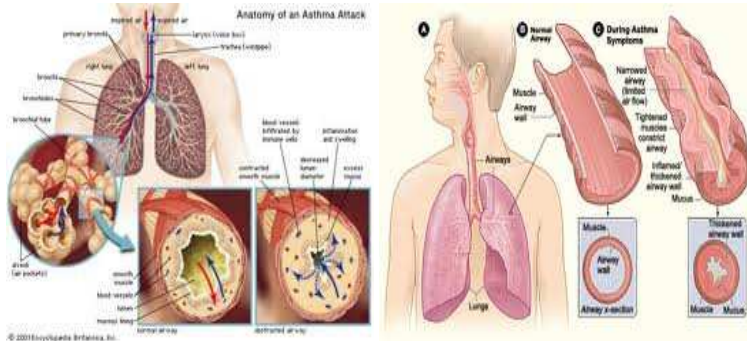


پنځه دېرشم څپرکي سینګاري (wheezing)

دا د شپیلۍ د غږ په څېر اواز دی چې له تنګو قصباتو او شزن (Trachea) لارې څخه د ساکنیلو پرمهال د هوا د تېرېدنې چې اکثراً په قصباتو کې د مخاطی افزازاتو راتولېدنې له کبله منځته راځي چې پکې ذفیر د شهیق څخه اوږد وی او ناسې بنائې دیوه ناروغ لپاره چې د وینټیلټور پواسطه ورته د عملیات څخه وروسته مرحله کې تنفس ورکول کېږي ناروغ د وینګ یا سینګاري حالت پیدا کېږي نو سمدلاسه به دلاندې پوښتنو اړوند لټون وشي.



- 1 آیا د ناروغ حیاتي علامې سمې ثابتې (Stable) دي؟ په نهایي توګه د وینې فشار او نبض اندازه او ټاکنه به د هایپوکسیا او هایپرکینې اسویه را په ګوته کړي که چېرې تبه شته والی ولري دسر، د اثاناتو اړوند موضوع را په ګوته کوي.
- 2 آیا درملنه په همدې نېږدې وختونو کې ورکول شوې دي؟ پدې صورت کې دالټریکو ګریډونو اړوند حالت امکان لري
- 3 که مو وروستی د صدر راديوګرافي اخیستې ده؟ د صدري راديوګرافي پواسطه د پنومونیا، او داندوتريخال ټوي بد پوزشین او موقعیت اړوند معلومات تر لاسه کولای شو...



- 4 آیا ناروغ پخوا له عملیات څخه هم د الرژي او استما ناروغۍ تاریخچه درلوده؟ که چېرې د پورته ناروغیو تاریخچه شته والی ولري نو د درملو ورکړه دې ناروغ ته پیل شي Aminophylline امینوفیلین Theophylline تیوفیلین هغه درمل دي چې د عملیات څخه نه وروسته مرحله کې باید ناروغ ته دوام ورکول شي دا درمل د ورید له لارې وړول کېږي

کلينیکي کتنې

A فزیکي کتنې:

i. حیاتي علامې: هایپوټنشن بنائى دالرژیک غبرگونونو په حالاتو کې ولیدل شي.



- ii. HEENT: د سر، غوږ، پوزې، ستونې او سترگو په کتنې کې Stridor د اورېدنې وړ وي چې دحجري سپزم او اذیما حالت را په گوته کوي او په الرژیک غبرگونونو کې دلیدنې وړ دی.
 - iii. سپرې: په دواړه لورو سپرو اورېدنه کې به په دښو او شهيق کې به ویزنک Wheezing واوریدل شي چې دابه داستما په ناروغۍ دلالت وکړي.
 - iv. پوستکى: دالرژیک غبرگون لپاره دې د پوستکي سوروالی (rushes) علامې ولیدل شي.
 - v. لاسونه او پښې (نهايتونه): د اذیما او سیانورس (شینوالي) شته والی لپاره دې لټون وشي.
- B لابراتواري کتنې:

- i. دشریاني وینې دکازاتو سويه: د اوکسیجن او کاربن ډای اوکساید سويه دې وټاکل شي ترڅو د ښه وینتیلیشن او اوکسیجینشن اړوند معلومات راټول شي.
 - ii. دوینې د هیموگلوبین ټاکنه: د وینې هیموگلوبین سويه د اوکسیجن رسول انساجوته څرگندوي او همدارنگه دوینې د نورو عناصرو لکه WBC لوړوالی بنایي یا تانی او مکروبي حالت د سپرو راپه گوته کړي.
 - iii. همدارنگه دایوزنیوفیل لوړوالی به د استما او الرژي ناروغیو اړوند معلومات تائید راکړي.
 - iv. د بلغم (خراشکي) گڼه کلچر ، اتي بیوگرام او گرام تلون گڼه ضروري ده.
 - v. که چېرې ناوړغ تیوفیلین اخلي نو په وینه کې یې د تیوفیلین سويه ټاکنه اړینه ده.
- C رادپولیوژیک او نورې کتنې:

- i. د صدر رادپوگرافي: د پنومونیا لپاره د شواهد لټون او همدارنگه د سپرو اذیما یا اتلکنازي او ټیوب دموقعیت اړوند رغنده معلومات راکوي.
- ii. Peak air way pressure: دا یومهم پارامتر دی چې دوینتیلیتور څخه یې لټون پکار دی له H_2O 20-30cm څخه پورته سويه یې غیر نارمل بلل کېږي او همدارنگه له نوي Setting وروسته که چېرې ویزنک واوریدل شي دا به د قصباتو سپزم (Branchospasm) او یا د مایعاتو زیاتې ورکړې Over load حالت را څرگند کړي.

توپیری پېژندنه:

- حاد برانکو سپزم: تل دې لومړني تاريخچه او پخواني تاريخچه وپوښتل شي چې د استما ناروغۍ به را په گوته كړي او يا هم داتي هستامين درملو وركړي اندازه بنائى ټيټه اندازه وي چې د دې لامل گرځېدلای شي.
- پنومونیا: بنائى رالونه، تبه، ټوخی شته والى ولري.
- الرژيک غبرگونونه: دا به په هغه حالاتو کې چې الرژن مواد دوران ته سيستمیک توگه وړ دننه شي منځ ته راوړي چې بنائى به انشاقی ډول يا زرقي ډول وي دانافیلاکسيس حالت منځ ته راوړي.
- د مایعاتو زیاته پیماننه تطبیق: پدې حالت کې د سپرو اذیما رالونه شته والى لري او ورته د دزړه استما (Cardiac Asthma) نوم وركړل شوی دی.

د درملني پلان

- A. د اندو ترخیال ټیوب سکشن په متواتره بڼه د نور مال سالیڼ پواسطه دا ډیره مهمه کړنه بلل کېږي چې پدې صورت به مونږ وکړای شو چې:
 - i. د ټیوب دمنځ د تنگوالي او بندېدل.
 - ii. اتلکازي دمخنیوی دمخاطبي افزازاتو پاکولو له مخې.
 - iii. د مکرروبونو Colonization راتولېدنې څخه مخنیوی او Full - Blown infection مخنیوی وکړو.
 - iv. همدارنگه د اتاناتو او مکرروبونو په پېژندنه کې رول لري.



- B. د Metaproterenol (Alupent) نیوبولایز: دا ماده 0.3cc in 2.5cc salin سره گډېږي او همدارنگه ورسره یوځای β_2 agonist درمل په حاد ډول د استما په تیري یا حملې کې وركول کېږي د دې درملني اغېزې په 5 minute یادقیقو کې منځ ته راځي او کولای شو چې هرڅلور ساعته ورسوته یې تکرار کړو.
- C. امینوفیلین Aminophyllin او د زانتین (Xanthin) مشتقاتو:
 1. امینوفیلین د ریفرکتوري برانکوسپزم په درملنه کې د ورید له لارې وركول کېږي چې Loading dose 6mg/kg يې د 20-30 Minute کې وركول کېږي او ډوز باید 50% که چېرې ^h 24 پخوا امینوفیلین اخيستي وي رالږ کول کېږي په مداوم او دوامدره ډول، (05mg/kg/h) دقظري یا څاڅکي په څېر وركول کېږي او عیاري بڼه یې دسیروم

سره 10-20micro gram /ml په درملنيزه سويه ناروغ ورکول کېږي او ناوړه اغېزې يې لکه ټاکنې کارډيا بلل کېږي.

2. د کورټيکوسټيروئيد درمل تر 30mg /h Beclamethazone پورې ګټه وړ دي.

3. دا درينالين درملو نيوپولاييز هم ګټه وړ بلل کېدای شي.

انټي بيوتيکونه:

- وسيع الساحة انټي بيوتيکونه د برانکو سپزم پرمهال چې د پنومونيا او يا برانشيټ شتون له کبله د درملني په موخه ناروغانو ته ورکول کېږي غوره کار به داوی چې د انټي بيوتيکو نو ورکړه دکچر او انټي بيوګرام تر سره کولو روسته وبلل شي.



- غير اتوېشن شوی ناروغان: دا ناروغان دنيوپولاييزر پواسطه دميټاپروټرينول ،امينوفلين سالبوتامول ، ټيوفيلين او نور لکه سټروئيد او ادرينالين هم دنيوپولاييزر په څېر ورکول کېږي.
- د يورتيکونه: که چېرې دمايعاتو د زياتو ورکړې شهود شته والی ولري نو دهغې دله منځه وړلو لپاره ډيورتيکونه لکه Furosemide ورکول کېږي.
- د انافيلاکسيس درملنه چې پخوا ترې يادونه شوېده تر سره کېږي

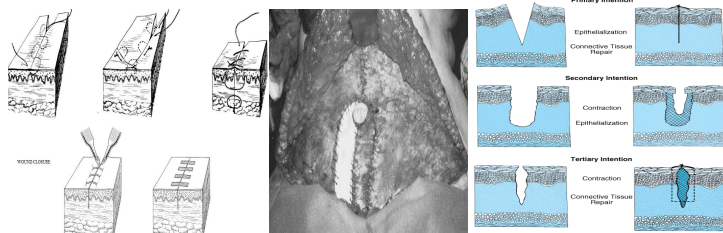


شپږ دېرشم خپرکې

د ټپ وازېدنه

(Wound Bursting) Wound Dehiscence

دا هغه حالت دی کله چې یو ټپ له عملیات ترسره کولو وګډل او ترمیم شي ورسوته دڅه مودې او یا ورڅو 5 ټولې طبقې بیا وازې شي او ترمیم نه وي منځ ته راغلی ناسود یوه ناروغ لپاره چې دواړه لورو ته ادرینالیکویمي شوی او دلاپراټومي ټپ څو ورځې وروسته بیا واز شوی وي دګډل شوې برخې څخه شحي غوړینې کلې د لیدلو وړ وي سمدا لاسه لاندې پوښتنې منځ ته راځي.



1. آیا په رېنټیا توګه ټپ واز شوی او که دی نوڅوره پراختیا لري؟ باید دډاکټر پواسطه ټپ وازمویل شي او په هیڅ چاډې باور ونشي که څه هم دهغه سوېې او یا دهغه څخه ټیټه سوبه لرونکې ډاکټر وي او پخپله عملیات کوونکی دی تصمیم ونیسي او پلټنه دې وکړي.
2. همدارنګه هیڅکله وي تر سهار پورې انتظار ونه ایسل شي ټپ دې وارزول شي چې څومره وسعت لري ژوروالی یې څومره دی او همدارنګه Laceration شته والی او لري والې یې څومره وازټپ هغه مهال Dehiscence بلل کېږي چې دصفاق طبقه هم وازه پاتې شوی.
3. آیا کوم ډول اوبلن مواد له ټپ څخه بهرته راوړي؟ د مایع او افرازاتو اندازه دی وټاکل شي او همدارنګه د رنګ اړوند دې معلومات انول شي چې مصلي Serosanguinous / Serous مصلي وینه لرونکی ده له صفاق بښتګه که چېرې قیحي Purulent او یا وینه لرونکې Bloody افرازات شته والی ولري نو دا به د ټپ سطحې برخې اتانات څرګند کړي او که چېرې نری وینه او هماټوما یا فعاله بڼه وینه بهېدنه شته والې ولري دابه دسطحې انساجو اړوند وینه بهېدنه وي.

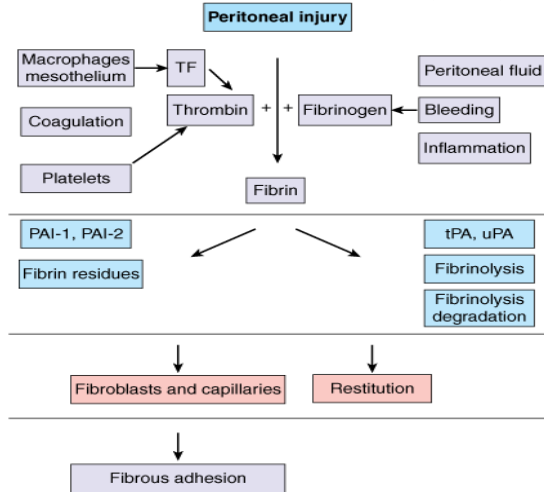


4. آیا هلته کوم ډول مساعد کوونکی فکتورونه د ټپ وازېدنې شته دي؟

i. دا فکتورونه موضعي لکه :

- د تخنیک غلطې

- دگنډلو د موادو (Suture Materials) غلطه ټاکنه .
- په ټپ کې د هماغه شته والی .
- په ټپ کې دا جنبي اجسامو شته والی
- د ټپ ډېر تر فشار لاندې گډل
- د ټپ موضعي مکروبي Wound sepsis حالت شتون .



Fibrin formation and degradation in peritoneal tissue repair and adhesion formation. PAI-1, -2 = types 1 and 2 plasminogen activator inhibitor; TF = tissue factor; tPA = tissue plasminogen activator; uPA = urokinase plasminogen activator.

ii. عمومي فکتورونه په لاندې ډول سره شمېرل کېږي لکه:

- | | |
|------------------|---------------------|
| Avitaminosis .8 | Sepsis .1 |
| Irradiation .9 | Malnutrition .2 |
| TB .10 | Diabetes .3 |
| Carcinoma .11 | Steroids .4 |
| Coughing .12 | Leukemia .5 |
| Uremia .13 | Cytostatic Drugs .6 |
| Chemotherapy .14 | Anemia .7 |

توپيري پېژندنه :

A. تخنیکي ستونزې:

- a) کله چې د ټپ گنډلو ټکونه یا خیاطه ضعیف غوټه شولوي.
- b) که Full thickness د جدار گنډل نه دی شوی.
- c) که چېرې د صفاق پرځای د عضلاتو طبقه گنډل شوی وي.
- d) که چېرې مناسب دگنډلو نارونه اوموادونه ټاکل شي .
- e) لکه چې د نري نارونو ترمنځ واټن (فاصله) سم نه وي ټاکل شوی او یا هم ډېر فشار راوړلو ورسوته گنډل شوی وي چې دا د ټپ د برخې داسکیمیا او نکروز لامل ګرځي.

B. موضعي (Local) ستونزې:

TB	g	اتان مکرېونه	a
Anemia	h	هیماتوما	b
A- Chronic disease	i	اجنبی اجسام	c
D. هغه حالتونه چې پر تپ یا پر هر باندې فشار راوړي.		C. د تپ د رغېدنې (ترمیم) ضعیفه بڼې	
Ascites	a	عمومي لاملونه :	
b. د کولمو پرسوب د بندښت له کبله.		Malnutrition / poor nutrition	a
c. ډېر زور وهل او دردونه پر مهال		Diabetes	b
د زور وهل.		Cushing's Steroids	c
d. کانګې او ټوخي.		او بهرنی لکه پرېدنیزولون	
e. COPD.		Uremia	d
		Chemotherapy	e
		Malignancy (لوکیمیا)	f

کلینیکي کتنې

A: فزیکي کتنې:

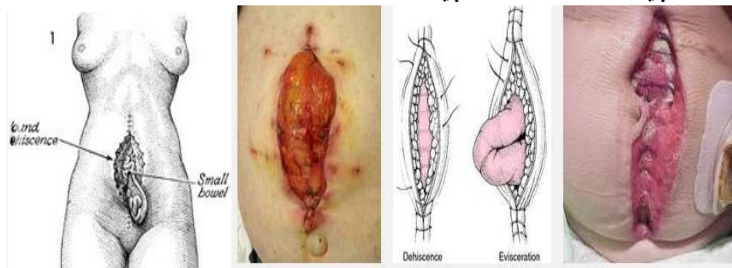
د تپ Incision اړوند: پاکې د سنکشي دې واغوسل شي ټول پانسما دې راپورته کړل شي او ټول تپ دې وکړل شي د تپ په برخه کې دې مایع او افرازات وکړل شي همدارنگه د تپ جس وشي د تپ په برخه کې دې داتا نانو علامې وپلټل شي د تپ د صفاق طبقه دې وڅېړل شي.

B: لابراتواري کتنې: د تپ څخه دې نمونه واخیستل شي او gram stains گرام ټولین او کلچر او اتی بیوگرام لپاره دې والسټول شي.

د درملنې پلان

A. لومړنی منجمنټ:

- مناسب اتی بیوټیکونه ورکول کېږي تپ پاک پانسما کېږي ناروغ NPO ساتل کېږي که چېرې evisceration شته والی ولري تپ په نورمال سالیڼ پواسطه مینځل کېږي او کولمې تر لاندې د یوه ټوکر چې لوند وي پټ ساتل کېږي ناروغ د عملیات خونې ته بیول کېږي او عملیات بیا تر سره کېږي.



B. که چېرې صفاق واز وي او ایواسریشن شته والی ونه لري:

1. په دې صورت کې که د ناروغ حالت اجازه د عملیات لپاره ورکوي او پوستکې او د تحت الجلدي نورمال وي نو د يوه الاستيک کېډې بندار په واسطه حمايه کېږي او دمجرب جراح نظر غوښتل کېږي په دې صورت کې بنائې ventral hernia منځ ته راشي.



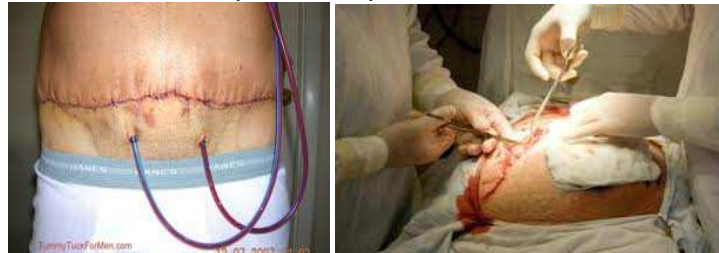
Figure 4. Final appearance of wound at 6-month follow-up.

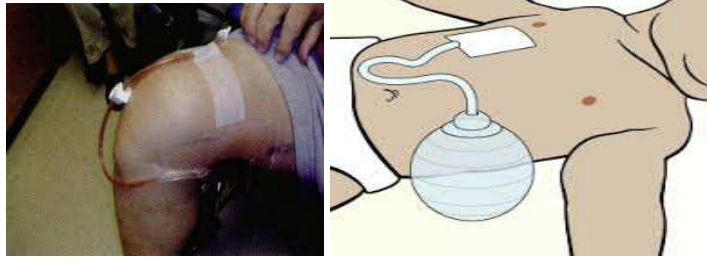
2. همدارنگه که ناروغ عملیات ته تيار وي نو عملیات ترسره کېږي او د راتلونکو اختلاطاتو منځ ته راتگ مخنیوی کېږي.
 - C. په سطحې بڼه کې ټپ واز دی.
- 1- روغېدنه healing: باید د انااتو شته والی درملنه شي د راتول شوې خیرې او زوې (فیج) برخه وي دریناژ شي دورځې (2-4) ځله دې وچ پانسماڼ وشي ټپ دې د نورمال سالیڼ او اتي بیوتیک په واسطه و مینځل شي.
- 2- بیا کډول Closure: هغې جراحان دغه میتود د بیا کډولو په سطحې وارېدنه کې غوره گڼي په دې مرحله له کډولو وروسته هم د انااتو د مداخلې احتمال شته والیري د ورځې څو ځله دې وچ پانسماڼ تر سره شي خودا ډېرې نږدې پاملرنې ته اړتیا لري.

د ټپ دریناژ

Wound Drainage

داهغه کړنه ده چې د ټپونو په جوړونو کې دافرازاتو راټولېدنې د تشېدنې په موخه تر سره کېږي تر څو مواد هلته راټول نشي . ناسودیه ناروغ لپاره چې پنجه ورسوته له لاپراتوې څخه د درن له برخې ځنې لوی دریناژ پیل شوی البته ناروغ ته ischemic intestinal gangrene له کبله قطع (Resection) تر سره شوی دی په دې لړ کې به لاندې پوښتنې د لټون وړ دي.





1. څومره موده له عمليات څخه تېر دی اوڅه ډول عمليات ورته ترسره شوی دی؟ هغه لاپراټومي چې په کې د کولمو غوڅول او تقم تر سره شوی وي د درن مخنیوی به دکولمو مواد وي دا په دلیکاژ علامه راپه گوته کړي همدارنگه د محتوی په اټکل سره به دلامل راپه گوته کړل شي.
2. آیا له دې مخکې هم دریناژ شته والی درلوده او درن هلته شته والی لري؟ دواړه په مناسب او کره توګه کارونکي.
3. ټپ څه ډول تړل شوی دی؟ بعضې ټپونه pack کېږي او وار پریښودل کېږي ترڅو هغه مایع اومواد چې د هغې طمع او توقع کېږي بهر ته راوځي او ورسره له هغې بیا تړل کېږي.
4. د دریناژ وصف څه ډول دی؟ وینه درلودونکی مصلی وینه درلودونکی قیحي دکولمو مواد اومصلی مایع به دناروغی اړوند معلومات څرګند کړي. همدارنگه د دریناژ د موادو لوی توپیر هم د اړوند ناروغی په اړه معلومات راکوي.
5. څه اندازه دریناژ راځي؟ یوه اندازه مایع دهضمي جهاز د لیکاژ او فیستول له لارې ضایع کېږي چې باید په پام کې ونیول شي او بیا ناروغ ته ورکړل شي ترڅو ناروغ د ناتار او بحران لوري ته لار نشي.

توپیری پېژندنه

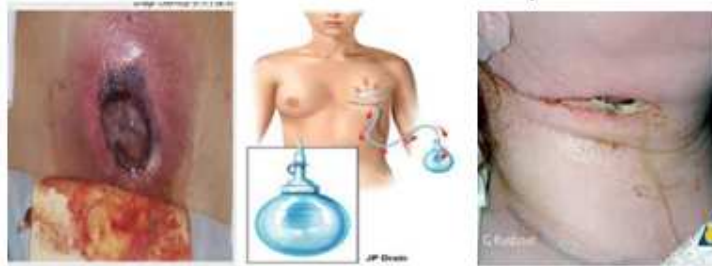
- A. د ټپ مکرېونه: دا حالت په ځانګړي توګه څو ورځې ورسوته له عمليات څخه منځ ته راځي چې تبه او درد د ټپ په ورسره مل وي.
- i. د ټپ حساسیت او څپه ایز حالت: دا به اکثراً د ستافیلوکوک اوسټرېټوکوک مکرېونو سره ولیدل شي چې د (3-5 days) ورځې وروسته له عمليات څخه منځ ته راځي.
- ii. کاز تولیدونکی مکرېونه: دا د شدید درد او ګریټیشن سره د ټپ حالت بلل کېږي چې د کلوستریدیا Clostridia چې معمولاً د ګرام منفي مکرېونو سره او مایکرو ایزوفیلیک ګرام مثبت باکټریاوي په مختلط ډول مکرېونه د شکرې په ناروغانو کې شته والی لري.
- B. Impending Dehiscence: د مصلی او وینې درلودونکی مایع رانګ ورسوته د^h 24 ساعتو له عمليات تېرېدنې تل پټوګونومونیک د جراحي لپاره بلل کېږي چې د څېړنې وړ بلل کېږي.
- C. دکولمو او پوستکي ترمخ فیستول: ناڅاپه دکولمو موادو رانګ د یوه فیستول له لارې بهر ته وی دریناژ کېدنه ښائی لوړ او ټپت اویا تیت اوټ پټ درلودونکی وي چې دا حالت به دیلابیلو

- لاملونو لکه د غلط تخنيک ډګډلو پرمهال اونورو له کبله منځ ته راشي چې دا به تل د څو ورځو وروسته له کېږې درد او تېې څخه منځ ته راشي .
- D. وينه بهېدنه (خونريزی) : ډېره وينه بهېدنه معمولاً د عمليات څخه وروسته په تازه بڼه د ليدنې وړوي چې بڼائی د يوه رڼک يا څو کوچنيو رڼکونو دواړو پاتې کېدنې له کبله وي DIC له کبله وينه بهېدنه پرته له ټپ په نورو برخو کې هم منځ ته راځي چې اړوند پلټنه پکار ده .
- E. د پانکراس فيسيټول : د بڼائې له عمليات او يا تر ضيغ وروسته منځ ته راشي .
- F. د بولي سيستم فيسيټول : له دې کبله د فيسيټول په صورت کې رڼې او په يا متيازې بهر ته دريناژ کېږي .

- a- د حبن ليکاز : دا هم رڼې او به رانګ دي چې په دوامداره توګه دريناژ کېږي .
- b- د دريناژ ناسم کار کولنه :
- کېدای شي درن په ټاکلي او اړين ځای کې نه وي .
 - کېدای شي چې درن بند او ناسم ځای يا لکه بهرني برخې د ټپ کې وي او مایع له ټپ څخې راوځي .
 - بڼائی درن لنډ يا اوږد بې ځايه پروت وي .

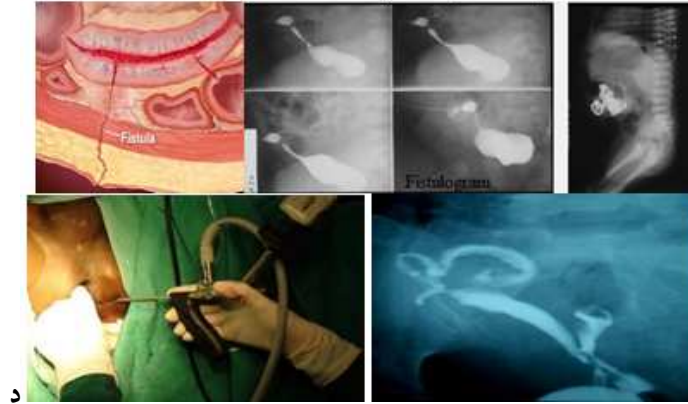
کلينيکې کتنې

- A. فزيکې کتنې :
1. حياتي علامې : تبه ټاکي کازريا به د Sepsis او ټپ د مکروبو نو څرګندونه وکړي .
 2. کېډه : د پريټونيټ نښې او علامې بايد وپلټل شي .
 3. ټپ Wound : په ډېر احتياط او پاکو شرايطو کې دې کتنه وشي او نقيش او جس د ټپ به په ناروغۍ پيژندنه کې رول ولري .



- B. لابراتواري کتنې :
- 1) د وينې روتين (هيموګرام) کتنې :
 - لوکوسيتوزس به د التهاب او مکروب شته والي څرګند کړي .
 - انيميا (وينه لږې) به د وينه بهېدنې اړوند معلومات راکړي .
 - همدارنګه Platelets به د DIC او ترومبوسايټوپيني په حالاتو کې ټيټه سويه ولري .

- Coagulation profile: پدې صورت کې به د PTT،PTT فیبرین زیاتوالی او توپیر به د DIC په حالاتو کې ولیدل شي.
2. د دریناژ مایع کلچر او اټي بیوگرام او اما یلیز انزایم ټاکنه: د کولمو د فیستولونو په صورت کې به ولیدل شي لوړه سویه د اما یلیز شته والی لري.
3. د دریناژ د مایع د کریاتین سویه: که چېرې د دریناژ په مایع کې متیازې شته والی ولري او یوې فیستول شته والی ولري دابه د ریناژ په مایع د کریاتین لوړه سویه ثبیت کړي.
- C: درادبولوژیک اونورې کتنې:
- i. د کېډې رادیوگرافي ښائی یو لړ معلومات د پریټینت او کولمو بندښت اړوند څرگند کړي.
 - ii. د فیستولوگرام Fistulogram پواسطه کولای شو چې د دریناژ اصلي هسته وټاکو.
 - iii. التراساوند: د کېډې التراساوند له لارې ښائی چې په کېډه کې د مایع او وینې قیج راټولېدنې ځایونه پیژندنې وړ وگرځي.
 - iv. CT. Scan هم ګټه وره تمامېدلای شي.



درملنې پلان

- A. لومړنی منجمنټ:
1. سمدلاسه د ژوند محدود کوونکي لاملونه درملنه شي لکه د احشاو راوتل (ایواسریشن) په څېر اختلاط باید سمدلاسه درملنه شي.
 2. هغه مایع له درن څخه راځي باید سایټولوژیک کتنې لپاره لابراتوار ته واستول شي او اما یلیز او کریاتین دې په کې وټاکل شي.
- B. د ټپ د مکروبیونو درملنه:
1. ټپ دې واز شي او د سالین پواسطه وینځل شي او د ټپ زوی (قیج) دې له ټپ څخه را بهر کړل شي او لوند گاز دې پرې پرته پانسماڼ کړل شي.
 2. څو خیاطي او ګنډلي تارونه دې واخیستل شي ترڅو دریناژ ښه وشي.

3. د سلولیت په پرمختللي بڼه کې کریپتیشن دکازاتود شته والي له کبله دکاز تولیدونکو باکتریاو له کبله اویا د سیسټمیک اتاناتو علامې شدیدې درملنې ته اړتیا لري.
- کلوسټریډیا Clostridia: که چېرې دکلوسټریډیا لپاره شواهد شته والی ولري یعنې نارويي حربي جرحي او منځني جرحي شته والی ولري نو باید بڼه او پاک تطهير Debridement پاکون تر سره شي ترڅو هلمته مړه انساج او اجنبي اجسام پاتې نه شي او ورسره په لوړ ډور سره پنسلین - جي (Penicillin - G) ناروغ ته تطبیق شي او همدارنگه دکلوسټریډیا تیتاني باکتریا د مخنیوي په موخه دې د تیتانوس ضد سیروم ناروغ ته ورکړل شي.
- کاز تولیدونکی غیر کلوسټریډیال باکتریاوې: دا باکتریاوې د وسیع الساحة طیف اغېزه درلودونکی اتی بیوتیکونو ورکړې پواسطه درملنه کېر لکه (سفالوسپورین، پنسلین مشتقات و اما نیوکلایکو سیدونه د تراسکلین مشتقات کورا مینیکول اونور) ورکول کېږي.
- C. وازیدنه یا Dehiscence شلېدنه: د صفاق د طبیعي شلېدنه که چېرې دمصلې او وینه درلودونکی مایع رانګ پواسطه ولیدل شي په دې صورت کېبې د درملنې په موخه د بیالپراټومي Relapratomy کړنې اوله سره گډلو ته اړتیا ده.
- D. دکولمو او پوستکي ترمنځ فیستولونه: د لږ اوت پټ درلودونکی فیستولاگانې تل په بنفسی بڼه پخپله بڼه والي مومي او تړل کېږي او ډېرې جدي پاملرنې او کره پانسمان ته اړتیا لري همدارنگه د لوړ اوت پټ درلودونکی فیستولونه به بنائې جراحی مداخلې ته اړتیا ومومي په دې موده کې د ضایعاتو ټاکنه وشي او ضایع شوی مواد الکترولایتونه او پروتین اونور مواد باید ناروغ ته ورکړل شي او د فیستول تړل هغه مهال باید تر سره شي چې د ناروغ عمومي بڼه بڼه شي د گېډې دننه برخه د پریټوان جوف پاک شي او کولمې د ترمیم وړتیا بیا ومومي اکثرأ باید (1-3) میاشتي انتظار ایستل کېږي او بیا لاپراټومی او د فیستول تړل تر سره کېږي. همدارنگه د فیستولونو په درملنه کې لاندې پرنسیپونه باید مراعات کړل شي.
- i. معمولاً دکولوستومي او ایلیوسټومي بګ تړلو ته اړتیا پریوزي ترڅو دریناژ په هغه کې راټول اود پوستکي او کالیو ککړتیا څخه مخنیوی وشي.
- ii. معمولاً Charcoal او رنگ (dye) پکار وړل کېږي او دهغوی د محتوی ټاکنه او تجزیه کېږي ترڅو په درملنه کې په پام کې ولرل شي همدارنگه په لومړي اوني کې ناروغ (NPO) ساتل کېږي بڼه به داوي چې معدوي انفي ټیو پوچول شي اوله یوه اونی ورسوته کولای شو چې مایعات دخولې له لارې په لوړه پیمانته ورکړو اوله لس ورځو ورسته ورته عادي غذا او خوراک ورکړو همدارنگه د (NPO) پرمهال مایعات باید دورد له لارې ورته ورکړل شي اومایعات باید اعاده شي.

E. د پانکراس فېستول:

1. د پوستکي ساتنه بايد وشي او ایلوسټومي بک باید ونښلول شي او د ستومي چارو د متخصص ډاکټر سره مشوره وشي.
2. په دې کې بنائې په لوړه پیمانه دغذایي نیمکړتیا مخ ته راشي ځکه چې ډېره زیاته اندازه پروټین ضایع کېږي.
3. دا راز ناروغان ځکه چې د قلوې زیاته پیمانه ضایع کوي او دوی د پیپټیک ناروغیو لیوالتیا لري نو د دې لپاره اتی اسیدونه دمحلول او تابلېټ په توگه [(Mg- phosphate Mg tri silicate ، Magnesium sulphate) او د H₂receptor blocker لکه (Famotidine، Ranitidine، Cimetidine او اومدارکه PROTON Pumping Inhibitor لکه (Lansoprazole، Pantoperazole ، Omeprazole) او کېدای شي چې Sacralfate (Ulsanic) څخه د اړتیا پر مهال د ډاکټرانو پواسطه ورکړل شي.
4. که چېرې ټیوب د فېستول په خوله کې کینودل شي نو دابه د پوستکي د مقدم تړلو څخه مخنیوی وکړي.

F. وینه بهېدنه (هیموراژ):

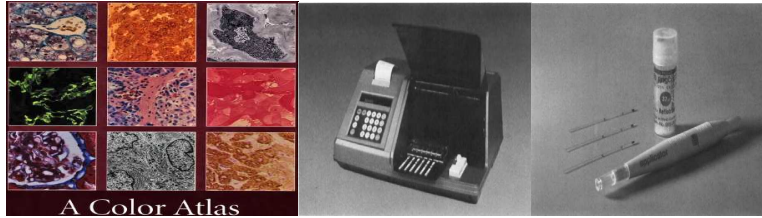
- i. د ناروغ د وینې بهر دحجم اټکل وي وشي چې د فشار او نبض ټاکنې له مخې کولای شو چې د اټکل وکړو همدارنگه دهیموگلوبین او هیماتوکریټ ټاکنه بنائې ډېرې مودې ته اړتیا ولري چې معلومات راکړي وینه او کریسټالوئید مایع ورکول کېږي.
- ii. دا چې د بیا جراحی Relapratomy اړتیا شته او که دا به دکلینیکي علایمو او ناروغ د عمومي حالت پورې تړاو ولري بنائې چې د پوستکي په برخه کې کومه او عیه وازه وي که چېرې دغه راز حالت وموندل شي نو کولای شو چې د الکتروکواتري پواسطه هغه ودروو او یا هغه لیگاتور کړو.
- iii. د DIC شته والی په صورت کې په مستقیم ډول دلاندې لاملونو درملنه وشي:
 - د اتی بیوټیکونو ورکړه داتاناتود درملنې لپاره .
 - تازه وینه که چېرې انبیا شته والی ولري ورکول کېږي.
 - Fresh Frozen Plasma (FFP) د اړتیا له مخې ورکول کېږي .
 - Platelets پلاټیټونه که چېرې اړتیا وي ورکول کېږي.
 - داوکسیجن ورکول ناروغ ته که چېرې اړتیا ورکول کېږي.
 - اړین ویتامینونه ورکول کېږي.
 - که چېرې اړتیا وی اوکسیجن ناروغ ته ورکول کېږي.
 - کورټیکو سټروئیدونه د بهر څخه د ادرینال غدې د انحطاط له کبله ورکول کېږي.

اوه دېرشم خپرکي

لابراتواري آزمايښتونه او دهغوی تفسير

Laboratory tests & their interpretation

د لابراتواري آزمايښتونو په ارزښت پوهېدنه ډېر اړينکار بلل کېږي ترڅو هغه پر صحيح مهال د اړتيا له مخې ناروغ ته ورکړه شي او دهغوی تفسير په صحيح صورت تر سره شي او درملنې يوه مهمه برخه بلل کېږي او هر ډاکټر لره چې دناروغانو درملنې سره سروکار لري بايد لابراتواري آزمايښتونه زده کړي او د کليټي ک په لړ کې د پېژندنې دکره کېدنې لپاره يې ناروغانو ته توصيه کېږي چې يولړ دغه آزمايښتونه دلته ذکر کېږي:



1. ACTH (Adrenocorticotrophic Hormone) آزمايښت: 20-40 pg/mlت دسهار

په اته بجو ورکول شی او بڼه نتايج تر لاسه کېږي او که چېرې دشپې به نيمه شپه کې تر سره شي %50 دسهار په انډول نتايج لري.

د دې هورمون زياتوالي سويه په لاندي ناروغيو کې ليدل کېږي:

a Addison's disease

b. Ectopic ACTH production چې دا په لاندي ناروغيو کې وي:

- Giant Cell Carcinoma

- Pancreatic islet cell tumors

- Thymus Tumors

- Renal Cell Carcinoma

د لېوالي سويه په لاندي ناروغيو کې ليدل کېږي:

- Adrenal adenoma or carcinoma

- Nodular adrenal hyperplasia

- Pituitary hyperplasia

2. ACTH Stimulation test: دا آزمايښت تل د ادرينال غدې د عدم کمايي په پېژندنه کې

غوره رول لري.

- کورټيزون (Cortisone): دا هورمون چې د (ACTH) هورمون انالوگ دې په ډوز د عضلي يا

وريد له لارې 0.25 µg په کاهلانو کې ورکول کېږي او يا هم دا درمل په 1.25 µg په

اندازه په ماشومانو کې چې د دوه کالو څخه يې عمر ډېر وي ورکول کېږي.

- د وينې نمونه له 30 او 60 دقيقو تېرېدنې وروسته راخيستل کېږي او دکورټيزون او الډسټرون

سويه په کې ټاکل کېږي.

- i. نورمال غبرگون: کورټیزول د $10 \text{ microgram / dl}$ Cortisole څخه پورته او الډوسټرون اندازه د 5 Nanogram / dl Aldosterone څخه پورته تثبیت کېږي.
 - ii. د Addison's Disease ناروغۍ په لړ کې یا Primary adrenal insufficiency په صورت هیڅ یو نه کورټیزول او نه الډوسټرون لوړوالی مومي په خپله نورماله سویه کې موندل کېږي.
 - iii. په Secondary Adrenal Insufficiency چې د Pituitary نخامي غدې د انحطاط له کبله راځي د بهر څخه دستروئیدونو ورکولو له کبله کورټیزول توپیر نه کوي خو الډوسټرون لوړوالی مومي.
3. د ALT آزماينست په SGOT کې وگوري.
 4. د AST آزماينست په SGOT کې وگوري.
 5. Acid Fast Stain منفي به وي او همدارنگه ددې ټسټ مثبت حالت به د {مایکوبکټریوم (توبرکلوزس،،، Tuberculosis ،، Avium ،، Nocardia، Scrofulaceae او Actinomyces} کې ولیدل شي.
 6. Acid phosphatase اسيد فاسفیت انزایم.
- دا به نورمال 3.0 nonogram/dL او یا 0.8 IU/Lit وې
7. R.I A test معمولاً د پروستات ناروغیو لپاره دې دا به په لاندې حالاتو کې زیاتوالی ومومي.
 - د پروستات کارسینوما (معمولاً میټاسټیک ډول)
 - د پروستات جراحی اوتراوما
 - د پلاټیټونو د زیات تخریب لکه (ITP) او نادراً به د هډوکو په ناروغیو کې.
 8. د Albumin ټاکنه او آزماينست :
 - خوار خواکي Malnutrition
 - نفروټیک سندروم
 - مولټیپل میالوما Multiple Myeloma
 - د هوچکن Hodgkin ناروغۍ
 - لوکیمیا (دویني سرطان)
 - د کولمو هغه ناروغۍ چې پروټین ضایع کړي.
 - مزمن گلوبولینو فرفیت ناروغۍ
 - الکھولیک سیروزس Alcoholic Disease
 - د کولمو التهابی ناروغۍ Inflammatory Bowel Disease
 - د رگونو کولاجن ناروغۍ
 - هایپر تایرایډیزم

9. د دوسترون آزمايښت :

- د سيروم عادي اندازه بنائې 3-10 Nanogram/ dl که چېرې سهار وختي وټاکل شي او دسويډيم نورماله اندازه اخيستل شوی وي دا په Supine پورېشن ټاکل کېږي.
- همدارنگه د ولاړې يا ناستې په حالت کې 5-30 Nanogram /dl
- په مټيازوکې د 24^h ساعتوکې $(24^h / 2-16 \text{ Nanogram})$ ټاکل کېږي.
- i. دوسترون به په لاندي ناروغيو کې لوړوالی ومومي.
 - هايپرو دوسترونيزم (Primary او Secondary)
 - ii. په لاندي حالاتو کې ټيټوالی مومي.
 - Adrenal insufficiency
 - Panhyperpituitarism

10. الکالين فاسفيز انزايم Alkaline Phosphatase :

په کاهلانوکې 20-70 Unit /lit او په ماشومانو کې 20-150 Unit/lit دی او همدارنگه Fractionated يامات شوی الکالين فاسفيز انزايم د هډوکو او کېد د انزايم د اصل پېژندنې له پلوه کچه ور بلل کېږي.

د تودوخې په وړاندي ثابت مقاوم فرکشنې انزايم دکېد له ډوله اود تودوخې په وړاندي بدلون کوونکې Heat Labile fraction د هډوکو له ډوله وي (Bone Burns) وي که چېرې په فرکشن شوی نمونې کې $20\% <$ Heat stable fraction د هډوکو له ډوله کېدلای شي همدارنگه د 25-35% پورې به دکېد (liver) له اصله وبلل شي.

أ. په لاندي پېښوکې دا انزايم زياتوالی مومي:

- په هغه حالاتو کې چې دکلسيوم بې ځايه کېدنه له هډوکو څخه منځ ته راځي .
- هايپار تايروايډيزم
- د پخت ناروغی
- د هډوکو او سټيوپلاستيک ټومور ونه (ميټاسټاتيک يا اوسټيوجنیک سارکوما)
- اوسټيوملاسيا
- ريکټسيا
- بلارېښت
- کوچنيټوب
- وينې ناروغی
- د تريخی لارې بندښت
- هايپر تايروايډيزم
- درملو پواسطه درملنه

ب. په لاندي حالاتو کې دا انزايم لوړوالی مومي

- خوارخواکي.
- په ډېره زیاته پیمانه دویتامین ډي خوراک
- 11. الفافیتو پروتین Alpha – Feto Protein : د دې AFP >25Nanogram/ml اټکل په نورماله بڼه کتل شویده.
- AFP په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي.
- هیپاتوما
- دمرغیر یو ټومورونه (ایمبریونال کارسینوما او خبیث تیراتوما).
- Spina Bifida
- 12. امونیا **Ammonia (NH₃)** :
- دا په کاهلانوکي 11-35mmol/lit او په ماشومانو کې 40-80 mmol/Lit تثبیت کېږي .
- په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي
- د کبد په عدم کتایه
- Reye's Syndrome
- امایلز انزایم Amylase :
- امایلز (Amylase) : نورماله اندازه یې (25-125 Unit /Lit) ده.
- (a) په لاندې پېښو کې زیاتوالی مومی :
- i د پاقراص دقتات بندښت
- ii (د ډېرو، تضیق ټومور، دمعصرې سپزم) یا د درملو خوراک پواسطه .
- iii د الکھولو خوراک
- iv بغوتونه یا اډي (کله چرک (Mumps) .
- v د پښورگو ناروغی
- vi ماکرو – امایلزیمیا.
- vii کولیسیسیتیت.
- viii پیپټیک قرحي.
- ix د کولمو بندښت .
- x د مینرائیریک ټرومبوز.
- xi له جراحی عملیات وروسته .
- iv پاروتیت
- (b) په لاندې حالاتو کې امایلز لږوالی مومي
- د پانکریاس بندښت د پانکریاتیت سیسټیک فیبروزس)
- د کبد (خټگر) ویجاړتیا (هیپاتیت او سیروزس)
- 13. امایلز / کرباتین کیرانس کچه Amylase/ Creatinine Clearance ratio . د دې نورماله سویه پنځه فیصده <5% څخه پورته ده.
- د دوی سویه په میازو او د وینې سیروم کې ټاکل کېږي چې ددې لپاره د دوه ساعتو میازو راټولېدنه کېږي او سویه یې په لاندې ټاکل کېږي.

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Urinamylas} \times \text{serum Creatinin}}{\text{Urin Creatinin} \times \text{Serum amylas}} \times 100$$

- په لاندې حالاتو کې بې سويه لوړه موندل کېږي:
- که چېرې اندازه يې د پنځه فیصده څخه پورته وموندل شي د حاد پانکریایټ ناروغۍ په پېژندنه کې رول لري.

14. (Anti Nuclear Antibody) ANA:

- Negative که چېرې منفي وي نو ناروغۍ په شته والې ولري.
- همدارنگه که چېرې مثبت Positive وي نو درگونو دکولاجن ناروغۍ لکه د سيستمیک لوپوس ايرټميا توزس د درملو له کبله منځ ته راغلی د لوپوس په څېر سندروم لکه د پروکائین امايد درملو سکرودرما او روماتويد اړتپت به شته والی ولري

15. ویتامین ب (Vit B₁₂): د دې نورماله اندازې بڼه 140-700 µg/ml ده.

- په لوکيميا او پولی سايټميا ویراکې زیاتوالی مومي.
- په Pernicious anemia، بلاربنست او سؤجذب حالاتو کې لږوالی مومي.
- 16. دقلوي زیاتوالې او نیمکوتیا (Base excess / deficit): که چېرې د بای کاربونیت (قلوي) سويه ټپه شي په دې حالت کې ورته د Base deficit نوم ورکول کېږي او که چېرې زیاتوالې ومومي Base - excess نوم ورته ورکول کېږي د دې لپاره چې میتابولیک اسیدوزس اصلاح شي.

د لاندې فورمول څخه د سوډیم بای کاربونیت په ورکولو کې کار اخستل کېږي.

$$\text{mEq Sodium Bicarbonat} = \frac{\text{Deficit} \times \text{patient weight (kg)}}{4}$$

د قلوي زیاتوالې په میتابولیک الکوزس کې منځ ته راځي چې ډېر خطرناک دی او همدارنگه دقلوي لږوالی په میتابولیک اسیدوزس کې منځ ته راځي.

د وینې دگازاتو نورماله اندازه

Normal Blood gas values

اندازه Measurement	شرياني وينه Arterial blood	گډه وينه Mixed Venous	وريدي وينه Venous
pH (range)	7.40 (7.38-7.42)	7.36 (7.31-7.41)	7.36 (7.31-7.41)
pO ₂ (decreased With age)	80-100 mmHg	35-40 mmHg	30-50 mmHg
pC O ₂	35-45 mmHg	41-51 mmHg	40-52mmHg
O ₂ - saturation(decreased with age)	>95%	60-80%	60-85%
HCO ₃ ⁻	22-26mEq/L	22-26mEq/L	22-28mEq/L
Base Difference (Deficit / excess)	-2 to +2	-2 to +2	-2 to +2

17. بیلروبین Bilirubin: د بیلروبین عمومي کچې اندازه (Total <0.1-1.2-mg/dL) ده

- Direct <0.2mgdl
- indirect <0.7 -0.9 mg/dl

د بلیروبین نورماله اندازه د عمر په بېلابېلو مرحلو کې په لاندې ډول وي.

د بلیروبین Bilirubin د نورمالې سوډې د بندونې جدول		
Age	Term	Range
Cord	Preterm	<2 mg/dL
	Term	<2 mg/dL
0-1 d	Preterm	<8 mg/dL
	Term	<6 mg/dL
1-2 d	Preterm	<12 mg/dL
	Term	<8 mg/dL
3-5 d	Preterm	<16 mg/dL
	Term	<12 mg/dL
Thereafter	Preterm	<2 mg/dL
	Term	<1 mg/dL
Adult		0.1-1.2 mg/dL

1. Total Bilirubin په لاندې حالتونو کې زیاتوالی مومي:

- د کبدې ویجاړتیا (هیپاټیت، ټوکسین، سیروزس) ناروغیو.
- د تریخی لارې د بندښت (د ډېرو او یا ټومور پواسطه)
- هیمولایزس
- لوړه Fasting

2. مزدوج Direct Bilirubin (Conjugated) ډول یې په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي.

- د تریخی دلارې بندښت (د تریخی ډېرو ټومورونو تضیقانو).
- د درملو له کبله Cholestasis
- Dobbin – Johnson Syndrome
- Rotor's Syndrome

3. غیر مزدوج Indirect Bilirubin یا (Unconjugated) غیر مزدوج ډول په لاندې حالاتو

کې زیاتوالی مومي. دې ته هیمولایټیک ټریټی هم وایي چې په هیمولایټیک انیمیا لکه: [د ترانسفیوژن غیرکون Sickle Cell disease، Gilbert's disease، Physiologic jaundice، په نوي زېږېدلو ماشومانو کې، Crigler Najjar Syndrome] کې زیاتوالی شتون لري.

18. BT (Bleeding time): دا به په عادي ډول په لاندې توګه وي.

Duke Ivy <6min template < 10 min

دا په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي

- ترومبوسایټوپېنیا
- ترومبوسایټوپېنیک پور پورا
- Von- willebrand Disease
- د پلاټېټونو غیر وظیفوي بڼه او حالت.
- د آسپیرین درملو په ذریعه په درملنه کې.

19. د وینې یوریا نایټروجن Blood urea nitrogen (BUN): نورماله اندازه یې د 7-18 mg/dL ده.



په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي

- د پښتورگو عدم کهایه
- Prerenal azotemia (چې په کې د پښتورگو پرفیوژن لږوالی مومي او دا په ثانوی توګه د CHF، Shock او حجم لږوالی پورې تړاو لري).
- له پښتورگو څخه وروسته بندښت (لکه د حالبونو بندښت).
- دهضمي جهاز وینه بهېدنه (GI. Bleeding)
- درمل لکه امینوګلايکو سیدونه

په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي

- لوړه اوقحطي
 - د ځيګرو ويجاړتیا (هیپاتیت ، درمل)
 - بلارېښت
 - ماشوم توب (infancy)
 - نفروټیک سنډروم
 - د زیاتومايعاتو اخیستل (Over hydration)
20. د وینې دکازاتواندازه په وریدونو او شریانونو کې: همدارنګه د الکوزس او اسیدوزس برخې اوجدول ته مراجعه وکړي.
21. میتابولیک اسیدوزس: کله چې د پلازما د بای کاربونیټ (HCO_3) سویه راټیټه شي ورسره جوخته په معارضوي ډول سره PCO_2 کاربن ډای اوساید فشار راټیټېږي نو دې لپاره چې پیژندنه وشي باید د (Anion Gap) د انیون تقیصه دې وموندل اوله جدول څخه دې کار واخیستل شي.

- Anion Gap= (Na+)- (Cl+ HCO₃)
- Normal Gap= 8-12 mEq /Liter

د اسید او قلوي ساده تشوش Simple Acid -Base Disturbances

No	Acid Bas Disorder	Primary Abnormality	Secondary Response	Expected degree of Compensatory Response
1	Metabolic Acidosis	[HCO ₃]	PCO ₂	PCO ₂ = (1.5x [HCO ₃]
2	Metabolic Alkalosis	[HCO ₃]	PCO ₂	PCO ₂ = [HCO ₃]
3	Respiratory Accdosis	PCO ₂	[HCO ₃]	[HCO ₃]= 0.35x PCO ₂
4	Respiratory Alkalosis	PCO ₂	[HCO ₃]	[HCO ₃] = 0.50x PCO ₂
Anion Gap = (Na ⁺) – (Cl+HCO ₃)				
Normal Gap = 8-12 mEq/ lit				



توییری پېژندنه:

په پورته ذکر شوې جدول کې لیدل کېږي چې اود مقایسې له مخې که د اسیدوزس ستونزو برخې سره یې پرتله کوو نو د Anion gap Acidosis په لاندې ډول ومومو:

1. Anion Gap Acidosis (Normochloremic Acidosis : Gap> 12 mEq /lit) : چې دا

د بای کاربونیت د بیانس د رایتیت کېدنې له کبله چې د ناپاکې اسیدونو د زیاتوالي له کبله منځ ته راځي چې نوموړی حالت د لاندې لاملونو سره مل وي.

- لکتیک اسیدوز Lactic Acidosis
- اتوکسیکیشن (سالیسایلت، میتانول ، پارا الهاید، ایټالین کلایکول
- یوریمیا

- هایپر الیمینټیشن Hyper Alimentation

2. Hyper Chloremic Acidosis : Gap between 8-12 mEq/lit Non – (Anion Gap Acidosis)

3. Low Anion Gap : (Gap <8) دا حالت د اسیدوزس سره مل نه وي خو کېدای

شي چې د بروماید دخوراک هایپوناتریمیا اوملټیل میالوما کې ولیدل شي.

اته دېرشم څپرکې

میټابولیک ستونزې

میټابولیک الکالوزس

Metabolic Alkalosis

کله چې په پلازما کې د بای کاربونیټ HCO_3^- سویه لوړه شي ورسره سمه د کاربن ډای اوکساید فشار (PCO_2) هم په معاوضوي ډول سره لوړوالی موخې د Spot Urine د میټازویوه نمونه د ناروغۍ پیژندنې لپاره بس بل کېدلای شي چې په ذکر شوې جدول کې ورته پاملرنه وکړي. توپیري پیژندنې لپاره کېدای شي چې د الکالوزس بحث ته مراجعه وشي.

1. $\text{Urine - chloride} < 10\text{mEq/lit}$ (Chloride responsive) د کلورین په وړاندې ځواب ورکونکې ډول بل کېږي چې دا د د لاندې حالاتو سره سم لیدل کېږي. د میټازو کلورین سویه که پورته ذکر شوی اندازې څخه ټیټه وي دا به په لاندې حالاتو کې ولیدل شي لکه:
 - د یوریتیکونو (میټازي راورونکي درمل) ورکړې.
 - د هضمي جهاز له لارې ضایعات (NG tub، کانکې، نس ناستی، ایلوس، ادینوما او په ولادي بڼه د کلوراید ضایع کېدنه په ماشومانو کې د نس ناستي پر مهال.
 - Iatrogenic په خپل لاسي توګه لکه د نا مناسب مقدار سره د کلوراید خوراک له کبله.
2. $\text{Urine Chloride} > 10\text{mEq/Lit}$ (Chloride Resistant) د کلورین په وړاندې مقاوم ډول بل کېږي چې دا د د لاندې حالاتو سره سم لیدل کېږي.

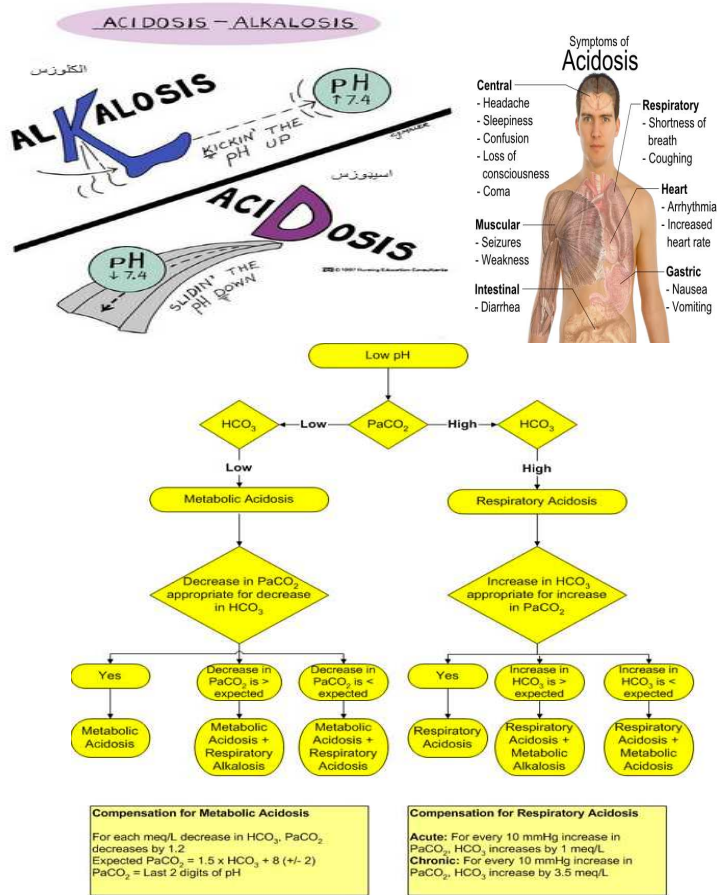
- د ادرینال غدې ناروغۍ لکه د کوشنګ سندروم او هایپرالډوسټرونیما.
- د ډېرې اندازې بهرني سټروئیدونو خوراک لکه پریدینیزولون دکسامیټازون او نور.
- بارټرز سندروم Bartter's Syndrome.
- د لایکوريس خوراک Licorice Ingestion.

تنفسي اسیدوزس (Respirator Acidosis)

کله چې په ابتدایي (Primary) ډول سره د کاربن ډای اوکساید سویه لوړه شي په دې صورت کې د وینې د پلازما د بای کاربونیټ (HCO_3) سویه په معاوضوي ډول لوړوالی مومي چې دا لوړوالی په حادو حالاتو کې 30 mEq/Lit څخه نه پورته کېږي چې ذکر شوی جدول بیا پاملرنه وکړي. د توپیري پیژندنې لپاره کېدای شي د اسیدوزس بحث ته بیا کتنه وکړي.

- a. حاد حالت: په لاندې پېښو کې منځ ته راتلای شي چې د پام وړ بل کېږي
 - مرکزي عصبي سیستم انحطاط (CNS Depression): د مرکزي اعصابو انحطاط لکه د ډېر سیدیشن او نارکوټیکونو او اناسټیټیکونو ورکړې له کبله.
 - د مرکزي اعصابو ترضیض لکه (CVA، قحفي ترضیض، دنخاع ترضیض).

- عصبي عضلي ناروغۍ لکه (مياسټېنيا گراويس ، کولين ، بار ناروغۍ).
- د هوایي لارې بندښت .
- د حنجري سپزم .
- په Iatrogenic ډول سره د مېخانيکي Under Ventilation حالت .
- د سپرو ناروغۍ د سپرو حاده اذینا شدیدې پنومونیا .
- د صدر تر ضیصونه (هیموټوراکس ، پنوموټورکس ، فلیال صدر) .
- b. مزمن حالت په لاندې پیښو کې لیدل کېږي .
- اوږدمهاله سالنډي (مزمنه استما)
- امفريما
- برانشیټ
- Pickwickian Syndrome او نور .



تنفسي الکالوزس

(Respiratory Alkalosis)

که چېرې په لومړني (ابتدائي) بڼه د کاربن ډای آکسایډ PCO_2 راټیټ شي نو د تنفسي الکالوزس لامل گرځي چې دا په کولای شو چې د ذکر شوې جدول کې پرتله کړو.

تویرې پېژندنه یې کولای شو چې د الکالوزس په بحث کې له نظره تېر کړو.

- I. د مرکزي اعصابو د سیسټم لاملونه په لاندې توګه کېږي.
 - اضطراب Anxiety.
 - هاپرونتیلیشن سندروم.
 - درد Pain
 - د قحفي ترضیض
 - CVA
 - انسفالایټس
 - د مرکزي اعصابو ټیومورونه
 - د ډېرو زیاتو پیمانو Salicylate سالیسیلاتونو د مستحضراتو خوراک مقدم مسمومیت
 - تبه
 - د سپیسیس مقدم حالت
- II. محیطي پاریدني (تنهات) :
 - د سږو آمبولي
 - د زړه احتقاني عدم کفایه CHF.
 - د سږو انترسټیشیال ناروغی.
 - پنومونیا
 - لوړې ارتفاع کاني
 - هاپوکسیمیا چې دهر لامله وي
- III. نور حالتونه :
 - Delirium tremens
 - Cirrhosis
 - ټایروټوکسیکوزس
 - بلارټوب
 - Iatrogenic Hyperventilation
- IV. دویني او کپلري : کله چې وغواړو (Capillary Blood Gas) CBG تفسیر وکړو لازمه ده چې د پېژندلو لپاره لاندې قاعدې پر نظر کې ونیسو او تېرویحونو ته مراجعه وکړو.
 - Arterial Blood Gas :

- pH same as arterial or slightly lower (N=7.35.7.40) دابه دشریان په اندازه او یا لږڅه ټیټ وي.
- PO₂ Lower than Arterial(N=45-60) داکسیجن فشار اندازه به لږڅه دشریان څخه ټیټه وي.
- O₂ Saturation : > 70% is Acceptable دا به د 70% په حدودو کې د قبول وړ دی خو Saturation په بنائې کچه ورتام شي کله چې د اوکسیجن فشار د CBG's له مخې تفسیر کېږي
- v. د وینې گازات او وریدونه:
 - لکه چې پخوا مود وینې د نورمال گازاتو ټاکې جدول کې ولیدل دلته ډېره لږه اندازه تفاوت دشریان او وریدونو د pH او بای کاربونیت په اشتهنی د (CHF, Shock) او نوي زیږیدلو ماشومانو کې نو له دې کبله د وریدگازاتو د سولې ټاکه بعضاً د Acid – Base حالت ټاکې او ارزونې په موخه پکار وړل کېږي خود اوکسیجن سویه به په واضح ډول د شریان په پرتله ټیټ وي.
- vi. CBC(Hemogram – Blood Complete Count)
 - 1. دنورمال حالاتو لپاره لاندې جدول وگورئ او د تویری پیژندنې لپاره بیا ځانگړې آزماښتونه له نظره تېر کړي

Age	Cell Type of Blood									
	WBC (Cells / UL)	RBC (Cells / UL)	Hemoglobin	Hematocrite	MCH (pg)	MCHC (%)	MCV (fL)	RDW	Platelets (UL)	
1 Adult	4800-10800	4.7-6.1x10 ⁶ F: 4.2-5.4x10	M: 14-18 F: 12-16	M: 40; 54 F: 37-47	27-31	33-37	M: 80-94 F: 81-99	11.5-14.5	150-450000	
2 (2 year Child Puberty)	4 years 5000 – 15000 10 years 4500 – 13500	3.8-5.5x10 ⁶	11-16	31-43					150-450000	
3 Infant 10-days -2 year)	6000 – 17000	3.8-5.5x10 ⁶	10-5	30-40					200-475000	
4 Neonat (5-10 days)	5000- 21000		11-20	35-49	32-34	33-34	96-108		150-3000000	

- vii. C. Peptides :
 - دا په لوږه ټاکل کېږي چې نورماله اندازه یې 2500-500 کيل کېږي.
 - په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي:
 - انسولینوما Insulinoma:
 - په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي:
 - o دیابیتس (د ننه انسولین لږوالی مومي) او همدارنگه د Factitious Insulin تطبیق ترسره کېږي.
 - viii. کلسیټونین Calcitonin : دا په نورمال ډول نارینه وو کې (Male <155 ng/Lit) څخه پورته او په بسجینه وو کې (Female <105 ng/Lit) څخه پورته وي په لاندې حالاتو کې سویه پورته ځي.
 - میډولاري کارسینوما د ټا پرایډ غډې

- نوي زېږېدلو ماشومانو کې
- بلارېښت
- مزمن ډول د پښتورگو نه برياليتوب (عدم کفايه)
- ذوليچر ايليسون سندروم
- خيښه انيميا

IX. دوينې د سيروم کلسيوم .

- 4.2-5.3 mEq/lit or 8.5 -10.5 mg/dL
 - Ionized 2.24-2.46mEq/Lit or 4.48-4.92mg/dL
- همدارنگه د ډېرو معلومات لپاره کولای شي چې د هايپو کلسيميا او هايپرکلسيميا برخو بحثونو ته مراجعه وکړي . کله چې د کلسيوم مجموعي سويه تفسير کېږي لازمي ده چې د Total Protein او البومين سويه هم څرگنده کړل شي که چېرې دوی په خپل نورمال محدوده کې نه وي نو د کلسيوم سوئي گڼې لپاره به لاندي فورمول په کار يووړل شي . چې آيونايز کلسيوم اصلاح کونې خاص ډول اصلاح ته اړتيا نه لري .

$$\text{Corrected total Calcium} = 0.8 (\text{normal albumin} - \text{measured albumin}) \text{ Reported Ca}^+$$

د کلسيوم سويه په وينه کې په لاندي حالاتو کې لوړوالی مومي:

- پرايمري هايپرتايرايډيزم
- پاراتايرايډ هورمون (PTH) ترشحي ټومورونه
- د ډېر ویتامينونو خوړل.
- د هډوکو ميتاستاتيک ټومورونه.
- او سټيوپوروزس .
- نه خوځېښت Immobilization
- Milk alkali Syndrome
- د پچټ ناروغی
- ايډيوپټيک هايپرکلسيميا په نوي زېږېدلو ماشومانو کې
- Infantile Hypophosphatemia
- د تيازېډ درملو استعمال
- په مزمن ډول د پښتورگو عدم کفايه
- سارکويډوزس
- ملټيپل ميالوما

په لاندي حالاتو کې د وينې د کلسيوم سويه ټيټوالی مومي

- هايپريارا ټايرايډيزم د جراحي يا ايډيوپټيک .

- کازات ډول هایپیراراتا پرایډیزم.
- د ویتامین دی لږوالی او لږه اندازه اخیستل
- دکلسیم اوفاسفورس خوراک لږوالی د (بلارینت و سټیوملاسی ایکس)
- هایپو مگنیزیمیا
- د پنسورگو ډیپوبولونو اسیدوزس
- هایپوالمینې میا (Cachexia، نفروټیک سندروم، سیسټیک فیبروزس)
- مزمن ډول د پنسورگو عدم کهایه (فاسفیت احتباس).
- حاد پانکراتیت.
- دالبومین او پروټین ټیټې سوپې له کبله Factitious لږوالی لامل ګرځي.
- x. Calcium Urine: په نور ماله توګه:
 - Calcium free diet <50mg/24^h Urine
 - Average Calium Diet 100mg – 300mg /24^hUrine
- a. په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:
 - هایپیراراتا پرایډیزم
 - هایپرتا پرایډیزم
 - د ډی ویتامین په هایپرویتامینوزس کې
 - بعیده د پنسورگو ډیپوبولونو اسیدوزس (Type-I).
 - سارکوئیدوزس
 - نه خوځښت یا اوږدمهالی د ملاستې نه حرکت کولو حالاتو کې
 - او سټیولایټیک افتونه لکه د هډوکو مټیاسټازس ملټیپل میالوما)
 - پچت ناروغی
 - د ګلوکوکورټیکوئید زیاتوالی
- b. په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي
 - د تیزید ډیورټیکونو خوراک
 - هایپو تاپرایډیزم
 - د پنسورگو عدم کهایه
 - Steatorrhoea
 - ریکټس Rickets
 - اوسټیوملاسیا Osteomalacia
- Carbondioxid (Bicarbonate or Total Co₂) کاربن ډای اوکساید (دکاربن ډای اوکساید مجموعي ډول اویا بای کاربونیټ) :
 - o په نور ماله توګه په کاهلانو کې 23-29 mmol/Lit

○ په نورماله توګه ماشومانو کې Lit / 20-28mmol همدارنګه د لا زیاتې پوهېدنې لپاره د کاربن ډای اوكساید او شریاني کاربن ډای اوكساید بحثونه وګوري.

- a. په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:
- میتابولیک الکوزس
 - تنفسي اسیدوزس
 - آمفزیما
 - ډېر شدید ډول کانګې
 - پرایمري دوسترونیزم Primary Aldosteronism
 - حُجبي تقلص (Volume Contraction)
- b. بارټرز سندروم Bartter's Syndrome
- c. په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي:
- میتابولیک اسیدوزس
 - تنفسي الکوزس
 - لوړه
 - ډیابېټ یا د شکرې ناروغۍ کیتواسیدوزس
 - لکتیک اسیدوزس
 - الکولیک کیتواسیدوزس
 - مسمومیت (توکسین پواسطه لکه (میتانولو ایټا لین ګلایکول پارالډیپاید)
 - ډېر شدید ډول نس ناستی
 - د پښورګو عدم کهایه
 - یولر درمل لکه (سالیسالیټونه ، استازول امايد)
 - ډیپایډریشن یاد اوبوله لاسه ورکول له بدن څخه
 - د ادرینال غدې عدم کهایه
- xI کاربن ډای اوكساید اود کاربن ډای اوكساید شریاني فشار.
- Arterial Carbondi Oxid (pCO₂)،
 - پخوانی د کاربن ډای اکساید د فشار جدول ته مراجعه وکړي.
- a. په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:
- تنفسي اسیدوزس
 - په میتابولیک الکوزس کې په معاوضوي ډول زیاتوالی.
- b. په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي:

- تنفسي الکوزس
- په ميټابوليک الکوزس په معاوضوي بڼه .
- XII. کاربوکسي هيموگلوبين Carboxy Hemoglobin :
 - هغه کسان چې سکرټ نه څکوي له دوه فيصده څخه پورته 2% < Nonsmokers .
 - په سکرټ څکونکو کې له 6% < څخه پورته نښت کېږي .
- (a) په لاندې حالاتو کې زياتوالي مومي:
 - سکرټ او چلم څکونکو کې
 - د دود انشاق پرمهال
 - کاربن مونواکسايډ انشاق (اورلگېدنې پرمهال) .
- XIII. Carcinoembryonic Antigen (CEA)
 - په سکرټ څکونکو > 5.0nanogram / ml څخه پورته .
- په لاندې حالاتو کې زياتوالي مومي:
 - کارسيټوما (کولون ، پانکراس ، سږو، معدې)
 - سکرټ او چلم څکونکو
 - غيرنيوپلاستيک ځيگر ناروغي .
 - د کرون ناروغي .
 - السراټيف کولايټس
- XIV. Fractionated،Catcholamines : اندازې يې د بيلابيلو آزموينو ترسره کولو له مخې توپير لري.

نورمال سويه يې د HPLC تخنيک له مخې په لاندې ډول دي.

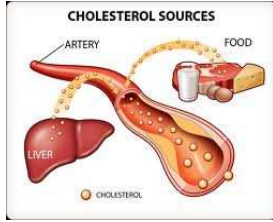
TABL- HPLC TECHNIC		
Test Name	Plasma (Supine)	Urine
Norepinephrine	<400pg/ml	<50ug/24 ^h
Epinephrin	<50 pg/ml	<15ug/24 ^h
Dopamine	<30 pg/ml	<440ug/24 ^h
Total	120-450 pg/ml	

XV. Unconjugated، Urine.Catecholamin :

- د پنتخه لس کلونو څخه پورته عمر درلودونکو ناروغانو کې 24^h /100-microgram څخه پورته چې په ازاد اېي نفرين-ناراپي نفرين او ډوپامين په اندازه کولو سره ثبت کېږي او په لاندې ناروغيو کې زياتوالي مومي:

- فيوکروموسايټوما
- نيورال کرسټ ټيومورونه (نيوروپلاستوما)
- XVI. سيروم، کلورايد (Chloride،Serum) : د سيروم کلورايد اواندازه ټاکل کېږي په نورمال ډول سره(98-106 mEq/lit) او په لاندې حالاتو کې زياتوالي مومي:
 - کانکې

- د يابې (شکري) ناروغۍ د کيو اسيدوزس سره
 - د منرالو کورټيکويډ زياتوالی
 - د پينټورگو ناروغۍ چې سوډيم د ضايعاتو سره مل وی.
- XVII. د متيازوکلورايډ (Chloride – Urine): نورماله بڼه يې (110-250 mmol/24^hUrine) ده چې په متيازوکې تثبيت کېږي د نور معلوماتو لپاره د متيازو الکترولايتونو ټاکنې ته پاملرنه وکړي.
- XVIII. کولسترول (Cholestrol): کولسترول هغه ماده ده چې په وينه کې شتون لري او د کولموله لارې وينې ته جذبېږي او د خوراکي توکو په منځ کې موندل کېږي چې په ډېرو ناروغيو منځ ته راتگ کې رول لري .



الف : مجموعی (Total):

- په کاهلانو کې 140-200 mg/dL
- په ماشومانو کې 120-200 mg/dL

لاندي جدول ته د سوئي ټاکنې لپاره پاملرنه وکړي. ترڅو ښه روښانتيا منځ ته راشي .

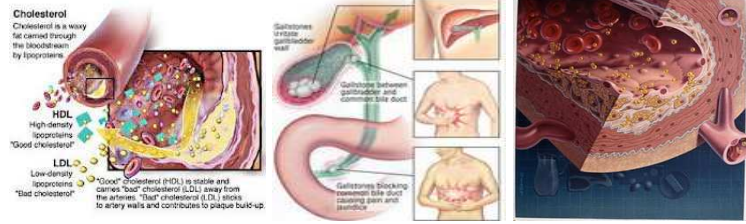
Test	Desirable	Borderline	Undesirable
Total Cholesterol	<200	200-240	>240
HDL Cholesterol	>45	35-45	<35
Triglycerides	<200	200-400	>400
LDL Cholesterol	<130	130-160	>160
Cholesterol/HDL	<4.5	4.5-7.5	>5.5
LDL/HDL	<3.0	3.5	>5.0

Sources :Medical Essay (1993)

(a) په لاندي حالاتو کې زياتوالی مومي

- ايډيوپټيک هايپرکولستروليميا
- د صفر اوي لارو بندښت
- نفروز
- هايپوتايرايډيزم
- پانکرياتيک ناروغۍ (د يابې)
- بلاربنښت
- هايپرلايپوپروټيمينا
- د سټروئيډ پذريعه درملنه

- لاپروپروټينميا -



(b) په لاندې حالاتو کې لېږوالی مومي

- د ځيگر ناروغۍ (هپاټايت او نورې)
- هايپرتايرايډيزم
- خوار ځواکي وکانسر، لوږه
- مزمن انيميا
- دستروئيد پذريعه درملنه
- لاپروپروټينميا

ب: Cholesterol HDL (HDL-C):

- o په نارينه وو کې د لوږې پرمهال (45 ± 12 mg/dl) نورماله بڼه لري
- o په ښځينه وو کې د لوږې پرمهال (55 ± 12 mg/dl) نورماله بڼه لري. HDL- Cholesterol ډېره نږدې اړيکه د اکيلي رگونو دناروغۍ د ودې سره لري کله چې HDL- Cholesterol په نارينه وو کې لېږوالی مومي په دوی کې خطر زیاتوالی مومي.



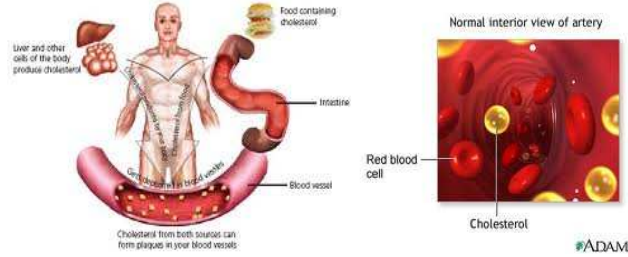
(a) خودا په لاندې حالاتو کې لېږوالی مومي:

- يوريميا
- پنډوالی (چاغې)
- ډيابېټ يا دشرکي ناروغۍ
- د يني يا ځيگر ناروغۍ
- د tangier's ناروغۍ

ج: LDL Cholesterol (LDL-C): په نورمال حالت کې 100-200 mg/dL ټاکل کېږي.

(a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:

- کله چې په ورځني خوراک کې غوړ لکه د (لم غوړي، کوچ، پیروي او طبعي غوړي) ډېر وخورې .
- دمایو کارډ په احتشاء .
- هایپرلاپوپروتینیمیا .
- دصفاوې سیروزس .
- د اندوکرین ناروغۍ (د ډیابت، هایپوتایرایډیزم)



(b) په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي:

Malabsorbtion -

شديد د ځيگر ناروغۍ -

A. betalipoproteinemia -

.xix Cold- Agglutinine : په نورمال حالت کې 1:32 < Cold agglutinine ټاکل کېږي .

(a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:

- د او توایمون هیمولایټیک انیمیا ، لوکیمیا ، لمفوما ، درگونو کولاجن ناروغۍ کې .

- د ترانسفیوژن غیرکوئیزه هیمولایټیک ناروغۍ .

- د بعضې درملو په وړاندې حساسیت (میټیل ډویا، لیوډویا، سفالوتین) .

- په ماشومانو کې هیمولایټیک ناروغۍ لکه (اریټرو بلاستوزس فیټالیس) .

.xx indirect ,Comb's test : په نورمال حالت کې منفي وي د دې لپاره هغه له سیروم څخه

کار اخیستل .

(a) په لاندې حالاتو کې مثبت وي

- د پخواني ترانسفیوژن له کبله ایز او یمونایزیشن

- غیر مطابقت کوونکی وینه دغلط کراس میچ له کبله

.xxi Cortisol کورتیزول:

- دسهار په اټه بجو 5.0-23.0ug/dL په نورمال ډول وي

- د مازیکر په څلور بجو 3.0-15.0 ug/dL په نورمال ډول وي

(a) په لاندې حالاتو کې لوړوالی مومي:

- ادرینال اډینوما

- ادرینال کارسینوما
- د کوشنگ ناروغی
- هغه تومور ونه چې غیر نخامیه ACTH هورمونونه جوړ وي.
- (b) په لاندې حالاتو کې ټیټوالی مومي:
 - آپیسون ناروغی.
 - ولادي ادرینال هاپرټروفی.
 - Water – house – Frider Chsen Syndram
- xxii. Counter Immuno Electrophoresis (CEP, CIE, CIEP): په نورمال حالت دا آزماښت منفي وي. دا یو ایسینولوژیک تخنیک دی چې په چټکه توګه هغه منن والی یا مایکرو ارګانیزم چې په مایعاتو کې په شمول د (سیروم، میازو، CSF او د بدن نورې ماچ) دهغه شته والی څرګند کړي ارګانیزمونه چې د پیژندلو وړ وي لکه:
 - N. Meningitidis
 - S. Pneumonia
 - H. Influenza
 - Group Beta- streptococcus
- xxiii. Creatinine Phosphokinase (CPK): په نورمال حالت کې ددې انزایم دغه اندازه د (25-145 mU/mL) حدودو کې نښت کېږي
 - (a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:
 - دعضلاتو ویجاړیدنه او تخریب
 - حاد مایوکارډیال احتشاء
 - مایوکارډیت
 - دعضلاتو ډیسټروفی
 - دعضلاتو تراوما
 - له جراحی او زرقیاتو وروسته
 - ددماغ یا مغزو احتشاً
 - ډیفبریشن
 - د زړه کیترایزشن
 - رهاډو مایولایزس
 - پولی مایوزیتس
- xxiv. MB, CPK Isozymes MM، BB: همدارنګه MB په نورمال حالت کې دا انزایم له (Normal <6%) څخه ټیټه وي.
 - (a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي

- حاد ډول د مایوکارډ احتشاء چې له (8-4) ساعتو موده کې پیل کویاو په 24^h کې خپل peak ته رسېږي.
 - عضلي ډسټروفی.
 - د زړه جراحی عملیات کې.
 - په ډېرو حالاتو کې نه لیدل کېږي.
- xxv. د میازو کریاتین Creatinine، Urine : په نورماله توګه په نارینه وګې کریاتین 18-25mg/kg/24^h ټاکل کېږي او په نورماله توګه په ښځینه وو کې کریاتین 12-20 mg/kg/24^h ټاکل کېږي.

دلایات معلومات لپاره د کریاتین کلیرانس ته پاملرنه وکړي.
xxvi. کریاتین کلیرانس (Creatinine Clearance):

- په نارینه وو کې 100-125 ml/min
 - په ښځینه وو کې (0.85 of Male)، 85-105 ml/min
- د دې لپاره پرلپسې سیروم او میازو راټولېدنې ته اړتیا ده یوه لنډه موده وقفه کېدای شي پکار یووړل شي ترڅو فورمول صحیح کړل شي.

$$\text{Creatinin Clearance} = \frac{\text{Urine Creatinin} \cdot \text{total Urine Volume}}{\text{Plasma CoCreatinin} \cdot \text{time} (1440 \text{ minute for } 24 \text{ hours})}$$

د څرګندولو لپاره که هغه اندازه د میازو نمونه چې په 24 hour ساعتو کې بشپړ راټول شوی که چېرې نمونه لږ تر لږه په کاهل نارینه کې 18-25mg/kg/24^h وټاکل شي د دغه آزماښت ترسره کول کوم ډول اړتیا نه ده بلل شوی.

که چېرې ناروغ کاهل ($1.73 \text{ m}^2 = \text{body surface area } 150 \text{ lb}$) وي د کلیرانس عیار کول د بدن داندازې په انډول په روټینه بڼه اړتیا نه لري چې عیار کړل شي. همدارنګه که چېرې ناروغ ماشوم وي نو عیار کولو ته اړتیا لیدل کېږي د دې لپاره چې د بدن د سطحې اندازه اصلاح شي نو د دې لپاره دې د ګڼل شوې کریاتین کلیرانس باید د 1.73 سره ضرب او د ناروغ د بدن سطحې پراندازه دېویشل شي

(a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:

- بلارېتوب Pregnancy:

(b) په لاندې حالاتو کې ټیوالی مومي:

- کله چې د وین په سیروم کې کریاتین لوړ شي د پښورګو په عدم کهایه کې.
- په نورماله توګه د عمر سره سم ټیوالی مومي

xxvii. دویني د سیروم کریاتین:

- په کاهل نارینه کې 0.7-1.3mg/dL نورماله بڼه لري
- په کاهله ښځینه کې 0.6-1.1mg/dL نورماله بڼه لري.

a) په لاندې حالاتو کې ياتوالی مومي:

- د پېنسورگو عدم کفایه
- جياتيزم Giantism
- اکروميگالي
- دسرې کرې غوښې خوراک
- اماينوگلايکوسيدونه او نور هغه درملونه چې په پېنسورگو توکسيک اغېزه ولري
- او نور.

XXVIII Dexamethazon Depression Test

دا آزمايښت دکوشنگ سندورم دتوپيري پېژندنې په موخه پکارېږي او دارنگه وي چې ناروغ د شپې له خوا په (11 pm) بجو دخولې له لارې (1mg) دیکساميتازون تابليت خوري او دسهار له خوا په (8 am) بجو په لوږه دپلازما د کورتيزون اندازه اوسويه ټاکل کېږي. په نورماله توگه به د کورتيزول سويه بايد له (Cortisole < 5µg/dL) څخه ټيټه وي اوکه چېرې دکورتيزول سويه له (Cortisole > 5µg/dL) څخه پورته وي دا به دکوشنگ سندورم ناروغی. راپه گوته کېږي. همدارنگه په څرېوالي (چاغې) الکوليزم کې اويا Depression حالاتو کې هم همدا تيجه ليدلاى شو.

د لوږ ډوز آزمايښت (High Dosage Test):

دیکساميتازون (2mg) دخولې له لارې هر شپږ ساعته ورکول کېږي چې وروسته له اته ډوزونو پوره کېدنې څخه به په مټيازوکې سويه (17.OH Corticosteroids) تر (50%) راټيټ شي چې دا دواړه لورونه دادرينال غدې هايپر پلازيا پورې تړاو ولري. خودا به دناروغ د ادرينال ټومور او يا اکټويک ادرينو کورتیکوتروپيک هورمون توليد (Ectopic -ACTH production) کې منځ ته رانشي.

XXIX استروجن رسپټور:

- دا به په تازه دجراحی نمونې کې وليدل شي او درسيټورونو شته والی به د اورېدې مودې ناروغيو Free interval او هغه ناروغانو کې چې د ټيوبونو کانسر څخه ژوندی پاتې وي تثبيت کړل شي.

- همدارنگه هغه ناروغان چې د اندوکرين درملنې په وړاندې خواب ورکوي هم ليدل کېږي.

XXX د ايتانول Ethanol توکسيک کچه يې په لاندې ډول د تثبيت وړ ده:

- 100-200mg /100mL (Legal Drunken).
- 150 -300 mg /100 mL (Confusion).
- 250-400 mg /100 mL (Stupor).
- 350-500 mg /100 mL (Coma).
- >450 mg /100mL (Death).

- .XXXI د غاځلی شحم Fecal Fat:
- نورمال اندازه یې په هغه کسانو کې چې غوړ نه خوري په دوی کې ($6\text{gr}/24^h$) څخه لږه اندازه لري.
 - همدارنگه په Steatorrhoea (د پانکراس عدم کفایه) کې زیاتوالی مومي.
- .XXXII Ferritin:
- په نارمل توگه په نارینه وو کې $15-200\text{ ng/ml}$ ټاکل کېږي.
 - په نورماله توگه په نسځینه وو کې $12-150\text{ ng/ml}$ ټاکل کېږي.
- د اوسپنې په نشتوالي Iron deficiency په مقدمو مرحلو دمخه تردې چې په سروکړیواتو کې بدلون منځ ته راشي د حساسیت د یوې علامې په توگه پیژندل شوی.
- .XXXIII (FDP) Fibrin Degradation product:
- په نورماله توگه له ($\text{FDP} < 10\text{ng/ml}$) څخه لږ ټاکل کېږي او د (FDP) ننزبل تولیدي بڼه په یولړ حالاتو اړوند وی.
- a) په لاندې حالاتو کې یې لوړه سویه ثبت کېږي:
- په هر راز ترومبو اسبولیک حالاتو کې لکه [د ژورو وریدونو ترومبوزس یا (DVT)، د مایوکارډ احتشاً، د سپرواسبولی].
 - [Disseminated Intravascular Coagulopathy (DIC)] په خپره بڼه د رگونو ترمنځ د وینې د تحری وچار تیا کې تر سترگو کېږي.
- .XXXIV Fibrinogen:
- په نورماله توگه د $150-450\text{mg/dL}$ ټاکل کېږي.
- a) په لاندې حالاتو کې ټیټوالی مومي:
- په ولادي توگه (له مور په پېدا)
 - په DIC، (Sepsis)، (امینوټیک مایع آمبولیزم، ابریشو پلاستا)
 - نیوپلاستیک او هیماټولوژیک حالتونه
 - په حاد ډول شدید وینه بهېدنه
 - سوځېدنه
 - د مارانو دچچلو وروسته
- .XXXV Folic acid اسید (Serum folate):
- په نورماله توگه په وینه کې یې سویه $2.0-21\text{ng/ml}$ ټاکل کېږي.
- a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي: د فولیک اسید په زیاتې ورکړې یا تطبیق کې زیاتوالی مومي.
- b) په لاندې حالاتو کې ټیټوالی مومي.

- ککړی حجروي وده (Massive Cellular Growth) لکه د کانسر حالت .
- هيمولايټيک انيميا
- ميگالو بلاستيک انيميا
- سؤجذب سندروم Malabsorption Syndrome
- Fluorescent Treponemal Anhtordy Absorbed (FTA- ABS) : .xxxvi
- دآزمایښت په نورمال حالت کې منفي وي
- په لاندي حالت کې مثبت ټاکل کېږي.
- سيفيلس (يوازي آزمایښت دی چې پېژندنه پرې کېږي) .
- د فنګسونو سيرولوژي Fungal Serology : .xxxvii
- دا آزمایښت په نورمال حالت کې منفي وي او (Negative < 1:8) وي دا د فنګسونو دکپلمنت فيکسيشن اتي باډي د ټون لپاره دی او د Histoplasma ، Blastomyces ، Aspergillus او Coccidioides فنګسونو تثبیت لپاره کارول کېږي.
- Gastrin : په نورمال حالت کې په نارینه وو کې < 100pg/ml او څخه ټيټ وي او په ښځينه وو کې < 75pg/ml Female څخه ټيټ وي . .xxxviii
- (a) په لاندي حالاتو کې زیاتوالی مومي
- Zollinger Ellison Syndrome
- د پیلور معصري په تضيق یا تنګوالي
- خيټ ډول انيميا Pernicious
- آتروفیک کاسټریټ
- السراټيف کرليټ
- د پښتورگو په عدم کهایه
- دستروئیدونو یا کلسیم ورکړي یا تطبیق په صورت کې.
- G- cell Hyperplasia
- شکر- گلوکوز (Glucose) : د لوړې په حالت کې Fasting 70-105mg/dL ، او Post 2hour prandial < 120mg/dL ټاکل کېږي . .xxxix
- (a) په لاندي حالاتو کې زیاتوالی مومي:
- په هغه حالاتو کې چې هایپرګلايسيميا منع ته راځي د هایپرګلايسيميا بحث وګورئ
- د یا بټ ميلټيس (خوږې شکرې ناروغی).
- کوشنگ سندروم
- په هغه حالاتو کې چې اپي نفرين هورمون زیاتوالی مومي (زرقیات، فيوکروموسایټوما، روجي فشار سوځېدنه اونور حالتونه).
- پانکریا ټيټ (د پانکراس التهابات).

- د ادرينو کورټيکو تروپيک هورمون ورکړې او تطبيق پرمهال.
- ډېره پېمانه د گلوکوز سويې ټاکل په هغه حالاتو کې چې ناروغ ته دوريد له لارې د کسټروز ورکول کېږي اوله I.V Canula د تطبيق له حايه پورته برخې څخه دوينې نمونه واخيستل شي.
- د ډېر عمر درلودونکو ناروغانو .
- پانکريا ټيک گلوکاکونوما.
- b. به لاندې حالاتو کې تيوالي تثبيت کېږي.
 - ټولو هغه حالاتو کې چې د هاپوگلايسيميا حالت منځ ته راځي د هاپوگلايسيميا بحث وگوري
 - د پانکراس ناروغۍ (پانکريا ټيټ Islet cell tumors)
 - له پانکراس څخه بهر ته ټومور ونه لکه (دادرينال غدې کارسينوما اود معدې کارسينوما)
 - د ځيگر ناروغۍ (لکه هپاټيت ، سيروزس ، ټومور ونه)
 - د اندوکرين ناروغۍ (مقدم ډيابټ ، هاپوټايرايډيزم ، هاپو پيټوريزم)
 - وظيفوي تشوش / اختلال (لکه وروسته له کاسټريکومي).
 - د ماشومانو ستونزې (پريماچوريټي ، ماشوم د ډيابيټک مورسره کيټيک هاپوگلايسيميا انزايي ناروغۍ).
 - د بهر څخه دانسولين ورکولو پرمال
 - د خولې له لارې د هاپوگلايسيميا منځ ته راروړونکي درملو خوراک
 - خوارځواکي (Malnutrition).
- XL. گلوپيکو هيموگلوبين (Hemoglobin A/C) : په نورمال حالت کې (4.6-7.1%) ټاکل کېږي او په شکرې (ډيابيټس ميليټس) کې زياتوالی مومي.
- XLI. د گرام تلون (Gram stain):

1. چټک تخنيک Rapid technic:

د يوې نرې پاڼې يا طبقې په څېر د نمونې څخه د سلايد پر مخ خپرېږي او پرېنودل کېږي چې وچ شي دهوا يا تودوخې حرارت پواسطه او Juntion – Violet پواسطه رنگول کېږي او (Rodine) ټاڼو لپاره پرېنودل کېږي او بيا د (15-20sec) ټاڼو لپاره دايوډين (Iodine) محلول کې او الکوهول کې تر هغه دمه چې په څوټاڼو کې خپل رنگ له لاسه ورکړي پرېنودل کېږي د اوبو پواسطه مينځل کېږي او د Safralin په منځ کې (15-20 sec) پرېنودل کېږي او وروسته له هغه Immersion oil اچولو په واسطه ترمايکروسکوپ لاندې کتل کېږي گرام مثبت سلايدونه به ابې تياره (Dark Blue) رنگ ولري او گرام منفي سلايدونه په سور (Red) رنگ ولري.

a. گرام مثبت کوکسي Grom Positive Cocci:

- i. سټافيلوکوک Staphylococcus
- ii. سټريټوکوک Streptococcus
- iii. ديلوکوک Diplococcus

Micrococcus مائیکروکوکک .iv

Peptococcus پیپٹو کوکک (انایروب) .v

:Gram Positive Rods .b

Clostridium کلو سٹریڈیوم (انایروب) .i

Corynebacterium کورنیو باکٹریوم .ii

Listeria لیسٹریا .iii

Bacillus species باسیلوس .iv

Gram Negative گرام منفی کوکسی .c

:Cocci

Species (Branhamella) Naiseria -

:Gram Negative Coccioid Rods .d

Hemophilus ہیموفیلس .i

Pasturella پاستوریلایا .ii

Brucella بروسیلا .iii

Bordetella بورڈتیلایا .iv

Gram Negative Straight .e

:Rods

Escherichia Colli .i

Salmonella .ii

Shigella .iii

Proteus .iv

Enterobacteriaceae .v

Klebsiella .vi

Pseudomonas .vii

Providencia .viii

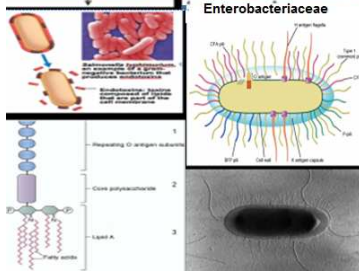
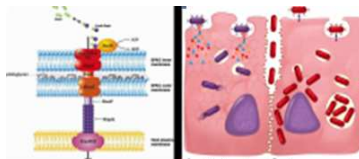
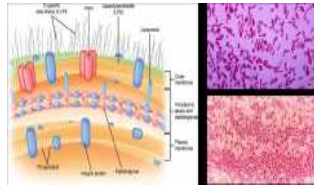
Yersenia .ix

(Herellea Mima) Acineto bacteroides .x

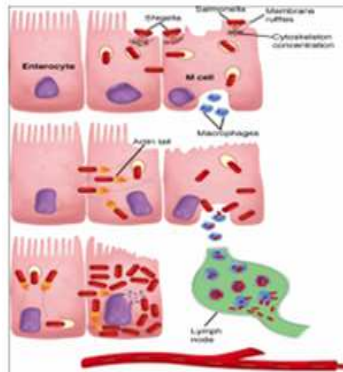
(anaerobic) fusobacterium .xi

(Commashaped) Campylobacter .xii

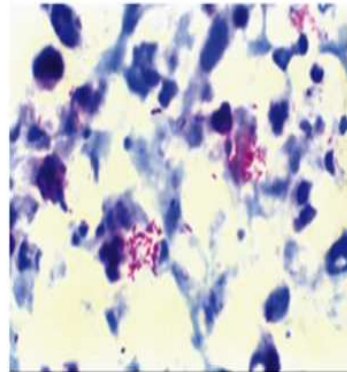
.xiii



SALMONELLA



Legionella Pneumophila



XLII Heptoglobin: هپاتوگلوبین په نورمال حالت کې 26-185 mg/dL ټاکل کېږي.

a په لاندې حالتونو کې زیاتوالی مومي

- د ځيگر بندښتيزې ناروغۍ.
- ټول هغه حالات چې ESR د لوړېدنې لامل گرځي.

b په لاندې حالتونو کې يې سويه ټيټه موندل کېږي:

- د هيمولايزس هر ډول (د ټرانسفيوژن غبرگون اونور)
- دينې يا ځيگر ناروغۍ.

XLIII هيماتوکريټ (Hematocrite):

- په نورماله توگه په نارينه وو کې 40-45% ټاکل کېږي
- په نورماله توگه په بنځينه وو کې 37-47% ټاکل کېږي

a په لاندې حالتونو کې زیاتوالی مومي

- پولي سايټيميا وېرا Polycythemia vera
- ثانوی پولي سايټيميا Secondary polycythemia
- په لوړو ارتفاعاتو کې ژوند کول.
- ډېر زيات تمرين ترسره کول.
- سکرټ ځکول
- هيموکانسټرېشن (لکه شاک، سوځېدنه، شديد ډيهايډرېشن).

b په لاندې حالاتو کې ټيټوالی مومي.

- انيميا [مایکروسایټیک انيميا (داوسپنې لېږوالی، شديد د پروټين لېږوالی دپورفایرين سټيزس)].
- نورموسایټیک انيميا په [ناڅاپه شديد ډول وينه بهېدنه، هيمولايټیک انيميا په (شديد ډول د ايمون لېږوالی DIC ولادي ډول هيموگلوبينو ټي)].
- د سروکړيواتو ډېره لږه اندازه توليد (د لوکيميا درملو خوړاک، د پښتورگو ناروغۍ، مزمن، اتاني حالات دځيگر ناروغۍ).
- ماکروسایټیک انيميا.
- ميگالو بلاستيک انيميا (Vit B₁₂، فولیک اسيد) فقدان.
- د ماکرو سايټوزس حالت.



XLIV. هیموگلوبین Hemoglobin:

- په نارینه وو کې نورماله بڼه %14-18 ټاکل کېږي
- په ښځینه وو کې نورماله بڼه %12-16 ټاکل کېږي

a, په لاندې حالتونو کې زیاتوالی مومي

- پولی سائیمیا ویرا .
- ثانوی پولی سائیمیا .
- لوړو ارتفاعاتو کې .
- په ډېره زیاته اندازه تمرینونه تر سره کول .

b, په لاندې حالاتو کې لوړوالی مومي:

- وینه بهېدنې
- هیمولایزس
- هغه حالتونه چې هیماتوکریټ په کې ټیټوالی مومي

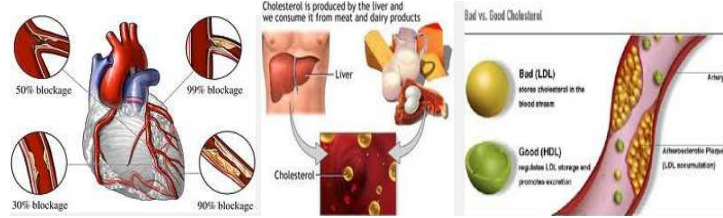
XLV. د هپاټیت آزماینستونه Hepatitis tests

1) HBs-Ag:

- د هپاټیت بی د سطحې اټی جن، (HAA (Australia antigen
- Anti-HBC- IgM د اټی باډي د هپاټیت بی Core کور اټی جن لپاره .
- 2) HBeAg: هپاټیت بی ای اټی جن په وړاندې اټی باډي چې کله شته والی ولري په دې صورت کې په کوره کچه د اتان څرګندوي وي .
- 3) Anti-HBe: د هپاټیت بی ای اټی جن په وړاندې دانټي باډي شته والی که چېرې ثابت شي دا به دانټان Resolution سره مل وي .
- 4) Anti HBs: د هپاټیت بی سطحې (Surface) اټی جن په وړاندې د اټی باډي که چېرې ولیدل شي نو په دې صورت کې په وصفي توګه د معافیت او کلبینکي ریکوري څرګندوي به وي .
- 5) Anti-HAV: ټوټال اټی باډي د هپاټیت (A) په وړاندې که چېرې وموندل شي دا به د هپاټیت A ویروس سره دمخامخ کېدنې اواخته کېدنې حالت څرګندوي وي .
- 6) Anti-HAV-IgM: د اټی باډي شتون د هپاټیت (A) ویروس په وړاندې به د نېرېدې په اتان اخته کېدنې څرګندونه وي .

XLVI. HDL-HDL (High Density lipoprotein)

دا دلورې په حالت کې HDL په نارینه وو کې (55±12 mg/dl) دی همدارنګه د (HDL-C) شته والی دا کليې رګونود ناروغیو دې لپاره د اړیکې څرګندوي به بلل کېږي که چېرې په نارینه وو کې HDL-C سویه ټیټه وي په ناروغانو کې د خطر risk زیاتوالی څرګندوي .



a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:

د بنځینه وو کې داستروجن سره زیاتوالی مومي

b) په لاندې حالاتو کې ټیټوالی لیدل کېږي.

- نارینه وو کې
- یوریمیا
- چاغوالی (خرېه توب)
- د شکرې ناروغی.
- د ینې (کبد) ناروغی.
- Tangier's disease د تانجیر ناروغی.

XLVII HIV – Antibody (HTLV-III Antibody): په نورمال حالت کې منفي وي ، دا د AIDS د

ناروغی د پېژندې لپاره پکارېږي د HIV انټي باډي د ELISA میتود پواسطه پېژندل کېږي.

مثبت آزماښت د Blot Western پواسطه یقینې کېږي.

مثبت والی د AIDS او ایډز اړوند کمپلکس حالاتو کې لیدل کېږي.

Urine (17-OHCS), 17 – Hydroxycorticosteroid XLVIII

• په بالغ نارینه کې $3.0-12.0\text{mg}/24^h$ په میټازو کې

• په بنځینه کې $2.0-9.0\text{mg}/24^h$ په میټازو کې

a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی لیدل کېږي.

- د Steroid سټروئید یا ACTH تطبیق په صورت کې .
- کوشنگ سندروم .
- فشار Stress.
- هایپوتا یرایډیزم
- 11- Hydroxylase. deficiency
- خړبوالي Obesity
- بلارښت .

b) په لاندې حالاتو کې ټیټوالی مومي:

- دا ډیسون ناروغی.
- د ACTH د تولید لږوالی د پان هایپو پیتوریزم شته والي حالت کې .

- داستروجن ورکړي .
- دخولې له لارې دکاتراسپټیف خوراک په صورت کې .
- Human Chorionic Gonadotropin(HCG.BETA- SUBUNIT) XLIX
- نورماله اندازه $<3.0\text{mlU/ml}$ Normal ده چې د بلارېښت وروسته موده کې توپیر لري .
- $10\text{ days post conception} > 3\text{mlU/ml}$
- $30\text{ days } 100\text{-}5000\text{ mlU/ml}$
- $10\text{ weeks } 14000 - 50000\text{mlU/ml}$
- $>16\text{weeks } 10000\text{-}5000\text{ ml U /ml}$
- a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:
- بلارېښت
- د مرغیو ټومورونه
- د ټروفوبلاست ناروغی
- هایډاتیفورم مول
- کوریوکارسینوما چې معمولاً سویه یې $>100000\text{mlU/ml}$ وي .
- L) $5\text{-HIAA (hydroxyl indoleacetic acid)}$ داد serotonin metabolite د
- $2\text{-}8\text{mg}/24^{\text{h}}$ Urine Collection
- b) په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي
- کارسینوئید ټومورونه
- یولر خوراکونه لکه (دکیلي، رومي بانجانو، Pineapple).
- LI) اوسپنه Iron:
- په نارینه وو کې $65\text{-}175\text{ }\mu\text{g/dL}$
- په ښځینه وو کې $50\text{-}170\text{ }\mu\text{g/dL}$
- a) په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي:
- هیموکروماتوزس
- هیموزید روزس چې د ډېر اوسپني خوراک له کبله منځ ته راشي .
- دسروکریواتو ډېر ویجاړ تیا حالتونه
- دسروکریواتو لږ اندازې تولید
- دیني یا ځیگر نکروزس
- b) په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي
- داوسپني دفتدان انیمیا
- نفروزس (داوسپني ضایع د پروتین باند) له کبله
- نارموکرومیک انیمیا
- بنسای ناروغی

- اتانې ناروغی
- LII (Total Iron binding capacity) (TIBC) په نورمال حالت کې (250-450µg/dL) ټاکل کېږي او همدارنگه په نورماله توګه په سلوکې د Iron / TIBC (20-50%) ده اوله 15% < څخه ټیټه سوبه د آیرن ډیفیشنسي انیمیا پېژندنې لپاره وصفي ده .
- a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:
- i. دوینې ضایع کېدنه په حاده یا مزمنه توګه
 - ii. که د اوسپنې د لږوالي له کبله وینه لږې منځ ته راغلی وي
 - iii. هیپاټیت .
 - iv. دخولې له لارې د کاتر اسپټیف درملو خوراک په لږ کې .
- b) په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي:
- i. سیروزس (حین)
 - ii. نفروزس هیموکروماتوزسن
- LIII 17= Ketogenic steroids (17-KGS):
- په نارینه کاهل کې (5-23 mg/24^h) او په ښځینه کې (3-15 mg/24^h) په میازو کې سوبه ټاکل کېږي
- a) په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي:
- پان هاپوپیتوریزم
 - د اډیسون ناروغی
 - په حاده توګه د سټروئیدونو قطع کول
- b) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي
- د ادرینال غدې هاپر پلازیا
- LIV 17= Ketosteroid (17-Ks): په میازو کې نورمال اندازه لاندې ډول ټاکل کېږي
- په نارینه کې 9-22 mg/24^h
 - په ښځینه کې 6-15mg/24^h
- a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:
- کوشنګ سنډروم
 - 11 and 21 hydroxylase deficiency
 - له بهر څخه د سټروئیدونو اخیستل
 - همدارنگه له بهر څخه د ACTH او یا اندروجن هورمونونو اخیستل
- b) په لاندې حالاتو کې لږوالی مومي:
- د اډیسون ناروغی
 - عصبی بی اشتهايي Anorexia Nervosa

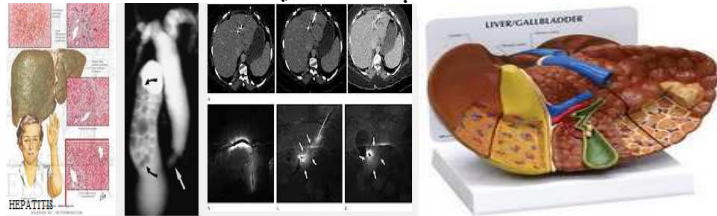
- پان هایپو پیټوریزم
- .LV KOH- Prep: دا آزماینست په نورمال حالت کې منفي وي او مثبت ډول يې په سطحې مایکوزس Superficial mycoses لکه (Keratinomyces, Candida ، Trichophyton ، Microsporone, Epidermophyton) کې لیدل شی .
- .LVI Lactate dehydrogenase(LDH) انزایم: نورماله سویه يې 40-10 U/L
- a) په لاندې حالاتو کې زیاتوالی مومي:

- حاده مایوکارډیال احتشاء
- د زړه جراحی څخه وروسته
- د جراحی عملي پواسطه د مصنوعي دسام ځای پرځای کولو وروسته
- خبیثه انیمیا
- خبیث ټومورونه
- د سړو آمبولې
- هیمولایزس
- د پښورگو احتشاً

.LVII LDH- Isoenzyme (LDH Lto LDH- 5):

په نورمال حالت کې که چېرې LDH_1/LDH_2 نسبت ($0.6-0.7 < LDH_1/LDH_2$) څخه لږ وي او که چېرې همدا نسبت له 1 > څخه پورته وټاکل شي نو دا راپه گوته کړي چې حاد ډول احتشاء به په مایوکارډ کې منځ ته راغلی وي د LDH سویه به په $10-12^h$ ساعتونو کې لوړوالی ومومي او لوړ پیک Peak به يې په $48-72^h$ کې منځ ته راشي.

د LDH-5 سویه به په هیپاتیت ناروغۍ کې لوړوالی ومومي:



.LVIII Lactic Acid (Lactate):

نورماله کچه يې [Noramal Levele (0.5-2.2 mmol/Lit)] دی او په لاندې حالاتو کې زیاتولې

- مومي .
- Hypoxic Lactic Acidosis
- Hemorrhage
- Circulatory Collaps
- Sepsis
- Cirrhosis
- Exercise

LIX. د وینې د (Lee- White Cloting Time) اندازه :

- د دې نورماله کچه (Normal 6-7 minutes) ده چې په لاندې حالاتو کې زیاتوالې مومي .
- هیپارین درملنه (Heparin Therapy).
- د فکټورونو کمښت Plasma Cloting Factors Deficiency پرته له (Factor –VII, & XIII).

LX. لایپیز انزایم (Lipase Enzym) :

- نورماله کچه یې په وینه کې (0-1.5 U/mL) یا (10-150 U/L) ده په لاندې حالاتو کې زیاتوالې مومي :
- حاد پانکریاتیت .
- د پانکراس قنات بندښت (تیره، تضیق، تیومور ، د درملو) ، شحمی آمبولې سندروم (د بغوتیو-کله چرک) له کبله.

LXI. د لوپوس اریتماتوزس :

- په نورمال حالت کې هېڅ راز حجرې نه لیدل کېږي.
- په لاندې حالاتو کې زیاتېدنه مومي .
- لوپوس اریتماتوزس سیسټمیک .
- Scleroderma
- Rheumatoid Arthritis
- د درملو له کبله لکه (Procainamide)

LXII. مگنیزیم (Magnesium) :

نورماله کچه یې (1.6-2.6 mg /dL) ده.

1. په لاندې حالاتو کې زیاتېدنه مومي .
 - پښتورکو عدم کفایه .
 - هایپوتایرایډیزم .
 - دمگنیزیم عنصر لرونکی اتی اسیدونو خوراک .
 - اډیسون ناروغی .
 - ډیابیتیک کوما .
 - شدید ډیهایدریشن .
2. په لاندې حالاتو کې کمښت مومي .
 - سؤجذب .
 - سټیټوریا
 - الکھولیزم .
 - سیروزس . هایپاراتایرایډیزم .
 - الډوسټرونیزم .
 - ډیوریتیک خوراک او درملنه .
 - حاد پانکریاتیت .
 - هایپر پاراتایرایډیزم .
 - هایپر الیمینټیشن .
 - انفی - معدوی سکشن .
 - مزمن هیموډیالیزس .
 - کلیوی ټیوبولار - اسیدوزس .
 - د درملو خوراک لکه (سیسپلاتینوم ،اماینوکلایکوسیدونه) .

LXIII پروټین یوریا :

ددې نورماله کچه په میازو کې (Protein <100 mg /24 h Urine) ده او (Spot < 10mg /dL

or < 20 mg / dL) د سهار وختی موده کې راپټول شوي میازو کې د تثبیت وړ وی

په لاندې حالاتو کې زیاتېدنه مومی.

- Nephrotic Syndrome
- Glumerolonephritis
- Lupus Nephritis
- Amyloidosis
- Venous Congestion of Kidny (Renal Vein Thrombosis, Svere CHF)
- Multiple Myeloma
- Pre-eclampsia
- Postural Proteinurai
- Polycystic Kidney Disease
- Diabetic Nephropathy
- Radiation Nephritis
- Malignant Hypertension

LXIV پروترومین موده (PT) :Prothrombin Time (PT)

نورماله کچه یې (Normal =11.5-13.5 Seconds) ده . پدې لړ کې بهرنی د وینې علقې

فکټورونو مېکانیزمونه خپرل شې چې پکې یو لړ فکټورونه لکه (Factor-I , Factor-II ,

Factor-V , Factor VII, and Factor-X) ورگډېږي .

په لاندې حالاتو کې زیاتېدنه – اوږدېدنه مومی.

- Coagulopathies ټول ډولونو د تحشر اختلال
- Drugs (Sodium Warfarin, Coumadin)
- Decreased Vitamin K
- Fat Malabsorption
- Liver Disease
- Prolong use Tourniquet دمخ تر دې چې وینه راوکنبل شې.
- منتشر ډول پین الوعائی کړاکولوپټی .

LXV د سروکړیواتو شمیرل اړوند د (Mean Cellular Hemoglobin) ټاکنه :

1. په لاندې حالاتو کې زیاتېدنه – اوږدېدنه مومی.

▪ په ماکروسایټوزیس (Macrocytosis) :

- Megaloblastic Anemia
- High Reticulocyte Count

په لاندې حالاتو کې کمښت مومی.

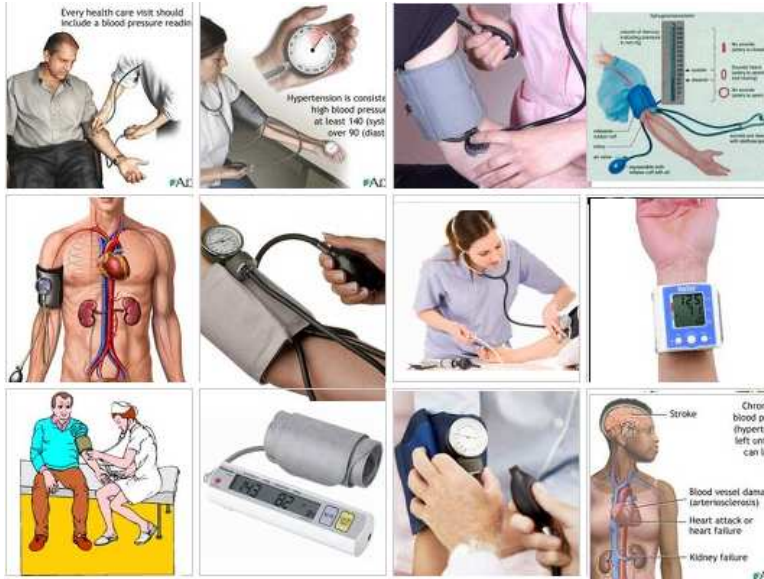
▪ مایکروسایټوزیس (Microcytosis) .

- Iron Deficiency

نه دېر شم پرکې

دوینې لوړ فشار (Hypertention):

که چېرې د ناروغ دوینې فشار د سیسټول 120mmHg او یا د پاسټول 80mmHg څخه پورته وټاکل شوی دغه حالت به د لوړ فشار ناروغی ویل شي او همدارنگه که چېرې یوه ناروغ ته چې د 45 کاله عمر لری Antrectomy او Vagotomy ورته ترسره شوی وی او دوینې فشار یې 190/110 ټاکل شوی نو سمدا لاسه په لاندې پوښتنی مطرح شی .



- آیا ورسره ټاکی کارډیا او ټاکی پڼیا حالتونه شته او که ؟ د عملیات څخه وروسته د دردونو شته والې به معمولا ټاکی کارډیا او هایپریتشنن پواسطه څرگندونه وکړی که چېرې برسېره پردی ټاکی پڼیا هم ورسره مل وی دابه هایپوکسیا په شته والې دلالت وکړی مخصوصا د Agitation پرمهال .
- آیا ناروغ پخوا هم د فرط فشار تاریخچه درلوده او که ؟ د هایپریتشن په ناروغانو کې په لږه اندازه خفیفه د فشار لوړوالي وټاکل شي همدارنگه د عملیات د زیاتې پیمانې مایعاتو تطبیق هم نادرا د ناروغانو وخامت منځ ته راوړی .
- آیا ناروغ کوم ډول صدري دردونه لری او که ؟ د هایپریتشن ناروغان په معمولا د زړه په برخه کې دردونه احساس کړی که چېرې د اکلیلی رگونو ناروغی شته والې ولری دابه کولای شي چې صدري دردونه منځ ته راوړی د زړه د مایوکارد احتشاء به یې پڼی درملنی ته اړتیا ولری د Aortic dissection ناروغی به همدارنگه یې پڼی حالت منځ ته راوړی او صدري درد به خلف د صدر کېنې منځ ته راوړی .

▪ د ناروغ تل مدام فشار اودرملنه کوم ډول درمل دی؟ د سمپا توممیټیک درمل به په غیر صحیح دوز سره هایپریتشن منځ ته راوړی چې د درملنی پرمهال دی رفاقت اوڅاڅکی په څېر سره وټاکل شی.

دخولې له لارې کاتراسټیټ درمل اوسټروئیدونه کولای شی چې فشار لوړکندی ددی لپاره د عملیات څخه وروسته لوړ فشار مخنیوی وشی باید ټول د فشار ضد درمل پرته له دیوریتیکونو څخه کولای شو چې وړکړو همدارنگه ډیپرلامونه چې علت جوړوی باید تر درملنی لاندې ونیول شی.



توپیری پېژندنه :

په کلاسیکه توګه د جراحی لپاره شپږ غوره د اصلاح وړ حالتونه شته چې کېدای شی د اصلاح سره سم فرط فشار پری تر کنټرول لاندې راشی:

- Coarctation of Aorta
- Pheochromocytoma
- Cushing Syndrome
- Primary Hyperaldosteronism
- Unilateral Renal Parenchymal Disease
- Renovascular Hypertention

A- له عملیات څخه وروسته : د حالت د لاندې لاملونو له کبله منځ ته راځی:

- د دردونو له کبله
- د مایعاتو زیات انفیوزن (Fluid Overload).
- هایپوکسیا.
- Vasospasm پدې حالت کې چې تر ټولو ډېر د بدن د تودوخې (حرارت) ضایعات د عملیات پرمهال چې ددی لپاره چې د ناروغ تودوخه ضایع نشی درکونو سپزم منځ ته راځی او همدارنگه کېدای شی چې د اهر Cross - Clamping له کبله هم منځ ته راشی.

B- اساسی هایپریتشن : هغه ناروغان چې مزمن هایپریتشن لری د 90-95% پېښو لپاره کوم راز بنسکاره لامل نه موندل کېږی.

C- ثانوی هایپریتشن :

- کلیوی لامل :- چې بنسائی د پښورکو وعاپې اویا پارانشیمال ستونزه وی.

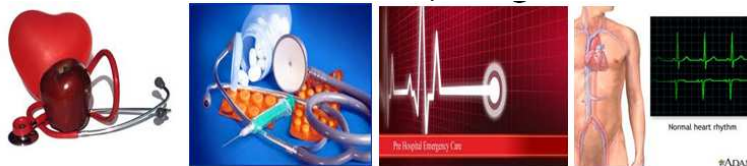
- اندوکراین :- فیوکروموسایټوما ، دکوشنگ سندروم.
- ددرملو له کبله : دخولې له لارې کاتراسپټیف ، امټامین ، کټامین اویولې نورسپماتومیمیک درمل .
- بلارینست :- پریایکلامپسیا .
- دابهړ کوارکېشن .
- ددماغی مایع د فشار لوړوالي : چې معمولا دبرادې کار دیا سره مل وی اودټومورونو ، دتحت العنکبوتیه برخی وینه بهېدنه اونور .
- پولی سایټیمیا وبر (Polycythemia vera) .
- اونورتخنیکي لاملونه : که چېرې ډېر کوچنی د فشار آلې کف وکارول شی اوناروغ هم که چېرې ډېر چاغ وی نو دابه تخنیکي لامل وکول شی .



کلبنیکي کني

► فزیکي کني :

- حیاتي علايمې : د وینې فشار دی په دواړو مټونو کبني وټاکل شی همدارنگه د بدن د تودوخې درجه دې وټاکل شی دټپي درجې تودوخه به دلور فشار لپاره لامل وټاکل شی.
- د سر ، سترگو ، غوږ ، مری ، پوزې اوسټونې په کني کبني دی خیر وشي د Papilledema ، درټینا وینه بهېدنه ، اوبشایي اکړودات شته والي ولری . Papilledema به ددماغی فشار دلوروالي اوخیث فرط فشار بشودونکی وی .
- سپری : که چېرې دسپرو په اصغاء کبني رالونه شته والي ولری دابه دسپرو داډیما اوزپه دعم کفایي څرگندونکی دی .
- کېده : دنبضان درلودونکی کله دگېدې دابهړ دانوریزم اوهمدارنگه د Bruit شته والي د Renovascular په ها پیرټنشن باندي دلالت وکړی .
- عصبي : که چېرې موضعی اختلاج شته والي ولری دابه ددماغ په اسکیمیا باندي دلالت وکړی .



▶ لابراتواری کټنې :

- دشریان وینې دکازاتو ټاکنه : که چېرې دهاپوکسیا لامل تراشتباه لاندې وی نوپدې حالت کېنې دشریانی وینې دکازاتو دسویې ټاکنه ترسره کېږي .
- یورینلایزس ، BUN دسپروم کریاتینین .
- همدارنگه پدې کتنه کېنې به دوینې د فشار او پښتورگو عدم کډایې اړوند معلومات څرگند شی .
- دسپروم گڼکولامینونه ، دبولی VMA اومیټا نفرینونو ټاکنه .
- دابه یوازې په هغه ناروغانو کېنې چې دفیوکر وموسایټو لپاره مشکوک وی ترسره کېږي .
- د دیکسامیازون سوپرېژن آزماښت : دابه دکوشنگ سندروم شته والې لپاره ترسره شی .

▶ رادپولوژیک اونورې کټنې :

- دزړه گراف (ECG) :- داهغه ناروغانو لپاره چې ورته دزړه صدر اورگونو جراحی ترسره کېږي دزړه گراف یوه گټه وړه کتنه ده او یا هم هغه ناروغان چې په تاریخچه د زړه دناروغیو دشته والې حکایه لری اودلوی عملیات لپاره کاندید وی ترسره کېږي دها پیرتشن دشته والې په صورت کېنې دزړه گراف داسکیمیا ښکارندوی وی اوبدلون ښائی وموندل شی .
- دریوی شریان کټر : دزړه داوت پټ اوسپرو د Capillary wedge فشار به دزړه دوظایفود زیاتوالې په شدیدو ناروغانو کېنې څرگند کړی په ډېری ناروغانو کېنې چې دغه حالت ولری ښائی دوی استطباب ونلری .
- آرتریوگرافي (Arteriography) : دشریانونو ښکاره کونکی رادپوگرافي ښائی په ډېر ناروغانو دیولې ناروغیو شته والې څرگند کړی .
- په عادی توگه دپښتورگو دورید د رینین ټاکنه به ښائی ډېره گټه وړه څرگنده شی .
- دمیتازو دکیکولامین ټاکنه اود VMA ټاکنه .
- دوینې دکورټیزول ټاکنه .

د درملنی پلان

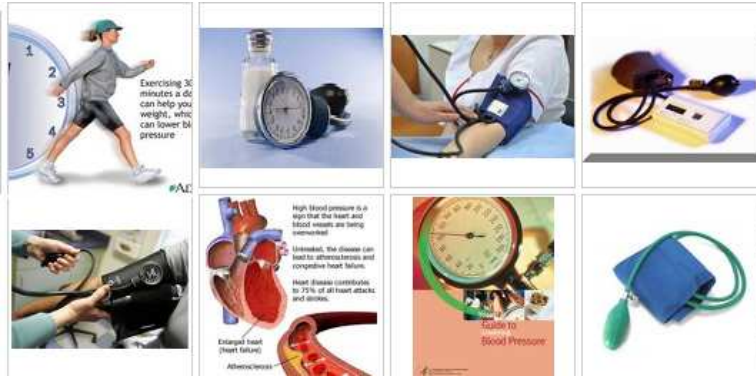
پېړنی منجمنټ :

شدید هاپیرتشن په شمول دهاپیرتسیف انسفالوټی ، خبیث فرط فشار ، دابه دانوریزم ډایسکشن معمولا د سوډیم نایټروپروسایډ پواسطه تردرملنی لاندې په پېړنی توگه نیول کېږي نوردرمل چې په حاد حالت کېنې د درملنی لپاره ورکول کېږي لکه (Labetelol ، Diazoxide ، Hydralazin) گټه وړتیا مېږي .



- ▶ له عملیات څخه دمخه : کله چې ناروغ بستر کېږي له عملیات څخه دمخه ورته د وینې د فشار ټاکل ضروری وی چې هایپر تیشن باید تثبیت شی.
 - ECG دزره گراف د اسکیما او Failure ټاکل کېږي.
 - د وینې فرط فشار اوزره ټول درمل دی دسهار له خوا ورکول شی او ډیوریتیک باید ور نکول شی.
 - دوزن بایلل او خاص غذایی رژیم او پرهبز ورکول کېږي.
 - وصفی درمل لکه Beta blocker درمل او ډیوریتیک Thiazid به په ناروغانو کېږي بڼه اغېزمن وی.
- که چېرې دیتا بلاکر لپاره مضاد استیبات شته والې ولري لکه (Asthma، دزره عدم کفایه) شته والې له کبله به مرکزي ضد ادرینرژیک درمل لکه (Clonidine، Aldomet) او یا د الفا ادرینرژیک ضد درمل بنائې وکارول شی.
- دریم ډله هغه درمل لکه هایدرالازین ، Prazosin او دانجیوتنسن کانورتنیک انزایم نهی کوونکی لکه (Captopril، Enalapril) ورکول کېږي . هایدرالازین بنائې دټاکی کارډیا لامل شی.
- دکلسیم چپل بلاکر درمل به فعلا زیات پکاریورل شی چې د هغې ټاکلی ډوز به ګټه وړ وی.
- ▶ له عملیات څخه وروسته :-
 - مناسب اندازه آکسیجن ناروغ ته ورکول کېږي.
 - انالجزیکونه ددردونو دله منځه وړلو لپاره ورکول کېږي.
 - ناروغ باید آرام اوتود وساتل شی.
 - خفیف هایپر تیشن دډیوردرملو پواسطه تر درملنی لاندې نیول کېږي دژبی لاندې نفیوپین (10-20mg) نادر ادهایپوتیشن لامل گرځي.
 - هایدرالازین (5-10mg) ورید له لارې دډیوردرملو ددرلودونکو ناروغانو کېږي پکاریورل کېږي سیدایف درمل ددرد کترول اوفشار کترول لپاره ګټه وړدی کله ناکله ډیوریتیک هم ورکول کېږي اوهمدارنګه په بلاربو بشخو کېږي د Alpha- methyl-dopa درمل ګټه وړدی.

- په شدید ډول هایپرټنشن کېښي د ورید له لارې Vasodilator درملو څخه کار اخیستل کېږي نادراد Beta blocker زرقی محلولونه کارول کېږي.
- ټاکلی اوځانګړی د فرط فشار ضد درمل د دی موخې لپاره غوره درمل د سوډیم نایټروپروساید (Sodium Nitroprosid) گڼل کېږي.



پای

نیونکی سرچینی یا مآخذونہ (References):

1. **SURGERY ON CALL** -1990 Edited by : Leonard G. Gomela, MD and Alan T. Lefor , MD ISBN :0-8385-741-0 Printed in USA. Prentice Hall.
2. Medical Reviewers: William C. Lloyd III, MD, FACS Last Review Date: Aug 9, 2013 © 2014 Healthgrades Operating Company, Inc. All rights reserved. May not be reproduced or reprinted without permission from Healthgrades Operating Company, Inc. Use of this information is governed by the Healthgrades User Agreement.
3. <http://emedicine.medscape.com/article/863220-overview> and http://en.wikipedia.org/wiki/Wikipedia,the_free_encyclopedia.
4. Madeod's Clinical Examination .Copyright © 2007 [Elsevier](http://www.Elsevier.com) Inc. studentconsult.help@elsevier.com
5. Schwartz_'s Principles of Surgery, Ninth Edition , **F. Charles Brunicaardi, MD, FACS** Copyright © 2010, 2005, 1999, 1994, 1989, 1984, 1979, 1974, 1969 by The McGraw-Hill Companies, Inc. Book ISBN 978-0-07-1547703
6. Townsend Beauchamp Fvers Mattox . Sabiston Textbook of Surgery, 18th ed.The Biological of Modern Surgical Practice, Copyright © [2007 Saunders, An Imprint of Elsevier](http://www.Saunders.com)
7. Washington Manual of Surgery, 4th Edition Editors: Kingensmith, Mary E; Amos, Keith D.; Green, Douglas W.; Halpin, Valerie J; Hunt, Steven R Copyright 2005©¹ Department of Surgery, Washington University School of Medicine. Published by Lippincott Williams & Wilkins
8. Acute Care Surgery Principles and Practice :Editor-in-Chief LD. Britt, MD, MPH.,Donald D. Trunkey, MD, David V. Feliciano, MD © 2007 Springer Science+Business Media, LLC
9. Textbook of Pediatric Emergency Procedures 2/e Author(s): Christopher King MD, FACEP; Fred M. Henretig MD, FAAP, Copyright 2008©¹ Lippincott Williams & Wilkins.
10. Clinical Surgery SECOND EDITIONAlfred Ouschieri MD DM ChM FRSE FRCS(Ed) FRCS(Eng) , Pierce Grace MCh FRCS(I) FRCS, Ara Darzi KBEMD FRCS FACS FRCS(I) FRCPS(Glas) F Med Sci , Neil Borley MB BS FRCS(Eng) MS , David Rowley B.Med.Biol MD FCRS(Ed) FRCS(Eng) FRCPS(Glas) , ©1996, 2003 by Blackwell Science Ltd

د ليکوال لنډه پيژندنه:

رنځوريار ډاکټر عجب گل مومند د ننگرهار ولايت د مومندري ولسوالي د باسول په کلي کښې



په (۱۳۴۷) لمريز کال کښې په يوه روښانفکره کورنۍ کښې سترگې نړۍ ته غړولي په کال (۱۳۵۳) لمريز کال کښې د کابل ولايت د شاه شهيد (ع) لومړنۍ او منځنۍ ښوونځۍ کښې په زده کړو پيل کړې تر کال (۱۳۶۰) پورې هلته لومړنۍ زده کړې پاي ته رسولې او په کال (۱۳۶۴) لمريز کال کښې د کابل د حبيبيې عالي ليسي څخه فارغ همدارنگه په (۱۳۷۰) لمريز کال کښې د کابل د طبي پوهنتون د معالجوی طب پوهنځۍ کښې عالي زده کړې بشپړې او په (۱۳۸۰) لمريز کال کښې د کابل د اندراگاندي په نوم د ماشوم روغتيا

انيسيتيوت او روغتون کښې د جراحي څانگې د تخصص پروگرام سرته رسولې په بېلابېلو روغتونونو او

جراحي څانگو کښې دنده پرمخ بيولې او لاهم تراوسه د ناروغانو په چوپړ کښې دې.

په پښتو، دري، انگريزي او اردو ژبو کښې بشپړ لاس لري.

Publishing Medical Textbooks

Honorable lecturers and dear students!

The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. For this reason, we have published 156 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh and Kapisa medical colleges and Kabul Medical University. Currently we are working to publish 20 more medical textbooks for Nangarhar Medical Faculty. It should be mentioned that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost. All published medical textbooks can be downloaded from www.ecampus-afghanistan.org

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

“Funds will be made available to encourage the writing and publication of textbooks in Dari and Pashtu. Especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state – of – the – art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashtu is a major challenge for curriculum reform. Without this facility it would not be possible for university students and faculty to access modern developments as knowledge in all disciplines accumulates at a rapid and exponential pace, in particular this is a huge obstacle for establishing a research culture. The Ministry of Higher Education together with the universities will examine strategies to overcome this deficit.”

The book you are holding in your hands is a sample of a printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is the need to publish about 100 different textbooks each year.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students want to extend this project to the non-medical subjects e.g. Science, Engineering, Agriculture, Economics, Literature and Social Science. It should be remembered that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We will ensure quality composition, printing and distribution to the medical colleges free of charge. I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

It is worth mentioning that the authors and publishers tried to prepare the books according to the international standards but if there is any problem in the book, we kindly request the readers to send their comments to us or the authors in order to be corrected for future revised editions.

We are very thankful to **Kinderhilfe-Afghanistan** (German Aid for Afghan Children) and its director Dr. Eroes, who has provided fund for this book. We would also like to mention that he has provided funds for 60 other medical textbooks in the past three years which are being used by the students of Nangarhar and other medical colleges of the country. Dr. Eroes has made funds available for 20 additional books which are being printed now.

I am especially grateful to **GIZ** (German Society for International Cooperation) and **CIM** (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past five years in Afghanistan.

In our ministry, I would like to cordially thank Academic Deputy Minister, Prof. M Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, Dean of Nangarhar Medical Faculty Dr. Khalid Yar as well as Academic Deputy Dr. Hamayoon Chardiwal, for their continued cooperation and support for this project.

I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave us all these books to be published and distributed all over Afghanistan. Finally I would like to express my appreciation for the efforts of my colleagues Hekmatullah Aziz, Fahim Habibi and Subhanullah in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak
Advisor & CIM-Expert at the Ministry of Higher Education
Kabul/Afghanistan, January, 2015
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org

Book Name Surgery
Author Dr Ajab Gul Momand
Publisher Nangarhar Medical Faculty
Website www.nu.edu.af
No of Copies 1000
Published 2015
Download www.ecampus-afghanistan.org
Printed at Afghanistan Times Printing Press

This Publication was financed by German Aid for Afghan Children, a private initiative of the Eroes family in Germany.

Administrative and Technical support by Afghanic.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your textbooks please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office 0756014640

Email textbooks@afghanic.org

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2015

ISBN 978 – 1 – 934293 – 06 – 5