لس مشهوري ناروغۍ

پېژندنه، لاملونه، نښې او درملنه

۱. زکام
۲. شري
۳. ملاریا
۴. سینه بغل
۵. برانشولایتس
۶. شجیلوزس
۷. منځني غوږ التهاب
۸. حاده اوبلنه نس ناسته
۹. د نویو زېږېدلو ماشومانو زیړی
۱۰. د نویو زېږېدلو ماشومانو اسپیکسیا

Ketabton.com

داکتر سید ملیار سادات

(c) ketabton.com: The Digital Library

لس مشهورې ناروغۍ

TOP TEN DISEASES

ډاکټر سید ملیار سادات

(c) ketabton.com: The Digital Library

بسم الله الرحمن الرحيم

(c) ketabton.com: The Digital Library

دکتاب ځانګړني :

دکتاب نوم   لس مشهورې ناروغۍ

لیکوال   ډاکتر سید ملیار سادات

چاپ کال   ۱۳۹۵ هـ

سکن کوونکي :   عزت الله سلطانزي

پر لیکه کوونکي   عزت الله سلطانزي

دا کتاب د خان کتابتون څخه ډانلوډ شوي دي

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

Esultanzai@hotmail.com

azatullahsultanzai@gmail.com

www.facebook.com/Ezatullah.sultanzai

(c) ketabton.com: The Digital Library

لیکلړ

۱- زکام COMMON COLD 3
۲- حاده اوبلنه نس ناسته ACUTE WATERY DIARRHEA 11
۳- سینه بغل / نمونیا (PNEUMONIA) 24
۴- ملاریا (MALARIA) 33
۵- برانشیولایتیس (BRONCHIOLITIS) 45
۶- شری/ سرخکان (MEASLES (RUBEOLLA) 50
۷- شیجیلوزس (SHIGELLOSIS (BACILLARY DYSENTERY) 57
۸- د نوو زیږیدلو ماشومانو ژیړی NEONATAL JAUNDICE 61
۹- د منځني غوږ التهاب OTITIS MEDIA 79
۱۰- د نوي زیږیدلي ماشوم اسپیکسیا BIRTH ASPHYXIA 85
ماخذونه 95

(c) ketabton.com: The Digital Library

ډالۍ

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

() () ()

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

() () ()

ډاکترسيدمليارسادات

(c) ketabton.com: The Digital Library

خپلې خبرې

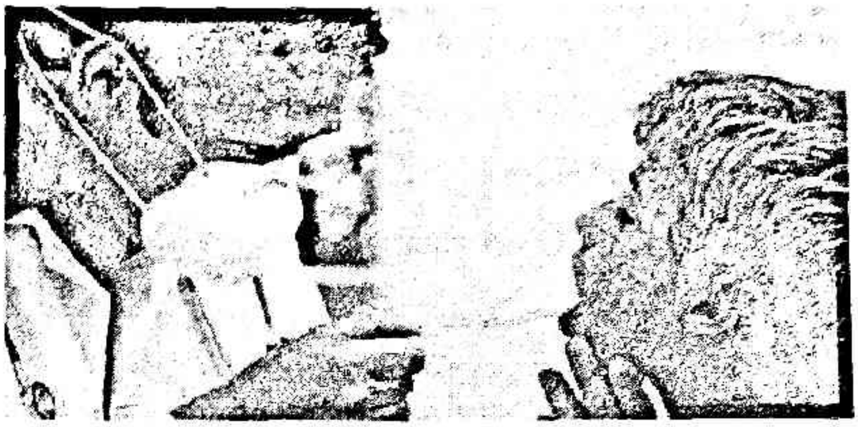
ټول حمد ، ثنا او صفتونه هغه ذات لره دي چې په خپل ذات او صفاتو هيڅ شريک نه لري خپل کامل قدرت سره يې داستر نړۍ پيداکړې او د ډېرو اوچتو صفاتو خاوند دی، چاته چې وغواړي عزت ورکوي او چاته چې وغواړي ذلت ورکوي .
وروسته د حمد او ثناڅخه د لوي الله شکر ادام کوم چې وروسته دډېرې مودې څخه بې زه د دې جوګه کړم چې يو ځل بيا دخپلو هېوادوالو د علمي سطحې د لوړوالي لپاره يو علمي اثر چمتو کړم .
افغانستان يو ډېر غريب هېواد دي اوخلک يې د ډول ډول اقتصادي ستونزو سره لاس په ګريوان دي او هغه صحي خدمات چې د يوې سالمې روغتيا لپاره اړين ګڼل کيږي په بشپړډول سره نه دي چمتو ، چې همدا لامل يې دي چې ورځ په ورځ ساري او غير ساري ناروغۍ مخ په ډېريدو دي او د ډېرو ماشومانو ژوند يې، د ګواښ سره مخ کړی، نو همدا وجه وه چې زه يې دې ته اړ کړم چې د هغه ناروغيو په اړه چې په ماشومانو کې ډېر وقوعات لري اومرګونې اختلاطات لري او هم نوموړې ناروغۍ زموږ په ټولنه کې په سرکې دي يعنې زموږ په روغتونونو ،روغتيايي مرکزونو او شخصي کلينيکونو په ناروغانو کې همدغه ناروغۍ دي چې زموږ د ناروغانو ډېره فيصدي جوړوي ، نو په همدې خاطر مو دغه کتاب مو (لس ټاپ ناروغۍ) يا diseases Top ten (زکام، نس ناسته، نمونيا، وينه لږونکې

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

سید ملیار سادات
کنړ ولایت، نورګل ولسوالي
سیدانوجونګړه

(c) ketabton.com: The Digital Library



(1)
زکام
Common Cold

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د انتقال لاره او میکانیزم:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

ایپدیمولوژي:

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

اعراض او علایم:

Signs and symptoms

د زکام وصفي اعراض په لاندې ډول دي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

همدرانګه ځینې وخت د لاندې اعراضو سره ملګری وي

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

وده یا Progression :

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

اسباب(Causes):

Virology

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

تاج په شکل منظره لري، common cold د پورتني تنفسي لارې يو ویروسي انتان دی چې د لامل له نظره ځيني مهم ویروسونه د فیصدی له لحاظه په لاندي ډول دي.

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

تشخیص (Diagnosis):

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

مخنيوي (Prevention):

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

اداره (Managment) :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

: Antibiotics and antivirals

په ویروسي انتان باندې انتي بیوتیک کوم تاثیر نه لري او نه یې په مقابل کې کوم خاص تاثیر تر ستر ګو کیږي او د دوی جانبي عوارضو له کبله انتي بیوتیک استعمال ضررناک تمامیږي ،د انتي بیوتیک استعمال د ناروغ لپاره یو خاص استطباب او خاص ځای لري او باید چې په عادي حالاتو کې ونه کارول شي او که چیرې وکارول شي نو د ناروغ لپاره د اختلاطاتو لامل ګرځي او د ناروغ معافیت ته صدمه رسوي، تر اوسه پورې د زکام لپاره کوم خاص درمل نه دې تجویز شوي، یواځې د تبې ضد درمل توصیه کیږي تر څو د سر فشارونه کم کړي زکام ویروسي حالت دی او وروسته له یو څو ورځو څخه خپله ښه کیږي یعنې د ناروغۍ دوره یو څو ورځې کورس لري کله چې نوموړې ناروغي خپله دوره پوره کړي ناروغ شفایاب کیږي.

انزار (Prognosis) :

په عمومي ډول سره common cold یو خفیف او خپله ښه کیدونکې (self-limiting) حالت دی چې د یوې اونۍ په جریان کې ښه والې منځ ته راځي، په نیمایي کیسونو کې نوموړې ناروغي لس ورځو ته هم اوږدیږي،د زکام

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

کله چې

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

(2)
حاده اوبلنه نس ناسته
Acute Watery Diarrhea

د نورو ناروغيو په پرتله اسهال په کوچنيانو(د پنځوکالو څخه کم عمره ماشومان) کې زيات ليدل کيږي او د اطفالو متخصيصن او معالج ډاکټران ورسره په کلينيکونو، روغتونونو او نورو صحي مرکزونو کې ورسره مخاخ دي، د کوچنيانو لپاره هره ناروغي که هغه وړه وي او يا غټه که چېرې په خپل وخت سره تداوي نه شي ستونزمن تماميږي او د مرګوني اختلاطاتو لامل ګرځي . نس ناسته په دوه ډوله ده چې يو يې د لنډ وخت لپاره نس ناسته (حاده نس ناسته) او بل يې ځنډنئ (يا اوږد مهاله) نس ناسته بلل کيږي لنډ مهاله نس ناسته هغه ده چې لږ وخت د بيلګې په ډول يوه ورځ يا څو ورځې دوام کوي او لدې وروسته پخپله يا د درملنې پوسيله په بشپړ ډول له منځه ځي مګر ځنډنئ نس ناسته بيا هغه ده چې مياشتې، کلونه او په ځنې وختونو کې ان ټول عمر په ناروغ کې شتون لري او د ناروغ لپاره په ژوند کې يو عمده صحي ستونزه وي.

تعريف (Definition) :

حاده ناسته: که چېرې د يو کوچنې تغوط (frequency) شمېر په ورځ درې يا د درې څلوڅخه زيات او غايطه مواد اوبلن شکل ولري دغه حالت د نس ناستې څخه عبارت دی او يا که چېرې د غايطه موادو په Consistency او frequency کې تغير راشي دې حالت ته اسهال ويل کيږي او که چېرې په ساده ډول سره تعريف کړو نو داسې به ووايو چې نس ناسته هغه حالت ته

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

وقوعات (Incidence):

د اسهال وقوعات د نړۍ په هرګوټ کې لیدل کیږي، مګر په هغه هیوادونو کې یې پیښې (Mortility,Morbidity)زیاتې لیدل کېږي چې د حفظ الصحې شرایط یې درست نه وي او یا یې اقتصادي کچه ټیټه وي.
د ګلوبل پنډاداری د اسهال په کلنۍ تخمیني اندازه کې ښودلې ده چې په کال ۳-۵ میلیونه کوچنیان د نس ناستې دواقیعاتو سره مخ کېږي او په دې کې بیا ۲ میلیونه کوچنیان د نس ناستې له لاسه خپل ژوند له لاسه ورکوي او وایي چې د پنځو کالو څخه په کم عمره ماشومانو کې نس ناسته د ټولو نورو مړینو په پرتله ۲۰ فیصده څخه زیات مړینه جوړوي.
د نس ناستې دوه مهم لاملونه د سوئغذی (malnutrition) او دیهایدریشن (dehydration) څخه عبارت دي، دیهایدریشن او سوئغذی د نس ناستې د رامنځ ته کیدو لپاره یو ناوړه سیکل جوړوي چې بیا په دې کې سوئغذی د نس ناستې خطر شدت زیاتوي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

: Epidemiology

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

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

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

اسباب (Etiology) :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

التهاب) او جراحي حالتونه (Hisrchsprung diseases يا appendicitis) هم د اسهال واقيعات منځ ته راوړي. په ۷۰-۸۰ فيصده واقيعاتو کې د اسهال سبب پيژندل شوې دی چې په هغه کې Rota ويروس د شديد ډيهايډريشن او gastroenteritis يو ستر عامل جوړوي، په عمومي ډول سره ويلای شو چې د نس ناستې په اسبابو کې باکتريايي انتانات، ويروسي انتانات، پرازيتونه او فنګسونه شامل دي چې ځينې مهم يې په لاندې ډول دي.

باکتريايي انتانات (Bacterial Infection):

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

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

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

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

Compylobacter species

نور باکتريايي انتانات:

Bacillus cereus,Clostridium difficle Clostridium perfringens,staphylococcus aureus,Vibrio Plesiomonas shigelloides, parhemolytic,

ويروسي انتانات (Viral Infections):

Rota Virus(40 %)

Norovirus spp: Human caliclviruses

Enteric adenovirus serotypes 40 and 41

others: Astroviruses,coronaviruses,cytomegalovirus

پرازيتي انتانات (Parasitic Infection):

Giardia lambia

Crptosporidium paroum

Entamoeba histolytica

Cyclospora cayetanensis

Isospora belli

(c) ketabton.com: The Digital Library

Parenteral infection
Otitis media,UTI,Pneumonia:

: Dietary factors
Over feeding,Starvation, Food allergy,Food Poisoning

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

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

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

د ناروغ ارزیابي کول(Evaluation of the patient):

تاریخچه:

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

د ګېډې د درد او پراخوالې په اړه پوښتنه وکړئ.

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

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

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

: Examination

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

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

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

پتوفزیولوژي:

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

د مایعاتو ضیاع (lose fo water):

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د ډیهایدریشن طبقه بندي:

د کلینک له نظره دیهایدریشن په درې ډوله دی .
خفیف : چې د وزن ضیاع یې د ۵٪ څخه کمه وي.
متوسط: چې د وزن صیاع یې د ۵٪ _ ۱۰٪ په مینځ کې وي.
شدید : چې د وزن ضیاع یې د ۱۰٪ څخه زیاته وي.

بایوکیمیکل طبقه بندي:

ایسوټونیک: د سودیم اندازه د ۱۳۰-۱۵۰mmol/L په مابین کې وي.
هایپوټونیک: د سودیم اندازه پکې د ۱۵۰mmol/L څخه کمه وي.
هایپرټونیک: د سودیم اندازه پکې د ۱۵۰mmol/L څخه زیاته وي.

کلینیکي تظاهرات:

پېښې په نا څاپي ډول د اسهال او استفراقاتو سره شروع کېږي
دنس ناستې په ناروغانو کې دیهایدریشن په عاجل ډول په غایطه موادو او استفراقاتو کې د مایعاتو او د الکترولایتونو د ضیاع په نتیجه کې منځ ته راځي او د دیهایدریشن دمختلف پړاوونو اعراض او علایم په لاندې ډول دي.

خفیف ډیهایدریش : ناروغ پکې ناارامه او مخرش وي، تنده پکې ډېره ښکاره وي او کوچني په مشتقانه ډول شېدې څښي مګر زیاتره وخت یې استفراقوي او قدامي فانتینل پکې په کم ډول ښکته وي.

متوسط ډیهایدریش : د نارو مخرشیت پکې ډېر وسیع وي، سترګې او قدامي فانتینل پکې ننوتي وي او جلد چې یې کله کش کړای شي کونځوالي یې غیرنارمل وي، نهایات یخ احساسیږي او امکان لري شین

(c) ketabton.com: The Digital Library

والې هم ولري او شايد ميتابوليک اسيدوزس هم موجود وي چې پکې چټک او ژور تنفس لري او تنده پکې ډيره وسيع وي.
شديد ديهايدريشن : د ناروغ حالت پکې د اوليګيميا او د مخيطي دوراني عدم کفايي له امله ډېر خطرناک وي، جلد پکې يخ او شين بخن وي، نهايات پکې ډېر ژور شين والې يعنې سيانوټيک وي او د کوچنې د اوبو او يا د تى رودل پکې له منځه تللي وي، د سترګې کورنيا طبقه پکې ډېره ځلانده وي او د سترګې کاټى پکې اکثره وخت پورته خواته تاو شوې وي، فانټينل پکې ډېر ژور ننوتى او د ادرارو خروج پکې کم وي.

پلټنې (Investigation):

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

د نس ناستې اختلاطات:

- ډيهايدريشن:
- شاک.
- ميتابوليک اسيدوزس.(د بايوکاربونيت د ضياع له امله)
- پارالايتيک اليوس.(هايپوکليميا له امله)
- اختلاج او کوما (د هايپرنيتريميا)
- سوئي تغذي (د اوږد مهال نس ناستې له امله)
- مقاوم اسهال (د ډايسکرايډيز فقدان له امله)
- د نورو انتاناتو مداخله.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- ترش.
- مړينه.

اداره یا Management :

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

- ایا ناروغ نس ناسته لري؟

که چیرته ځواب هو و. پوښتنه وکړی.
د څومره وخت راهیسې ؟

- ایا په غایطه موادو کې وینه شته ؟

وګوری او حس کړئ.
د ناروغ عمومي حالت ته وګورئ چې ایا ناروغ محرش دی او که بیهوشه
.ایا ناروغ ناارامه دی او که خوبجن.

- د ناروغ سترګو ته وګورئ چې ننوتې دي او که نه ؟.
- ناروغ ته اوبو ښنبلو توصیه وکړئ.

چې ایا ناروغ د اوبو ښنبلو قابلیت لری او که نه اویا ډیر په قراره اوبه
ښنبي ؟او یایې په ډیرمینه ښنبي.
د ګېډې د پوستکې پنچ کړئ چې خپل حالت په قراره او که په تیزي سره
(ددوه سیکیندو څخه زیات وخت).

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

2) د تداوئ پلان B د some ديهايډريشن لپاره :
د ديهايډريشن دا ډول هم په ORS سره تداوي کيږي او بايد چې ناروغ ته په لومړئ 4 ساعتونو په دوارن کې ORS ورکړل شي، د ناروغ عمر معلوم کړي او ORS 75ml/kg ورکړئ ، که چيرته ناروغ د ORS دڅښلو سره سره بيا هم نور ORS غوښتل ورېې کړئ. هغه ماشوم چې عمر يې د 6 مياشتو څخه کم وي د 100-200ml په اندازه ورته پاکې

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

- په قاشوقه يا په بياله باندې وار په وار کوچنې د گوټ په شکل د ORS محلول ورکړی.
- که چيرته ماشوم کانگې وکړي د 10 دقيقو په اندازه ورته صبر وکړئ او بيا ورته د ORS محلول ورکړئ خو ډير په قراره.
- ناروغ ته بايد مور خپلې شېدې ورکړي تر هغه چې مور يې غواړي.

وروسته د 4 ساعتونو څخه :

د ناورغ ارزيابي وکړئ او ديهايدريشن يې وگورئ

او هم مور ته وښايي چې په کوم ډول ORS محلول په کور کې جوړ کړي. او هم مورته د کورني تداوئ 3 رولز وښايئ لکه په لاندې ډول

1. اضافي مايعات ورکړي.
2. شېدې ورته په جاري ډول ورکړي.
3. او بيا کله بيرته کلينيک يا روغتون او يا شخصي کتنځي ته راشي

د تداوئ پلان C د شديد ديهايدريشن لپاره :

د ديهايدريشن په دې ډول کې ناروغ ته وريدي مايعات ورکول کيږي

هغه ماشومان چې عمر يې د 12 مياشتو څخه کم وي په لومړي اول ساعت کې ورته 30ml/kg په هرکيلوگرام وزن د بدن ، بيا ورته 70ml/kg په هرکيلو گرام وزن د باندې په 5ساعتونو کې او هغه ماشومان چې عمرونه يې 12 مياشو څخه تر 5کالو پورې وي په لومړئ 30 دقيقو کې ناروغ ته په هر کيلوگرام وزن د باندې 30ml/kg ورکړئ بيا 2 نيم ساعتونو کې 70ml/kg په هر کيلو گرام وزن د بدن باندې.

دوريدي مايعاتو د تطبيق په وخت کې بايد د ناروغ بشپړ ارزيابي وشي او په هرساعت کې د ناروغ وضيعت چيک کړای شي ۱

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

که چیرته ماشوم د خولی د لاری د مایعاتو په څښلو قادر شو نو د maintenance تیراپئ لپاره 5% dextrose 1/5 saline په هر کیلو وزن د بدن باندي100ml/k g/day باندې ورکړي که چیرته ناروغ د خولی د لاری په مایعاتو څښلو قادر شو نو بیا maintenance تیراپي به ORS محلول سره شروع کړئ.

(c) ketabton.com: The Digital Library

(3)
سینه بغل / نمونیا
(Pneumonia)

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

د نمونیا تعریف او وقوعات:

Definition and Incidence of Pneumonia

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

ښکتنۍ تنفسي لارې برخه ده چې مشتمل دی په تنفسي برانکیولونو، الویولرډکټ، الویولرسک او په الویولای (alveoli) باندې.
یا نمونیا د سږویوالتهابي حالت دی چې په ابتدایي ډول سره مایکروسکوپیک هوايي کڅوړی چې د اسناحو (alveoli) په نامه سره یادیږي مصابوي.
په اسبابو کې یې معمولاً ویروسونه، باکتریاګانې، فنګسونه، په لږه اندازه مایکروارګانیزمونه، درمل او نورې ناروغی لکه اټوامیون ناروغي پکې شاملې دي.

وقوعات Incidence:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

د نمونیا طبقه بندي :

د نمونیا په دوه ډوله طبقه بندي کېږي.

1) اناتومیکه طبقه بندي.

- برانکونمونیا.

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

- لوبر نمونیا.

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

- نمونایتېس.

په دې کې د سږو patchy التهاب موجود وي خو شاید چې کانسولیډیشن ور سره وي او یا نه.

- بین الخلالي نمونیا.

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

2) اتیولوجیکه طبقه بندي.

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د نمونيا د خطر فکتورونه:

- د زيږون کم وزن.
- سوء تغذي.
- د ويټامين A فقدان.
- د مور د شېدو کموالی.
- د مور سګرټ څښنه.
- د کورنۍ د غړو د شمېر زياتوالی.
- د برانشيټ کورنۍ تاريخچه.
- د هوا کثيف کېدل.
- د چاپېريال ککړتيا.

د نمونيا کلينيکي تظاهرات:

- لوړه درجه تبه
- چټک تنفس.
- ټوخی.
- سالنډي (SOB) يا ستونزمن تنفس.
- د سينې درد.
- په کوچنيو شېدو خوړونکو ماشومانو کې سيانوزس، ليترجي،
- په شديد کيسونو کې د سينې ننکته تلل (انډرو ينګ).

د نمونيا د پورته اعراضو او علايموسره سره د نمونيا کلينيکي منظره د نمونيا په مختلف ډولونو کې فرق کوي يعنې کلينيکي منظره يې په ويروسي نمونيا، باکترياېي نمونيا او فنګسي نمونيا کې سره توپيرلري، د بيلګې په ډول هغه نمونيا چې د Legionella په واسطه منځ ته راغلي وي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

پلټنې یا Investigations

1. د وینې د سپین کورویاتو اندازه:

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

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

2. د سینې اکسری (Chest X-ray):

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

پراخه او منتشر کانسولیدیشن.

امکان لری چې پلیورل افیوژن موجود وی او یا نه.

په نوموکوکل نمونیا کې په اکسری کې لوبرنمونیا د زیړ یا د ګراس کانسولیدیشن سره لیدل کیږي.

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

په سټیپایلوکوکل نمونیا کې شاید چې په لومړئ قدم کې په اکسری کې غیرخاص برانکونمونیا ولیدل شی چې بیا په چټک ډول سره په لوبرنمونیا ته اوړي.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د توبرکولین ټیسټ باید هم اجراشي.

د نمونیا یا د سینه بغل اختلاطات:

- د منځنۍ غوږ التهاب ، سینوزایتس او Bronchiectasis.
- پریکاردایتس، اندوکاردایتس، شاک. د زړه احتقانی عدم کفایه.
- توکسیک او میتابولیک اسیدوزس، هیمولایتیک انیمی او اختلاجات.

د نمونیا تداوی:

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

دنمونیا د تداوئ تدابیر په دوه ډوله دي

1. کومکي تدابیر.
2. خاص تدابیر.

کومکی تدابیر:

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

،دنمونيا د تداوۍ لپاره خاص تدابير:

په نمونيا يا سينه بغل کې د انتي بيوتيکو استعمال:

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

۱) Pneumococcus :

First generation cephalosporins Benzyl penicillin

۲) Streptococcus :

Erythromycin ، Benzyl penicillin

۳) Staphylococcus.

First generation cephalosporins,Cloxacillin.

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

۵) Mycoplasma : Erythromycin,Clarithromycin.

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

۷) Tuberculosis : د توبرکلوز ضد درمل.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د دوه میاشتو څخه ښکته عمرماشومانو کې د نمونیا تداوي:

: First line

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

: Second line

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

د ۲ میاشتو څخه تر ۵ کالو عمر ماشومانو تداوي:

Ampicillin : First line په پورتني دوز سره.

. Cefotaxime یا Ceftriaxone : Second line

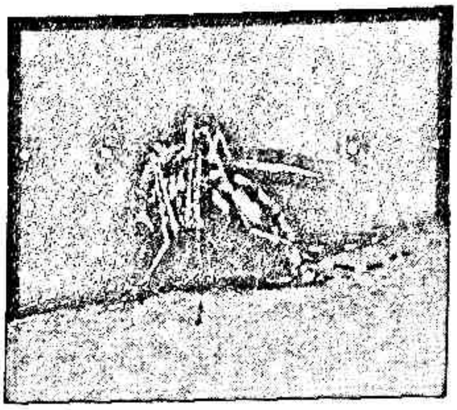
د ۵ کالو څخه پورته عمر ماشومان:

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

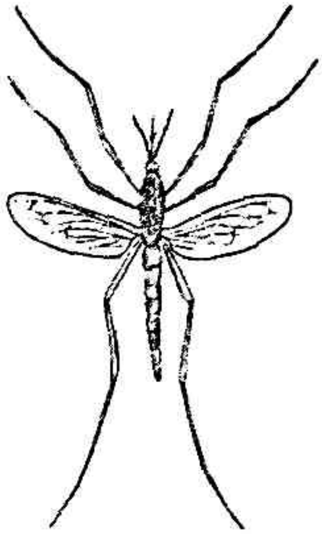
Ceftriaxone or cefotaxime : Second line

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

(c) ketabton.com: The Digital Library



(a) Female mosquito



(b) *Anopheles*

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

(4)
ملاريا
(Malaria)

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

د ملاریا پرازیت ډولونه:

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

د ملاریا د پرازیت د تفریح دوره :

پلازموديم فلسیپارم (۹-۱۴ ورځې)
پلازموديم وای واکس (۱۲- ۱۷ ورځې)
پلازموديم اووال (۱۲-۱۸ ورځې)
پلازموديم ملاریا (۱۸-۴۰)

انتقال او اپیدیمولوژي:

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

ملاریا په جنوبی اسیا او همدارنګه په هندوستان کی مورتیلیتی او د موربیډیتی یو مهم سبب دی، چې هر کال یې تقریباً ۲ میلیون پیښې ریپورټ کیږی چې په دې کې تقریباً هر کال ۱۰۰۰ مړینې منځ ته راځی.

د ملاریا د واقعاتو تعریف:

1. غیر اختلاطي مشکوکه ملاریا:

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

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

د خطر علایم:

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

غیراختلاطي تاید شوي فالسیپارم ملاریا:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

د ملاریا پتوفزیولوجي:

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

کلینیکي تظاهرات :

غیر اختلاطي ملاریا :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

شدیده ملاریا:

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

په کاهلانو کې د ملاریا کلینیکي منظره:

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

Plasmodium Vivax and Ovale Infection

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

Plasmodium Malariae Infection

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

Plasmodium Falciparum Infection

دا د ملاريا يو اختلاط او خطرناک ډول دی چې پيل يې په ناځاپی ډول سره کيږي، د ناارامی، سردردي، خواګرځی، تبه او نس ناستی سره پيل کيږي.

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

تشخیص:

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

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

د ملاریا تفریقی تشخیص ؛

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

- Kalazar
- د ځیګر امیبي ابسې.
- Sepsis
- بولي انتانات.
- د محرقې تبه
- انتاني هیپاتایتس.

د ملاریا اختلاطات:

اکثره وخت د ملاریا اختطلاطات د پلازموديم فلسیپارم له امله وی، د پلازموديم فلسیپارم تشخیص یوه طبی ایمرجنسی ده چی باید همیش په دقیق ډول سره یی تشخیص وضع شی او په بشپړډول سره تداوی شی، د ملاریا خاص اختطلاطات په لاندې ډول دي.

دماغي ملاریا (Cerabral Malaria):

- دماغي ملاریا (Cerabral Malaria): دماغي ملاریا د ملاریا ناروغی د ټولو اختطلاطاتو په پرتله یو خطرناک اختطلاط دی چې په شدید سردرد،د شعور د کچی کموالی، اختلاج، کوما او یا نورو نیورولوجیک تغیراتو سره پیژندل کیږی، CSF فشار په کې لوړ وی مګر معاینه اکثره وخت نارمل وی ، دماغی ملاریا که چې په وخت سره یې تداوي ونه شي د مورتیبیلیتی ریټ یې لوړ دی او پاتی نیورولوجیک نیمګړتیاوې په خاص ډول هغه وخت منځ ته راځی چې کله ورسره هایپوګلایسیما ملګری وی ، کوما دشدیدي فلسیپارم ملاریا یوه ځانګړې او منحوسه کلینیکي لوحه ده چې له درملنې سره سره به لویانو کې ۲۰ فیصده او په کوچنیانو کې ۱۵ فیصده مړینه رامنځ ته کوي د ناروشغ د خواصو تغیر (Delirium او په لړه اندازه د شعوراختلال ته هم باید جدي دماغي ملاریا کېدای شي په ناځاپه یا په ورو ډول له اختلاج سره پیل شي او د دوه اړخیزي انسفالوپتي په شان ځرګندتیاوي ولري پاملرنه وشي او

(c) ketabton.com: The Digital Library

هغه وخت چې بشپړ د ملاریا ضد درمل او حساس وقایوي تدابیر ونیول شي انذار يې ښه دی.

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

درملنه

1. عمومي اهتمامات:

2. خاص تدابیر:

عمومي اهتمامات

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

خاص تدابیر:

د درملو په واسطه درملنه:

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

:Palsmodium Vivax (1)

Chloroquine Phosphate

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

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

یا لومړی ۴ تابلیت.

شپږساعت وروسته ۲ تابلیت.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

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

a) Quinine sulphate

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

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

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

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

Fansidar: Pyramithamine 1mg/kg once

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

(3) د شدیدې او اختلاطي ملاریا تداوي:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

Primaquin:

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

(5)
برانشیولایتیس
(Bronchiolitis)

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

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

وقوعات:

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

اسباب:

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

پتوجنيزيس :

د برانشيولونو ويروسي حمله التهاب رامنځ ته کوي او دميوکس، حجروي **debris** او پړسوب د يو ځای کېدو له امله د برانشيولونود انسداد لامل ګرځي او په ځينو ناروغانو کې **spasm** هم پيدا کوي چې په نتيجه کې تنفسي مقاومت زيات او د هوا جريان کمېږي.

د برانشيولايتس د خطرفکتورونه :

- د وخت څخه مخکې زېږيدنه.
- کم وزنه ماشومان ځکه چې په دې ماشومانو کې معافيتي سيستم يې پوره بشپړشوې نه وي او د بلې خوا مورنۍ انتي بادي يې موجوده نه وي.
- د سږو مزمنې ناروغي.
- د مور د سګرټو څښل .
- د زړه ولادي ناروغي.

کلينيکي تظاهرات :

- د پورتني تنفسي سيستم د انتان موجوديت . چې زياتره کورنۍ تاريخچه لري.
- په ناروغ کې تنفس سريع وي چې په نتيجه کې يې تنفسي عسرت منځ ته راځي.
- زياتره ناروغان په کې خفيف اعراض لري او د درې څخه تر اوو ورځو په موده ريکور کيږي او هغه ناروغان چې شديدحالت ولري شايد چې په کې د ښکتنيو **intercostals spaces** ريتړکشن موجود وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

تشخیصي پلټنې :

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

اختلاطات :

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

تفریقي تشخیص :

1. د زړه احتقاني عدم کفایه.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

تداوي:

د ناروغۍ کورس او انذار:

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

عمومي اهتمامات:

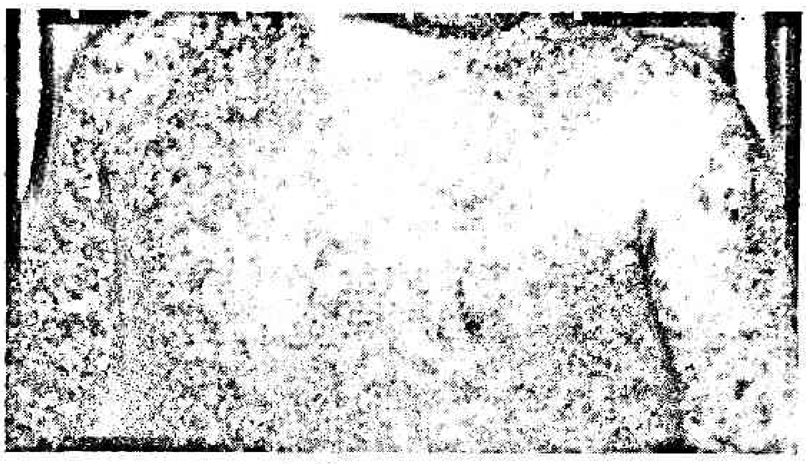
1. هغه ماشومان چې په برانشیولایتس اخته وي باید چې د والدینو له خوا یې بشپړ مراقبت او ساتنه وشي.
2. نوموړې ناروغان باید په کور کې د نورو ناروغانو څخه لرې وساتل شي او هم یې حفظ الصحه په نظر کې ونیول شي.
3. که چیرته په ناروغ کې په ناڅاپي ډول سره تنفسي ستونزې ولیدل شي نو باید چې ژر تر ژره صحي کلینیک یا روغتون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

(c) ketabton.com: The Digital Library

فارمکالوژیکه درملنه (Pharmacotherapy)

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

(c) ketabton.com: The Digital Library



(6)

شري / سرخکان

(Rubeolla) Measles

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

Epidmiology:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

وقوعات یې په ژمي کې ډېر منځ ته راځي.
شری د جلدي اندفاعاتو د ښکاره کېدو څخه ۴ ورځې مخکې او وروسته بیا تر ۵ ورځو پورې سرایت کولای شي.
هغه ماشومان چې عمرونه یې د ۳ کالو څخه کم وی او په درست ډول سره تغذیه شوي نه وي وقوعات یې په کې ډېر لېدل کېږي.

د شری د انتقال لاره:

شری د انفي بلعومي افرازاتو(naso-pharyngeal secretions) په واسطه د هواد لارې د پورتني تنفسي سیستم څخه روغ ماشوم ته سرایت کولای شي.

پتوجینیزس:

کله چې د شری ویروس پورتني تنفسي لارې مخاطي غشا ته سرایت وکړي، په همدغه مخاطي غشا کې او په لمفاوي عقداتوکې تکثر کوي او په دوهمه او دریمه ورځ ابتدایي وایریمیا منځ ته راوړي او د دغه ځای څخه ویروس لمفاوي انساجو ته سرایت کوي او د ناروغۍ په ۵ یا ۷ ورځ شدیده ثانوي وایریمیا منځ ته راوړي او ناروغي په ټول بدن کې خپرېږي.

کلینیکي تظاهرات:

د شری د ناروغي د تفریح دوره د ۱۰–۱۲ ورځوپورې ده او د دغه دورې د تیریدو څخه وروسته درې مرحلې لیدل کیږي یا د شری په ناروغۍ کې درې کلینیکي مرحلې لیدل کیږي.

۱) Prodromal Stage:

دغه مرحله د ۳- ۵ ورځو پورې دوام کوي دا مرحله په لوړې درجې تبې، کمزوتیا چې ورسره ټوخی هم ملګری وي، منضموالتهاب (Conjunctivitis) ریزش، د جفن التهاب او kopliks spots چې د شری ناروغي یو پتوګونامیک نښه ده پیژندل کیږي چې د جلدی اندفاعاتو د

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

۲) د Exanthem مرحله یا د جلدي اندفاعاتو مرحله:

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

۳) د نفاهت او تفلس دوره:

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

هیمورژیک شری او یا بلیک میزل د شري یو شدید ډول دی چې په دغه ډول شری کې جلدي اندفاعات په کې ډېر ګڼ وی ایکایموزس او د خولې او پوزې څخه وینه بهیدنه په کې هم لیدل کیږي او مخکې د دې څخه چې جلدي اندفاعات په کې تظاهر وکړي مړینه هم منځ ته راوړي.
ناروغ تبه او د پورتني تنفسي سیستم انتان مخکې د جلد د بخار د رامنځ ته کېدو څخه لري.

تشخیص:

- د شری تشخیص عموماً د کلینیکي اعراضو او علایمو په واسطه صورت نیسي او قطعي تشخیص یې د وایروس د کلچر په واسطه صورت نیسي.
- د WBC یا د وینې د سپین کرویاتو اندازه په کې کمه او ورسره لمفوسایتوزس موجود وي او په سیرالوجي معایناتو کې جلدي اندفاعات د ښکاره کېدو څخه ۳۰-۲۰ ورځې وروسته د Specific IgM سویه لوړه وي.
- د شری په ناروغي کې د IgM antimeasles antibldy اټکل کیږي چې د جلدي اندفاعاتو څخه درې ورځې وروسته او د یو میاشتې لپاره پاتې کیږي.
- شری باید د ماشومتوب د نورو exanthematous ناروغیو څخه تفریق شي.

تفریقي تشخیص :

1. Rosola infantum.
2. Kawasaki disease
3. توکسوپلازموزس.
4. انتاني مونونوکلیوزس.
5. Erythema infectious>

(c) ketabton.com: The Digital Library

6. مينينګوکوسيميا.
7. سکارليت تبه.
8. روبيلا.

اختلاطات:

د شرى اختلاطات په هغه کوچنيانو ډېر تظاهر کوي چې سوء تغذي او يا کم مافيته کوچنيان وی. د شرى عام اختلاطات په لاندې ډول دی

1. د منځني غوږ التهاب
2. بکتريايي برانکونمونيا.
3. د حنجرې التهاب.
4. د تراهيا التهاب.
5. د قصباتو التهاب.
6. Giant cell نمونيا.
7. برايشوايکتايزس.
8. توبرکلوز.
9. مقاوم اسهال.
10. د اپنډيکس التهاب.
11. هيپاتايتس.
12. د اوريو ګانګرين.
13. اينسيپالايتس (1:1000 واقيعاتو کې).
14. تحت الحاد سکليروزنګ پان اينسيپالايتس. دا يو مزمن اينسيپالايتس دی چې د مرکزي عصبی سيستم د شرى د مقاوم ويروسي انتان له امله منځ ته راځي.
15. هيمورژيک شرى: په fulminant شرى کې شايد چې د هضميي سيستم په مکوزا کې هيموراج منځ ته راشي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

تداوي :

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

- د شرى په ۹۰ فيصده ناروغانو کې هايپوريتينيميا موجوده وي او د Vit A ذخاير کم او Xeropthalmia او د قرني تقرح منځ ته راځي نو له همدې بايد چې د شرى ټولو ناروغانو ته Vit A تطبيق شي چې په شرى کې د Vit A تطبيق د ناروغانو په مورټيليټي او موربيډيټي کې د کموالي سبب کيږي.
- د ويټامين A دوز: هغه ماشومان چې عمرونه يې د ۲ مياشتو څخه تر ۱۲ مياشتو پورې وي 100000 unit او د يو کلنۍ څخه پورته عمر ته 200000 unite توصيه شي.

په شرى کې د Vit A نقش:

- تقريباً د شرى ۹۰ – ۷۲ فيصده ناروغان hypo-retinemia لري.
- که چيرته retinal concentration کم وي نو شرى په ډير خطرناک وي.
- دا په ثبوت رسيدلى ده چې په شرى کې د Vit A ورکړه د ناروغانو مړينه راکموي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

(7)

شیجیلوزس

(Bacillary Dysentery) Shigellosis

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

ایپیډیمیولوجي:

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

انسان د دې انتان کوربه دی.

ملوثه غذا اوبه د دې ناروغۍ د خپریدو مهمې منابعې دي.

د تفریخ دوره یې ۷-۱ ورځې ده.

پتوجینیزس:

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

کلینیکي تظاهرات:

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

تشخیص:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

اختلاطات:

- هیمولاتیک یوریمیک سندروم.
- میتاستاتیک انتانات.
- فیبرایل اختلاج.
- شاک.
- اسیدوزس.
- ریکتل پرولپس.

تفریقي تشخیص:

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

تداوي:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

Chloramphenicol، Ceftriaxone,Ciprofloxacin,Cefixime

او (Azithromycin(12mg /kg

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

مخنیوي:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

(8)

د نوو زیږیدلو ماشومانو ژیړی

Neonatal Jaundice

(Jaundice Neonatorum)

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

زیړی (Jaundice) :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

او پوستکې او سترګې ژیړی معلومیږي چې همدغې ژیړوالي ته ژیړی وايي.

د ژیړی ډولونه.

ژیړی یا hyperbilirubinemia عموما په دوه ډوله ده.

۱) Indirect (Unconjugated) hyperbilirubinemia

۲) Direct (Conjugated) hyperbilirubinemia

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

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

Indirect (Unconjugated) hyperbilirubinemia:

غیر مستقیم هایپربیلروبینیمیا:

ایتیولوجي:

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

خاص اسباب:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

3. پولي سايتيميا :

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

4. Blood extravasation

- سیالوهیماتوما .

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

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

7. میتابولیکي ناروغۍ

- Galactosemia
- Hypothyroidism

8. Increased enterohepatic circulation

- د کولموبندښت او د پايلوردبرخې بندښت.

فزيالوژيک ژيړى:

فزيولوژيک ژيړى د ژيړى يو ډېرمعمول او عمومي ډول دى چې د نوو زيږيدلو ماشومانو د ژوند په لومړۍ هفته کې د ارتقا په حالت کې د ليدلو وړ ژيړى چې د Indirect (Unconjugated)د غلظت د لوړوالي پورې اړه لري چې دغه عمومي حالت د فزيولوژيک ژيړى په نوم يادېږي، نومورې ژيړى په لومړۍ مرحله کې په بامعياده کوچنيانو(term) کې ۵ ورځې او په

(c) ketabton.com: The Digital Library

preterm ماشومانو کې ۷ ورځې په بر کې نيسي او د وينې د بيلروبين سويه په سرعت سره 12mg/dl – 10 او حتا تر 15mg/dl ته هم پورته کيږي او په دوهمه مرحله کې دوه اونۍ په برکې نيسي او د وينې د بيلروبين سويه 2mg/dl ته رابښکته کيږي. د دې ډول زيړی د پيداکيدو په برخه کې د بيلروبين اينتهيروهيپاتيک سرکوليشن هم رول لري ځکه چې د نوی زيږيدلو ماشومانو په کولمو کې د څو لومړنيو ورځولپاره د باکترياو فعاليت موجود نه وي له همدې کبله بيلروبين په يوروبيلينوجين نه بدليږي.

خصوصيات:

- دا ډول زيړی معمولاً په روغو ماشومانو کې ښکاره کيږي.
- نوموړې کلينيکي زيړی وروسته د ۲۴ ساعتو څخه ښکاره کيږي.
- د مجموعي بيلروبين لوړوالی په ورځ کې د 5mg/dl څخه کم وی.
- فزيولوژيک زيړی د ځګر د **immaturity** او ګلوکورونيل ترانسفراز انزايم د کموالی له امله پيداکيږي.
- هغه ماشوم چې په فزيولوژيک زيړی اخته وي ناروغ نه ښکاری او د هيمولايزس اعراض او علايم يې موجود نه وي د فزيولوژيک زيړی د موجوديت په حالت کې د ادرارو او غايطه موادو رنګ نورمال وي . د بيلروبين سويه ۱۰-۱۴ ورځې وروسته 1mg ته رسيږي او که چيرته غيرمستقيم بيلروبين د ژوند لومړنيو دوه اونيوڅخه وروسته دوام وکړي نوپه نوموړې حالت کې ممکم هيمولايزس، ګلوکورونيل ترانسفراز انزايم ارثي کموالي، breast milk jaundice ، هايپوتايرويديزم، د کولموانسداد او د کالوری د پيداکيدو سبب کيږي .
- د پورتنيو کريتيرياګانو څخه علاوه بل زيړی فزيولوژيک زيړی نه ګڼل کيږي او بايد چې د لا زياتو تاريخچې او بشپړ معايناتو لپاره يې ارزيابي وشي.

د زيړي د ډول ډول لاملونو تفريقي تشخيص:

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د فزیولوژیک زېړي میکانیزم:

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

پلټنې (Investigations) :

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

3. د مور او د ماشوم د وينې د ګروپ تعين.
4. په ماشوم کې د direct Combs test.
5. نور اضافي معاينات. لکه.

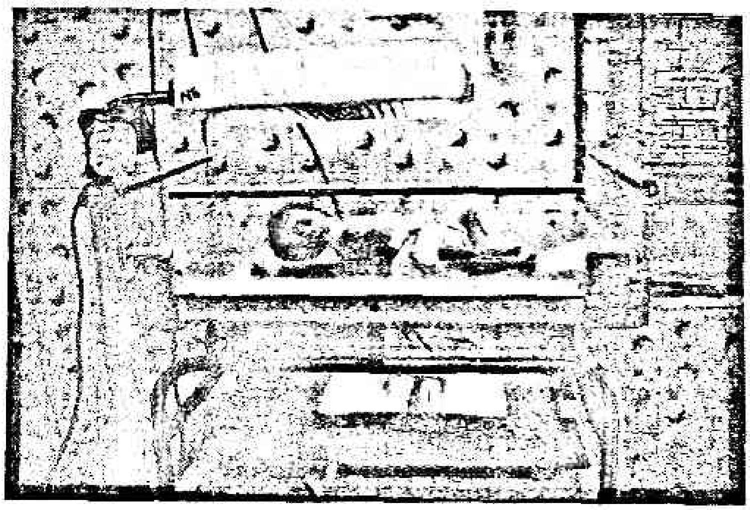
- Thyroid function test
- Compleat urine examination
- Liver function test.
- TORCH antibody titer.
- G6PD enzyme assay.
- Abdominat USG.
- HIDA Scan.
- Liver biopsy.

د زيړي

اداره :

په عام ډول سره د غيرمستقيم بيلروبين رانښکته کولو لپاره درې ميتودونه کارول کيږي.

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



(c) ketabton.com: The Digital Library

:Phototherapy

په پوتوتيراپي کې بيلروبين په Photo isomers باندې بدليږي چې بيا د ځګر conjugating system له فرعي لاروڅخه په صفرا او ادرارو کې بې له دې څخه چې د ميتابوليزم نورې لارې طی کړي اطراح کيږي. ماشومان چې د غيرمستقيم هايپربيلروبينيميا ولري د فوتوتيراپی ابي رنګه ګروپونه چې د انرژي اعظمي out put يې 425-475mm وي د فوتوتيراپي لپاره خوار کافی او نوموړې کوچنيان د دغه ابي رنګه ګروپونو لاندې لوڅ اچول کيږي چې نوموړې لايټ انرژي په جلد کې توکسيک غيرمستقيم بيلروبين په نان توکسيک غيرمستقيم بيلروبين بدليږي او د صفرا له لارې اطراح کيږي چې د ځګر په واسطه هيڅ کوم اتصال ته اړتيا نه لري. د فوتوتيراپی لاندې د ماشوم سترګې د يو سپينې ټوټې يا ګاز په واسطه تړل شوي وي او د يو معين وخت لپاره ترې ماشوم لاندې پروت وي، ماشوم هر دوه ساعته وروسته د يو اړخ څخه بل اړخ ته بايد واړول شي او د حرارت درجه يې کنترول شي او بايد هر ۸-۴ ساعته وروسته يې SBR اندازه شي د. evaporation water loses په خاطر ۳۰ فيصده مايعات ورکو ل کيږي.

همدارنګه فوتوتراپي ته بايد هغه وخت خاتمه ورکړل شي چې کله SBR ټيټ شي او د Toxicity خطرات له منځه ولاړشي او هم د بيلروبين toxicity لپاره د خطرفکتورونه له منځه ولاړشي او د ماشوم عمر دومره زيات شي چې د بيلروبين زياتوالی تحمل کړي او کله چې فوتوتراپي بنده شي بايد د 12-24 ساعتو څخه وروسته SBR ارزيابي شي

د پوتوتيراپي لپاره استطبابات:

- د وينې د سيروم بيلروبين د un-conjugated له ډول څخه وي.
- د وينې د سيروم بيلروبين سويه د Exchang transfusion د سويې څخه 5mg ښکته وي.
- د Exchang blood په تعقيب سره فوتوتراپي اړينه ده.
- د نوو زيږيدلو ماشومانو په هيمولايتيک ناروغيو کې د Exchang transfusion د انتظار په موخه.

(c) ketabton.com: The Digital Library

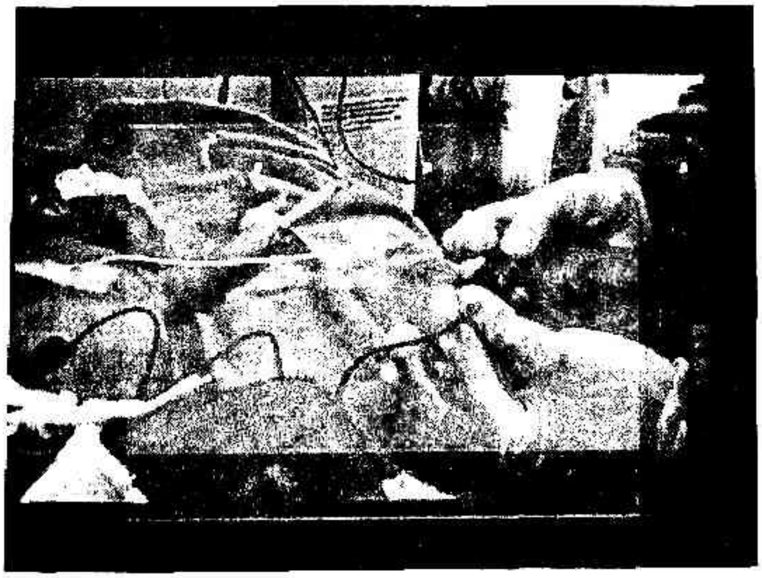
- د بیلروبین د اضافي سویې د لوړوالي د مخنیوي په خاطر.
- شاید چې په شدید کم وزنه ماشومانو کې وقایوي پوتوتیراپی استطباب ولري.

د پوتوتیراپی مضاد استطبابات:

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

د فوتراپی اختلاطات:

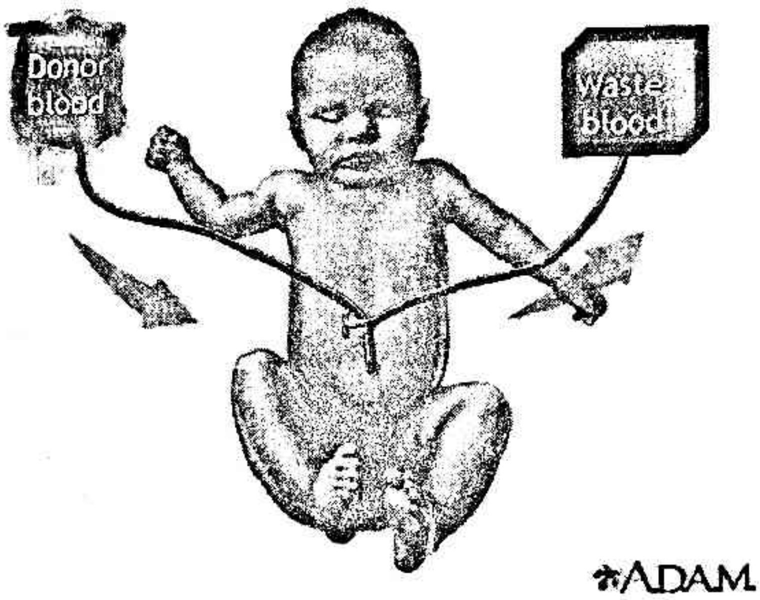
- د حرارت لوړوالی.
- ډیهایدریشن.
- د پوستکي rash.
- د سترګو زخمونه.
- Broze baby syndrome . په هغه وخت کې چې د مستقیم bilirubine په حالت کې فوتوتراپي اجراشي.
- په کولمو کې د غیرمستقیم bilirubine او د زیاتې صفراوي مالګي له امله د غایطه موادو ضیاع.



(c) ketabton.com: The Digital Library

:Exchangs transfusion

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



(c) ketabton.com: The Digital Library

موخې:

۱) د وينې د دوران څخه د حساسو سروكروياتو او د انتي باډي او د دوراني بيلروبن لرې كول او د كوچنې د كم خونۍ اداره كول.

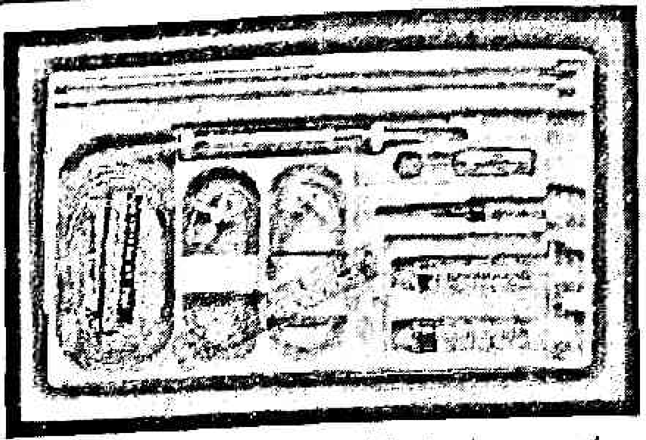
استطبابات:

- د زيږيدنې څخه وروسته د حبل سروی (Cord blood) په وينه کې د هيموګلوبين د ۱۲ ګرامو څخه کم وي.
- په ماشوم کې د Comb تيست مثبت وي.
- د بيلروبن اندازه د ۵ ملي ګرام څخه زياته وي.
- د Reticulocyt شميره د 15% څخه زياته شي.

Complication of Exchangs blood transfusion

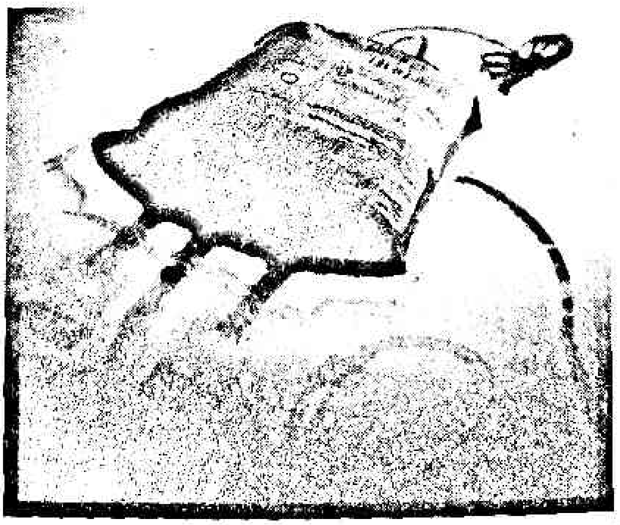
- **Hypocalcemia**
- **Hypokalemia**
- **Hypervolemia**
- **Acidosis**
- **Hypothermia**
- **Infection**
- **Septicemia**
- **Peritonitis**
- **Reactions of blood**
- **Vomiting**
- **Aspiration**
- **Air embokism**
- **Portal vin thrombosis**
- **Necrotizing enterocolitis**
- **Anemia**

(c) ketabton.com: The Digital Library



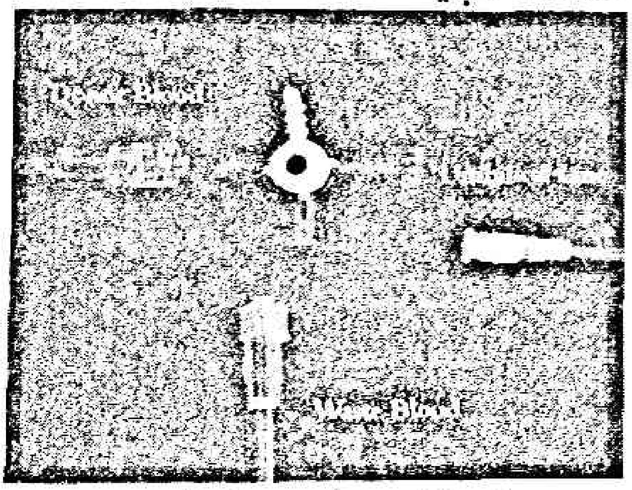
د EBT لپاره اړین سامان الات:

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



د EBT د اجرا تخنیک:

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



Exchangs transfusion د تطبیق خواوې:

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

عمومي تدابیر او پارماکولوجیک تیراپي:

1. په نوې زیږیدلو ماشومانو کې د زیږي لپاره لومړی باید د زیږی سبب تداوي شي.
2. په هغه صورت کې چې Septicemia موجوده وي انتي بیوتیک باید توصیه شي.
3. کافي شیدې باید ورکړل شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

Kernicterus:
(Bilirubine encephalopathy)

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

لنده پتالوجي:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

کلینیکي تظاهرات:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

مخنیوی:

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

د مور د شېدو زیړی(Breast Milk Jaundice) :

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

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

مقاوم یا Persistent زیړی :

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

اسباب:

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

پتالوجیک زیړی:

خصوصیات:

- ❖ د دا ډول زیړی شواهد د ژوند د لومړی ورځې څخه موجود وی.
- ❖ د بیلروبین په یو ساعت کې د 0.5mg/dl په اندازه لوړیږي.
- ❖ په term ماشومانو کې د بیلروبین اندازه 13mg /dl او په preterm ماشومانو کې د 15mg/dl په اندازه لوړیږي.
- ❖ د مستقیم بیلروبین فریکشن د 1.5-2.0mg/dl څخه لوړ وی.
- ❖ هیپاتوسپینومیګالي او کم خوني موجوده وي.

مستقیم بیلروبین زیاتوالي:

(Conjugated(direct)Hyperbilirubinemai

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

عمومي پاملرنه:

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

وي چې د بدن څخه بيلروبين اخراج کړي چې دانقيصه هميشه پتالوجيک وي.

- کله چې د فزيالوجيک زيړی غير مستقيم هايپربيلروبينيما په ځنګ شي ،په نوی زيږيدلي ماشومانو کې اکثره وخت مستقيم هايپربيلروبينيما وروسته د يوې اونۍ عمرڅخه ښکاره کيږي.
- شايد چې نوموړې زيړی د هيپاتوسپلينوميګالي، خاسف غايطه مواد او د توررنګه ادرار و سره ملګري وی.

اسباب:

1. د صفرا د جريان بندښت.
   - بيلری ارتريزيا.
   - د صفرا قنات تنګوالي.
   - سيستيک فايبروزس.
2. د ځګر دحجراتو ژوبلونه.
   - انتانات لکه سيپسيس ، هيپاتايتس ، TORCH انتانات.
   - ميتابوليک ناروغۍ. ذخيروی ناروغۍ ګلکتوسيميا. فرکتوسيميا .
   - جينيتکي ناروغۍ. لکه ډوبين جانسين سندروم او روټور سندروم.

تشخيص:

- د direct hyperbilirubenemia د ټولو شکمنولاملونو په اړه دې منتخب تحقيقات اجراشي.
- د direct,indirect,total بيلروبين اندازه.
- TFT, SGOT,SGPT معاينات بايد اجراشي.
- د وينې ، ادرارو ، Spinal fluid کـلچر.
- TORH انتي بـادی تايتر.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

ادار‌ه:

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

په منتخبو انتي بيوتيکو په استعمال سره سيپسيس تداوي کيږي.

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

(9)
د منځني غوږ التهاب
Otitis Media

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

اسباب:

1. باکتریا: باکتریا د ټولو لاملونو په نسبت یو ډېر معمول اجینټ دی چې د منځني غوږ التهاب رامنځ ته کوي، ترټولو زيات عام اورګانیزمونه عبارت دی له..
   - Streptococcus pneumonia(15-40%)
   - Haemophilus influenza (15-25%)
   - Moraxella catarhalls(12-20%)
   - Group A streptococcus
   - Staphylococcus aureus(acut and chronic otitis media)
   - Paeudomonas aeruginosa(chronic otitis media)
2. ویروسونه: ویروس د غوږ د التهاب د مستقیم سبب لپاره دومره مهم نه دی خو په هر حال د پورتني طرق تنفسي ویروسي انتانات د استاخین تیوب بندښت رامنځ ته کولای شي چې د باکتریاګانو د نشونما لباره زمینه مساعدوي.

پتوجینیزس:

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

مساعد کوونکې فکتورونه:

- هغه ماشومان چې په غریبو کورنیو کې ژوند کوي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

کلينيکي تظاهرات:

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

اختلاطات:

1. Mastoiditis
2. Meningitis

(c) ketabton.com: The Digital Library

3. Hearing loss

تشخیص:

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

Otoscope

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

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

Tympanometry

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

Reflectomety

د reflectometry ټیسټ په دوران کې ډاکټریوه وړه اله کاروي

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

Hearing test

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

Ear discharge culture

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

تداوي:

Acute Otitis Media(AOM)

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

- د **penicillin-resistant pneumoccocci** لپاره دوهم اپشن Ceftriaxone 50mg/kg/day IM د ورځې يو ځل توټل دوزونه ۳-۱ورکول کيږي يا Macrolide antibiotic (azithromycin)
- هغه ناروغان چې د انتي بيوتيکو د دوهم کورس توصيه کيدو باوجود هم شفاياب نه شي او يا ناروغی يې لا هم شديده شي نو په دغه صورت کې د tympanocentesis په اړه فکرکيږي چې تر څو اصلي سببی لامل په ګوته شي او دقيق انتي بيوتيک ورته توصيه شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

(10)
د نوي زیږیدلي ماشوم اسپیکسیا
Birth Asphyxia/Perinatal Asphyxia Or Neonatal Asphyxia

د نوي زیږیدلي ماشوم اسپیکسیا یو طبي حالت دی چې د یونوي زیږیدلي ماشوم د ولادت په وخت د اوکسیجین د محرومیت څخه منځ ته راځي یعنې کله چې یو نوی زیږیدلي ماشوم تر بشپړې زیږیدنې سمد ستي وروسته په بنفسهي ډول سره تنفس پیل نه کړي نونوموړې حالت منځ ته راځي او که چیرته د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا په وخت سره او په جدي ډول سره تداوي نه شي نو په نتیجه کې خطرناک اختلاطات منځ ته راځي او د Encephalopathy له کبله د مرکزي عصبي سیستم حجرات په دایمي ډول سره زیانمنې کیږي چې ښایي د نوي زیږیدلي ماشوم د مړینې اویا په موخر ډول سره د cerebral palsy او mental deficiency سبب شي. نو په جامع ډول سره د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا په دا ډول تعریفوو، که چیرې یو نوی زیږیدلي ماشوم د پوره زیږیدنې یا ولادت څخه وروسته سمد ستي په بنفسهي ډول سره خپل تنفس شروع نه کړي د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا په نوم یادیږي اویا د ماشوم د زیږیدنې د عمر په لومړیو۱- ۵ دقیقو کې د ابکار سکور درجه د ۵ څخه ښکته شي او یا د وینې PH یې ټیټ شي د زیږیدنې اسپیکسیا ورته وایي.

Hypoxia: هغه حالت ته ویل کیږي چې د شریاني وینې اکسیجن د نورمال حالت څخه کم وي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د خطر فکتورونه:

مورني عوامل.

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

پلاسینتا پورې اړوند عوامل:

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

د جنین پورې اړونده عومل:

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

د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا سبب:

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

سریري تظاهرات:

➢ د وینې د PH کموالي د ۷.۲ څخه.

(c) ketabton.com: The Digital Library

- اسیدوزس.
- دجنین Distres په حالت کې چې د امنیوتیک مایع کې میکونیم موجود وی.
- خسافت.
- سیانوزس.
- اپنې.
- د زړه د ضربان کموالی
- د تنبه په مقابل کې د عکس العمل نه ښودل.
- تنفسي عدم کفایه.
- د ماشوم دعضلاتو د تون کموالې.

لنډه پتوفزيولوجي:

د بيرت اسپيکسيا پتالوجي د ناروغۍ دوخامت اودارگان د مصابيدو سره تړاو لري.

د اسپيکسيا پيل په لاندې حالتونو په تعقيب سره پيل کيږي.

ميتابوليک اسيدوزس.

هايپوگلايسسميا.

هايپوتينشن.

د دماغي وينې په جريان کې تغير راتلل.

په مرکزي عصبي سيستم د شعريه عروقو دنفوذيه قابليت د زياتوالي له امله د مايع ليکاژ مينځ ته راځي چې cerebral اذيما او حجروی مړينه رامنځ ته کوي.

ميتابوليک پايلې:

د گلايکولايزس سريع کيدل سره د brain lactate levels د زياتوالي سره او ورسره د high energy phosphate concentration کې کمښت را مينځ ته کيدل..

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

تشخيص:

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

د ولادت څخه مخکې:

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

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

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

د ولادت په وخت کې:

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

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

Depression from meternal anesthesia or analgesia

Trauma، نیورومسکولرناروغی، انتانات او داسې نور.

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

APGAR SCOR

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

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

داپګار سکور ډله بندي:

1) نارمل اپګار سکور............. له ۸ څخه زیات.
2) متوسط اپګار سکور .... له ۴ څخه تر ۸ پورې.
3) ډیر ښکته اپګار سکور........ له ۴ څخه ښکته نمبر اخلي.

داسپیکسیا اختلاطات:

1) مرکزي عصبي سیستم: Hypoxic Ischemic encephalopathy.
2) پښتورګي : د پښتورګو د تیوبولونو حاد نیکروز.
3) تنفسي سیستم: میکونیم ایسپایریشن. تنفسي ډیسترس سندروم ، د سږو مقاوم لوړ فشار، اپني.
4) قلبي وعایي سیستم: د میوکارد التهاب. اسکیمیا. قلبي عدم کفایه. ټرایکسپید او میترال ریګرجیټیشن.

(c) ketabton.com: The Digital Library

5) د معدی او دامعاو سیستم: د معدې زخم ، نیکروټایزینګ اینټیروکولایټیس او د کولموپرفوریشن.
6) د وینې سیستم : ډیسټامینیټید اینټراواسکولرکواګولیشن . د نووزیږیدلو ماشومانو د هیموراژیک ناروغیو دخطرزیاتوالی.
7) میټابولیک: په کمه اندازه هایپوګلایسیمیا ،

:Hypoxic Ischemic encephalopathy

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

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

د اسپیکسیا تداوي:

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

- که ناروغ هایپوګلایسیمیا (Blood glucose <50mg/dl) ولري 2ml/kg of D/W10% په يوه دقيقه کې او بيا د د وينې د عادي ګلوکوز د برقراره ساتلو لپاره 6-8mg/min ورکول کيږي.
- Hypocalcemia: (Blood calcium <7mg/dl) په اعراض لرونکې (اختلاج اپنی، تيتاني) کيسونو کې Clacium gluconat 1-2mg/kg 10% IV د پنځو دقيقو په جريان کې تطبيقيږي که چيرته نومورې تداوي نتيجه ورنکړي نومورې دوز ۱۰ دقيقې وروسته بيا تکراريږي.
- همدارنګه د تولد د دوه ساعتونو په دوران کې ورته وقايوي Vit K IM تطبيقيږي.
- هغه ماشومان چې په شديده اسپيکسيا باندې اخته وي دزړه د وضعی له نظره نومورې ناروغان په دريو ګروپوويشل کيږي لومړي هغه ناروغان چې د زړه ضربان يې په يو دقيقه کې د ۱۰۰ ځخه پورته وي، دوهم د زړه ضربان په يوه دقيقه کې ۱۰۰ څخه کم وي او دريم د زړه ضربان هيڅ موجود نه وي او په دې هغه ناروغان چې د زړه ضربان يې هيڅ موجود نه وي په عاجل ډول سره ورته د سکشن څخه وروسته IPPV په واسطه ورته وينتيليشن اجراکيږي او خارجي قلبي مساج ورته د منځنۍ او انديکس ګوتو په واسطه اجراکيږي که چيرې د ۴-۵ دقيقو په موده کې ناروغ کې تغير رانشي نو په دې حالت کې ادرينالين د ۱۰۰۰۰: ۱محلول څخه يوملي ليتر اينټراکارديک او يا داخل په وريد کې تطبيقيږي.
- که چيرته د انتان خطر مواجه وي په دغه صورت بايد مناسب انتي بيوتيک ورکړل شي.

(c) ketabton.com: The Digital Library

د اسپیکسیا د اختلاطاتو تداوي:

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

2) Cerebral odema : Fluid restriction او په اختیاط سره د ایلیکټرولایټونو په څارنې سره او شاید چې د hypertonic solution د 20% مانیټرل (0.5-1.0g/kg/dose IVover 20 min) په دوران کې.

3) Hypotention: پلازما او انوټروفیک سپورټ لکه ډوپامین.

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

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

6) Apnea and Carbon dioxide retention په IPPV سره.

(c) ketabton.com: The Digital Library

ماخذونه

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

د لیکوال پېژند ګلوي:

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

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

(c) ketabton.com: The Digital Library

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

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

په درنښت
نوراغا سعید
توحید غږ راډیو
کنړ/نورګل

(c) ketabton.com: The Digital Library

Top Ten Diseases

Introduction, Causes, Signs & Treatment

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

By: Dr. Sayed Malyar Sadat

Designed by: Abdul Hadi Asar

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

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