



لس مشهوری ناروغی

پیژندنه، لاملونه، نښې او درملنه

- | | |
|----------------|--------------------------------------|
| ۱. زکام | ۶. شجیلوزس |
| ۲. شری | ۷. منځني غوړ التهاب |
| ۳. ملاریا | ۸. حاده اوبلنه نس ناسته |
| ۴. سینه بغل | ۹. د نویو زېږېدلو ماشومانو زیری |
| ۵. برانشولایتس | ۱۰. د نویو زېږېدلو ماشومانو اسپیکسیا |



Ketabton.com

¥ 2,0

ډاکتر سید ملیار سادات

لس مشهورې ناروغۍ

TOP TEN
DISEASES

ډاکټر سيد مليار سادات

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

د کتاب خانگړنې :

د کتاب نوم لس مشهورې ناروغۍ

لیکوال ډاکټر سید ملیار سادات

چاپ کال ۱۳۹۵ هـ

سکن کوونکي: عزت الله سلطاني

پر لیکه کوونکي عزت الله سلطاني

دا کتاب د خان کتابتون څخه ډانلود شوي دي

يادونه : گرانو لوستونکو که تاسی د کوم کتاب سافټ لري مهرباني وکړي زمونږ برېښنالیک ته يي را واستوی- مونږ به يي په ټولنيزو شبکو او ويبپاڼو کي نشر کړو .

Esultanzai@hotmail.com

azatullahsultanzai@gmail.com

www.facebook.com/Ezatullah.sultanzai

لیکچر

- ۱- زکام COMMON COLD 3
- ۲- حاده اوبلنه نس ناسته ACUTE WATERY DIARRHEA 11
- ۳- سینه بغل / نمونيا (PNEUMONIA) 24
- ۴- ملاريا (MALARIA) 33
- ۵- برانشيولايټيس (BRONCHIOLITIS) 45
- ۶- شری / سرخکان (MEASLES (RUBEOLLA 50
- ۷- شيجيلوزس (SHIGELLOSIS (BACILLARY DYSENTERY 57
- ۸- د نوو زيريدلو ماشومانو ژيري NEONATAL JAUNDICE 61
- ۹- د منځني غوړ التهاب OTITIS MEDIA 79
- ۱۰- د نوي زيريدلي ماشوم اسپيکسيا BIRTH ASPHYXIA 85
- ماخذونه 95

ڊالی

دا ڪتاب خپل گران ارواڻياد پلار، گرانہ مور او گران ورونہ
هريو ڊاڪٽر صحرايي سيد، سيد اجمل سادات، زيرڪ
ذهين او اسدالله سادات ته يي په ادبي او پڻتنه مينه ڊالی
ڪوم.

() () ()

په دوهم قدم کي يي هغو ڊاڪٽر صاحباتو ته ڊالی ڪوم چي
نفسونه يي د طبي تجارت څخه پاڪ دي او د هر ناروغ درد
خپل درد بولي او د ناروغانو د بني روغتيا لپاره هلې ځلې
کوي.

() () ()

ڊاڪٽر سيد مليار سادات

TOP TEN DISEASE | 1

خپلې خبرې

ټول حمد، ثنا او صفتونه هغه ذات لره دي چې په خپل ذات او صفاتو هېڅ شریک نه لري خپل کامل قدرت سره یې داسترنۍ پیدا کړې او د ډېرو اوچتو صفاتو خاوند دی، چاته چې وغواړي عزت ورکوي او چاته چې وغواړي ذلت ورکوي.

وروسته د حمد او ثنا څخه د لوي الله شکر ادا کوم چې وروسته د ډېرې مودې څخه بې زه د دې جوگه کړم چې یو ځل بیا دخپلو هېوادوالو د علمي سطحي د لوړوالي لپاره یو علمي اثر چمتو کړم.

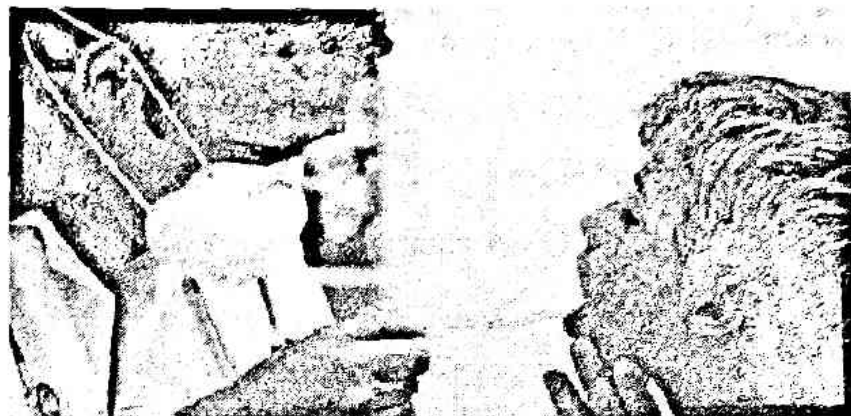
افغانستان یو ډېر غریب هېواد دي او خلک یې د ډول ډول اقتصادي ستونزو سره لاس په گریوان دي او هغه صحي خدمات چې د یوې سالمې روغتیا لپاره اړین گڼل کېږي په بشپړ ډول سره نه دي چمتو، چې همدا لامل یې دي چې ورځ په ورځ ساري او غیر ساري ناروغۍ مخ په ډېریدو دي او د ډېرو ماشومانو ژوند یې د گواښ سره مخ کړی، نو همدا وجه وه چې زه یې دې ته اړ کړم چې د هغه ناروغيو په اړه چې په ماشومانو کې ډېر وقوعات لري او مرگونې اختلاطات لري او هم نوموړې ناروغۍ زموږ په ټولنه کې په سر کې دي یعنې زموږ په روغتونونو، روغتیايي مرکزونو او شخصي کلینیکونو په ناروغانو کې همدغه ناروغۍ دي چې زموږ د ناروغانو ډېره فیصدي جوړوي، نو په همدې خاطر مو دغه کتاب مو (لس ټاپ ناروغۍ) یا diseases Top ten (زکام، نس ناسته، نمونیا، وینه لرونکې

TOP TEN DISEASE | 2

اسهال، برانشیولایتس، ملاریا، شری، د نووزیږیدلو ماشومانو ژیری، د منځني غوږ التهاب او د نووزیږیدلو ماشومانو اسپیکسیا) باندې ونوموو، د دغه کتاب په لیکلو کې د نړیوال منل شوو طبي کتابونو او هم د هېواد په سطحه د معتبرو کتابونو څخه په کې استفاده شوې ده، نوموړې کتاب په ډېره ساده او اسانه ژبه چمتو شوې او ټول ډاکتر صاحبان او خصوصاً د طب پوهنځي گران محصلین ترې ډېر په اسانۍ سره استفاده کولای شي، زه د لوی خدای له دربار څخه غواړم چې نوموړې کتاب زما لپاره صدقه جاريه وگرځي او د هېواد والو د استفادي وړ وگرځي.

سید ملیار سادات
کنړ ولایت، نورگل ولسوالي
سیدانو جونگره

TOP TEN DISEASE 13



(1)

زکام

Common Cold

زکام یا Common Cold د علوي تنفسي لارې يعنې د پوزې او ستونې او ساينوسونو خفيف ويروسي انتان دی چې د پوزې بلاک يا بندښت رامنځ ته کوي چې دغه بندښت په اوبه لرونکې پوزه، پرنجي او د ستونې درد او ټوخي سره تعقيبېږي په ابتدايي ډول سره اکثره پوزه (Nose) متاثره کوي همدارنگه په دوهم قدم کې ستونې مصابوي چې د Pharyngitis لامل کېږي، ساينوسونه هم مصابوي چې Sinusitis لامل گرځي که چيرته ځنډنې شي نو Conjunctivitis ورکوي چې زياتره وخت د يوه ناروغ لپاره ډېر ستونزمن تمامېږي، زکام يوه عامه او په خپله بڼه کيدونکي ساري ناروغي ده چې د مختلف ډوله وايروسونو په واسطه منځ ته راځي، زکام يا common cold د پورتنۍ تنفسي لارې انتان دی چې د 200 څخه بې زيات ډوله وايروسونه پيژندل شوې دي چې د زکام لامل گرځي چې ځينې مهم يې په لاندې ډول دي.

TOP TEN DISEASE | 4

Rhinovirus تقریباً د 40%-10% د ټولو کاهلانو د زکام عامل جوړوي. همدارنگه 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 جوړېدای شي ځکه چې د زکام نوې 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 د 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 کېږي، زکام په مکرر ډول سره په مني او ژمې په موسمونو کې زیات منځ ته راځي او په نړۍ کې د ټولو څخه زیات رامنځ ته کېدونکې ناروغي ده او د نورو ناروغيو په پرتله ډاکټر ته د تګ تر ټولو زیات سبب جوړوي او هم د ښوونځي ته د تګ او د ورځنې کارونو پر وړاندې ستونزې جوړوي.

د انتقال لاره او میکانیزم:

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

TOP TEN DISEASE 15

ICAM-1 receptors سره باند جوړوي چې د دغه باند جوړیدو په صورت کې Inflammatory mediators ریلیز کیږي چې د دغه التهابي میډیاتورز د ریلیز کیدو په نتیجه کې ناروغ ته اعراض پیدا کیږي مگر نوموړې ویروس په عمومي ډول سره Nasal epithelium ته کومه صدمه نه رسوي مگر 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 تنگیډه له امله د کروب اعراض ورکړي.

ایډیمولوژي:

زکام (Common Cold) د کال په هر موسم کې منځ راځي خو زیاتره د ژمي او د پسرلي په موسمونو کې یې وقوعات زیات دي ، زکام یوه ډېره عامه انساني ناروغي ده او د نړۍ په هر گوټ کې ترې خلک متاثره دي، زکام د عمر له لحاظه په هر عمر کې لیدل کېږي مگر په ماشومانو او زړو خلکو کې د ضعیف معافیتي سیستم له امله یې پېښې زیاتې 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 موسمونو کې په یخو سیمو کې کارونه کوي د دي ویروس سره زیات مواجهه کیږي.

اعراض او علایم:

Signs and symptoms

د زکام وصفی اعراض په لاندې ډول دي.

TOP TEN DISEASE | 6

- بهیدونکې پوزه. (runny nose)
- ټوخی (Cough)
- د پوزې بندښت (Nasal Congestion)
- د ستونې درد (Sore throat)
- پرنجی (Sneezing)
- همدراڼګه ځینې وخت د لاندې اعراضو سره ملګری وي
- د عضلاتو درد (Muscle Pain)
- سترټیا (Fatigue)
- سردردی (Headache)
- د اشتها خرابوالی (loss of appetite)

وده یا Progression :

زکام اکثره وخت د سترټیا او د خستګۍ د احساس سره پیل کېږي چې ناروغ پرنجی 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 او بیا د دوه یا دریو ورځو په دوران کې خپل اخرې حد ته لوړیږي چې دا بیا زیاترو وخت په د لسو ورځو په موده کې شفا یات کیږي او هم کیدای شي دغه اعراض تر درې اونیو پورې پاتې شي، د ټوخي منځنۍ موده یې تر اتلس ورځو پورې وي او په ځینو کیسونو کې ناروغانو یو ډول ټوخی پیدا کیږي چې د Post-Viral cough په نامه سره یاد یږي چې کله کله دا ټوخي یو اوږد سیر پیدا کوي.

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

TOP TEN DISEASE | 7

تاج په شکل منظره لري، common cold د پورتنی تنفسي لارې یو ویروسي انتان دی چې د لامل له نظره ځینې مهم ویروسونه د فیصدی له لحاظه په لاندې ډول دي.

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

تشخيص (Diagnosis):

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

مخنيوي (Prevention):

د زکام د مخنيوي لپاره یواځنۍ ممکنه او مهمه لار چې د زکام د ویروس خپریدنه او وقوعات راکم کړي فزیکي تدابیر دي لکه د لاسونو پریمینخل ، ماسک کارول ، همدارنگه په health car environment کې د چین او disposable دستکشو استعمال دی.

• لومړې باید په دوامدار او منظم ډول سره وروسته د پوزې یا دخولې د مسح کولوڅخه او د غذا د چمتو کولو لاسونه باید په صابون باندې پریمینخل شي.

• همیشه باید پرنجی او توخی په یو دسمال او یا بل یو کاغذ کې وشي.

TOP TEN DISEASE | 8

- هغه کارې ساحي چې موږ هلته کار کاوو باید روزمره د میکروبونو څخه پاکي وي.
 - د زکام ناروغان باید د خپلو ځانونو لپاره پیاوړې اولوحي جدا کړي.
- د ماشومانو منظم لاسونه وینځل د زکام ویروس انتقال په کم والې ډېر موثر دي همدارنګه هغه خلک چې د زکام په ویروس اخته دي د هغوي سره د خبرو کولو پرمهال باید ماسک وکارول شي او یا متن اشخاص ماسک وکاروي، په کور، دفتر او یا نورو کارني ځایونو کې باید نوموړې متن اشخاص خپل د خوراک څښاک لوبښي جدا کړي، نوموړې ناروغانو ته باید صحي تعلیمات ورکړل شي او د زکام د اضرارو څخه دې خبر کړای شي، Zinc سفلیمینټ استعمال هم یو څه موثر تمامیري ځکه 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 Vitamine C استعمال د ناروغۍ شدت نه کموي مګر وخت را کموي.

اداره (Management) :

زکام کومه خاصه تداوي نه لري چې د انتان وخت را کم کړي او یوازې او یوازې اعراضی کراروونکي تداوي ورته توصیه کیږي لکه د بیلګې په ډول ناروغ ته باید پوره آرام وکړل شي، همدارنګه د آرام 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 تبې 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

TOP TEN DISEASE 19

زکام کې دومره موثر نه دي او په کوچنيانو کې په زکام کې کوچنيانو ته د ټوخي ضد درمل نه توصيه کيږي.

په کاهلانو کې د زکام اعراض (runny nose) امکان لري چې په first generation antihistamines سره راکم کړای شي، په هر حال دغه درمل په ناروغانو باندې adverse effects لري لکه د مثال په ډول drowsiness او داسې نور، همدارنگه نور decongestants لکه pseudoephedrine هم موثره تماميږي، د دې سره خوا کې Ipratropium nasal spray شايد په زکام کې اعراض راکم کړي مگر لږ موثر تماميږي.

: Antibiotics and antivirals

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

: انزار (Prognosis)

په عمومي ډول سره common cold يو خفيف او خپله بڼه کيدونکې (self-limiting) حالت دی چې د يوې اونۍ په جريان کې بڼه والې منع ته راځي، په نيمايي کيسونو کې نوموړې ناروغي لس ورځو ته هم اوږدېږي، د زکام

TOP TEN DISEASE | 10

شدید اختلالات په ډېر زړو ناروغانو کې منځ ته راځي او په هغه ناروغانو کې اختلالات ورکوي چې کم معافیته (immunosuppressed) وي او امکان لري چې ثانوي باکټريايي انتان د sinusitis, pharyngitis او يا د غوږ د انتان په نتیجه مينځ ته راشي.

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

کله چې

- د زکام اعراض د درې اونيو څخه زيات مقاومت پيدا کړي.
- کله چې د بدن د حرارت درجه پورته شي (102.2°F)
- ناروغ وينه لرونکې توخي پيدا کړي.
- د سينې درد رامنځ ته شي.
- تنفسي مشکلات رامنځ ته شي.
- تخرگ او غاړه کې د Lymph nodes پر سوب رامنځ ته شي.

(2)

حاده اوبلنه نس ناسته

Acute Watery Diarrhea

د نورو ناروغيو په پرتله اسهال په کوچنيانو (د پنځو کالو څخه کم عمره ماشومان) کې زيات ليدل کيږي او د اطفالو متخصصين او معالج ډاکټران ورسره په کلينيکونو، روغتونونو او نورو صحي مرکزونو کې ورسره مخامخ دي، د کوچنيانو لپاره هره ناروغي که هغه وږه وي او يا غټه که چيرې په خپل وخت سره تداوي نه شي ستونزمن تماميږي او د مرگونې اختلاطاتو لامل گرځي. 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 بيلگې په ډول يوه ورځ يا څو ورځې دوام کوي او لدې وروسته پخپله يا د درملنې پوسيله په بشپړ ډول له منځه ځي مگر 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 چيرې د يو کوچني تغوط (frequency) شمېر په ورځ درې يا د درې څلو څخه زيات او غايطه مواد اوبلن شکل ولري دغه حالت د نس ناستې څخه عبارت دی او يا که چيرې د غايطه موادو په Consistency او frequency کې تغير راشي دې حالت ته اسهال ويل کيږي او که چيرې په ساده ډول سره تعريف کړو نو داسې به ووايو چې نس ناسته هغه حالت ته

TOP TEN DISEASE | 12

ویل کیږي چې یو شخص پکې د عادي حالت په خلاف ژر ژر اوبلنې ډکې 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 پېښو 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 ځنډنې نس ناستې په نوم نومول کیږي، د حادې نس ناستې زیاتره پېښې په خپله ښه کېدونکې (self-limited) وي.

وقوعات (Incidence):

د اسهال وقوعات د نړۍ په هر ګوډ کې لیدل کیږي، مګر په هغه هیوادونو کې یې پېښې (Mortality, Morbidity) زیاتي لیدل کېږي چې د حفظ الصحې شرایط یې درست نه وي او یا یې اقتصادي کچه ټیټه وي. د ګلوبل پنداداری د اسهال په کلنۍ تخمیني اندازه کې ښودلې ده چې په کال ۳-۵ میلیونه کوچنیان د نس ناستې د واقیعاتو 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 سوټغذی (malnutrition) او دیهایدریشن (dehydration) څخه عبارت دي، دیهایدریشن او سوټغذی د نس ناستې د رامنځ ته کیدو لپاره یو ناوړه سیکل جوړوي چې بیا په دې کې سوټغذی د نس ناستې خطر شدت زیاتوي.

TOP TEN DISEASE | 13

يو ماشوم په کال کې د ۳-۴ ځلې د نس ناستې د پېښو سره مخ کېږي، چې پېښې يې زياتره د يو کال څخه په کم عمره ماشومانو کې ريكارډ شوي دي او د ۴۰-۵۰ فيصده په روغتونونو کې د بستر ناروغان جوړوي. د نس ناستې پېښې زياتره په معتدلو سيمو کې چې په اوږې کې باکټريائي انتاناتو له لامله او په ژمې کې د ويروسي انتاناتو له کبله منځ ته راځي او زياتره په هغه سيمو کې زيات منځ ته راځي چې هلته د حفظ الصحي شرايط برابر نه وي او هم ورسره د خلکو تعليمي کچه ټيټه وي، د نس ناستې پېښې په هغو کې ماشومانو کې ډېر کمې منځ ته راځي هغوی د مور په شېدو تغذيه کيږي ځکه چې د مور شېدې د نس ناستې د مخنيوي لپاره يو ښه غذا ده، اسهال د انفا سي په مرحله کې د childhood په نسب ډېر وحات لري، ځکه چې د انفا سي په مرحله کې د ماشوم مقاومت د انتان او مایعاتو او ایلکترولايتونو د تشو شاتو په مقابل کې کم وي، نس ناستې د ماشومتوب په هره مرحله کې لیدل کېږي مگر په هغو کوچنيانو کې پېښې زياتې لیدل کېږي چې عمرونه يې د دوه کالو څخه کم وي.

: Epidemiology

اسهال په ماشومانو کې د مورټيليتي او د موريبيډيتي يو مهم سبب دی. د سرايت يا د انتقال مهم ميکانيزم يې د فيکواورال لاره ده چې د منتن غذا او اوبو څخه منځ ته راځي.

پېښې يې په هغه کوچنيانو کې زياتې دي چې د مور د شېدو په واسطه نه تغذيه کيږي، يا د غير صحي اوبو څخه استفاده کوي او يا هغه کوچنيان چې په سوغندي باندې اخته وي.

: اسباب (Etiology)

د نس ناستې په اسبابو کې ډېر زيات لاملونه شامل دي چې په هغې کې د ډېر زيات او معمول د کولمو انتانات دي، خو په هر حال ځينې درمل، غذايي تسمات، سيستمک انتانات، (د بولې لارې انتان، د غوږ

TOP TEN DISEASE | 14

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

باکټريايي انتانات (Bacterial Infection) :

Escherichia coli (25%) : Enterotoxigenic, enteropathogenic,

Enteroinvasive and enteroaggregative

Shigella (5%) : *S. sonnei*, *S. flexneri*, *S. boydii* and *S. dysenteriae*

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

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

Compylobacter species

نور باکټريايي انتانات :

Bacillus cereus, *Clostridium difficile*

Clostridium *perfringens*, *Staphylococcus aureus*, *Vibrio*

Plesiomonas shigelloides, *Parahemolytic*,

ويروسي انتانات (Viral Infections) :

Rota Virus (40 %)

Norovirus spp : Human caliciviruses

Enteric adenovirus serotypes 40 and 41

Astroviruses, coronaviruses, cytomegalovirus : others

پرازيتي انتانات (Parasitic Infection) :

Giardia lamblia

Cryptosporidium parvum

Entamoeba histolytica

Cyclospora cayentanensis

Isospora belli

TOP TEN DISEASE | 15

Parenteral infection

Otitis media,UTI,Pneumonia :

: Dietary factors

Over feeding,Starvation, Food allergy,Food Poisoning

: Drugs

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

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

- د ناروغیو د خپریدو ضعیف مخنیوي.
- د پرسونل هایوجین نشت والي.
- د څښلو د خوندي اوبو نه موجودیت.
- د معافیت او د مورد شېدو کموالي.
- ځوان کوچنیان او هغه چې په سوئي تغذي باندې اخته وي حادي نس ناستي ته ډېر اړدي چې د نس ناستې ډېر شدید او اوږد سیرلري چې د بیا بیا او د اوږدې نس ناستې د خطر فکتورونه د Helicobacter pylori انتان یا د PPI سره د تداوي، selective IgA کموالي، HIV او نورو مزمنو حالتونو له امله د معدې د تیزابو کموالي او یا نه موجودیت دی.

د ناروغ ارزيايي کول (Evaluation of the patient):

تاريخچه:

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

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

TOP TEN DISEASE | 16

Vomiting : د استفراقاتو د وخت، دفعات، د غذا سره ارتباط، اندازه، ماهیت، رنگ 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.

همدارنگه د نورو ناروغیو د اعراضو په اړه پوښتنه وکړئ لکه د ټوخي په اړه چې په تنفسي انتاناتو کې وي، جلدې رش چې په شری کې وي،
Urine : د ادرارو په اړه وپوښتنئ چې په تیر شپږو ساعتونو کې بې ادرار کړي دي او که نه.

د گېډې د درد او پراخوالي په اړه پوښتنه وکړئ.
همدارنگه 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 او لپاره بې ورته کوم درمل کارولي و لکه انتې بیوتیک، د نس ناستې ضد درمل او یا ORS.

د تغذیې تاریخچه : پوښتنه وکړئ چې ناروغ د مور په شپږو تغذیه کېږي او یا نه، که تغذیه کېږي د وخت، اندازې او ډول په اړه پوښتنه وکړئ، او که د مور د شپږو په واسطه نه تغذیه کېږي او نورې شپږې ورکوي نو بیا معلومه کړئ چې د بوتل په واسطه شپږې ورکوي او یا په واسطه او په 24 ساعتونو کې بې خومره شپږې څښلې.

همدارنگه 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.

TOP TEN DISEASE | 17

د ناروغ په عمومي معاینه کې باید نبض، حرارت، تنفسي ریت، 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 جلدې ټرگر معاینه کېږي چې نارمل، ضعیف، خپل ځای ته په قلاړه ځي او یا ډېر په قلاړه 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 فانتینال 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، پراخوالي او نور افات په کې ولیدل شي.

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

پتوفزیولوژي:

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

د مایعاتو ضیاع (lose fo water):

د اسهال ناروغانو د مایعاتو د ضیاع په نتیجه کې جلدې ټرگر ضعیف کېږي، ورک یا ضعیف نبض لري، د ناروغانو د زړه ضربان زیات وي، سترګې یې ننوتې وي، فانتینل یې ښکته خواته ننوتې وي، ناروغ ډډه اواز لري، د اطرافو شینوالي 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 هایپوګلايسيميا، اختلاجات، د وزن باختل او یا کوما منځ ته راځي.

TOP TEN DISEASE | 18

د بایوکاربونیټ د ضیاع په نتیجه کې استفراقات، ژور تنفس، د زړه د عضلي د تقلص کموالي او ژور تنفس منځ ته راځي.

د پوتاشیم د ضیاع په نتیجه کې په ناروغ کې د گېډې پراخي (Abdominal distention) پارالایټیک الیوس او مقاوم شک منځ ته راځي.

د دیهایدریشن 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 ضیاع یې د ۵٪-۱۰٪ په مینځ کې وي.

شدید: چې د وزن ضیاع یې د ۱۰٪ څخه زیاته وي.

بایوکیمیکل طبقه بندي:

ایسوتونیک: د سودیم اندازه د ۱۳۰-۱۵۰ mmol/L په مابین کې وي.

هایپوتونیک: د سودیم اندازه پکې د ۱۵۰ mmol/L څخه کمه وي.

هایپرتونیک: د سودیم اندازه پکې د ۱۵۰ mmol/L څخه زیاته وي.

کلینیکي تظاهرات:

پېښې په ناڅاپي 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 د مختلف پړاوونو اعراض او علایم په لاندې

ډول دي.

خفیف دیهایدریش: ناروغ پکې ناارامه او مخرش وي، تنده پکې ډېره

ښکاره وي او کوچنې په مشتقانه ډول شېدې څښي مگر زیاتره وخت یې

استفراقوي او قدامي فانتینل پکې په کم ډول ښکته وي.

متوسط دیهایدریش: د نارو مخرشیت پکې ډېر وسیع وي، سترگې او

قدامي فانتینل پکې ننوتی وي او جلد چې یې کله کش کړای شي

کونځوالې یې غیر نارمل وي، نهايات یخ احساسیږي او امکان لري شین

TOP TEN DISEASE | 19

والې هم ولري او شايد ميتابوليک اسيدوزس هم موجود وي چې پکې چټک او ژور تنفس لري او تنده پکې ډيره وسيع وي.

شدید دیهایدریشن : د ناروغ حالت پکې د اولیگیمیا او د مخیځي دوراني عدم کفایي له امله ډېر خطرناک وي، جلد پکې یخ او شین بخن وي، نهایت پکې ډېر ژور شین والې یعنی سیانوتیک وي او د کوچنې د اوبو او یا د تی رودل پکې له منځه تللي وي، د سترګې کورنیا طبقه پکې ډېره ځلانده وي او د سترګې ګاټې پکې اکثره وخت پورته خواته تاو شوې وي، فانتینل پکې ډېر ژور ننوتی 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:

- دیهایدریشن:
- شاګ.
- میتابوليک اسيدوزس. (د بایو کاربونیت د ضیاع له امله)
- پارالایتيک الیوس. (هایپوکلیمیا له امله)
- اختلاج او کوما (د هایپرنیتریمیا)
- سوئي تغذي (د اوږد مهال نس ناستې له امله)
- مقاوم اسهال (د ډایسکرایډیز فقدان له امله)
- د نورو انتاناتو مداخله.

▪ ترش.

▪ مړینه.

اداره یا Management:

مخکې له دې څخه د نس ناستې ناروغ ته درملنه شروع شي ، باید

لومړۍ دیهایدريشن درجه او ډول وټاکل شي

لومړۍ 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؟

وگوری او حس کړئ.

د ناروغ عمومي حالت ته وگورئ چې ایا ناروغ محرش دی او که بیهوشه

. ایا ناروغ نارامه دی او که خوبجن.

• د ناروغ سترگو ته وگورئ چې ننوتې دي او که نه؟.

• ناروغ ته اوبو څښلو توصیه وکړئ.

چې ایا ناروغ د اوبو څښلو قابلیت لري او که نه اویا ډیر په قراره اوبه

څښي؟ او یایې په ډیر مینه څښي.

د گېډې د پوستکې پنچ کړئ چې خپل حالت په قراره او که په تيزي سره

(د دوه سیکنډو څخه زیات وخت).

اوس نس ناسته طبقه بندي کړئ او تداوئ لپاره یې پلان گذاري 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 دیهایدريشن لپاره :

د تداوئ په دغه پلان کې ناروغ په کور کې تداوي کېږي او د مور سره په درې

خبرو سلا مشوره کېږي او توصیه ورته کېږي.

TOP TEN DISEASE | 21

(a) چې په بشپړ ډول سره ماشوم ته شېدې ورکړي
مور بايد ماشوم د ورځې ۴ څخه تر ۷ څلو پورې خپلې شېدې او يا د غوا
شېدې ورکړي او هم ورته تازه جوس يا کيله ورکړي.

(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 وي 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 ګو چنې
ته شوروا يا سوپ ورکړي.

(c) او بيا کله بيرته مراجعه وکړي.
مور بايد په دې وپوهول شي چې د کوچنې د وضعيت د ارزيايي لپاره 5
ورځې ورسته بيرته راشي او هغه وخت عاجل بيرته راشي که چيرته په
ماشوم کې لاندې حالتونه وليدل شي.

- د څښلو او د تې روډلو توانايي ونه لري.
- د موجوده حالت څخه زيات ناروغ شي.
- ناروغ تبه پيدا کړي.
- په غايطه موادو کې يې وينه پيدا شي.
- اوسه خنډ وکړي.

2) د تداوي پلان B د some ديه ايدريشن لپاره:

د ديه ايدريشن دا ډول هم په ORS سره تداوي کيږي او بايد چې ناروغ ته
په لومړي 4 ساعتونو په دواړن کې ORS ورکړل شي، د ناروغ عمر
معلوم کړي او $ORS\ 75ml/kg$ ورکړي، که چيرته ناروغ د ORS
د څښلو سره سره بيا هم نور ORS غوښتل ورېي کړي. هغه ماشوم چې
عمر يې د 6 مياشتو څخه کم وي د 100-200ml په اندازه ورته پاکي

TOP TEN DISEASE | 22

اوبه ورکړئ ، همدارنګه مور ته يې وښايئ چې په کوم ډول ORS ورکړي.

- په قاشوقه يا په بياله باندې وار په وار کوچنې د ګوټ په شکل د ORS محلول ورکړي.

- که چيرته ماشوم کانګې 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 موريې غواړي. وروسته د 4 ساعتونو څخه :

د ناروغ ارزيايي وکړئ او ديهيدریشن يې وګورئ
او هم مور ته وښايي چې په کوم ډول ORS محلول په کور کې جوړ کړي. او هم مور ته د کورني تداوي 3 رولز وښايئ لکه په لاندې ډول

1. اضافي مايعات ورکړي.

2. شېدې ورته په جاري ډول ورکړي.

3. او بيا کله بيرته کلينیک يا روغتون او يا شخصي کتنځي ته راشي د تداوي پلان C د شديد ديهيدریشن لپاره :

د ديهيدریشن په دې ډول کې ناروغ ته ورپدي مايعات ورکول کېږي هغه ماشومان چې عمري يې د 12 مياشتو څخه کم وي په لومړي اول ساعت کې ورته 30ml/kg په هر کيلوګرام وزن د بدن ، بيا ورته 70ml/kg په هر کيلو ګرام وزن د باندې په 5 ساعتونو کې او هغه ماشومان چې عمرونه يې 12 مياشو څخه تر 5 کالو پورې وي په لومړي 30 دقيقو کې ناروغ ته په هر کيلو ګرام وزن د باندې 30ml/kg ورکړئ بيا 2 نيم ساعتونو کې 70ml/kg په هر کيلو ګرام وزن د بدن باندې.

دورپدي مايعاتو د تطبيق په وخت کې بايد د ناروغ بشپړ ارزيايي وشي او په هر ساعت کې د ناروغ وضعيت چيک کړای شي ۱

TOP TEN DISEASE | 23

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

کله چې د ناروغ وضعیت ښه شي نو خپل د تدوای 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 او یا د جس کیدو وړ نه وي نو په صورت کې مایعات په پورتنی ډول بیا ورکړئ او کله چې ناروغ د شاک څخه ووت نو بیا ناروغ ته د خپل وزن مطابق مایعات لکه چې پورته ذکر شوی ورکړئ

که چیرته ماشوم د خولی د لاری د مایعاتو په څښلو قادر شو نو د maintenance تیراپی لپاره $5\% \text{ dextrose } 1/5 \text{ saline}$ په هر کیلو وزن د بدن باندې 100ml/kg/day باندې ورکړي که چیرته ناروغ د خولی د لاری په مایعاتو څښلو قادر شو نو بیا maintenance تیراپی به ORS محلول سره شروع کړئ.

(3)

سینه بغل / نمونیا

(Pneumonia)

سینه بغل (نمونیا) د ماشومانو یوه ډېره معمول ناروغي ده ، چې د ماشومتوب په هر عمر کې منځ ته راځي او زیاتره په هغو کوچنیانو کې زیاته لیدل کېږي چې عمرونه یې د دوه کالو څخه کم وي، ځکه نوموړې کوچنیان د نورو لویو کوچنیانو په نسبت د انتان سره ډېر منځ دي او هم یې معافیتي سیستم بشپړ شوی نه وي، نو باید ټول هغه ډاکټر صاحبات 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 یوه داسې پلان جوړ کړي چې په بشپړ ډول سره ناروغ شفایات او د اختلاطاتو او د مړینې څخه یې مخنیوي وشي. د نمونیا تعریف او وقوعات:

Definition and Incidence of Pneumonia

نمونیا د سږو د پرانشیم (Paranchym) التهاب او د سږو د اسناحو التهابي کونسولیدیشن ته ویل کېږي، د سږو پرانشیم (paranchym) د

TOP TEN DISEASE | 25

ښکتنې تنفسي لارې برخه ده چې مشتمل دی په تنفسي برانکیولونو، الویولرډکټ، الویولرسک او په الویولای (alveoli) باندې. یا نمونیا د سرویوالتهابي حالت دی چې په ابتدایي ډول سره مایکروسکوپیک هوایی کڅوړې چې د اسناحو (alveoli) په نامه سره یادېږي مصابوي.

په اسبابو کې یې معمولاً ویروسونه، باکتریاګانې، فنگسونه، په لږه اندازه مایکروارګانیزمونه، درمل او نورې ناروغۍ لکه اتوامیون ناروغي پکې شاملې دي.

وقوعات Incidence:

په نړۍ کې هر کال ۴۵۰ میلیونه خلک په نمونیا باندې اخته کېږي 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 دانتی بیوتیک په استعمال او واکسین په تطبیق سره د مړینې په دغه کچه کې کموالی راغی سره له دې چې په انکشاف یافته هیوادونو کې په مابین د ډېر و زړو او په ډېر ځوانانو کې او په مزمنو ناروغيو 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 د ښوونځي څخه مخکې مرحله کې عمومیت لري خو د بله طرفه ویروسي نمونیا په شېډو خوړونکو کوچنیانو کې ډېره لیدل کېږي، نمونیا په هغو کوچنیانو کې چې په خوارځواکۍ باندې اخته وي وقوعات یې زیات دي

د نمونيا طبقه بندي :

د نمونيا په دوه ډوله طبقه بندي کېږي .

1) اناتوميکه طبقه بندي .

- برانکونمونيا .

په دې ډول نمونيا کې د برانکيولونو گرد چاپيره د سږو يو شيندل شوې

التهاب موجود وي چې د سږو کانسوليدېشن (امنځ ته کوي).

- لوبرنمونيا .

په دې ډول نمونيا کې د سږو يو لوب يا ډېر لوبونه مصاب وي .

- نمونيا تېس .

په دې کې د سږو patchy التهاب موجود وي خو شايد چې کانسوليدېشن

ورسره وي او يا نه .

- بين الخلاي نمونيا .

دا د بين الخلاي انساجو التهاب څخه منځ ته راځي . بين الخلاي انساج

د انساجو د ديوال نه ، الويولر سک ، الويولر ډکت او د برانکيولونو څخه

جوړ دي .

2) اتيولوجيکه طبقه بندي .

د نمونيا په دا ډول سببي طبقه بندي کې د نمونيا لاندې قسمونه شامل دي .

- باکټريايي نمونيا .

- ويروسي نمونيا .

- اسپايريشن نمونيا .

- هايپوسټيټيک نمونيا .

- فنگسي نمونيا .

- پروتوزوایي نمونيا .

- لوفلرز نمونيا .

TOP TEN DISEASE | 27

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

د نمونيا د خطر فکتورونه:

- د زېږون کم وزن.
- سويي تغذي.
- د ویتامين A فقدان.
- د مورد شېدو کموالی.
- د مور سگریټ څښنه.
- د کورنۍ د غړو د شمېر زیاتوالی.
- د برانشیټ کورنۍ تاریخچه.
- د هوا کثیف کېدل.
- د چاپېریال ککړتیا.

د نمونيا کلینیکي تظاهرات:

- لوړه درجه تبه
 - چټک تنفس.
 - ټوخی.
 - سالنډي (SOB) یا ستونزمن تنفس.
 - د سینې درد.
 - په کوچنیو شېدو خورونکو ماشومانو کې سیانوزس، لیترجي،
 - په شدید کیسونو کې د سینې ښکته تلل (انډروینګ).
- د نمونيا د پورته اعراضو او علايمو سره سره د نمونيا کلینیکي منظره د نمونيا په مختلف ډولونو کې فرق کوي یعنې کلینیکي منظره یې په ویروسي نمونيا، باکټریایي نمونيا او فنگسي نمونيا کې سره توپیر لري، د بیلګې په ډول هغه نمونيا چې د Legionella په واسطه منځ ته راغلي وي

TOP TEN DISEASE | 28

ik9jkkz ,,m شاید چې ناروغ په کې د گېډې درد، اسهالات او کونفېوژن ولري همدارنگه په Streptococcus Pneumoniae کې ناروغ زنگ وھلي رنگين (Currant jelly) بلغم لري. په مايکوپلازما نمونيا کې د غړۍ په لمفاوي عقداتو کې پرسوب او د مفاصلو درد يا د منځني غوږ انتان د ليدو وړ وي، په ويروسي نمونيا کې د ناروغ په سينه کې ويزينگ موجود وي.

پلټنې يا Investigations

1. د وينې د سپين کوروياتو اندازه:
 Leukocytosis 15000-4000/mm³ (په دغه اندازه زياتوالی زياتره په نوموړو کوکل نمونيا کې ليدل کېږي).
 د وينې د سپين حجراتو اندازه د 5000/mm³ څخه کم وي چې ښه انزال نه لري.

2. د سينې اکسري (Chest X-ray):

د نمونيا په ناروغانو کې په اکسري کې لاندې تغيرات ليدل کېږي.
 پراخه او منتشر کانسوليديشن.
 امکان لری چې پليورل افیوژن موجود وی او یا نه.
 په نوموړو کوکل نمونيا کې په اکسري کې لوېرنمونيا د زیر يا د ګراس کانسوليديشن سره ليدل کېږي.
 په سټريپټوکوکل نمونيا کې اکثراً منتشر برانکونمونيا د غټ پليورل ایفیوژن ليدل کېږي.
 په سټيپايلوکوکل نمونيا کې شاید چې په لومړي قدم کې په اکسري کې غیر خاص برانکونمونيا ولیدل شي چې بیا په چټک ډول سره په لوېرنمونيا ته اوړي.
 په H. influenza نمونيا کې شاید چې په اکسري کې لوېرنمونيا سره د کوچنیو هوايي لارو د پراخ تخریب سره ولیدل شي.

TOP TEN DISEASE | 29

د Streptococcal نمونیا په صورت باید چې ASO(anti-streptolysin O) تایتر اچراشي.

د توبرکولین تیست باید هم اچراشي.

د نمونیا یا د سینه بغل اختلاطات:

- د منځنې غوړ التهاب ، سینوزایتس او Bronchiectasis.
- پریکارډایتس، اندوکارډایتس، شاک. د زړه احتقانی عدم کفایه.
- توکسیک او میتابولیک اسیدوزس، هیمولایتیک انیمي او اختلاجات.

د نمونیا تداوی:

د نمونیا د تداوی 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 تداوی د سبب سره ارتباط لري او باید چې سببي تداوی یې اجرا شي ، خو بیا هم به یې تداوی په عمومي ډول سره ذکر کړو

د نمونیا د تداوی تدابیر په دوه ډوله دي

1. کومکي تدابیر.

2. خاص تدابیر.

کومکي تدابیر:

(a) ناروغ ته آرام 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 تداوی شي او هغه ناروغان چې کورنۍ یې د نمونیا له امله د مړینې تاریخچه ولري باید چې په روغتون کې بستر شي.

TOP TEN DISEASE | 30

د نمونیا د ناروغانو د بستر کېدو ځینې خاص استطبایات په لاندې ډول دي:

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

(b) تغذیه: د نمونیا ناروغان باید په درست ډول سره تغذیه شي ځکه چې ښه انرژي د ښې تغذیې څخه لاس ته راځي او په ټولو انتاني واقعاتو کې ناروغان ښه تغذیه شي کیدای شي چې ناروغان ژر شفایاب شي.

(c) د نمونیا په شدیدو او وځیمو واقعاتو کې (لکه په تنفسي بې کفایتي، سیانوزس، د تنفسي ریټ زیاتوالي، د دوه میاشتو څخه کم عمره ماشوم $>70/\text{min}$ ، د دوه میاشتو څخه تر 12 میاشتو څخه کم عمره ماشوم $>60/\text{min}$ او د یو کال څخه پورته عمر ماشوم کې $>50/\text{min}$ په اندازه تنفسي ریټ وي) د سیانوزس، نارامۍ او تخریشیت په صورت کې باید ناروغ ته $2-4 \text{ L/min}$ 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°F څخه پورته وي نو په دغه صورت کې ناروغ لوڅ کړئ او یوه یخه ټوټه ورته په څرباندي واچوئ.

TOP TEN DISEASE | 31

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

(f) د رغیدو په جریان کې ناروغ ته فزیو تراپی او تنفسي تمرین ورکړئ.

(g) هغه ډول توخي څخه چې تقشع ورسره موجوده وي باید جلوگیری ونشي مګر اوج توخي چې په ویروسي نمونیا کې عمومیت لري باید د کودین (په ۲۴ ساعتونو کې د بدن په هر کیلوګرام وزن ۲ mg) او یا د methadin (0.2mg/kg په ۲۴ ساعتونو کې) په واسطه ارامیږي.

د نمونیا د تداوی لپاره خاص تدابیر:

په نمونیا یا سینه بغل کې د انتي بیوتیکو استعمال:

که څه هم د نمونیا د مړینې شمیر زیات دی مګر بیا هم باید یادونه وشي چې د سږو زیات شمیر انتانات په خپله بڼه کیږي، په نمونیا کې انتي بیوتیک د 7-10 ورځو لپاره د سببي عامل له مخې ورکول کیږي او په Staphylococcal pneumonia کې د 2-3 اونیو پورې انتي بیوتیک ورکول

کیږي

(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, Chloromphenicol

(۵) Mycoplasma : Erythromycin, Clarithromycin.

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

(۷) Tuberculosis : د توبرکلوز ضد درمل.

TOP TEN DISEASE | 32

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

: First line

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

: Second line

که چیرته ماشوم وخیم حالت ولري او یا په ۴۸ ساعتونو په موده کې تداوي

دپورته ذکرشوو انټي بیوتیکو سره ځواب ورنکړي نو په دې حالت

کې، generation cephalosporin (Ceftriaxone 50-75mg/kg/day

Cefotaxime یا Ampicillin (100-200mg/kg/day+ 3rd

100mg/kg/day په اندازه د تیسټ دوز په اجرا کولو سره د ورید له په قراره

سره تطبیقېږي.

د ۲ میاشتو څخه تر ۵ کالو عمر ماشومانو تداوي:

Ampicillin : First line په پورتنی دوز سره.

Ceftriaxone یا Cefotaxime : Second line.

د ۵ کالو څخه پورته عمر ماشومان :

Macrolids (Erythrocin 50mg/kg/day, : First line

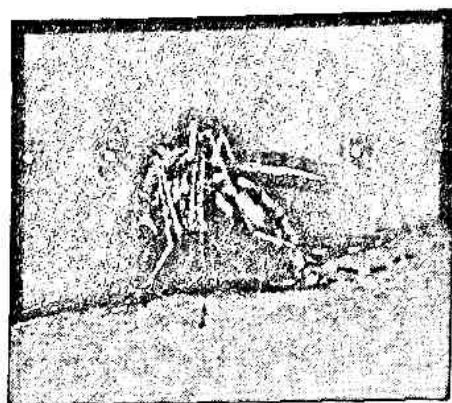
Clarithromycin 15mg/kg/day, Azithromycin 10mg/kg 1st day

than 5mg/kg/day.

Ceftriaxone or cefotaxime : Second line

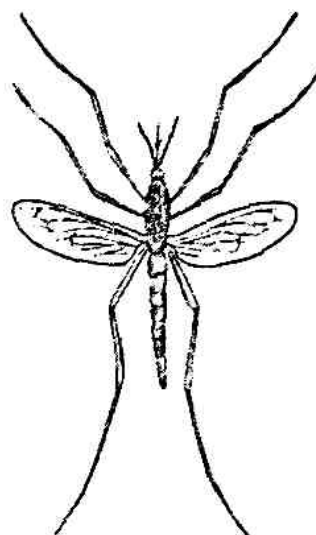
نوټ: دوه او دریم لاین انټي بیوتیکونه باید د مشرانو ډاکټر صاحبانو او یا

د اطفالو متخصصونو په مشورې سره شروع شي.



(a) Female mosquito

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



(b) Anopheles

(4)

ملاريا

(Malaria)

ملاريا د بشر په تاريخ كې يوه خطرناكه پروتوزوئي ناروغي ده چې د فلزموډيم په واسطه رامنځته كېږي او د بنځينه انافيل مياشې په واسطه له يو شخص څخه بل شخص ته انتقالېږي.

د ملاريا ناروغي نوم له خرابي هوا څخه اخيستل شوې دى چې داړيكو شتون ته اشاره كوه چې د ناروغي او د هوا ترمنځ موجوده وي د اټكلونو په اساس لا اوس هم هر كال دا ناروغي په كال كې تر اتولكو زيات د پنځو كلنو څخه كم عمره ماشومان وژني او كابو د درى ميليارد وگړو ژوند گواښوى ، ملاريا په انسانانو كې د هغو غوره پرازيتي ناروغيو له ډلې څخه شميرل كېږي چې هر كال يو سلو درى بيلابيلو هېوادونو كې له

TOP TEN DISEASE | 34

یو څخه تر درې بیلیونو خلک پرې اخته دي او ۴۰ فیصده د نړۍ خلک د ملاریا د خطر سره 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 پلازموډیم پرازیت د څلورو ډولونو په واسطه منځ ته راځي اود طحال په غټوالي، کم خوني او د بیا پېښیدونکې لوړې درجې تبې سره مشخص کیږي.

د ملاریا پرازیت ډولونه:

Plasmodium falciparum (3)

Plasmodium Vivax (4)

Plasmodium Malaria (5)

Plasmodium Ovale (6)

د ملاریا د پرازیت د تفریح دوره :

پلازموډیم فلسیپارم (۹-۱۴ ورځې)

پلازموډیم وای واکس (۱۲-۱۷ ورځې)

پلازموډیم اووال (۱۲-۱۸ ورځې)

پلازموډیم ملاریا (۱۸-۴۰)

انتقال او اپیدیمولوژي:

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

ملاریا ناروغي د مونث انافیل ماشی د چیچلو په واسطه انتقال او انتشار

کوی او کله کله د وینی تبدیلیدو د پلاستاله لاری او د ملوټو ستنو په

واسطه هم انتقالیدای شی.

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

دی

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

TOP TEN DISEASE | 35

ملاريا په جنوبی اسيا او همدارنگه په هندوستان کی مورتيليتی او د مورتيليتی يو مهم سبب دی، چې هر کال يې تقريبا ۲ ميليون پيښې رپورټ کيږي چې په دې کې تقريبا هر کال ۱۰۰۰ مړينې منځ ته راځي. د ملاريا د واقعاتو تعريف:

1. غير اختلاطي مشکوکه ملاريا:

د ملاريا په دغه ډول کې ناروغ تبه لري (حرارت په تخرگ کې 37.5 او يا د ده څخه لوړه وي)

- همدارنگه ناروغ توخي لري چې تنفس يې هم ورسره سريع وي.
- جلدي رش.
- جاري پوزه (Runny Nose).
- د تانسلونو التهاب.
- د غوږ افرازات.

د خطر علايم:

- د شېدې ځښلو عدم توانايي
- د بل د مرستې څخه پرته کيناستل.
- کوما.
- د غاړې شخوالی
- وينه لرونکي اسهالات.

غير اختلاطي تايد شوې فالسيپارم ملاريا:

تبه لرونکې ناروغ (چې د تخرگ لاندې د تودوخي درجه يې ۳۷.۵ درجي او يا تر دې لوړ وي) او يا په تيرو ۲۴ ساعتونو کې د تبې تاريخچه په اوسنۍ ناروغۍ کې ولري او د مايکروسکوپ يا چټک تشخيصه تيسته په واسطه يې پلازموډيم فالسيپارم تائيد شي او د شديد ملاريا اعراض او علايم ونلري.

د ملاریا پتوفزیولوژي:

- د ملاریا اعراض هغه وخت ښکاره کیږي چې کله د وینې سره کرویات ریچر وکړی.
- کله چې ایریتروسایټ ریچر وکړی او میروزویټ دوران ته ولویږي په دغه وخت کې تبه د ملاریا فوق العاده اعراض وی چې نومېږي تبه د tumor necrosis factor او یا د نورو سایټو کین له امله وی، همدارنگه د تبې په ځواب کې محیطي وازوډایلیشن منځ ته راځي او د وازواکتیب موادو له امله وي چې د ملاریا د بارازیت په واسطه جوړیږي.
- هایپوگلايسيميا په ملاریا کې د گلايکوجین ذخیرود کمښت په اساس منځ ته راځي.
- همدارنگه د وینو د سرو کورویاتو د پارچه کېدو له امله کم خوني منځ ته راځي.
- امکان لري چې په کتلوي ډول د هیمولایزس له امله هایپرکالیمیا، هایپرلیروینیمیا، هیموگلوبینیمیا او هیموگلوبین یوریا تظاهر وکړی.

کلینیکي تظاهرات:

غیراختلاطي ملاریا:

- تبه یا د محیطي پرازیتیمیا موجودیت.
- لرزه.
- خوله.
- عضلي دردونه.
- مفاصلو دردونه.
- د گېډې درد.

TOP TEN DISEASE | 37

- نس ناسته.
 - د زړه بد والی.
 - کانګې.
 - کم حوصله ګي.
 - بې اشتهايي.
 - شديده ملاريا:
 - د حواص احتلال.
 - کوما (Glasgow Coma Scale <10)
 - اختلاجات (په ۲۴ ساعتونو کې د دوه حملو څخه زیات).
 - ژور تنفس (Acedotic breathing).
 - د فشار تیتوالی (په کاهلانو کې سیستولیک فشار 70mmHg څخه کم او کوچنیانو کې 50mmHg څخه کم)
 - ژپړی سره د حیاتي ارګانونو د عدم کفایي د شواهدو سره.
 - په ادرارو کې د هیموګلوبین موجودیت (Haemoglobinuria)
 - غیر نارمل خون ریزی
 - ریوی اذیما.
- په کاهلانو کې د ملاريا کلینیکي منظره:
- د ملاريا ناروغي پیل په بې اشتهايي، سردردی، او تبې سره شروع کېږي. او حملات یې په دریو کلینیکي مرحلو ویشل کېږي.
1. Cold Stage: په دې مرحله کې ناروغ د یخوالي احساس کوي او ټول وجود یې ریږږیږي او هم غاښونه کړپوي، 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 تودوځي درجه تر 37 سانتی ګرید پورې وي.

TOP TEN DISEASE | 38

- 2 Hot Stage : په دې مرحله کې لږزه له منځه ځي او ناروغ د گرمۍ احساس کوي، او کمپل له ځانه لري کوي.
- 3 Sweating Stage : په دې مرحله کې په ناروغ زیاتې خولې راځي د تودوځي درجه په تیزی سره لویږي او ناروغ د آرام والي احساس کوي.

Plasmodium Vivax and Ovale Infection

د ناروغۍ حمله ۴۸ ساعته وروسته تکراریږي، تورې او کبد په تدریجي ډول سره لویږي او که په وخت سره تداوي نه شي کیدای شي حساس وگرځي.

Plasmodium Malariae Infection

د ملاریا په دې ډول ناروغۍ کې اعراض په خفیفه ډول رامنځ ته کیږي او د ناروغۍ په هرو دریو ورځو کې تکراریږي او هڅه کوي چې په ځنډنۍ ډول سیر وکړي.

Plasmodium Falciparum Infection

دا د ملاریا یو اختلاط او خطرناک ډول دی چې پیل یې په ناڅاپي ډول سره کېږي، د نارامۍ، سردرد، خواگرځۍ، توځي او نس ناستی سره پیل کیږي. د تبې منظره یې وصفی نه وي یعنې یخه گرمه او د خولې کولو مرحله په کې نه لیدل کیږي.

Organ Damage : د منټو RBC په سطح کوبه ډوله تبارزات (Knob-

like surface projection) رامنځ ته کیږي چې د وینې د اوښو سره د دې RBC نښلیدل اسانوي چې په پایله کې Vascular occlusion رامنځ ته کوي چې دا بیا د پښتورگو، کبد، دماغو Organ damage رامنځ ته کړي همدارنګه Splenomegaly امکان لري چې په وروستۍ مرحله رامنځ ته شي.

TOP TEN DISEASE | 39

تشخيص:

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

- هایپوګلايسیمیا ($< 2.2 \text{ mmol/d}$)
- هایپرلکټیمیا ($> 5 \text{ mmol/L}$)
- میتابولیک اسیدوزس ($< 15 \text{ mmol/d}$)
- د ځيګرد انزایمونو لوړوالی.
- د عضلاتو د انزایمونو لوړوالی.
- WBC د $12000 / \mu \text{L}$ څخه لوړ.
- شديده کم خونی ($\text{PCV} < 15\%$).
- دمويه صفحات (Platelets) 50000 څخه ښکته وي

د ملاریا تفریقي تشخیص؛

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

TOP TEN DISEASE | 40

- **Kalazar**
- د ځيگر اميبي اېسي.
- **Sepsis**
- بولي انتانات.
- د محرقې تبه
- انتاني هيپاتايټس.

د ملاريا اختلاطات :

اکثره وخت د ملاريا اختلاطات د پلازموډيم فلسيپارم له امله وي، د پلازموډيم فلسيپارم تشخيص يوه طبي ايمرجنسي ده چې بايد هميشه په دقيق ډول سره يې تشخيص وضع شي او په بشپړ ډول سره تداوي شي، د ملاريا خاص اختلاطات په لاندې ډول دي.

دماغي ملاريا (Cerebral Malaria):

- دماغي ملاريا (Cerebral Malaria): دماغي ملاريا د ملاريا ناروغۍ د ټولو اختلاطونو په پرتله يو خطرناک اختلاط دی چې په شديد سردرد، د شعور د کچې کموالي، اختلاج، کوما او يا نورو نيورولوجيک تغيراتو سره پيژندل کېږي، CSF فشار په کې لوړ وي مگر معاینه اکثره وخت نارمل وي، دماغي ملاريا که چېرې په وخت سره يې تداوي ونه شي د مورتيبيليټي ريت يې لوړ دی او پاتې نيورولوجيک نیمگړتياوې په خاص ډول هغه وخت منع ته راځي چې کله ورسره هايپوگلايسېما ملگري وي، کوما د شديدې فلسيپارم ملاريا يوه ځانگړې او منحوسه کلينيکي لوحه ده چې له درملنې سره سره به لويانو کې ۲۰ فيصده او په کوچنيانو کې ۱۵ فيصده مړينه رامنځ ته کوي د ناروغ د خواصو تغير (Delirium) او په لږه اندازه د شعور اختلال ته هم بايد جدي دماغي ملاريا کېدای شي په ناڅاپه يا په ورو ډول له اختلاج سره پيل شي او د دوه اړخيزي انسفالوپټي په شان څرگندتياوي ولري پاملرنه وشي او

TOP TEN DISEASE | 41

هغه وخت چې بشپړ د ملاريا ضد درمل او حساس وقايوي تدابيرونه شي انذار يې ښه دی.

• بلیک واهرفیور (hemoglobinuria): په کتلوی ډول سره د هیمولایزس له امله هیموگلوبین یوریا منځ ته راځي چې د ادرارو رنګ ډارک یعنې تور معلومیږي او شاید د پښتورگو حاده عدم کفایه منځ ته راشي.

- د زړه احتقاني عدم کفایه،
- ډیهایدریشن.
- حاد تنفسي ډیستریس سندروم.
- ژیری.
- شديده وینه لري (Anemia).
- ډیسیمینتید انټراواسکولر کواګولیشن (DIC).
- هایپوګلایسیمیا.
- دوراني کولبس.
- تروپیکل سپلینومیګالي سندروم.
- نیپروتیک سندروم.

درملنه

1. عمومي اهتمامات:

2. خاص تدابيرونه:

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 ترانسفیوژن.

TOP TEN DISEASE | 42

خاص تدابير:

د درملو په واسطه درملنه:

کله چې د ملاريا تشخيص وضع شي نو بايد چې ناروغ ته سمدلاسه د ملاريا ضد درمل شروع شي. او که چيرته د ملاريا په درملنه کې معطل وشي نو کيدای چې د ملاريا په انذارو باندې اثر وغورځوي او ناروغ د ملاريا شديد ډول ته واوړي او د تدوي په مقابل کې مثبت ځواب هره ورځ په ناروغ کې پارازيتيميا کمه وي.

:Palsmodium Vivax (1)

Chloroquine Phosphate

کلوروکين د ملاريا ضد درمل دي چې په ايروتوسايتيک پارازيت باندې اثر کوي او يوازې په Chloroquine Sensitive plasmodium کې کلوروکين پاسبیت انتخابي درمل دي، ډوز يې په هر کيلوگرام وزن د بدن ۱۰ ميلي گرام (10 mg/kg) ورکول کيږي په ازاد بازارونو کې په مختلفو نومونو (Resochin) ياديږي چې 250mg chloroquine phosphate لري په داسې حال کې چې 150mg Chloroquine base دي او د کوچنيانو لپاره يې شربتونه هم شته چې اندازه يې 50mg/5ml ده او که چيرته د 24-48 ساعتونو په دوران کې په چټک ډول سره د پارازيتونو اندازه بنسټه رانغله او يا د څلورو ورځو په مابين کې تيسټ منفي نه شونو دا بيا chloroquine resistant malaria په گوته کوي. کلوروکين

په لاندې ډول ورکول کيږي

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

يا لومړۍ ۴ تابليت.

شپږ ساعت وروسته ۲ تابليت.

TOP TEN DISEASE | 43

د راتلونکو دوه وروځو لپاره ۱ تابلېت د ورځی دوه ځلې . چې یو کاهل شخص ته ټوټل ۱۰ تابلېت ورکول کیږي.

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

Chloroquin یا **Plasmodium Falciparum Malaria (2)**

resistant P. Vivax

Quinine sulphate (a)

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

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

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

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

Fansidar : Pyramithamine 1mg/kg once

Arthemeter (b) : 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 5% 10ml/kg 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 توانایی 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

TOP TEN DISEASE | 44

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

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

Primaquin

د وقایې او د یا د ملاریا د بیا راگرځیدو 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 راگرځیدو 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 کتر تثبیت شوې وي.

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

(5)

برانشيولايټيس

(Bronchiolitis)

برانشيولايټيس په کوچنيانو کې د ښکتنیو تنفسي هوايي لارو یو شدید او حاد انتان دی چې زیاتره هغه ماشومان پرې اخته کېږي چې عمرونه یې د یو څخه تر شپږو میاشتو پورې وي (خو په هر حال د دغه عمر څخه پورته کوچنيان هم پرې اخته کېدای شي او یا برانشيولايټيس د شیدو خوړونکو ماشومانو د برانشيولونویوه التهابي ناروغي ده چې د التهابي بندښت له کبله په کې تنفسي عسرت منځ ته راځي.

وقوعات:

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

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

اسباب:

1. د نورو سببو نو په نسبت يې **Respiratory syncytial virus** (RSV) يو ډير عام سببي عامل دی.

2. **Para-influenza virus**

3. **Adenovirus**

پتوجنيزيس:

د برانشيولونو ويروسي حمله التهاب رامنځ ته کوي او دميوکس، حجروي debris او پرسوب د يو ځای کېدو له امله د برانشيولونو انسداد لامل ګرځي او په ځينو ناروغانو کې spasm هم پيدا کوي چې په نتيجه کې تنفسي مقاومت زيات او د هوا جريان کميږي. د برانشيولايتس د خطر فکتورونه:

- د وخت څخه مخکې زيږيدنه.
 - کم وزنه ماشومان ځکه چې په دې ماشومانو کې معافيتي سيستم يې پوره بشپړ شوي نه وي او د بلې خوا مورنۍ انتي باډي يې موجوده نه وي.
 - د سږو مزمنې ناروغي.
 - د مور د سګرټو څښل.
 - د زړه ولادي ناروغي.
- کلينيکي تظاهرات:

- د پورتنۍ 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 ریکور کيږي او هغه ناروغان چې شديد حالت ولري شايد چې په کې د بنکتنیو intercostals spaces ريتريکشن موجود وي.

TOP TEN DISEASE | 47

- ناروغ خفيف پوزه بهيدنه لري.
- ناروغ په شېدو څښېلو ستونزه لري او استغراق کوي يې او هم ورسره نارامه وي.
- په شديد انتان کې ناروغ ډيسپنيک وي او شايد چې سيانوزډ ډوله ښکاره شي.
- ناروغ کې متوسطه تبه موجوده وي.
- فاين کريپيټيشن او رانکاي په کې د اوريد قابل وي.
- په شديدو واقيعاتو کې امکان لري چې تنفسي اواز د اوريدو قابل نه وي او يا کمزوری وي.

تشخيصي پلټنې:

1. د سينې اکسري (Chest-X-ray): د سينې په اکسري کې په سږو کې هايپراينفلېشن ليدل کيږي چې lucency يې هم زياته وي او هم يې قدامي خلفي قطريات وي.

2 اکسرا WBC په کې نارمل وي.

3 د naso-pharyngeal افرازاتو څخه بايد وایرل کلچر اجراشي.

4. وایرل انتي بادي ټايټر.

اختلاطات:

1. تنفسي عدم کفایه.

2. ديهایدريشن.

3. تنفسي اسيدوزس.

4. د زړه عدم کفایه.

5. نوموتوراکس.

6. نمونيا.

تفريقي تشخيص:

1. د زړه احتقاني عدم کفایه.

TOP TEN DISEASE | 48

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

تداوي:

د ناروغۍ کورس او انداز:

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

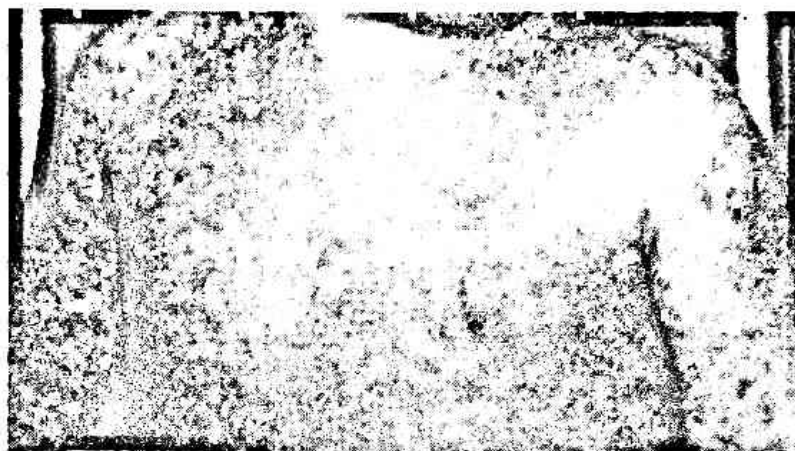
عمومي اهتمامات:

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

TOP TEN DISEASE | 49

فارمکالوژیکه درملنه (Pharmacotherapy)

1. هغه کوچنيان چې شديده ناروغي ولري يعنې تنفسي عسرت ولري بايد چې په روغتون کې داخل شي او زياتره وخت يې تداوي عرضي وي.
2. زياتره وخت د برانشيولايټس تداوي عرضي وي، هغه کوچنيان چې په متوسط ډول سره ناروغي ولري په کور کې په مرطوبه هوا کې ساتل کېږي. او که چيرته تنفسي ناروغي يې زياته شي او يا ورته په شپږو ځنډلو کې ستونزه پيدا شي نو په دغه صورت کې ماشوم بايد روغتون ته انتقال شي.
3. اوکسيجن (Oxygen) د هايپوکسيا لپاره.
4. ناروغ ته بايد $30-40^{\circ}$ زاويه په اندازه وضعيت ورکړل شي.
5. د ډيهايډريشن لپاره وريدي مايعات يا د خولې له لارې.
6. د الکترولايتونو عدم توازن او تنفسي اسيدوزس بايد سم کړای شي.
7. په شديد برانشيولايټس کې چې Respiratory Syncytial virus د ناروغي عامل وي Ribavirin چې يو انټي وائرل اجينټ دی شايد چې استعمال شي (خو په اختلافي ډول سره).
8. په برانشيولايټس کې د خوب راوړنکو درملو د استعمال څخه بايد ډډه وشي.
9. په شديدو واقعاتو کې که چيرته د باکټريايي انتان د مداخلې شک موجود وي انټي بيوتيک ورکول کېږي.
10. Bronchodilators او کورتيکوسټيروايد استعمال کوم خاص رول نه لري خو بيا هم د اعراضو په کموالي کې مرسته کوي.



(6)

شری / سرخگان

(Rubeolla) Measles

شری یوه حاده وخیمه ساري ویروسي ناروغي ده چې د ویروس په واسطه منع ته راځي او د تبې، پورتنی 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 ایپیډیمیک ډول لیدل کیږي.

TOP TEN DISEASE | 51

وقوعات بې 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 وي 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 (nasopharyngeal secretions) په
 واسطه د هواد لارې د پورتنی تنفسي سیستم څخه روغ ماشوم ته سرایت
 کولای شير.
 پتوجينيزس:

کله چې د شری ویروس پورتنی تنفسي لارې مخاطي غشا ته سرایت وکړي،
 په همدغه مخاطي غشا کې او په لمفاوي عقداتو کې تکثیر 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 شديده
 ثانوي وایریمیا منځ ته راوړي او ناروغي په ټول بدن کې خپريږي.
 کلينيکي تظاهرات:

د شری د ناروغي د تفریح دوره د ۱۰-۱۲ ورځو پورې ده او د دغه دورې د
 تیریدو څخه وروسته درې مرحلې لیدل کېږي یا د شری په ناروغۍ کې
 درې کلينيکي مرحلې لیدل کېږي.

۱) Prodromal Stage:

دغه مرحله د ۳-۵ ورځو پورې دوام کوي دا مرحله په لوړې درجې تې،
 کمزورتیا چې ورسره ټوخی هم ملګری وي، منضمواالتهاب
 (Conjunctivitis) ریزش، د جفن التهاب او kopliks spots چې د شری
 ناروغي یو پتوګونامیک نښه ده پیژندل کېږي چې د جلدي اندفاعاتو د

TOP TEN DISEASE | 52

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

(۲) د Exanthem مرحله یا د جلدی اندفاعاتو مرحله :
جلدی اندفاعات یا Maculopapular Rash د شری یوه وصفی ښه گڼل کیږي او د ۳-۵ ورځو پورې دوام کوي نوموړې اندفاعات 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 خیتې، شا، لاسونو او په دریمه ورځ پښو سرایت کوي چې په دې مرحله په جلد کې اذیم او په مخ کې یو اندازه پړسوب لیدل کیږي. د کلینیک له نظره نوموړې اندفاعات ډېر ارزښت لري یعنې څومره چې د پوستکې پرمخ اندفاعات گڼ وی د ناروغۍ شدت په گوته کوي او که اندفاعات گڼ 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 مگر دا 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.

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

TOP TEN DISEASE | 53

هيمورژيک شری او يا بليک ميزل د شری يو شديد ډول دی چې په دغه ډول شری کې جلدي اندفاعات په کې ډېر گڼ وي ايکایموزس او د خولی او پوزې څخه وينه بهيدنه په کې هم ليدل کېږي او مخکې د دې څخه چې جلدي اندفاعات په کې تظاهر وکړي مړينه هم منځ ته راوړي. ناروغ تبه او د پورتنی تنفسي سيستم انتان مخکې د جلد د بخار د رامنځ ته کېدو څخه لري.

تشخيص:

- د شری تشخيص عموماً د کلينيکي اعراضو او علايمو په واسطه صورت نيسي او قطعي تشخيص يې د وایروس د کلچر په واسطه صورت نيسي.
- د WBC يا د وينې د سپين کروياتو اندازه په کې کمه او ورسره لمفوسايتوزس موجود وي او په سيرالوجي معایناتو کې جلدي اندفاعات د ښکاره کېدو څخه ۳۰-۶۰ ورځې وروسته د Specific IgM سويه لوړه وي.
- د شری په ناروغي کې د IgM antimeasles antibody اټکل کېږي چې د جلدي اندفاعاتو څخه درې ورځې وروسته او د يو مياشتې لپاره پاتې کېږي.
- شری بايد د ماشومتوب د نورو exanthematous ناروغيو څخه تفريق شي.

تفريقي تشخيص:

1. Rosola infantum
2. Kawasaki disease
3. ټوکسوپلازموزس.
4. انتاني مونونوکلېوزس.
5. Erythema infectiosum

TOP TEN DISEASE | 54

6. مینینگوکوسیمیا.

7. سکارلیت تبه.

8. رویلا.

اختلاطات:

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

1. د منځني غوړ التهاب.

2. بکتریايي برانکونمونیا.

3. د حنجري التهاب.

4. د تراها التهاب.

5. د قصباتو التهاب.

6. Giant cell نمونیا.

7. برايشوايکټايزس.

8. توبرکلوز.

9. مقاوم اسهال.

10. د اپنډیکس التهاب.

11. هیپاتایتس.

12. د اوریوگانگرین.

13. اینسیپالایتس (1:1000 واقعیاتو کې).

14. تحت الحاد سکلیروزنگ پان اینسیپالایتس. د ایو مزمن

اینسیپالایتس دی چې د مرکزي عصبي سیستم د شری د مقاوم ویروسي انتان له امله منځ ته راځي.

15. هیمورژیک شری: په fulminant شری کې شاید چې د هضمي

سیستم په مکوزا کې هیموراج منځ ته راشي.

TOP TEN DISEASE | 55

16. ترومبوسايټوپينيا .
17. د شری څخه وروسته د معدې او کولمو التهاب .
18. اوپټيک عصب تخريب .
19. کورنيال السريشن .
20. کوچنکټيو ايتس .
21. مايوکارډايتس .
22. د زړه عدم کفايه .

تداوي :

د شری لپاره کومه خاصه Anti-viral درملنه نشته او يوازې محافظوي او عرضي تداوي يې اجرا کيږي خو بيا هم د تداوي په منظور يې لاندې ټکي په نظر کې نيول کيږي .

- ټول هغه کوچنيان چې په شری اخته وي او شديده تبه ولري بايد په روغتون کې په داسې اطاق کې بستر شي چې نور ناروغان ورسره نه وي او د نرسانو او ډاکټر صاحبانو له خوا يې بشپړ ۲۴ ساعته مراقبت او ساتنه وشي .
- ناروغ ته بايد نرمه غذا او مناسبه غذا ورکړل شي .
- که چيرته ناروغ د حنجري په التهاب اخته وي په دغه صورت کې بايد د کوټي رطوبت او د تودوخي درجې ته خاصه پاملرنه وشي .
- ټول د شری ناروغانو ته بايد کافي استراحت توصيه شي .
- تبې لپاره د تبې ضد درمل توصيه شي .
- هغه ماشومان چې پوتوپويا ولري بايد د قوي رڼا د معروضيدو څخه وساتل شي .
- د Otitis media او دنمونيا لپاره مناسب انټي بيوتيک ورکړل شي .

TOP TEN DISEASE | 56

- د شری په ۹۰ فیصده ناروغانو کې هایپوریتینیمیا موجوده وي او د Vit A ذخایر کم او Xerophthalmia او د قرني تقرح منع ته راځي نو له همدې باید چې د شری ټولو ناروغانو ته Vit A تطبیق شي چې په شری کې د Vit A تطبیق د ناروغانو په مورټلیتی او موربیدیتی کې د کموالي سبب کیږي.
- د ویتامین A ډوز: هغه ماشومان چې عمر ونه یې د ۲ میاشتو څخه تر ۱۲ میاشتو پورې وي 100000 unit او د یو کلنۍ څخه پورته عمر ته 200000 unite توصیه شي.
- په شری کې د Vit A نقش:
- تقریباً د شری ۹۰-۷۲ فیصده ناروغان hypo-retinemia لري.
- که چیرته retinal concentration کم وي نو شری په ډیر خطرناک وي.
- دا په ثبوت رسیدلی ده چې په شری کې د Vit A ورکړه د ناروغانو مړینه راکموي.

(7)

شيجيلوزس**(Bacillary Dysentery) Shigellosis**

شيجيلوزس يا باسيلري ډايزينٽري عبارت د هغه اسهال څخه دی چې په غايطه موادو کې وينه، ميکوس (بلغم) او pus cells موجود وي او يا داسې هم ويلاي شو چې کله په اسهال ښکاره وينه موجوده وي دغې حالت ته ډايزينټري وايي.

د Bacillary Dysentery اصطلاح هغه وخت کارول کله چې ډايزينټري د شجيلا په واسطه رامنځ ته شوې وي. شجيلا يو غير حرکت کوونکې گرام منفي باسيل دی چې خلور خاص ډولونه لري.

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

TOP TEN DISEASE 158

ایپیدیمیلوجي:

شجیلوزس د ماشومانو یوه ډېره عامه ناروغي او په هغه ماشومانو کې ډېره منځ ته راځي چې عمرونه یې د ۱۰-۱ کالو په شاو خوا کې وي او په دغه گروپ ماشومانو کې یې زیاتره د انتقال لاره فیکو اورال ده او نوموړې ناروغي په لومړۍ شپږ میاشتني عمر ماشومانو کې کمه منځ ته راځي. انسان د دې انتان کوربه دی.

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

د تفریح دوره یې ۷-۱ ورځې ده.

پتوجینیزس:

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

کلینیکي تظاهرات:

- امکان لري چې پیل یې ناڅاپي وي.
- کوچنیان شاید چې د گېډې درد ولري.
- د استفراقاتو او اسهال له امله په ناروغانو کې ډیهایدریشن لیدل کیږي.
- تبه د $104^{\circ}\text{F}(40^{\circ}\text{C})$ په اندازه وي چې د ۳-۱ ورځو لپاره پاتې کیږي.
- د گېډې په ښکتنۍ برخه کې منتشر د گېډې سختوالي 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.

TOP TEN DISEASE | 59

- د وینې په بشپړ اندازه کې به ليو کوسايتوزس ليدل کيږي.
- هغه کوچينان چې توکسيک بنکاري شايد چې د وینې کلچر په کې مثبت وي.
- دقيق تشخيص يې د غايطه موادو د کلچر په واسطه د شجیلا تشخيص دی.
- اختلاطات:
- هيمولايک يوريمیک سندروم.
- ميتاستايک انتانات.
- فيبرایل اختلاج.
- شاک.
- اسيدوزس.
- ريکتل پرولپس.
- تفريقي تشخيص:
- د هغه اورگانيزمونو سره يې بايد تفريقي تشخيص وشي چې هغه د ډايزينټري لامل کيږي لکه *Enteroinvasive E.coli* ، *Yersinia-enterocolitica* ، *Entamoeba-histolytica*
- التهابي bowel ناروغي.
- تداوي:
- ناروغ ته مايعات او هم ورسره الکترولايټونه ورکړل شي
- د O.R.S محلول بايد وکارول شي.
- انټي بيوتيک : منتخب انټي بيوتيک هغه وخت وضع کيږي چې د غايطه موادو کلچر اجرا شي.
- ټول انټي بيوتيکونه بايد د ۵ ورځو لپاره ورکړل شي.
- موثره انټي بيوتيک په کې *Trimethoprim- Ampicillin* ، *nalidixic acid* ، *Sulfamethoxazole*

TOP TEN DISEASE | 60

Chloramphenicol, Ceftriaxone, Ciprofloxacin, Cefixime

او (Azithromycin) (12mg /kg)

د خولې له لارې د ورځې يو ځل چې تعقيبي ډوز يې 6mg/kg د ۴ ورځو لپاره.

مخنيوي:

- ميندې بايد وهڅول شي چې د اوږدې مودې لپاره خپلو کوچنيانو د سينې شېدې ورکړي.
 - وروسته د رفع حاجت څخه په پشپړ ډول سره د لاسونو پريمينځل.
 - د ډوډۍ څخه وروسته او مخکې د لاسونو وينځل.
 - په پشپړ ډول سره د حفظ الصحې مراعت کول.
 - د کور او د اړونده برخو د چاپيريال پاک ساتل.
-

(8)

د نوو زېږيدلو ماشومانو ژېړی

Neonatal Jaundice (Jaundice Neonatorum)

د نوو زېږيدلو ماشومانو ژېړی يا Neonatal hyperbilirubinemia يو داسې حالت دی چې په وينه کې د بيلروبين د غلظت د زیاتوالي له امله منځ ته راځي. او يا داسې هم ويلاى شو چې ژېړی د پوستکې يا سکليرا ژېړ رنگ ته ويل کيږي چې د بيلروبين د زیات تراکم او زیات توليد له کبله رامنځ ته کيږي.

ژېړی (Jaundice) :

په نوو زېږيدلو ماشومانو کې جايندهس يا د پوستکې او د سترگو زېړوالی يو ډېر عام حالت دی چې په حقيقت کې ۶۰ فيصده ماشومان د ولادت په څو ورځو کې په ژېړی باندې اخته کيږي او د ډېرو ناروغيو د موجوديت لپاره يوه ډېرې نښې جوړوی او هغه وخت منځ ته راځي کله چې په لوړ غلظت بيلروبين په وينه کې منځ ته راشي، بيلروبين يو زېړ رنگ يا پيگمننټ دی چې د وينې د سرو کروياتو د پارچه کېدو په صورت کې منځ ته راځي، په نارمل ډول سره بيلروبين د څگر له لارې د امعاو و ليومين ته خوشي کيږي، په هر حال په نوو زېږيدلو ماشومانو کې څگر د پخيدو په حال کې وي او نه شي کولای چې په درست ډول د وينې څخه بيلروبين اخراج کړي او نوموړې بيلروبين په جلد، مخاطي غشا، د بدن معايعات او سترگو کې تراکم کوي

TOP TEN DISEASE | 62

او پوستکې او سترگې ژړې معلومېږي چې همدغې ژړوالي ته ژړې وايي.

د ژړې ډولونه.

ژړې يا hyperbilirubinemia عموماً په دوه ډوله ده.

١) Indirect (Unconjugated) hyperbilirubinemia

٢) 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 ژړې 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.

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

Indirect (Unconjugated) hyperbilirubinemia

غیر مستقیم هایپر بیلروبینیمیا:

ابتیولوجي:

غیرمستقیم هایپر بیلروبینیمیا شاید چې د بیلروبین د زیات تولید، (هیمولایزس) د وینې څخه د بیلروبین د نامکمل پاکیدو څخه او یا د څګر په واسطه د بیلروبین د نامکمل اتصال په نتیجه کې منځته راشي. خاص اسباب:

1. ډیر عام سبب یې فزیولوجیک ژړې دی.

2. هیمولایټیک انیمیا.

TOP TEN DISEASE | 63

- ABO incompatibility
- Rh incompatibility
- G6PD deficiency
- انتانات. خصوصاً sepsis.
- دواگانې.
- Hereditary sphrocytosis
- 3. پولي سايټيميا:
- د شکرلرونکو ميندو ماشومان.
- د کارد وروسته بندوالي.
- Feto-meternal or feto-fetal transfusion
- 4. Blood extravasation
- سپالو هيماتوما.
- 5. Breast milk and breast feeding jaundice
- 6. Glucuronyl transferase defect
- Grigler Nijjar Syndrom (type 1,11)
- Gilbert syndrom
- 7. ميتابوليکې ناروغۍ
- Galactosemia
- Hypothyroidism
- 8. Increased enterohepatic circulation
- د کولموبندښت او د پايلوردبرخې بندښت.

فيزيولوژيک ژيرې:

فيزيولوژيک ژيرې د ژيرې يو ډېر معمول او عمومي ډول دی چې د نوو زېږيدلو ماشومانو د ژوند په لومړۍ هفته کې د ارتقا په حالت کې د ليدلو وړ ژيرې چې د Indirect (Unconjugated) د غلظت د لوړوالي پورې اړه لري چې دغه عمومي حالت د فزيولوژيک ژيرې په نوم ياديږي، نوموړې ژيرې په لومړۍ مرحله کې په بامعياده کوچنيانو (term) کې ۵ ورځې او په

TOP TEN DISEASE | 64

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

خصوصیات:

- دا ډول زیرې معمولاً په روغو ماشومانو کې ښکاره کیږي.
 - نوموړې کلینیکي زیرې وروسته د ۲۴ ساعتو څخه ښکاره کیږي.
 - د مجموعي بیلروبین لوړوالی په ورځ کې د 5mg/dl څخه کم وي.
 - فزیولوژیک زیرې د څگر د immaturity او گلوکورو نیل ترانسفراز انزایم د کموالی له امله پیدا کیږي.
 - هغه ماشوم چې په فزیولوژیک زیرې اخته وي ناروغ نه ښکاري او د هیمولایزس اعراض او علایم یې موجود نه وي د فزیولوژیک زیرې د موجودیت په حالت کې د ادرارو او غایطه موادو رنګ نورمال وي. د بیلروبین سویه ۱۰-۱۴ ورځې وروسته 1mg ته رسیږي او که چیرته غیرمستقیم بیلروبین د ژوند لومړنیو دوه اونیو څخه وروسته دوام وکړي نو په نوموړې حالت کې ممکن هیمولایزس، گلوکورو نیل ترانسفراز انزایم ارثي کموالي، breast milk jaundice، هایپوتایرویدیزم، د کولموانسداد او د کالوري د پیداکیدو سبب کیږي.
 - د پورتنیو کریټیریاگانو څخه علاوه بل زیرې فزیولوژیک زیرې نه گنل کیږي او باید چې د لا زیاتو تاریخچې او بشپړ معایناتو لپاره یې ارزیابي وشي.
- د زیرې د ډول ډول لاملونو تفریقي تشخیص:

TOP TEN DISEASE | 65

- هغه زیری چې د ماشوم د زیریدلو څخه وروسته په لومړۍ ورځ پيدا شي عموماً د هیمولایټیک ناروغیو له امله وي.
 - په لومړیو ۲۴ ساعتونو کې فزیولوژیک زیری نه لیدل کیږي او که په یو full term ماشوم کې د ژوند د اولې هفتې څخه وروسته زیری ولیدل شي نو نوموړی زیری فزیولوژیک نه دی. او هغه زیری چې د ژوند په دوهمه او دریمه ورځ پيدا شي فزیولوژیک زیری بلل کیږي.
 - په فزیولوژیک زیری کې د ادرارو او غایطه موادو رنګ نورمال وی او که د غایطه موادو رنګ خائف او د ادرارو رنګ تیاره وي انسدادی زیری ته فکر کیږي.
- د فزیولوژیک زیری میکانیزم:
1. په نوو زیریدلو ماشومانو کې د بیلووبین لوړ زیاتوالی د غټو RBC حجراتو والیم له امله، د وینې د سروکرویاتو د ژوند کمولی له امله او د اینټیروهیپاتیک سرکولیشن له کبله منځ ته راځي
 - 2 د ځگر په واسطه د بلروبین نامکمل اخیستنه.
 - 3 د بیلووبین نامکمل اتصال.
 - 4 صفرا ته نابشپړ اطراح.
 - 5 او په ټوله کې د ځگر 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 بیلووبین اندازه.
 2. د ریتوکولوسایت او د وینې د حجراتو مکمل اندزې تعینول.
- د هیمولایټیک انیمیا لپاره د هیموګلوبین اندازه.
 - د دمویه صفحاتو اندازه د sepsis لپاره.
 -

TOP TEN DISEASE | 66

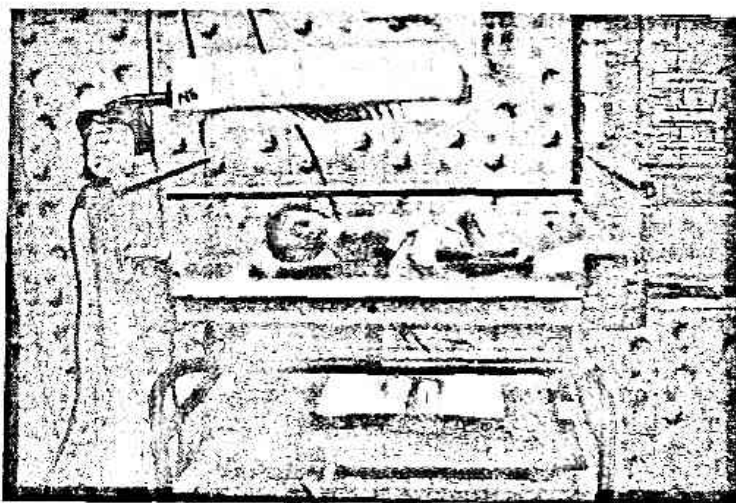
3. د مور او د ماشوم د وینې د گروپ تعین.
4. په ماشوم کې د direct Combs test.
5. نور اضافي معاینات. لکه.
 - Thyroid function test
 - Compleat urine examination
 - Liver function test
 - TORCH antibody titer
 - G6PD enzyme assay
 - Abdominat USG
 - HIDA Scan
 - Liver biopsy

د زیرې

اداره:

په عام ډول سره د غیر مستقیم بیلرویین رابنکته کولو لپاره درې میتودونه کارول کېږي.

- Phototherapy
- Exchang transfusion
- Pharmacological therapy



Phototherapy

په پوتوتیراپۍ کې بیلروبین په Photo isomers باندې بدلېږي چې بیا د څگر conjugating system له فرعي لارو څخه په صفرا او ادرارو کې یې له دې څخه چې د میتابولیزم نورې لارې طۍ کړي اطراح کیږي. ماشومان چې د غیرمستقیم هایپر بیلروبینیمیا ولري د فوتوتیراپۍ ابې رنگه گروپونه چې د انرژي اعظمي out put یې 425-475mm وي د فوتوتیراپي لپاره خوار کافی او نوموړې کوچنیان د دغه ابې رنگه گروپونو لاندې لوڅ اچول کیږي چې نوموړې لایت انرژي په جلد کې توکسیک غیرمستقیم بیلروبین په نان توکسیک غیرمستقیم بیلروبین بدلېږي او د صفرا له لارې اطراح کیږي چې د څگر په واسطه هېڅ کوم اتصال ته اړتیا نه لري. د فوتوتیراپۍ لاندې د ماشوم سترگې د یو سپینې پوټم یا گاز په واسطه تړل شوي وي او د یو معین وخت لپاره ترې ماشوم لاندې پروت وي، ماشوم هر دوه ساعته وروسته د یو اړخ څخه بل اړخ ته باید واړول شي او د حرارت درجه یې کنترول شي او باید هر ۸-۴ ساعته وروسته یې SBR اندازه شي د. evaporation water loses په خاطر ۳۰ فیصده مایعات ورکول کیږي.

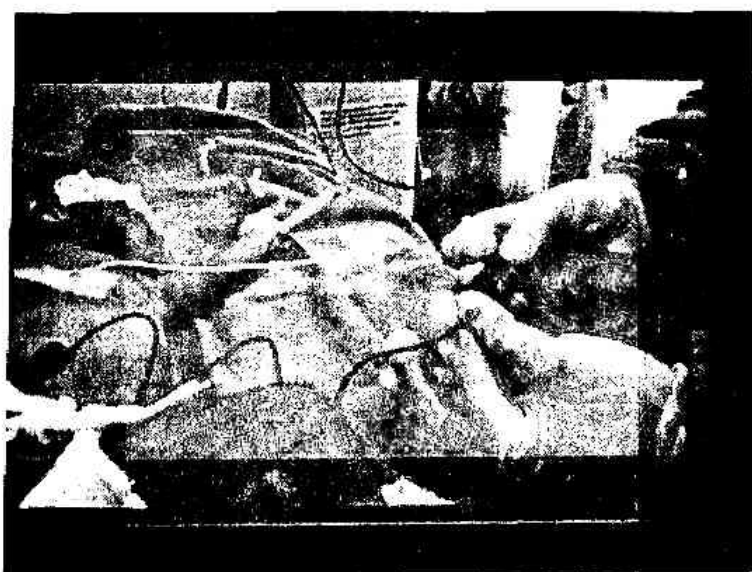
همدارنگه فوتوتراپي ته باید هغه وخت خاتمه ورکړل شي چې کله SBR ټیټ شي او د Toxicity خطرات له منځه ولاړشي او هم د بیلروبین toxicity لپاره د خطر فکتورونه له منځه ولاړشي او د ماشوم عمر دومره زیات شي چې د بیلروبین زیاتوالی تحمل کړي او کله چې فوتوتراپي بنده شي باید د 12-24 ساعته څخه وروسته SBR ارزیابي شي

د پوتوتیراپي لپاره استطبابات:

- د وینې د سیروم بیلروبین د un-conjugated له ډول څخه وي.
- د وینې د سیروم بیلروبین سویه د Exchang transfusion د سویې څخه 5mg ټسکته وي.
- د Exchang blood په تعقیب سره فوتوتراپي اړینه ده.
- د نوو زیریدلو ماشومانو په هیمولایتیک ناروغیو کې د Exchang transfusion د انتظار په موخه.

TOP TEN DISEASE | 68

- د بیلروبین د اضافي سویې د لوړوالي د مخنیوي په خاطر.
- شاید چې په شدید کم وزنه ماشومانو کې وځایوي پوتوتیراپی استطباب ولري.
- د پوتوتیراپی مضاد استطبابات:
- د وینې د مستقیم بیلروبین زیاتوالي.
- **Mixed hyper bilirubenemia**
- ولادي ایریتروپویتیټیک پورپایرین.
- د فوتراپی اختلاطات:
- د حرارت لوړوالی.
- دیهایدریشن.
- د پوستکې rash.
- د سترګو زخمونه.
- **Broze baby syndrome**. په هغه وخت کې چې د مستقیم bilirubine په حالت کې فوتوتراپی اجراشي.
- په کولمو کې د غیرمستقیم bilirubine او د زیاتې صفراوي مالګې له امله د غایطه موادو ضیاع.



Exchangs transfusion

په نوو زېږېدلو ماشومانو کې **Exchangs blood transfusion** هغه وخت اجرا کېږي کله چې د بیلروبین د لوړ غلظت لپاره وافي خطرات موجود وي چې په دغه صورت کې ماشوم ته د نامه د وريد له لارې **Exchangs transfusion** اجرا کېږي. او باید چې د **Exchangs blood transfusion** د تطبیق لپاره ماهره او تجربه لرونکې پرسونل او مجهز سامان الات موجود وي. **Umblical** وريد د زېږېدنې څخه وروسته تر یوې اونۍ پورې خلاص وي چې یو مخصوص سروی **Catheter** په نوموړې وريد کې د **Exchangs blood transfusion** د تطبیق لپاره داخلېږي.



*ADAM

TOP TEN DISEASE | 70

موخې:

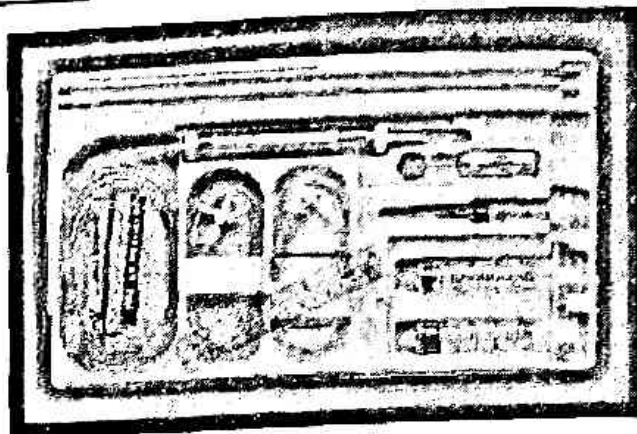
(۱) د وینې د دوران څخه د حساسو سروکړیو او د انتې باډې او د دوراني بیلوین لرې کول او د کوچنې د کم خونۍ اداره کول.
استطبات:

- د زیریدنې څخه وروسته د حبل سروی (Cord blood) په وینه کې د هیموگلوبین د ۱۲ گرامو څخه کم وي.
- په ماشوم کې د Comb تیست مثبت وي.
- د بیلوین اندازه د ۵ ملي گرام څخه زیاته وي.
- د Reticulocyt شمیره د 15% څخه زیاته شي.

Complication of Exchangs blood transfusion

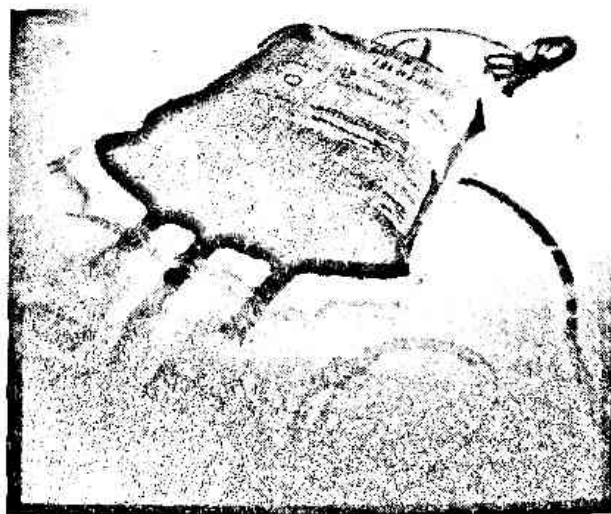
- Hypocalcemia •
 - Hypokalemia •
 - Hypervolemia •
 - Acidosis •
 - Hypothermia •
 - Infection •
 - Septicemia •
 - Peritonitis •
 - Reactions of blood •
 - Vomiting •
 - Aspiration •
 - Air embokism •
 - Portal vin thrombosis •
 - Necrotizing enterocolitis •
 - Anemia •
-

TOP TEN DISEASE | 71



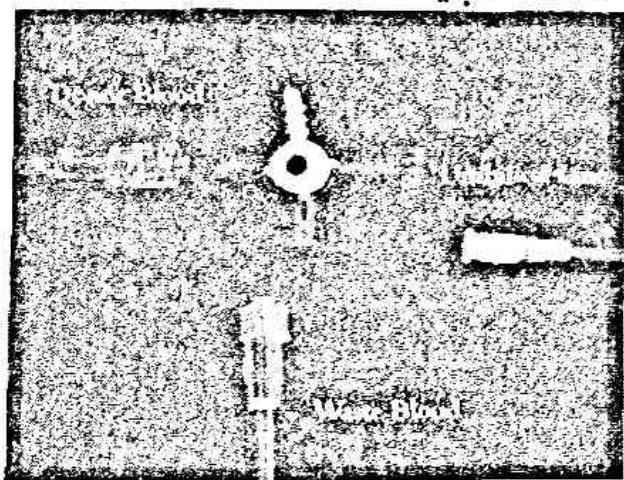
د EBT لپاره اړين سامان الات:

- دوه دانې معقم لاس پاكي.
- شپږ دانې ارترې فورسيپس.
- سپونج فورسيپس.
- ټوټ فورسيپس.
- Scalpel blade
- گاز پيسز.
- سروې كيتيتر يا N G tube No 6
- دوه دانې Three way stop cock
- 30ml Disposable سيريڼج دوه دانې.
- Exchang transfusion ريکارډ شپټ.



د EBT د اجرا تخنیک:

مخکې له دې څخه چې ماشوم ته EBT شروع باید د منتخب گروپ وینه آماده اوسېږي، که وینه یخه وي لومړۍ باید لږه گرمه کړای شي او د دې په خاطر چې ماشوم کم خونه نه شي په لومړۍ سایکل کې 10ml وینه داخل او بیرون کېږي او په پاتې نورو سایکلو کې 20cc وینه داخل او بیرون کېږي چې هر دوران کې 100cc په نظر کې نیول کېږي او د هر سایکل په اخر کې د هایپوکلسمیا او هایپوگلايسیمیا د مخ نیوي په خاطر 1cc Calcium gluconate او ورسره 4cc گلوکوز 10 فیصده په قراره سره د وریدي کنولا له لارې رنځور ته ورکول کېږي.



Exchangs transfusion د تطبیق خواوې:

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

عمومي تدابیر او پارماکولوجیک تیراپی:

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

TOP TEN DISEASE 173

4. د کوچنې په مور کې Rh-isoimmunization دمخ نيوي په خاطر Rh0(D) immunoglobulins انجیکشن په واسطه د Rh positive ماشوم ولادت په ۷۲ ساعتونو په دوران کې وکړل شي.
5. Phenobarbiton: فینوباربیتون د نوې زیږیدلې ماشوم د څگر حجم زیات او د انزایمونو، صفراوي مالګې او د صفرا د افرازاتو د زیاتوالي سبب ګرځي، د فینوباربیتون اغیزې په نوې زیږیدلې full term ماشوم کې د ۳-۷ ورځې وروسته او په پریمیچور ماشومانو کې په څنډ سره لیدل کیږي.
6. Metallo-porphyrins چې یو heme oxygenase نهې کونکې 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 بنودل شوې ده چې د Exchanges 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، غیر مستقیم بیلروبین په دماغو باندې ناوړه او توکسیک تاثیرات لري د غیر مستقیم بیلروبین دقیق مقدار او غلظت چې په انفرادي ډول سره د هر ماشوم لپاره توکسیک وي معلوم نه دی.

لنډه پتالوجي:

کله چې غیر مستقیم 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 کوي او په

TOP TEN DISEASE | 74

عمومي ډول سره basal ganglia ، 3rd او 4th قحفي عصب هستې ته او نور عصبي مراکزنگه کيدل دي چې په نوموړو برخو کې نيورونونه تخريبيوي او د ماغي زيری لامل گرځي.

کلينيکي تظاهرات:

- هغه ماشومان چې په kernicterus باندې اخته وي نيورولوجيک نښې په کې ډېرې ليدل کېږي.
- هغه ماشومان چې په ژور زيری اخته وي ناخاپي ډول سره ليترجي، ضعيف تی رودنه په کې ليدل کېږي.
- د Moro عکسې ضعيف يا نه شتون.
- لوړه او تيزه ژړا.
- د عضلاتي تون زياتوالی.
- اپنيا.
- تنفسي بې نظمي.
- اختلاج.
- زياتره کوچنيان د Kernicterus له امله خپل ژوند له لاسه ورکوي هو هغه ماشومان چې تر يو کاله ژوندي پاتي شي اختلاج او عضلاتي شخوالي لري ډ.
- وروسته د ژوند په دوهم او دريم کال بشپړ نيورولوجيک سندروم تاسس کوي چې په نوموړې سندروم کې دوه طرفه choreoathetosis ، Squints ، high tone deafness ، extrapyramida signs ، Seizures او د ماغي وروسته والی.
- مړينه د تنفسي عدم کفايی او د جاري کومال له امله منځ ته راځي.

TOP TEN DISEASE | 75

مخنيوی:

- يوځل چې *Kernicterus* رامنځ ته شي بيا غير رجعي وي.
- يواځي د *Kernicterus* مخ نيوي په فوتوتراپي سره او يا د وينې په تبديليدو صورت نيولای شي.
- البومين انفیوژن 1 gm/kg د هايپوالبومينيميا لپاره امکان لري چې مرسته وکړي.
- د صوتي وظيفو او ايکستراپايراميډل وظيفو لپاره د مکتب تر وخته د ماشومانو څارنه ډېره اړينه ده.

د مورد شېدو زيری (Breast Milk Jaundice):

Breast Milk Jaundice د زيری يو ډول دی يو شمير ماشومان چې د مور د شېدو په واسطه تغذيه کيږي په متوسطه اندازه زيری په کې ليدل کيږي چې وروسته د دوه هفتو څخه ښه والي حاصل کيږي، د مورد شېدو زيری دقيق لامل تر اوسه نه دی معلوم خو بيا هم داسې ويل کيږي چې د مورد شېدو زيری د غير مستقيم هايپربيلروبينيما وروستي پيل دی چې د ځينو مېندو په سينوکې د اتصال يا *conjugation* نهې کوونکې موجود وي چې ځينې نهې کوونکي فکتورونه عبارت دي له *pregnanediol*، ازاد شحمي اسيدونه او *Steroids* څخه.

د ۱۵-۱۰ ورځې عمر په موده کې، *Hyperbilirubemia* د 30 mg/dl - 20 په اندازه لوړيږي او بيا په قراره سره د ۱۲-۴ هفتو عمر په موده رانکته کيږي.

مقاوم يا Persistent زيری:

مقاوم زيری داسې واضح کولای شو چې هغه زيری چې د دوه اونيو څخه زيات وخت ونيسي مقاوم زيری ورته وايي.

TOP TEN DISEASE 176

اسباب:

- د وخت څخه مخکې زیږېدنه.
- د مورد شېدو زیری.
- هایپوتايريديزم.
- ډاون سندروم.
- سريگلرنيجار سندروم.

پتالوجيک زیری:

خصوصيات:

- ❖ د ډاډول زیری شواهد د ژوند د لومړۍ ورځې څخه موجود وي.
 - ❖ د بيلروبين په يو ساعت کې د 0.5mg/dl په اندازه لوړېږي.
 - ❖ په term ماشومانو کې د بيلروبين اندازه 13mg/dl او په preterm ماشومانو کې د 15mg/dl په اندازه لوړېږي.
 - ❖ د مستقيم بيلروبين فريکشن د $1.5-2.0\text{mg/dl}$ څخه لوړ وي.
 - ❖ هيپاتوسپينو ميگالي او کم خوني موجوده وي.
- مستقيم بيلروبين زياتوالي:

(Conjugated(direct)Hyperbilirubinemia

مستقيم هايپر بيلروبينيميا داسې واضح کيږي کله چې په وينه کې د مستقيم بيلروبين غلظت د 2mg/dl (34.2mmol/L) يا 20% د ټوټل بيلروبين څخه زيات شي.

عمومي پاملرنه:

- د مستقيم بيلروبين زياتوالي د هيپاتوبيلري عدم فعاليت لپاره يوه نښه گڼل کيږي.
- د مستقيم بيلروبين زياتوالي د صفرا د افراز د نقيصې يا د بې کفايتۍ په نتيجه کې منځ ته راځي چې په دغه ځای کې يو عدم فعاليت موجود

TOP TEN DISEASE | 77

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

- کله چې د فزيالوجيک زيرې غير مستقيم هايپربيلروبينېما په څنگ شي، په نوي زيږيدلي ماشومانو کې اکثره وخت مستقيم هايپربيلروبينېما وروسته د يوې اونۍ عمر څخه بنکاره کېږي.
- شايد چې نوموړې زيرې د هيپاتوسپلینوميگالي، خاسف غايطه مواد او د توررنګه ادرارو سره ملګري وي.

اسباب:

1. د صفرا د جريان بندښت.
 - بيلري ارتريزيا.
 - د صفرا قنات تنګوالي.
 - سيستيک فايبروزس.
2. د ځګر د حجراتو ژوبلونه.
 - انتانات لکه سيپسيس، هيپاتايټس، TORCH انتانات.
 - ميتابوليک ناروغۍ. ذخيروى ناروغۍ. گلکتوسيميا. فرکتوسيميا.
 - جينيتکي ناروغۍ. لکه ډوبين جانسين سندروم او روتورسندروم.

تشخيص:

- د direct hyperbilirubemia د ټولو شکمنو لاملونو په اړه دې منتخب تحقيقات اجراشي.
- د direct, indirect, total بيلروبين اندازه.
- TFT, SGOT, SGPT معاينات بايد اجراشي.
- د وينې، ادرارو، Spinal fluid کچر.
- TORH انتي باډي ټايتهر.

TOP TEN DISEASE | 78

- HbsAg حالت.

- د وینې او ادرارو میتابولیک سکرینینګ.

- د ځګرتحت الجلدي بایوپسي

اداره:

اداره یې د مستقیم بیلروبین د حقیقي لامل په معلومیدو سره وضع کيږي.

په منتخبو انټي بیوتیکو په استعمال سره سیپسیس تداوي کيږي. په Cholestatic jaundice کې د صفرا جریان سریع کول، د سويي تغذي مخه نیول، ویتامین فقدان د منځه وړل د تداوي اصلي مقصد دی.

د phenobarbiton او choletyramine استعمال د صفرا جریان تنبع کوي او د سیروم بیلروبین او د صفراوي مالګو اندازه را کموي.

(9)

د منځني غوږ التهاب

Otitis Media

د منځني غوږ حاد التهاب:

Acute Otitis Media (AOM)

د منځني غوږ التهاب يعنې د منځني غوږ د جوف قبيحي انتان او التهاب دی، دا ډول انتانات اکثراً د هغو انتاناتو په واسطه منځ ته راځي کوم چې د مخه په ناروغ کې د ستوني درد، ريزش يا د نورو تنفسي ناروغيو سبب شوې وي چې د نوموړې محراقو څخه يې منځني غوږ ته سرایت کړی وي. 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 ماستويدیت (يعنې ماستويدیت انتان د غوږ د شا هډوکې کې وتل) چې کولی شي د منښت او د دماغ د اوسې لامل شي چې دواړه ناروغۍ جدې مراقبت او تداوی ته اړتيا لري.

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

TOP TEN DISEASE | 80

اسباب:

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

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

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

پتوجینیزس:

کله چې د Eustachian تیوب مجرا د موضعی انتاناتو په واسطه یا د ضخاموی اډینوید له امله وتړل شي، باکتریاگانې مینځني غوږ ته ځان رسوي، د مینځني غوږ جوف ایسار شوی هوا له سره رشف او جذبېږي او په نوموړې جوف کې منفي فشار مینځ ته راځي او جوف ته د باکتریا د رارسیدو زمینه مساعد گرځوي دغه د باکتریاگانو رارسیدنه مینځني 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 شي،

مساعد کوونکي فکتورونه:

➤ هغه ماشومان چې په غریبو کورنیو کې ژوند کوي.

TOP TEN DISEASE | 81

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

کلينيکي تظاهرات:

- نوزادان او ماشومان شايد چې اعراض ونلري او يا لاندې اعراض به په کې موجود وي.
- مخرشيت.
- تبه
- کانگې.
- اسهالات
- د غوړ درد.
- د ماشومانو په واسطه د اخته غوړ کيکارل.
- د اواز د اوريدو ضياع.
- د غوړ افرازات
- د ماشومانو ژړا کول.
- په غوړ کې د اجنبي اجسامو حس کيد.
- بې خوابي.

اختلالات:

1. Mastoiditis
2. Meningitis

TOP TEN DISEASE | 82

3. Hearing loss

تشخيص:

د منځيني غوږ د التهاب د تشخيص لپاره لاندې میتودونه په کار اچول کېږي.

Otoscope

د کوچنیانو ډاکټران د کوچنیانو د غوږ د التهاب د معلومولو او تشخيصولو لپاره یوه اله کاروي چې د Otoscope په نامه سره یادېږي د دغې الې په مرستې سره کولای شو چې د غوږ داخلي مجرا وگور 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.

✓ پرسوب.

✓ وینه.

✓ افرازات.

✓ په منځيني غوږ کې د مایع موجودیت.

✓ د غوږ د بهرنۍ مجرا پرسوب.

Tympanometry

د tympanometry test په دوران کې ډاکټریوه وړه اله کاروي چې په مرسته یې د غوږ فشار معلومېږي او که چیرته eardrum رېچر کړی وی هم یې معلومي.

Reflectometry

د reflectometry ټیسټ په دوران کې ډاکټریوه وړه اله کاروي

TOP TEN DISEASE 183

چې د کوچني د غوږ په خوا کې اواز وباسي چې په مرسته يې يو ډاکټر کولای شي د اواز په اوریدو سره چې بیرته اواز منعکس کیږي د غوږ په داخل کې مایع معلومه کړي.

Hearing test

د اواز د اوریدو معایني سره د یو ماشوم یا د یو ناروغ د اواز د اوریدو قابلیت معلوموي.

Ear discharge culture

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

تداوي:

Acute Otitis Media(AOM)

- ماشومان ته باید آرام وکړل شي.
- مایعات او کافي غذا ورته توصیه شي.
- د غوږ افرازات يې د یو معقم گاز په واسطه پاک کړای شي.
- د درد لپاره ورته انلجیزیک یا د درد ضد درمل توصیه شي.
- د تبې په خاطر ورته انټي بايريتیک ورکړل شي.
- د تداوي په لومړي قدم کې ورته د ډېرو معمولو مایکرو لوړگانیزمونو (S.Pneumoniae and H. Influenzae) په ضد درمل ورته توصیه کیږي خو کله چې د کلچر او حساسیت نتیجه معلومه شي درمل يې بدلیږي، د منځيني غوږ حاد التهاب کې انتخابي درمل Amoxicillin (80-90mg/kg/day) په درې تقسیم شوو ډوزونو باندې د ۱۰ ورځو لپاره. همدارنگه نور درمل چې د منځيني غوږ حاد التهاب کې ورکول کیږي په لاندې ډول دي. تداوی د ۱۰-۷ ورځو لپاره توصیه کیږي.

TOP TEN DISEASE | 84

- clavulanic acid ➤
- Erythromycin ➤
- Sulfamethoxazole ➤
- Cefaclor ➤
- Cefuroxim ➤
- Trimethoprim-sulfamethoxazole ➤
- Cefixime ➤

- د penicillin-resistant pneumococci لپاره دوهم اپشن
Ceftriaxone 50mg/kg/day IM د ورځې يو ځل ټوټل دوزونه
۱-۳ ورکول کېږي يا (azithromycin) Macrolide antibiotic
• هغه ناروغان چې د انتي بيوتيکو د دوهم کورس توصیه کيدو
باوجود هم شفا ياب نه شي او يا ناروغی يې لاهم شديد شي نو په
دغه صورت کې د tympanocentesis په اړه فکر کېږي چې تر
خواصلي سببې لامل په گوته شي او دقيق انتي بيوتیک ورته
توصيه شي.
-

(10)

د نوي زيږيدلي ماشوم اسپيکسيا

Birth Asphyxia/Perinatal Asphyxia Or Neonatal Asphyxia

د نوي زيږيدلي ماشوم اسپيکسيا يو طبي حالت دی چې د يونوي زيږيدلي ماشوم د ولادت په وخت د اوکسيجين د محروميت څخه منځ ته راځي يعنې کله چې يو نوي زيږيدلي ماشوم تر بشپړې زيږيدنې سمدستي وروسته په بنفسي ډول سره تنفس پيل نه کړي نو نوموړې حالت منځ ته راځي او که چيرته د زيږيدنې د وخت اسپيکسيا په وخت سره او په جدي ډول سره تداوي نه شي نو په نتيجه کې خطرناک اختلالات منځ ته راځي او د Encephalopathy له کبله د مرکزي عصبي سيستم حجرات په دايمي ډول سره زيانمنې کيږي چې بنايي د نوي زيږيدلي ماشوم د مړينې اويا په موخه ډول سره د cerebral palsy او mental deficiency سبب شي. نو په جامع ډول سره د زيږيدنې د وخت اسپيکسيا په دا ډول تعريفوو، که چېرې يو نوي زيږيدلي ماشوم د پوره زيږيدنې يا ولادت څخه وروسته سمدستي په بنفسي ډول سره خپل تنفس شروع نه کړي د زيږيدنې د وخت اسپيکسيا په نوم ياديږي اويا د ماشوم د زيږيدنې د عمر په لومړيو ۵ دقيقو کې د اېگار سکور درجه د ۵ څخه ټيټه شي او يا د وينې PH يې ټيټ شي د زيږيدنې اسپيکسيا ورته وايي.

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

TOP TEN DISEASE | 86

Ischemia: هغه حالت ته ویل کیږي چې د حجراتو او اورگانونو 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 اېنارملټي.
- د شکر ناروغي.
- د نیپرونو التهاب.
- د وینې ټیټ فشار.
- انتانات.

پلا سینټا پورې اړوند عوامل:

- Abruptio پلا سینټا.
- د ټوکسیمیا له امله د پلا سینټا بی کفایتي.
- د جین پورې اړونده عوامل:
- کم خوني.
- انتانات.

• د قلبي او تنفسي ستونزوله امله هایپوکسیا.

د زیریدني د وخت اسپیکسیا سبب:

د انیسټیزیا، د قلبي ناروغيو، نمونیا، تنفسي عدم کفایه، د هایپوټینشن له کبله د ولادت د وخت د مور کم فشار د ابهر او ویناکاوا د کومپریشن له کبله (په وخت کې د مورنۍ وینې غیر کافي اوکسیجن رسېدنه.

سریري تظاهرات:

➤ د وینې د PH کموالي د ۷.۲ څخه.

TOP TEN DISEASE | 87

- اسیدوزس.
- دجنين Distres په حالت کې چې د امیوتیک مایع کې میځونیم موجود وی.
- خسافت.
- سیانوزس.
- اپنی.
- د زړه د ضربان کموالی
- د تنبه په مقابل کې د عکس العمل نه ښودل.
- تنفسي عدم کفایه.
- د ماشوم د عضلاتو د ټون کموالی.
- لنډه پتوفزیولوژي:
- د بیرت اسپیکسیا پتالوژي د ناروغۍ دوځامت اودارگان د مصابیدو سره تړاو لري.
- د اسپیکسیا پیل په لاندې حالتونو په تعقیب سره پیل کیږي.
- میتابولیک اسیدوزس.
- هایپوگلایسسمیا.
- هایپوتینشن.
- د دماغی وینې په جریان کې تغیر راتلل.
- په مرکزي عصبي سیستم د شعریه عروقو د نفوذیه قابلیت د زیاتوالي له امله د مایع لیکاز مینځ ته راځي چې cerebral اذیما او حجروي مړینه رامنځ ته کوي.
- میتابولیک پایلې:
- د گلايکولایزس سریع کیدل سره د brain lactate levels زیاتوالي سره او ورسره د high energy phosphate concentration کې کمښت را مینځ ته کیدل..

TOP TEN DISEASE | 88

د دماغی وینې په جریان کې بدلون راتلو سره لاندې میتابولیک تغیرات رامنځ ته کیږي.

- په لومړۍ قدم کې د دماغی وینې په جریان کې ډېرښت.
 - وعایي یا واسکولر autoregulation له مینځه تلل.
 - د وینې د فشار کمښت او بیا د Cerebral blood flow کې کمښت
- رامنځ ته کیدل چې دا ټول پورتنې حالتونه د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا رامنځ ته کوي.

تشخیص:

د اسپیکسیا د تشخیص لپاره خصوصي کلینیکي میتودونه موجود دي د وینې بیوشیمیک معاینات اجرا او د نوموړو معایناتو څخه د یو لارښود په ډول کار اخیستل کیږي.

د ولادت څخه مخکې:

د بیرت اسپیکسیا د خطر فکتورونو پیژندل او د هغې لپاره اړین اقدامات نیول.

ټولې مېندې د ولادت په دوران کې کم څه کم څلور پنځه واري نږدې روغتیايي مراکزو ته یا د ولادي نسایي متخصص یا ډاکترانو ته مراجعه وکړي ترڅو د وخت څخه دمخه د هغوروغتیايي ستونزو مخه ونیول شي چې د ولادت په وخت کې د اسپیکسیا یا د نورو روغتیا ستونزو لامل ګرځي.

به کارډیو ګراپی باندې د جنین Tachycardia، bradycardia او یا late-Deceleration حالت معلومیدای شي.

په التراساوند باندې د جنین د فعالیت کموالی، د جنین د تنفسي حرکاتو کموالی او یا په Liquor کې د میګونیم د موجودیت له امله fetal distress معلومیدای شي.

TOP TEN DISEASE | 89

د اسپیکسیا ماشومانو ۷۰ فیصده د خطر فکتورونه له زیږیدنې څخه مخکې معلومیدای شي او پاتې ۳۰ فیصده ماشومانو د خطر فکتورونه لاته معلومیږي.

د ولادت په وخت کې:

د ولادت په وخت کې د APGAR سکور د اندازې بنسټه والي د ټولو څخه زیاته استعمالیدونکې کریټیریا ده چې تر یو حده د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا پرې تشخیص کیدای شي. د اپگار سکور په دې طریقه کې د ماشوم تنفسي حالت، رواني حالت او عصبي حالت څیړل کیږي، که د پنځو دقیقو څخه زیات وخت لپاره د APGAR سکور اندازه که ۳ شا او خوا کې وي د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا شواهد په ګوته کوي خو په هر حال شاید چې په preterm ماشوم کې low apgar scor د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا په ګوته نه کړي چې نوموړې ماشومان د ولادت په وخت هایپوټونیک، د اطرافوسیانوزس 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 maternal anesthesia or analgesia

Trauma، نیورو مسکولرناروغی، انتانات او داسې نور.

خو داسې به ووايو چې د ماشوم د حالت د ارزښتی لپاره اپگار سکور یو ښه اینډیکیتور دی.

TOP TEN DISEASE | 90

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 (response 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 اپگار سکور په ۵، ۱۰، او ۱۵ دقیقو کې اندازه کېږي.
دا اپگار سکور ډله بندي:

- (1) نارمل اپگار سکور له ۸ څخه زیات.
 - (2) متوسط اپگار سکور له ۴ څخه تر ۸ پورې.
 - (3) ډېر ښکته اپگار سکور له ۴ څخه ښکته نمبر اخلي.
- د اسپیکسیا اختلالات:

- (1) مرکزي عصبي سیسټم: Hypoxic Ischemic encephalopathy.
- (2) پښتورگي: د پښتورگو د تیوبولونو حاد نیکروز.
- (3) تنفسي سیسټم: میکونیم ایسپایریشن، تنفسي ډیسټریس سندروم، د سږو مقاومت لوړ فشار، اپنی.
- (4) قلبي وعایي سیسټم: د میوکارډ التهاب، اسکیمیا، قلبي عدم کفایه، ټرایکسپید او میټرال ریګرجیټیشن.

TOP TEN DISEASE | 91

- (5) د معدی او دامعاو سیستم: د معدې زخم ، نیکروتایزینګ اینتیروکولایتیس او د کولموپر فوریشن.
- (6) د وینې سیستم : ډیستامینیتید اینتیراواسکولرکواګولیشن . د نووزیږیدلو ماشومانو د هیموراژیک ناروغیو د خطر زیاتوالی.
- (7) میتابولیک: په کمه اندازه هایپوګلایسیمیا ،

Hypoxic Ischemic encephalopathy

په نوو زیږیدلو ماشومانو کې د اسپیکسیا له امله اول هایپوکسیا او اسیدوزس مینځ ته راځي او بیا په ثانوي ډول د نیونیتل اینسیپلاپتی 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 Consciousness	Hyperalert	Lethargic	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 weeks
Outcome	Good	Variable	Death,sever deficitis

د اسپیکسیا تداوي:

TOP TEN DISEASE | 92

- د اسپیکسیا د تداوی یو اصلي هدف دا دی چې د اسپیکسیا د نور حملو مخه ونیول شي.
- ټول نوي زیږیدلي ماشومان باید د وخت څخه دمخه د اسپیکسیا لپاره ارزیابي شي او د لوړ خطرواله ولادتونه دې په دوام دار ډول څارنه وشي او ښه ولادي خدمات دې ورته وړاندې شي او په ولادت ځانه کې دې په درست ډول سره د ټولو نوو زیږیدلو ماشومانو resuscitation اجراشي.
- د حرارت درجه دې کنترول شي او د هایپوترمیا څخه دې کوچنې وژغورل شي.
- د کوچنې 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 گلوټیک د برخې سکشن دې اجرا شي ترڅو تنفسي لاره د وینې، مخاط او مایکونیم څخه پاکه شي او د ماشوم د پښې د گوتو د ورو ورو ضربو په واسطه تنبع او اکسیجن د بیگ او ماسک په واسطه د فمي بلعمومي airway د اخلولو څخه وروسته د اړتیا مطابق تطتیقیري.
- هایپوکسیا د (4L/minute) اوکسیجن سره تداوي کړې او په هغه صورت کې چې hypercarbia واقع شوې وي Intermittent positive pressure ventilation (IPPV) ورکول کیږي.
- د اسیدوزس په صورت کې باید بای کاربونیټ د یو متخصص یا د تجربه کار ډاکټر په واسطه ورکړل شي ځکه د سودیم بای کاربونیټ زیات مقدار hypercarbia او د hypernatremia د رامنځ ته کېدو خطر زیاتوي او هم یې زیات مقدار د دماغي اذیما چانس زیاتوي.

TOP TEN DISEASE | 93

- که ناروغ هايپوگلايسيميا ($\text{Blood glucose} < 50\text{mg/dl}$) ولري
 2ml/kg of D/W10% په يوه دقيقه کې او بيا د د ويني د عادي گلوکوز د
 برقراره ساتلو لپاره $6-8\text{mg/min}$ ورکول کېږي.
- Hypocalcemia: ($\text{Blood calcium} < 7\text{mg/dl}$) په اعراض لرونکې
 (اختلاج، اپنی، تیتاني) کيسونو کې $1-2\text{mg/kg}$ Clacium gluconat
 10% IV د پنځو دقيقو په جريان کې تطبيقېږي که چيرته نوموړې تداوي
 نتیجه ورنکړي نوموړې دوز ۱۰ دقيقې وروسته بيا تکرارېږي.
- همدارنگه د تولد د دوه ساعتونو په دوران کې ورته وقيوي Vit K IM
 تطبيقېږي.
- هغه ماشومان چې په شديد اسپيکسيا باندې اخته وي د زړه د وضعی
 له نظره نوموړې ناروغان په دريو گروپو ویشل کېږي. لومړي هغه
 ناروغان چې د زړه ضربان يې په يو دقيقه کې د ۱۰۰ څخه 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 اجرا کېږي او خارجي قلبي مساج ورته د
 منځنۍ او انديکس گوتو په واسطه اجرا کېږي که چيرې د ۴-۵ دقيقو په
 موده کې ناروغ کې تغير رانشي نو په دې حالت کې ادرينالين د ۱۰۰۰۰:
 ۱ محلول څخه يوملي ليتر اينتراکاردیک او يا داخل په ورید کې
 تطبيقېږي.
- که چيرته د انتان خطر مواجه وي په دغه صورت بايد مناسب انټي
 بيوتيک ورکړل شي.

TOP TEN DISEASE | 94

د اسپیکسیا د اختلاطاتو تداوي:

(1) Seizures:

Phenobarbiton 20mg/kg loading dose slow IV

تعقیبی دوز 3-5mg/kg/day

(2) Cerebral odema : Fluid restriction او په اختیاط سره د

ایلیکترولایتونو په څارنې سره او شاید چې د hypertonic

scslution د 20% مانیتول 0.5-1.0g/kg/dose IV over 20 min په

دوران کې.

(3) Hypotention: پلازما او انوتروفیک سپورت لکه ډوپامین.

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

(5) د ادرارو Out put باید په ډېراحتیاط سره وڅارل شي او باید د

1ml/kg/hr څخه پورته شي.

(6) Apnea and Carbon dioxide retention په IPPV سره.

TOP TEN DISEASE | 95

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 Inayatullah 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 کوچنيانو ناروغۍ . لومړۍ ټوک : ليکوال: پوهاند دوکتور عبدالستار نيازي.
 17. انتاني ناروغۍ . پوهنوال ډاکټر عبدالناصر جبار خيل.
 18. د ملاريا ناروغۍ د درملنې ملي لارښود (کال ۱۳۸۹)
 19. د درملنې ملي معيارۍ لارښود د لومړنيو روغتيايي خدمتونو مرکزونو لپاره.
-

د ليکوال پېژندگلوي:



ډاکټر سيد مليار سادات د ارواښاد استاد سيد غلام علي سادات زوی دی، چې په ۱۳۲۳ کال د کونړ ولايت په نورگل ولسوالۍ د بر نورگل کلي د ساداتو په کورنۍ کې زيږيدلی دی.

لومړنۍ زده کړې يې د ننگرهار په عالي ليسه ترسره کړي او بيا وروسته په ۱۳۸۲ کال د نورگل مزار ليسې څخه په اعلي درجه فارغ شوی دی او

په ۱۳۹۱ کال د پکتيا پوهنتون د معالوجوی طب څخه فارغ شوی، نوموړې يو هڅاند ځوان دی او په خپل مسلک پورې د اړونده کتابونو ترڅنگ د پښتو ادب مطالعې سره ځانگړې مينه لري، چې اوس يې پښتو ادب سره د ډېرې مينې له امله په خپل مسلک کې د ځينو کتابونو د ليکلو تکل کړی دی.

ډاکټر صاحب يو هڅاند ځوان دی او په خپل مسلک پورې د اړوندو کتابونو ترڅنگ د پښتو ادب مطالعې سره ځانگړې مينه لري، چې اوس يې پښتو ادب سره د ډېرې مينې له امله په خپل مسلک کې د ځينو کتابونو د ليکلو تکل کړی دی.

د سادات صاحب د همدې تکل او مزل ځينې نورې بېلگې هم شته، چې يو څه يې په کتابي بڼه چاپ شوی او د نورو يې تر دې وروسته د چاپ په هڅه کې دی چې چاپ او ناچاپ آثار يې په لاندې ډول دي.

1. د پېغلو د ژوند پټ انځور (چاپ)
2. د نشه يي توکو زيانونه (چاپ)
3. بېړنۍ طبي درملنې (ژباړه چاپ)
4. سگړتو ځان وژغورئ (چاپ)
5. پر روغتيا د شرابو اغېزې (چاپ)
6. زموږ چاپېريال (چاپ)

TOP TEN DISEASE 197

7. انساني عظمت (چاپ)
 8. د داخله ناروغيو اساسات، ليکوال ډاکټر ابراهيم شينواري (دوهم واري کتنه او زياتونه) چاپ)
 9. پروغيتيا د شرابو (الکولو) اغېزې (چاپ)
 10. لس ټاپ ناروغۍ، همدا اثر (چاپ)
 11. زموږ چاپېريال (دوهم ځل چاپ)
 12. طبابت که تجاوت. ناچاپ
 13. د بريالار (ناچاپ)
 14. د ژوند حقيقت (ناچاپ)
 15. اسلام او معاصر طب
 16. په افغانستان کې د نشه يانو د ژوند ريښتني انځور (ناچاپ)
 17. د والدينو حقوق (ناچاپ)
 18. ورځنې مېډياوې او افغاني کلتور (ناچاپ)
 19. د ارواښاد استاد سيد غلام علي سادات ژوند ته لنډه کتنه (ناچاپ)
 20. کاريدو لورې (ناچاپ)
 21. ژوند او رږېدلې هېلې.
- سادات صاحب وروسته د طب پوهنځي د فارغيدو څخه د هېواد په لرې پرتو سيمو کې په مختلفو روغتونونو او کلينيکونو کې د ډاکټر په صفت دندې ترسره کړې چې دا مهال هم په خپلو دندو بوخت دی.

په درنښت
نوراغا سعيد
توحيد غبراراديو
کنړ/نورگل

Top Ten Diseases

Introduction, Causes, Signs & Treatment

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



Designed by: Abdul Hadi Asar

By: Dr. Sayed Malyar Sadat



چاپ چارې

د ختيځ خپرندويه ټولنې تخنيکي خانګه - جلال اباد

ختيځ خپرندويه ټولنه/ facebook.com

۰۷۷۲۷۱۹۰۳۰۰۷۷۱۱۰۴۲۴۳

Thank you for reading

Find more e-books and articles on Ketabton - your multilingual digital library.

www.ketabton.com

Ketabton - Pashto, Farsi, Arabic & English