AFGHANIC

Nangarhar Medical Faculty

Prof. Dr. Hafeezullah Apridi

Medical Emergency & Critical Care

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

with CD

ISBN 978-9936-200-19-7

2013

د داخلي بیړنی پیښي او د بحران خارنه

Medical Emergency & Critical Care

پوهنوال ډاکټر حفیظ الله اپریدی

ننګرهار طب پوهنځی

د داخلي بیړنی پیښي او د بحران خارنه

سي ډي سره

پوهنوال ډاکټر حفیظ الله اپریدی

۱۳۹۲

www.ketabton.com

د داخلي بیړنۍ پېښې او د بحران خارنه

پوهنوال ډاکټر حفيظ الله اپريدی

AFGHANIC

Pashto PDF
2013

Nangarhar Medical Faculty
ننګرهار طب پوهنځی

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

Medical Emergency & Critical Care

Prof. Dr. Hafeezullah Apridi

Download: www.ecampus-afghanistan.org

www.ketabton.com

بسم الله الرحمن الرحیم

www.ketabton.com

ننګرهار طب پوهنځی

د داخلې بیړنۍ پیښې او د بحران څارنه

پوهنوال ډاکټر حفیظ الله اپریدی

۱۳۹۲

www.ketabton.com

د کتاب نوم	د داخلي بېړنی پیښې او د بحران څارنه
لیکوال	پوهنوال ډاکتر حفیظ الله اپریدی
خپرندوی	ننګرهار طب پوهنځی
ویب پاڼه	www.nu.edu.af
چاپ ځای	سهرمطبعه، کابل، افغانستان
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ کال	۱۳۹۲ لومړی چاپ
د کتاب ډاونلوډ	www.ecampus-afghanistan.org

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمېټې (په جرمني کی د Eroes کورنۍ یوی خیریه ټولنې) لخوا تمویل شوی دی.

اداری او تخنیکی چارې یې د افغانیک موسسی لخوا ترسره شوې دي.

د کتاب د محتوا او لیکنې مسؤلیت د کتاب په لیکوال او اړونده پوهنځي پورې اړه لري. مرسته کوونکي او تطبیق کوونکي ټولنې په دې اړه مسولیت نه لري.

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

ډاکتر یحیی وردک، د لوړو زدکړو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل: textbooks@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بي ان: ISBN: 978 993 6200 197

www.ketabton.com

د لوړو زده کړو وزارت پیغام

د بشر د تاریخ په مختلفو دورو کې کتاب د علم او پوهې په لاسته راوړلو کې ډیر مهم رول لوبولی دی او د درسي نصاب اساسي برخه جوړوي چې د زده کړې د کیفیت په لوړولو کې مهم ارزښت لري. له همدې امله د نړیوالو پیژندل شویو ستندردونو، معیارونو او د ټولنې د اړتیاوو په نظر کې نیولو سره باید نوي درسي مواد او کتابونه د محصلینو لپاره برابر او چاپ شي.

د لوړو زده کړو د مؤسسو د ښاغلو استادانو څخه د زړه له کومې مننه کوم چې ډېر زیار یې ایستلی او د کلونو په اوږدو کې یې په خپلو اړوندو څانګو کې درسی کتابونه تألیف او ژباړلي دي. له نورو ښاغلو استادانو او پوهانو څخه هم په درنښت غوښتنه کوم تر څو په خپلو اړوندو برخو کې نوي درسي کتابونه او نور درسي مواد برابر کړی څو تر چاپ وروسته د ګرانو محصلینو په واک کې ورکړل شي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د ګرانو محصلینو د علمي سطحې د لوړولو لپاره معیاري او نوي درسی مواد برابر کړي.

په پای کی د افغان ماشومانو لپاره د جرمنی کمیټې او ټولو هغو اړوندو ادارو او کسانو څخه مننه کوم چې د طبي کتابونو د چاپ په برخه کې یی هر اړخیزه همکاري کړې ده.

هیله مند یم چی نوموړې پروسه دوام وکړي او د نورو برخو اړوند کتابونه هم چاپ شي.

په درنښت
پوهاند ډاکتر عبیدالله عبید
د لوړو زده کړو وزیر
کابل، ۱۳۹۲

www.ketabton.com

د درسي کتابونو د چاپ پروسه

قدرمنو استادانو او ګرانو محصلینو !

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لويو ستونزو څخه ګڼل کېږي. يو زيات شمير استادان او محصلين نوي معلوماتو ته لاس رسی نه لري ، په زاړه ميتود تدريس کوی او له هغو کتابونو او چپترونو څخه ګټه اخلی چې زاړه دي او په بازار کې په ټيټ کيفيت فوتوکاپي کېږي.

د دې ستونزو د هوارولو لپاره په تېرو دوو کلونو کې مونږ د طب پوهنځيو د درسي کتابونو د چاپ لړۍ پيل او تر اوسه مو ۱۱۲ عنوانه طبي درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځيو ته استولي دي.

دا کړنې په داسی حال کې تر سره کېږي چې د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د (۲۰۱۰ ـ ۲۰۱۴) کلونو په ملي ستراتيژيک پلان کې راغلي دي چې:

«د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کيفيت او زده کوونکو ته د نويو ، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړينه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د ليکلو فرصت برابر شي د تعليمی نصاب د ريفورم لپاره له انگريزی ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او درسی موادو ژباړل اړين دي، له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلين او استادان نشي کولای عصري، نويو ، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پيدا کړي».

د افغانستان د طب پوهنځيو محصلين او استادان له ډېرو ستونزو سره مخامخ دي. نويو درسي موادو او معلوماتو ته نه لاس رسی، او له هغو کتابونو او چپترونو څخه کار اخيستل چې په بازار کې په ډېر ټيټ کيفيت پيدا کېږي د دې برخې له ځانګړو ستونزو څخه ګڼل کېږي. له همدې کبله هغه کتابونه چې د استادانو له خوا ليکل شوي دي بايد راټول او چاپ کړل شي. د هيواد د اوسنی حالت په نظر کې نيولو سره مونږ لايقو ډاکترانو ته اړتيا لرو ترڅو وکولای شي په هيواد کې د طبي زده کړو په ښه والي او پرمختګ کې فعاله ونډه واخلي. له همدې کبله بايد طب پوهنځيو ته زياته پاملرنه وشي.

www.ketabton.com

تراوسه پورې مونږ د ننګرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ او کاپیسا د طب پوهنځیو او کابل طبی پوهنتون لپاره ۱۱۲عنوانه مختلف طبي تدریسي کتابونه چاپ کړي دي. د ننګرهار طب پوهنځی لپاره د۲۰ نورو طبي کتابونو د چاپ چارې روانې دي. د یادونې وړ ده چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هیواد ټولو طب پوهنځیو ته په وړیا توګه ویشل شوي دي.

ټول چاپ شوی طبی کتابونه کولای شی د www.ecampus-afghanistan.org ویب پاڼی څخه ډاونلوډ کړی.

کوم کتاب چې ستاسی په لاس کې دی زمونږ د فعالیتونویوه بېلګه ده. مونږ غواړو چې دې پروسې ته دوام ورکړو تر څو وکولای شو د درسي کتابونو په برابرولو سره د هیواد له پوهنتونونو سره مرسته وکړو او د چپټر او لکچر نوټ دوران ته د پای ټکی کېږدو. د دې لپاره دا اړینه ده چې د لوړو زده کړو د موسساتو لپاره هر کال څه نا څه ۱۰۰ عنوانه درسی کتابونه چاپ کړل شي.

د لوړو زده کړو د وزارت، پوهنتونونو، استادانو او محصلینو د غوښتنې په اساس په راتلونکی کی غواړو چې دا پروګرام غیر طبي برخوته لکه ساینس، انجنیري، کرهنې، اجتماعی علومو او نورو پوهنځیو ته هم پراخ کړو او د مختلفو پوهنتونو او پوهنځیو د اړتیا وړ کتابونه چاپ کړو.

له ټولو محترمو استادانو څخه هیله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه ولیکي، وژباړي او یا هم خپل پخواني لیکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه ایډېټ او د چاپ لپاره تیار کړي. زمونږ په واک کې یې راکړي، چې په ښه کیفیت چاپ او وروسته یې د اړوندې پوهنځی، استادانو او محصلینو په واک کې ورکړو. همدارنګه د یادو شویو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه او نظریات زمونږ په پته له مونږ سره شریک کړي، تر څو په ګډه پدې برخه کې اغیزمن ګامونه پورته کړو.

له ګرانو محصلینو څخه هم هیله کوو چې په یادو چارو کې له مونږ او ښاغلو استادانو سره مرسته وکړي.

د یادونی وړ ده چې د مولفینو او خپروونکو له خوا پوره زیار ایستل شوی دی، ترڅو د کتابونو محتویات د نړیوالو علمی معیارونو په اساس برابر شی

www.ketabton.com

خو بیا هم کیدای شی د کتاب په محتوی کی ځینی تیروتنی او ستونزی وجود ولری ، نو له دی امله له درنو لوستونکو څخه هیله مند یو تر څو خپل نظریات او نیوکی د مولف او یا زمونږ په پته په لیکلی بڼه را ولیږی، تر څو په راتلونکی چاپ کی اصلاح شی.

د افغان ماشومانو لپاره د جرمنی کمیټی او دهغی له مشر ډاکتر ایروس څخه ډېره مننه کوو چی د دغه کتاب د چاپ لګښت یې ورکړی دی. دوی په تیرو کلونو کی د ننګرهار طب پوهنځی د ۲۰ عنوانه طبی کتابونو د چاپ لګښت پر غاړه درلود.

په ځانګړي توګه د جی آی زیت (GIZ) له دفتر او (Center for International Migration and Development) CIM یا د نړیوالی پناه غوښتنی او پرمختیا مرکز چې زما لپاره یې په تېرو دریو کلونو کې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړی دي هم مننه کوم.

د لوړو زده کړو له محترم وزیر ښاغلي پوهاند ډاکتر عبیدالله عبید ، علمی معین ښاغلي پوهنوال محمد عثمان بابری، مالي او ادري معین ښاغلی پوهنوال ډاکتر ګل حسن ولیزي، د ننګرهار پوهنتون د رییس ښاغلی ډاکتر محمد صابر، د پوهنتونو او پوهنځیو له ښاغلو رییسانو او استادانو څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړۍ یې هڅولی او مرسته یې ورسره کړی ده.

همدارنګه د دفتر له ښاغلو همکارانو څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې یې نه ستړی کیدونکی هلی ځلی کړی دي.

ډاکتر یحیی وردګ، د لوړو زده کړو وزارت
کابل، مارچ ۲۰۱۳
د دفتر ټیلیفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰
ایمیل: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

www.ketabton.com

ډالــــــــــۍ

د څښتن تعالی د حمد او ثنا او په سرور کائنات حضرت محمد مصطفی (ص) د درود او سلام څخه وروسته نوموړی علمی اثر خپل خدای بخښلي پلار اروابښــــــــاد حاجی مراد خان اپریدی، د پښتونخوا ستر مشر، ملی شخصیت، او د تاریخ دغه ځلانده ستوری چی زما په ښوونه او روزنه کی یې زیات زیار ګاللی دی، او هم یې راسره زیاته مینه درلوده د ده سپیڅلی روح او د اهل طـــــب ټولو منســـــوبینو ته په ډېر درنښــــت ډالۍ کوم.

www.ketabton.com

بسم الله الرحمن الرحیم

تقریظ

د محترم پوهنوال دوکتور حفیظ الله اپریدي دداخلې بیړني پیښې او د بحران څارنه تر عنوان لاندې د مومد درسې کتاب تالیف چې دداخلې څانګې له خوا یې دنده اخیستې وه بشپړ کړي دي. نوموړې کتاب ما په هر اړخیزه توګه مطالعه کړ د علمي ارزښت په هکله یې خپل نظر په لاندې ډول څرګندوم :

د نوموړي کتاب تالیف د هیواد په کچه لومړنی تالیف دي چې دداخلي د بیړنیو پیښو او د بحران د څارنې په هکله یې پوره ګټور مواد راټول کړیدي د نوموړي کتاب تالیف د ټول طبي پرسونل، محصلینو، ستاژر ډاکټرانو او خاصتا هغه ډاکټران چې په عاجل خونه کې کار کوي د عاجلو ناروغانو په چټک تشخیص او بیړنی درملنه کې ډیره زیاته مرسته کوي په کتاب کې د زړه او تنفسې دریدو د احیاي مجدد څخه پوره یادونه شویده چې طبی پرسونل کولاي شي په لږ پرتو سیمو کې د احیاي مجدد د بریالی تکنیکو د استعمال په واسطه د لوي خداي (ج) په فضل د ناروغانو ژوند وژغوري د کتاب په منځ پانګه کې د قلبي تنفسي دریدو اهتمامات، حاد تسمماتو، بریښنایي جرحو، تشعشع، شاک، غرقیدو او د زړه د بې نظمي ګانو څخه پوره یادونه شویده او د درملنې لپاره یې مناسبې لارې چارې تجویز شویدي چې له امله یې په عاجله خونه کې د ناروغانو بیړنې تداوي په چټکه توګه اجرا کیداي شي.

زه د نوموړي کتاب تالیف یو باارزښته علمي اثر ګنم او محترم ورور پوهنوال دوکتور حفیظ الله اپریدي ته د نوموړي علمي کتاب په تالیف باندې د برې له امله مبارکي وایم او هم یې د چاپ او نشر سپارښتنه کوم او د لوي خداي (ج) له دربار څخه ورته د نورو بریالیتوبونو غوښتونکی یم .

په درناوي

الحاج پوهاند دوکتور محمد طیبٔ نشاط

دداخلې څانګې استاد

www.ketabton.com

بسم الله الرحمن الرحيم

تقریظ

دداخلې څانګې د استاد محترم پوهنوال دوکتور حفیظ الله اپریدي هغه علمی اثر تالیف چې دداخلې بیړنی پیښې او د بحران څارنه تر عنوان لاندی لیکلی دی نوموړی کتاب ما په هر اړخیزه توګه مطالعه او په لاندی ډول یې ارزیابی کوم

کتاب د الله (ج) په نوم شروع او لرونکی د لیکلړ، سریزی، د سیستمونو بیړنی ناروغی، قلبی تنفسی توقف، شاک، بې نظمی ګانی، بریښنایی جرحی، تسممات، غرقیدل، چیچل او داړل او په اخره کی د ماخذونو لرونکی دي.

د کتاب مواد د ډیرو معتبرو سرچینو، Text books ژورنالو څخه راټول شویدی محترم استاد زیار ویستلی دی چی د CPR تکنیکونه په عملی توګه په شکلونو کی څرګند کړي تر څو فنی او غیر فنی پرسونل په ماهرانه توګه وکولای شي چی قلبی تنفسي توقف ناروغ ژوند وژغوری.

د نوموړي کتاب تالیف د عاجلو ناروغانو لپاره او هغه فنی پرسونل چی دداخلی په عاجل خونه کی دنده سرته رسوی د بیړنیو پیښو په تداوی کی ښه لارښود دي او په عملی کړنه کی ورڅخه پوره ګټه اخیستلی شی. د پورته ټکو په نظر کی نیولو سره محترم داکتر صیب اپریدي د کتاب په لیکلو کې زیات زیار ویستلی دی .

زه د نوموړی کتاب لیکنه مثبته او عالی ارزیابی کوم او د چاپ او نشر سپارښتنه یې کوم او هم د لوی خداي (ج) له دربار څخه محترم دوکتور اپریدي ته په علمی او کلنیکی ډګر کی نور بریالیتوبونه غواړم.

وسلام

پوهاند دوکتور محمد رسول فضلی

د کوچنیانو د څانګی استاد

www.ketabton.com

بسم الله الرحمن الرحیم

تقریظ:

د داخلي څانګې د استاد ښاغلي پوهنوال دوکتور حفیظ الله اپریدی دغه علمی مومد درسی اثر تالیف چې د داخلی بیړنی پیښې او د بحران څارنه تر عنوان لاندی لیکل شوی دی د هغې علمی ارزښت په لاندی ډول ارزوم.

کتاب د الله (ج) په نوم پیل له لیک لړ او سریزې وروسته د داخلی د ایمرجنسی د ټولو پیښو په هکله پوره وضاحت ورکړل شوی دی. او هم یې د تداوی په هکله زیات ګټور معلومات وړاندی کړی دی. کتاب د داسی موضوعاتو په هکله لیکل شوی دی چې پیښې یې په کثرت سره لیدل کیږی. او ناروغان یې په داسی حالت کې روغتون ته راوړل کیږی چې باید مؤظف ډاکټر یې په دقیقو کې د ژغورنی په هکله جدي تدابیر ونیسی. او یوه لحظه بی پروایی هم ونکړي. ځکه چې ناروغان د مرګ او ژوند په یو بحرانی سرحد کې قرار لری.

د کتاب په منځ کې د CPR د مختلفو تکنیکونو څخه پوره یادونه شوی او په شکلونو کې ښودل شوی دی چې طبي پرسونل یې په اسانه عملی کولی شی.

د کتاب منځ پانګه د نوو تازه Text Books او علمي سرچینو څخه راټوله شوی ده او هم د Net څخه کار اخستل شوي دی نوموړی علمی اثر په علمي او عملی ډګر کې د طبي پرسونل لپاره په زړه پوری علمی ذخیره ده.

زه محترم استاد ته د نوموړي کتاب تالیف د یو علمي با ارزښته اثر په توګه مبارکي وایم. اثر یې تایئد او د نشر سپارښتنه یې کوم او په پای کی محترم استاد ته په راتلونکی کی د زیاتو بریالیتوبو غوښتونکی یم.

په درناوي

الحاج پوهاند دوکتور محمد ظاهر ظفرزئ
د طب پوهنځی د داخلې څانګې شف

www.ketabton.com

لیکلړ

عنوان	مخ
قلبي تنفسی درید نه	۱
دتنفس د بیړنی دریدنی اهتمامات	۱
د حاد تنفسی قلبي دریدو اهتمامات	۳
د CPR په وخت کې د وینې جریان میکانیزم	۳
قلبي تنفسی احیاي مجدد	۶
د CPR په وخت کې تهویه	۷
د CPR په موده کې سینې ته فشار ورکول	۹
دزړه د دریدو غوڅه تداوي	۱
بطیني تکي کاردیا یا فیبریلیشن	۱۱
د زړه د بندش اسیستولی	۱۴
برېښنایي میخانیکي بیلوالی	۱۵
د زړه د دریدنی ارزونه او لاری چاری	۱۶
د یوې وریدې لارې جوړول	۲۰
د C.P.R پای ته رسونه	۲۱
د دریدو څخه وروسته څارنه	۲۱
هغه غټې دواګانی چې د قلبي تنفسی احیا په وخت کې استعمالیږي:	۲۲
د احیای مجدد پایلي	۲۴

www.ketabton.com

شـــاک (SHOCK)	۲۵
د پمپ د وظیفي الکتریکې تشوشات	۲۶
د پمپ د وظیفي میخانیکی تشوش	۲۷
فشاري نموتوراکس	۲۸
د سږو کتلوې امبولې	۲۹
د ابهر د سام وظیفوی عدم کفایه	۳۰
د مترال حاده عدم کفایه	۳۱
د مایعاتو د توازن تشوش	۳۲
د حجم د معاوضه کولو لپاره د مایعاتو ټاکنه	۳۳
د مایعاتو معاوضه	۳۴
د مایعاتو په ناسمه ویشني پورې تړلي شاک	۳۶
داخل وریدي لیکه	۴۰
مرکزی وریدي فشار	۴۰
د ریوي شریان کتیترایزیشن	۴۲
د شاک دوايي تداوی	۴۴
کورتیکو ستېروئید	۵۰
بادي یا د هوا ضد رابرې کالې	۵۱
د تریاک انتاګونسټ	۵۱
تنفسي بیړني پېښی	۵۲

www.ketabton.com

۵۴	د حاد تنفسي عدم کفايې کلنيکي پيژند نه
۵۷	د حاد تنفسي عدم کفايې د لاروچارو د سمون اساسات
۶۱	تروماتيک تنفسي عدم کفايه
۶۳	د پورتني تنفسي لاري بندش
۶۶	د ښکتني تنفسي لارې بندش
۶۹	قصبي استما
۷۳	انافلکسس
۷۷	دسګرتوڅکول او کيمياوی جرحه
۷۸	د سږو اذيما
۷۹	د هايدروستاتيک فشار د زياتوالي
۸۳	د سږو خپور فبروزس
۸۴	نوموتوراکس
۸۷	د پلورائې اوبو حاده تولیدنه
۸۸	په اوبو کې ډوبيدل
۹۰	کتلوی هيماپتيزس
۹۲	د توددوخې او يخنې له امله پيداشوي تشوشات
۹۵	د تودوخی د درجی لوړوالی
۹۷	دتودوخې بريښ يا څړيکه
۹۷	دتودوخې ستوماتتيا
۹۸	HEAT STROKE

www.ketabton.com

بریښنائي او دتشعشع جرحی	۱۰۱
دتشعشع جرحی	۱۰۴
تسممات ، چیچل او داړل	۱۰۸
د تسمم دامکان په هکله فکر کول	۱۰۹
دشاک درملنه	۱۱۰
د حرارت د درجی کنټل	۱۱۰
د تسمم پیژند ګلوې	۱۱۰
د جذب مخنیوي	۱۱۲
د سمی موادو چټک خارجول	۱۱۳
د تسمم د ټوکسیک موادو مخنیوي	۱۱۴
سلیسلات	۱۱۴
Acetaminophen	۱۱۶
لیتیم	۱۱۷
Opiods	۱۱۸
Tricyclic antidepressant	۱۱۸
عضوی فاسفیټ	۱۱۹
باربیتورات	۱۲۱
کاربن مونو اکساید	۱۲۲
فینوتیازین:	۱۲۲
Parguat	۱۲۳

www.ketabton.com

چیچل او داړل	۱۲۴
مار چیچنه	۱۲۵
نیښ وهل Stings	۱۲۷
ماخذونه	۱۲۸

www.ketabton.com

سریزه

څرنګه چې په ټوله نړۍ کې په ځانګړې ډول زمونږ په ټولنه کې د داخلي بیړنۍ پیښې په زیاته توګه لیدل کیږي چې غټې ستونزې او مړینه منځ ته راوړي او ناروغ حتی د مړینې کچې ته نږدې کوي د داخلي بیړنۍ پیښې او دبحران ځارنه جدي پاملرنې او بیړنۍ تداوۍ ته ضرورت لري چې د احیای مجدد دبریالیو تکنیکونو په کار اچولو سره زیات ناروغان د لوی خدای (ج) په فضل د مړینی څخه ژغورل کیږی او دناروغانو د مړینی کچه راټیټیږی .

په همدې موخه مو د داخلي دیپارتمنت په هو کړه د داخلي بیړنی پیښی او دبحران ځارنه تر عنوان لاندې د کتاب په تالیف عملي کړنه پیل کړه او اوس د لوی خدای (ج) په فضل نوموړی کتاب بشپړ شوی دی په کتابً کی بیړنی پیښی بیان شوی او دهغوی په بیړنی درملنه پوره رڼا اچول شوی ده چی د طبی پرسونل لپاره د چټکی تداوی کونجی ده . کتاب په ساده ، روانه پشتو ملی ژبه لیکل شوی دی دکتاب منځ پانګې مواد د زیاتو علمې سرچینو ، معتبرو ټکس بوکو اونیټ څخه راټول شوې دی .

نوموړی کتاب د ځوانو ډاکترانو ، متخصصینو او محصلینو لپاره یو ګټور علمی اثر دی تر څو په عملې ډګر کی تری پوره ګټه واخلی .

په اخره کی د محترمې پوهندوې دوکتورس توریپیکۍ اپریدی او سیدال اپریدی څخه چی دنوموړی کتاب د موادو په برابرولو کی نه ستړی کیدونکی هلی ځلې کړی دی د زړه له کومی مننه کوم.

www.ketabton.com

په همدی ډول له درنو لوستونکو څخه هیله لرم چی په کتاب کی کومه قلمې غلطی شتون ولری امید لرم چې په خپلو جوړونکو نظریو له ما سره یاری وکړی ترڅو دراتلونکی چاپ لپاره مو غلطی اصلاح کړی وی .

په درنښت

الحاج پوهنوال دوکتور حفیظ الله اپریدی

د طب پوهنځی د داخلی څانګی استاد

www.ketabton.com

د داخلي بيړني پيښې او د بحرا ن څارنه

Medical emergencies & critical care

قلبي تنفسي دريد نه

Cardio respiratory Arrest

قلبي تنفسی دريدل دمختلفو عواملو له کبله د قلبی تنفسی وظايفو نا څاپي ختميدل دي چې مخصوصاً د زړه Tachyarrythmia او يا د Asystole له کبله منځ ته راتلاي شي. د اسبابو په نظر کې نيولو نه پرته تداوی سينی ته د فشار په ورکولو او مصنوعی تنفس پواسطه شروع کيږي چې د دې پواسطه اکسيجن انساجو ته ورسيږي کله چې دا عمل سرته رسيږي نو د زړه ستونځه تداوی کيږي څرنګه چې قلبي تنفسی دريدنه يوه ناڅاپي پيښه ده او دا پيښنه زياتره د ارجاع وړ وی نو ټولو اوسيدونکو او هغو کسانو ته چې د ناروغ سره په تماس کې وي لازمه ده چې د اساسی تخنيکونو سره بلد شی چې د هغو پواسطه ژوند ژغورل کيږي تنفسی دريدنه زياتره د هوايي لارو د حاد بندش له کبله منځ ته راځی چې د دي لاري چارې ډير اسان کار دي. (۲)

د تنفس د بيړنۍ دريدنې اهتمامات Management of acute respiratory arrest

د تنفسی دريدو نه موخه د تنفس دعمل ناڅاپي دريدل دي چې معمولاً د يو اجنبی جسم لکه د غذايي کتلی پواسطه د هوايي لارو بندش منځ ته راځی (په غير شعوري ناروغانو کې زياتره ژبه د هوايي لارو د بندش سبب ګرځی ناروغ ډير ژرسيانوتيک بڼه غوره کوي د

www.ketabton.com

هوايي لارو د ازادولو او يا د مصنوعي تنفس پواسطه دا ډول cyanotic ناروغان اسانه او په بريالي توګه د مړينې څخه ژغورل کيږي.

په هغه حالاتو کې چې بندش د يو اجنبی جسم پواسطه منځ ته راغلي وي نو غوره لارې چارې چې د امريکا د صحی انجمن لخوا يې وړاندينه شوي ده په لاندې ډول دي.

۱ - Back blows: پدي کړنلاره کې د دواړو کتفونو ترمنځ د ملا د تير د پاسه په زور سره دري يا څلور سوکه وهل کيږي چې د دې پواسطه په ډيره بريالی توګه اجنبی اجسام د خپل ځای نه بيځايه کيداې شي.

۲ - Heim Lich maneuver: دلته د ناروغ د ګيډې په پورتنۍ برخه باندې په دواړو ارغوو سره يو شمير جټکی وهل کيږي چې دا جټکی د ژغورونکی له خوا ترسره کيږی په داسې حال کې چې د ناروغ د شا خوا ته ولاړ وي چې خپل دواړه لاسونه يې د ناروغ د ګيډې د پورتنی او د سينې د ښکتني برخی نه چاپير کړي وي چې پدی طريقه باندې نيوکې شوي دي ځکه چې پدې کړنلاره کې د احشاؤ زخمي کيدل منځ ته راتلاې شي. اما که په ځانګړي کړنلاری سره دا عمليه اجرا شي نو دا به هم محفوظه او هم اغيزمنه وي دا کړنلاره په يو غير شعوري ناروغ باندې چې د شاپه تخته پروت وي هم ترسره کولې شو، پدې ډول چې د لاس ورغوي د ننه خواته متوجه وي او په ورغوو باندې قوه وارده شي او د ناروغ دواړه پښې يو د بل څخه لرې وي.

www.ketabton.com

۳- Manual Removal: د ناروغ خوله وازيږي او كوشش كيږي چې ښكاره اجنبي جسم لري كړل شي دا طريقه تر هغه وخته پوري نه اجرا كيږي ترڅو چې د تنفسي توقف ناروغ په شعوري حالت كې وي او پخپله كوشش كوي چې هوايې لاره صافه كړي.

د حاد تنفسي قلبي دريدو اهتمامات:

Management of acute cardio Respiratory arrest

په ۱۹۲۰ كال كې (Jude) (kouwen Hoven) ، (booker Knickers) څرګنده كړه چې په منظم صورت سينې ته په فشار وركولو سره د وينې جريان حياتي غړو ته شروع كيداي شي ترڅو چې په ناروغ كې نوره ځانګړې درملنه شروع شي، د هغوي په كلينكې راپور كې چې په ۱۱۸ ناروغانو كې د ۲۲ ناروغانو په بريالى توګه دمړينې نه د ژغورل كيدو پيښې ذكر كړي دي. دا مشاهدات په (CPR) (Cardio Pulmonary Resuscitation) پرمټ ولاړ دي چې نن صبا په طبابت كې رواج لري. په CPR كې روزل شوي رضاكاران، نرسان او داكتران شامل دي هغوى چې د تنفسي قلبي دريدنى ناروغانو ته غوره، اغيزمن اوښه ساتنه كولي شي.

د CPR په وخت كې د وينې د جريان ميكانيزم:

د (Jude) ، Hoven Kouwen او Booker Knicker د ا نظر ؤ چې په CPR كې د وينې جريان د زړه د نيغ په نيغه فشار وركولو له كبله د قص هډوكى او د ملا تير تر منځ وو. په حقيقت كې دې طريقي ته تړلي صدري مساژ وايې او د خلاص قلبي مساژپه بدل معرفي

www.ketabton.com

شويدي همغسی چې به پخوا عملي کيده. د دی کړنلاری پربنسټ بطيناتو ته دفشار ورکولو پواسطه A.V Valve بنديږي او وينه ريوې شريان او ابهر ته ځی دا ستر خا په وخت کې هغه لوړ شرياني فشار چې په ابهر او ريوې شريان کې موجود دي د ريوې او ابهر دسامونو د بنديدو سبب کيږي او بطينات د وريدي ويني څخه ډکيږي.

سينی ته په مستقيم ډول په فشار ورکولو کې د وينې د جريان لپاره داسې نظريه موجوده وه چې سينې ته په فشار ورکولو کې د زړه په شاو خوا کې تفاضلی فشار بر قراريږي او د دې تفاضلي فشار پواسطه د وينې جريان منځ ته راځی. پدې وروستيو وختو کې د دې نظريې په هکله شک او تر ديد پيدا شويدي.

Blaufuss, crilly او kissel داسې راپور ورکړلو چې ژر ژر او په زوره ټوخي کول په بطيني فبريليشن کې د **۲۵** ثانيو لپاره شعور ثابت ساتلي شي.

په حيواناتو کې تجربو داسی ښودلي ده چې په ښی اذين، ريوې شريان، چپ بطين، ابهر، مري او جنبي پلورائی مسافه کي سينې ته د فشار ورکولو په دوران کې د فشار بدليدل په حقيقي توګه ليدل شويدي چې يواځی د سينې داخلي فشار بدليدل (دمثال پتوګه په ټوخي کي) د وينې اصلي جريان شروع کولي شي د فشار ورکولو پواسطه په سينه کې په منظم توګه فشار لوړيږي او په CPR کې معمولاً د زړه په شاو خوا کې د فشار تفاضل نه پيدا کيږي.

هغه بدلونونه چې سينې ته د فشار ورکولو په وخت کې په زړه او يا د سينی په نورو داخلی جوړښتوکې منځ ته راځی په مساوي توګه صورت نيسی، په کافي توګه (ثباتي شريانو) ته

www.ketabton.com

ليږديدنه صورت نيسی مگر د سينی ننی فشار سرچپه ليږد وداجی وريد ته دسينی داخلي فوحې د دسام پواسطه منع کيږي. يعنې د سينی د Compression په وخت کې محيطي شرياني وريدی د فشار تفاضل د وينې د جريان سره يوځای هغه چې د دي تفاضل په پايله کې منځ ته راځی بر قراريږي. نو کله چې د سينی فشار ورکول لرې کيږي دسينی داخلی فشار صفر ته راښکته کيږي او د وريدي وينې جريان صورت نيسی او د خارج صدري شريانو څخه شاه گرز جريان چې د ابهر په لور صورت نيسی په نسبي ډول کميږی.

د دي معلوماتو څخه جوته کيږي هغه مانورې چې دسينی داخلی فشار د CPR په وخت کې زياتوي هغه هم د شرياني ويني د فشار او د شريان د جريان سره ملگري وي دا حقايق په تجربوي ډول په انسانانو او حيواناتو کې ښودل شويدي. اپي نفرين هم د CPR په دوران کې په پوره توگه د مايوکارديل او د دماغ د وينې په جريان کې زياتوالي راولي چې دا زياتوالي د الفا ادرينرجيک اغيزو د ميخانکيت له کبله دي چې پدي ميخانکيت کې لاندي فکتورونه شامل دي.

۱ - اپي نفرين د شريانی رگو مقويت زياتوې چې په نتيجه کې د ابهر د ياستوليک فشار لوړيږي.

۲ - داپي نفرين پواسطه انتخابي وعائی تقبض vasoconstriction منځ ته راځی چې د هغه پواسطه د غير ضروري انساجو څخه وينه زړه او دماغ ته شنټ کيږي.

www.ketabton.com

۳- داپي نفرين پواسطه د کروتيد کولاپس څخه مخنيوي کيږي چې د هغې پواسطه دسينی داخلی شرياني فشار دماغ ته انتقاليږي.

د وينې هغه جريان چې د CPR په وخت کې صورت نيسی يوازې د سينی په داخلی فشار پوري اړه نلري، په ځينې حيواناتو کې دسينی داخلی وعائی فشار سينې ته د فشار ورکولو (Chest Compression) په وخت کې د پلورا د فشار څخه زياتيږي، داداسې نتيجه ورکوي چې ځني وخت دزړه compression منځ ته راځی. د CPR هيموډيناميک په انسانانو کې دومره څرګند ندي، ډير شواهدشته چې د وينې د جريان داخل صدري فشار نمونه ئی تائيدوی، ځنی وخت د زړه compression نيغ په نيغه واقع کيږي چې په همدې ډول د غير مساوي داخل صدري وعائی او پلورائې فشارونو انډول کيږي خوشبختانه چې دا دواړه ميخانکيتونه سره يوځای دي. (۱)

قلبي تنفسی احياي مجدد :

د زړه دريدنه د زړه د ميخانيکې وظيفي د ناڅاپي دريدو څخه عبارت ده د زړه د دريدني څخه وروسته د ناروغ د ژغورلو د طريقو کاميابي پدې پورې اړه لري چې دا طريقي په څومره چټکي سره اجرا شي، که چيري پوره دوراني دريدنه د ۲-۴ دقيقو څخه زيات دوام وکړي په نتيجه کې هميشنی دماغیanoxic injury پيښيدای شي.(۸)

د زړه دريدل بايد د ناڅاپي کولپس څخه تفريقي تشخيص شي. په ناڅاپي کولپس کې د غټو او عيو د نبضان ورکيدل او د زړه د اوازونو نشتوالي دي څرنګه چې د زړه په دريدو

www.ketabton.com

کې تنفس د یوځو دقیقو لپاره دوام کولي شي لیکن دا تنفس ژر تر ژره له منځه ځی نولدي کبله د کلنیکي تشخیص څخه وروسته او د تنفس د دریدو څخه مخکې باید ژر تر ژره CPR اجرا شي دزړه دریدنی د ناروغ په تدابیروکې باید د ABC قانون په یاد ولرو. (۲)

الف) Airway=A خلاص ساتل دي.

ب) (Ventilation) Breathing =B)

ج) Circulation =C

د CPR په وخت کې تهویه:

تهویه چې د CPR یو مهم جز دی کله چې CPR ته ضرورت پیښ شي باید ژر تر ژره شروع شي، د دي لپاره دا ضروري ده چې هوائې لاره دا جنبي اجسامو څخه پاکه کړل شي او مصنوعي غاښونه لري شي د دي څخه وروسته سرته باید داسې وضیعت ورکړل شي چې هغه بندش چې د ژبی د قاعدی پواسطه په پورتنی تنفسی لاره کې منځ ته راغلي وي لري کړل شي د دي مقصد لپاره په اوسني وختونو کې دري تکنیکونه اجرا کیږي. او اجرا کیدل ئې ډیر اسان دي.

۱) Head Tilt, Chin Left Methods : پدي مانوره کې د ناروغ سرد لږ فشار پواسطه چې په تندي واردیږي د شاخواته ټیله شي او د ناروغ زنه مخې خواته پورته شي او په بل لاس سره باید د ناروغ ژامه ونیول شي. (۲)

www.ketabton.com

۲) Head Tilt, Neck Left Methods : دا کړنلاره د پورتني کړنلارې په شان ده ليکن د ژامي په عوض غاړه مخې خواته پورته کيږي پداسې حال چې سر يې وروسته ټيله شوي وي که چيري د نخاع رقبي جرحه موجوده وي نو بايد چې دا تخنيک ترسره نشی که چيري بنفسهی تنفس موجود نه وي او يا که چيري تنفس ډير خفي کمزوری وي نو بايد ژر تر ژره خوله په خوله تهويه شروع شي چې د هري تهوئې سره بايد د ناروغ د سيني پورته کيدل او ښکته کيدل مشاهده شی د يو مجهز ژغورونکی پواسطه د اکسيجن ورکول د کڅوړي او ماسک تخنيک Mask Technique & bag چې ميخانيکی تهويه کوونکی اله ولري عموماً استعماليږي د دي الاتو له جملې څخه منحني شکله پلاستيکي Airway يو ساده شکل دي چې په ډيره اساني سره ځای په ځای کيږي او د دي پواسطه ژبه مخې خواته راوړل کيږي او تنفسی لاره خلاص ساتل کيږي په دوامداره CPR کې د Mask & Bag تخنيک پواسطه د تهوئې ثابت ساتل ستونزمن کار دی چې د معدي توسع او Aspiration منځ ته راتلاي شي.

د عاجلي تهويې په حالاتو کې Esophageal obturator airway اغيزمن او ګټور تخنيک دي د دې الې د پوکانۍ پواسطه مري بنده ساتل کيږي چې د معدې د توسع او Aspiration څخه مخنيوي کوي د Esophageal obturator Tube د بلعومی برخي د نږدې سور يوڅخه تنفس صورت نيسی، کله چې د پوکانۍ هوا وويستل شي نو د Aspiration خطر موجود وي.

www.ketabton.com

په نوي Esophageal obturator airway devices کې يو نازو ګستريک تيوب په E.O. Tube کې د معدي د تخليي په منظور داخليږي چې لدي کبله د Aspiration خطرکميږي نور اختلاطات ئې مشتمل دي په دمري د سوری کيدو او دماغی هايپوکسيا څخه چې په شزن کې د تيوب د غلط داخليدو څخه منځ ته راځی. يوه انتخابي اله چې يوه خلاصه Airway جوړوی د داخل شزنی تيوب څخه عبارت ده چې د Endotrachial Intubation پواسطه ناروغان زيات تهويه کيداي شي او په نتيجه کې شرياني PCO۲ کميږي او د زړه د دريدو ميتابوليک اسيدوزس معاوضه کوي. د پورتني تيوب داخلول مهارت ته اړتيا لري تر هغه وخته پوري چې ناروغ ته تيوب داخليږي بايد خوله پخوله د ماسک او کڅوړي ميتود او د سينی compression ته تر ډيره وخته پوري ادامه ورکړل شي په شزن کې د تيوب صحيح وضعيت په دواړو سږو کې د تنفسی اوازو د موجوديت ، د معدې د پاسه Air sounds نشتوالي او د ناروغ د سيني د جدار په پورته ښکته کيدلو سره ټاکل کيداي شي.

د CPR په موده کې سينی ته فشار ورکول:

کله چې پوره تهويه اجرا شي نو بيا سينی ته فشار ورکول شروع کيږي د لاس ورغوی دقص هډوکی د ښکتني ثلث لاندي ايښودل کيږي او په يوه دقيقه کې ۲۰ ځلي ۱،۵ - ۲ انچ پوري سينه compress کيږی هر پنځم compress د يوې تهويي پواسطه تعقيبيږي د سيني د فشار ورکولو په وخت کي بايد يوه غټه اوعيه جس شي چې سيني ته د هر فشار ورکولو پواسطه بايد يو شرياني نبضان جس شي، د نبض کموالي يا نشتوالي سينی ته په

www.ketabton.com

ناکافي فشار ورکولو، هایپووتتلیشن ، پریکاردیل ټمپوناد او یا فشاری نوموتوراکس باندي دلالت کوي.

د امریکي د روغتیا ټولنی د قلبي تنفسی احیا CPR لپاره Neumatic Chest Compression الات برابر کړیدي دا الات د مړینې څخه د ژغورلو په مورد کې د چټک CPR پشان اغیزمن دي او د دي الاتو جانبي عوارض یا اختلاطات نشته.

دزړه د دریدو غوښه تداوي :

د زړه د دندې یقیني تداوي په الکتروکاردیوګرام باندي متکی ده عموماً د زړه دریـدنه د زړه دبی نظمی په لاندنیو دري کته ګوریو کې لیدل کیږي.

۱) بطیني تکي کاردیا یا فیبریلیشن.

۲) اسیستول یا د زړه پوره بندش.

۳) الکتریکې میخانیکي بیلوالي Electromechanical dissociation.

که چیري د زړه دریدل واقع شوي وي او د الکتروکاردیوګرام د اخستلو څخه مخکې Defibrillator په لاس کې وي نو باید بې له ځنډه ۲۰۰ ژوله DC shock ورکړل شي داکار په دوه واقعیتو متکي دي.

اول: دا چې بطینې تکي ارتمیا د زړه په زیاتو توقفاتو کې منځ ته راځی.

www.ketabton.com

دوهم: نیغ په نیغه دبریښنا Counter shock داسستولي د زړه بلاک یا د E.M.D د حالاتو په شان نه وي.

بطیني تکي کاردیا یا فیبریلیشن

کله چې بطیني تکي کاردیا یافیبریلیشن منځ ته راشي نو باید ژر تر ژره برقي ډي فیبریلیشن اجرا شي مستقیم ډي فیبریلیشن پداسې ډول اجرا کیږي چې یو الکترو د قص د هډوکي په پورتنۍ څنډه کې او بل الکترو د زړه د زروی په چپ طرف کي ایښودل کیږي الکترودونه باید چې د paste پواســـطه پوښل شــــویوي او دا الکتردونه باید د trans thoracic مانع د کموالي له خاطره د سینې سره کلک ونښلول شي د leddle قدامی خلفی وضعیت نسبت قدامی جنبي وضعیت ته زیات ګټور ثابتیږي بیا هم د قدامی خلفي وضعیت څخه قدامی جنبي وضعیت ته ترجیح ورکول کیږي د امریکي د روغتیا ټولنی د سپارښتنی له مخې د بطیني فیبریلیشن په لومړنی تداوی کې یو یا دوه ۲۰۰ ژوله counter shock اجرا کیږي مخکیني عالمانو د ډي فیبریلیشن د پاره د لوړي انرژې د استعمال وړاندیز کړي وو، هغه ناروغان چې ۹۰ کیلو ګرام وزن یې درلوده ۸۵-۹۰ فیصده پوري د ډي فیبریلیشن لپاره ۱۷۵-۲۰۰ ژوله انرژی یې استعمالوله. که چیري په حیواناتو کې د ډي فیبریلیشن په منظور تکراري لوړه انرژی استعمال کړل شي نو په نتیجه کې د زړه د عضلی جرحه منځ ته راځی که چیري په الکتروکاردیوګرام کې ډیرکم فیبریلیشن موجود وی او یا که لمړنی د دوه ځلی ډي فیبریلیشن کوششونه ناکامه شي نو اپي نفرین (۵-۱۰سي سي د ۱:۱۰۰۰) دورید د لاری ورکول کیږي او باید چی قلبي

www.ketabton.com

تنفسی احیا CPR ته دوام ورکړل شي اپی نفرین په ډي فيبريليشن کې اغيزه ناک دي ځکه چې د CPR په دوران کی د اکلیلی وینې جریان زیاتوي د ډي فيبريليشن تکراري ناکامیدل د مایوکاردیل اسکیمیا ، اسیدوزس او هایپوکسیمیا شدت ښئی چې باید CPR ته دوام ورکړل شي او د هر ۵-۱۰ دقیقو په موده کې باید اپی نفرین تطبيق شي پدي وخت کې سوديم بای کاربونيت هم ۱meq/kg ورکړل شي. د زړه د توقف په ناروغ کې اضافی اکسیجن په لوړ غلظت سره ورکول کیږي زیاته تهویه د استقلابي اسیدوزس د معاوضه کولو لپاره هم گټوره تماميږي د دي فيبريليشن تکراري هلي ځلي د ۲۰۰-۳۲۰ ژول انرژی پواسطه اجرا کیږي که چیري بطيني فيبريليشن دوام وکړي نو پرته د پورتني اهتماماتو Brethylium د ۵ ملي گرام په هر کيلو وزن د بدن د ورید له لاري تطبيق کړل شي او هم باید مستقیم counter shock تکرار شي اضافی brethylium د ۱۰ mg/kg په دوز د ۱۰-۱۵ دقیقو په وقفه ناروغ ته ترهغه وخته پوري ورکول کیږي ترڅو چې ۲۵mg/k.w تـــــه ورسیږي که چيري بطینی ډي فبريليشن د Brethylium پواسطه له منځه لاړ نشي نو اپي نفرين تکراري Counter Shock او ليډوکاین د ورید له لاري ۱ mg/k.w په ډوز سره د هر ۳-۵ دقیقو په وقفه ورکول کیږي ترڅو چې مجموعی دوز ئې ۳ mg/kg ته ورسیږي.(۷)

پروکاين اما ید ۵۰۰ ملي گرام په لوړ دوز سره د ورید له لاري په ۵ دقیقو کې تطبيق شي او د ضرورت په وخت کې وروسته د ۵ دقیقو تکرار شي که چیري د هیموډینامیک یو ثابت نظم لاس ته راشي ليکن ناروغ دوهم ځلي بطيني فيبريليشن پيداکړي چې مخصوصاً په حاد مایوکاردیل انفارکشن کی پیښیږي نو propranolol استعمالیدای

www.ketabton.com

شي دا دوا هغه وخت ورکول کيږي کله چې پورتنی تداوی د ناکامي سره مخامخ شي چې د ۱-۲ ملي ګرامه په دوز دورید له لاري په ورو ډول سره ورکول کيږي چې ۳-۴ دقيقې وخت نيسی په مجموعي ډول سره ۵-۱۰ ملي ګرامه دوا ته ضرورت پيداکيږي د کامياب cardioversion پيښې نه وروسته د ورید له لاري ليډوکائين يا Bretylium يا پروکاين اما يد ته کم تر کمه بايد د۲۴ ساعتو لپاره دوام ورکړل شي. هغه فکتورونه چې Ectopi منځ ته راوړی مثلاً اسکيميا، هايپوکليميا او هايپوکسيميا بايد په نظر کې وي، هايپرکليميا د بطيني فبريلشن يو سبب دي چې په داخل بستر ناروغانو کې نه ليدل کيږي د توقف څخه مخکې په الکتروکارديوګرام کې د لوړي تيې موجی او د نارمل QT وقفی يا د Sin wave منظره د بطيني تکي کارديا تشخيص وضع کوي. هايپرکليميا د AV block ، داخل اذيني او يا داخل بطيني انتقال ته ځنډ ورکوي، چې د بطيني فيبريليشن او نادراً د اسيستول سبب کيږي.

خطرناکه هايپرکليميا په ډيره ښه توګه ۱۰-۳۰ سی سی کلسيم ګلوکونات ۱۰ فيصده محلول پواسطه د وريدي لاري تداوي کيداي شي چې د الکتروکارديوګرام پواسطه ښودل کيږي. کلسيم په عضلي عصبي غشا باندي د مقايسوي نهی له کبله د پوتاشيم خراب جانبي عوارض له منځه وړي ليکن د پلازما د پوتاشيم په سويه باندي کوم تاثير نلري هايپرکليميا بايد د سوديم باي کاربونيت، د ګلوکوز انسولين انفيوژن او يا د Ion Exchange Resin پواسطه تداوی شي. د ۱۹۲۰-۱۹۷۰ کالونو ترمنځ د بطينی توقف په تداوی کې پريکارديل Thump يوه معقوله عمليه وه بطيني تکي کارديا د پريکارديل قرعې پواسطه په sinus رتم بدليدای شي بيا هم داتخنيک په غير شعوري ناروغانو کې

www.ketabton.com

بطيني فبريليشن منځ ته راولي ليکن په Non Assested ناروغانو کې دا تخنيک ګټور ندي، اوسني پلټنو داسې ښودلي ده چې دا تخنيک په هغو حالاتو کې استعماليداې شي چې د ECG له مخې بطيني فبريليشن يا بطيني تکی کارد يا ثابته شي، پداسې حال کې چې Defibrillator موجود نه وي. په ډيره لږو پيښو کې ټوخې، بطيني تکي کارد يا په Supra ventricular Rhythm بدلولي شي او تکراري ټوخي شعور ثابت ساتلي شي چې په نتيجه کې دسينی داخلی فشار لوړيږي.

د زړه د بندش اسيستولی

اسيستول د زړه د دريدو يو عمومی سبب دی چې د انستيزيا او يا د جراحی عملياتو په ترځ کې د واګوس عصب د زياتي تنبه له کبله منځ ته راځی. اسيستول په ثانوي توګه د زړه د بلاک او يا د سينوس عقدي په ناروغيو کې منځ ته راځی. پدی حالاتو کې يو ملي ګرام اتروپين د وريدي لاري چې په پنځو دقيقو کې تکرار شي په ډيره کاميابي سره دا سيستول اوبراډي ارتميا څخه مخنيوی کوي. که چيري ناروغ شعوري حالت ولري نو منظم او قوي ټوخي کول د حياتي اعضاو پرفيوژن ترهغه وخته پوري ثابت ساتلي شي ترڅو چې مخصوصه تداوی شروع شي. دروغتون څخه بهر د زړه د توقف د ناروغانو مطالعاتو داسي ښودلي ده چې د ناروغ د ژغورلو کاميابه اندازه د لومړني رتم پوري اړه لري، په هغه ناروغانو کې چې د هغوې د زړه په توقف باندي ډير وخت تير شوي وي اسيستول ليدل کيږي چې خراب انزار لري. (۷)

www.ketabton.com

که چیري اسیستول تشخیص شي نو د پریکارد یوم په ناحیه باندي په شدت سره سوک وهل زړه دوهم ځلي په حرکت راوستلي شي کله چي ژوره براډي کاردیا او یا اسیستول موجود وي نو په منظم صورت سره د پریکاردیوم قرعی ته دوام ورکول کیږي پداسې حال کې چې یو غټ شریاني نبض جس شي ترڅو چې کومه بله مخصوصه تداوی په لاس کې نه وي. که چیري په سینه باندي سوک وهل د ناکامی سره مخامخ شي نو باید چې CPR په چټکه توګه شروع کړل شي او اپی نفرین ۵-۱۰ ملي لیتر ۱:۱۰۰۰ د وریدله لارې تطبیقیږي اسیدوزس او هایپوکسیمیا د هایپروتنلیشن او سودیم بای کار بونیت په وسیله صحیح کیږي د ژغورلو معیارات ځنی وخت په ورو بطیني رتم باندي منتج کیږي هغه چې د اتروپین ۱-۲ ملي ګرامه د وریدي لاري او د Iso protrenol په واسطه تقویه کیداي شي ترڅو چې یو pacemaker کینبودل شي خارجی (Pacing) زیاتره اغیزمن ثابتیږي. (۷)

برېښنايې میخانیکي بیلوالی

داغیزمن پرفیوژن څخه غیر د زړه د منظم بریښنایې فعالیت څخه عبارت دي.

هایپوولیمیا ، پریکاردیل تمپوناد او فشاري نوموتوراکس د دې حالت غوره اسباب دي که چیری د ژغورلو په هڅه کې د E.M.D تشخیص وضع شي نو د پورتني حالاتو د تداوی وړ کلنیکي تظاهرات باید په نظر کي ونیول شي او که چیري لازم وي نو باید ژر تر ژره ځانګړی تداوی د وریدي لاري د مایعاتو په اخیستلو ، د وینې په معاوضه کولو پریکادیو سنتیزس یا د سینی د تیوب د اینبودلو پواسطه شروع شي. که چیري E.M.D د زړه د

www.ketabton.com

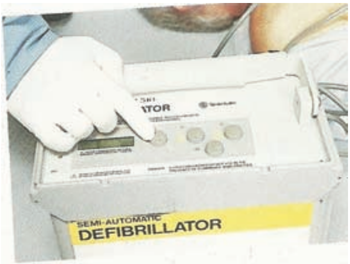
لومړنی عدم کفایې له کبله منځ ته راغلي وي نو انزار ئې خراب دي باید چې اپي نفرین ورکړل شي او په منځنۍ کچه تهویه اجرا شي. کلسیم کلوراید mg/kg ۵-۷ د ورید د لارې ورکول کیږي خو زیاتره اغیزمن نه ثابتیږي د زړه د حاد احتشا په حالاتو کې ناڅاپي زیاتره د زړه د عضلي څیرې کیدل ښئي نو پدي حالت کې په چټکه توګه E.M.D پریکادیوسنتیزس اجرا او د دې نه وروسته جراحی ترمیم اجرا کیږي چې ګټور تمامیږي.

د زړه د دریدنې ارزونه او لارې چارې

لومړۍ شکل: ناروغ د قلبي دریدنې په حالت کې (۲)

دوهم شکل د نبض ورکیدل راښیي (۲)

دریم شکل اتوماتیک خارجي(AED) Defidrillator (٦)

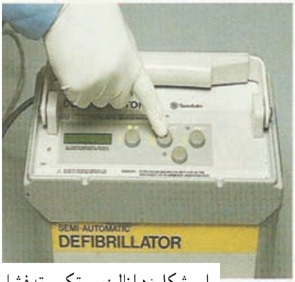


څلورم شکل دAEDدکمې ته فشارورکړی (٦)

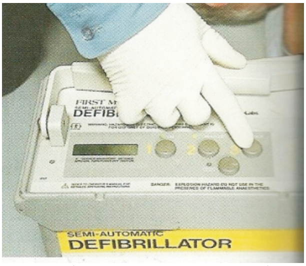
www.ketabton.com

پنځم شکل د ډي فبريلشن عمليه د سينې دفشار سره (۲)

شپږم شکل اوس ډاډه شي چې د ناروغ ځانګړني بنه دي(۲)



اوم شکل : د اناليزيس تکمي ته فشار ورکړي(



اتم شکل که ځواب ورنه کړي اناليزيس تکراريږي(۲)

نهم شکل د CPR په موده کې ثباتي نبض جس کړي (۲)

لسم شکل که نبض نه وي نوبيا هم عمليه اجراکيږي(۲)

www.ketabton.com

یولسم شکل د CPR په موده کې نبض معاینه کړې (۲)

دولسم شکل په مستقیم ډول Airway تطبیق کیږي (۲)

دیارلسم شکل نیغ په نیغه تهویه دلوړغلظتاکسیجن سره (۲)

څورالسم شکل د یوې دقیقې CPR څخه وروسته بیا هم دریم ځل تکرار معاینه (۲)

www.ketabton.com

پنځلسم شکل که نبض جس شو تنفس وګورې(۲)

شپاړسم شکل که تنفس نارمل شو لوړ غلظت اکسیجن تطبیق کیږي (۲)

www.ketabton.com

د يوې وريدې لارې جوړول

کله چې C.P.R پيل شي نو د ځانګړې طبي تداوې لپاره وريدي لاره ضروري ده چې بيا هم د وريد لاره ستونزمنه تماميداي شي او دا بايد په نظر کې وي چې ځنې عاجلې دواګانې د داخل شزنی تيوب له لارې په اغيزمنه توګه ورکولې شو هغه چې په کاميابه ډول د وريدي لارې ځای نيولې شي. اپی نفرين ليدوکاين او اتروپين د داخل شزنی تيوب له لارې په ستانډر دوز سره ورکول کيږي چې د سيروم سويه په پوره اندازه وساتي د دې لارې څخه د لس ملي ليتر نه زيات نشي ورکول کيداي اما هر يو د دې دواګانو څخه د لس دقيقو په وقفه تکراريږي که چيري محيطی وريدونه ښکاره نشی نو بيا Cut down اجرا او يا د Per Cutaneus Route په ذريعه مرکزی وريدي لاره جوړيږي که چيري C.P.R په ښه توګه اجرا شي نو د دوران د ساتلو په منظور د مرکزي لارې په بدل کې محيطی لاره ګټوره تماميږي. که چيري نوموړی دوا د محيطی لارې څخه ورکړل شي نو د ۱۵-۳۰ ثانيو په موده کې وريدي دوران ته رسيږي. مرکزي لاره بايد د تجربه کار کس پواسطه وټاکل شي ځکه چې خطر ناک اختلاطات ورڅخه منځ ته راتلاي شي لکه نموتورکس او يا وريدي څيري کيدل پيښيدای شي د زړه پداخل کې پيچکاري کول اکليلي څيري کيدل منځ ته راوړي دا لاره يواځې په هغه حالاتو کې تعقيبيږي چې د وريدي يا داخل شزنی د لارې امکان موجود نه وي او يا C.P.R د نبض په پيداکيدوکې اغيزمن ثابت نشی.

www.ketabton.com

د C.P.R پای ته رسونه:

د زړه د توقف په ناروغانو کې د ژوند د بقا لپاره کله کله د زیاتو هلو ځلو سره سره هم بنفسهی دوران منځ ته نه راځی. چې د هلو ځلو د ختمولو فیصله سخت کار دې او د توقف په اسبابو پوري اړه لري او همدارنګه د ناروغ په دماغی، قلبي وعائی او په عمومی وضع پوري هم اړه لري. د کافی C.P.R څخه ۱۵-۲۰ دقیقي وروسته د منظم E.C.G ثابتوالي او په کافي اندازه د ځانګړی تداوی نتیجه دومره ښه نه وې غیر شعوري حالت د تنفس او عکساتو نه موجودیت په دماغی اسکیمیا دلالت کوي او اوږدی مودی پورې د ژغورلو هلي ځلي د ناکامی سره مخامخ کیږي. د تداوی پورتني طریقي په ناروغانو کې تغییر خوري هغو کې چې Hypothermia د باربیتورات د دوز زیاتوالي او یا Electro cution په نظر کې وي د احیا مجدد د پیل کیدو څخه څو ساعته وروسته په ښه توګه دماغی فعالیت شروع کیږي.

د دریدو څخه وروسته څارنه:

د ژغورلو د کامیابه عملیې څخه وروسته ناروغ باید په Intensive care units کې وساتل شي ځکه چې د زړه بی نظمی ګانی د تنفس او هیموډینامیک تشوشات زیات معمول دي. لومړی د تنفس تقویه کول ډیر ضرور دی د هایپوکسیمیا او د اسیدوزس د تداوی په منظور باید د شریانی وینی ګازات وټاکل شي چې دا حالت زیاتره د توقف څخه واقع کیږي د مایعاتو د سویې د ثابت ساتلو او د زړه د وظایفو د کموالي په خاطر د ریوي

www.ketabton.com

شریان کتیترایزیشن ته ضرورت پیښیږي. د توقف څخه وروسته انسفالو پاتی د تداوي په خاطر باید چې د پرله پسی هایپوکسیا یا هایپوتنشن څخه مخنیوي اوشی همدارنګه د سیروم د ګلوکوز نارمل ساتل، الکترولایت او اسمولاریتي باید ثابت وساتل شي او د ماغی اذیما دې کمه کړل شي که څه هم gluco corticosteroid زیات مستعمل دي لیکن د توقف څخه وروسته د دماغی اذیما لپاره نه تجویز کیږي. داسکیمیک انسفالو پاتي د ناروغانو انزار د دماغی وظایفو د عدم موجودیت په ژوروالي او دوام پوري اړه لري، د ژغورلو د عملیي څخه وروسته په ۲۴ ساعتو کې د دماغی وظایفو د اعاده کولو ناکامی یوه خرا به علامه ده که چیري ناروغ صحت ومومی وروسته دسلوک تشوشات یا دماغی نقیصې منځ ته راتلاي شي. همدارنګه نور وروستنی اختلاطات چې د ژغورلو د عملیي څخه وروسته منځ ته راځی عبارت دي له د پښتورګی عدم کفایه، نمونیا Bowel isehemia او sepsis چې لومړنی او بیړنی اهتماماتو ته اړتیا لري. (۱)

هغه غټې دواګانی چې د قلبي تنفسی احیا په وخت کې استعمالیږي:

هغه دواګانی چې د وصفی بی نظمی ګانو په تداوی کې مستعمل دي او مخکې ذکر شویدي . دا د زړه د عضلي او دماغ پرفیوژن زیاتوي نو د قلبي تنفسی احیا په وخت کې د دوران د تقویې لپاره اپی نفرین او یا نوري مقبض الوعائی دواګانی توصیه کیږي برسیره پر دی د مثبت Inotrope او chronotropic خصوصیاتو د لرلو له کبله په اسیستول د زړه بلاک او په E.M.D کې ګټور ثابتیږي، دا دوا د وریدي او یا د شزن له لارې د هر پینځه یا لس دقیقو په واټن د نیم تریوملي ګرام په دوز توصیه کیږي، ناراپي نفرین Levophlex

www.ketabton.com

يوه ښه مقبض الوعائی او Inotropic دواده او د C.P.R په وخت کې د اپي نفرين پشان فشار لوړ وي او د زړه دعضلی او دماغ پر فيوژن زياتوي. غوره اړخيزه اغيزه ئي د ميزانتريک او کليوی اوعيو تقبض دی. د پوستکی لاندي د مايعاتو تولیدل د انساجو د شديد نکروزس سبب ګرځی دا دوا د هايپوتنشن په تداوی کې زياتره ګټوره دواده ځکه چې کرونوترو پيک تاثير يې نظر اپي نفرين ته لږ دي ډوپامين د اپي نفرين يو پيشقدم دی او Du butamine چې يوترکيبي کتيکول امين دي په C.P.R کې ډير لږ مستعمل دي اما د Inotropic تاثير د لرلو او د کم کرونو تروپيک او اوعيو د تقبضی خاصيت د لرلو له کبله په اپی نفرين باندې لومړيتوب ورکول کيږي ايزپروترينول يو ترکيبي کتيکول امين دي چې خالص بيتا Agonist تاثير لري او د زړه د بلاک او هغه براډيکارديا په تداوی کې چې د اسيستول له کبله منځ ته راغلي وي مستعمل دی ترڅو چې يو عرضی ډاډګيرنه صورت ونيسی. دا دواپه C.P.R کې نه استعماليږي ځکه چې د اوعيو د استرخاد تاثير له کبله شرياني فشار ښکته راولي د دريدنی په وخت کې د ميتا بوليک اسيدوزس د اصلاح کولو په خاطر سوديم بای کاربونيت استعماليږي د زړه د دريدنی د ميتابوليک اسيدوزس لومړنی تداوی په پوره ډول د اسناخود تهوئی او د شرياني PCO۲ کموالي دي وروسته د C.P.R د شروع څخه سوديم بای کاربونيت mg/kw ۱ توصيه کيږي که چيري ضرورت وي نو د ۱۵ دقيقو څخه وروسته نيم دوز يې تکراريږي د سوديم بای کاربونيت زيات ورکول د ميتابوليک اسيدوزس هايپرناتريميا او د هايپراسمولاريتې سبب کيږي. کلسيم کلورايد ۵-mg/kw۷ د زړه د ښه تقلصيت لپاره استعماليږي او په شديد هايپوتنشن يا E.M.D کی د کتيکول امين د تداوی څخه وروسته استطباب لري .

www.ketabton.com

د احیای مجدد پایلې:

Kouwen haven او bocker knicker پخپلو لومړنی څیړنو کی د ۲۴٪ د کامیابه احیا او دروغتون نه د خارج کیدو راپور ورکړ. د لسو کالو مخکې څیړنو د اشرح لوړه کړې ده داسې ښایې چې ډیر وروستنی شمیرنی د روغتون څخه بهر د احیا شرح پارامیډیکل ځوابیه Para Medical Response سیستم پواسطه ۲۰ فیصدو ته رسیدلي دي هغه فکتورونه چې د روغتون څخه بهر په یو کامیاب احیاي مجدد باندي تاثیر لري عبارت دي له وخت څخه چې د کولپس څخه تر د C.P.R شروع کیدو پوري (د ۴ دقیقو نه لږ) د C.P.R په ټول دوام پوري یعنې د ۷ دقیقو څخه لږ.

په یوه ټولنه کې چې ښاریانو ته د C.P.R او عاجل طبي سیستم روزنه ورکول کیده د روغتون څخه بهر د ۲۱ فیصده ناروغانو ژوند وژغورل شو. د خارج شوي ناروغانو (۲۵۰/۲۷۲) یعنې د ۲۷۲ ناروغانو څخه ۲۵۰ ناروغان د دی وړ وو چې کور ته بیرته ولاړ شي د ۶۲ فیصد څخه زیات هغه ناروغان چې مخکې د توقف څخه یې کارکولو د توقف څخه وروسته بیرته کار ته ولاړل، د C.P.R تخنیک د ژوند او دماغی وظایفو په ثابت ساتلو کې ډیر اغیزمن رول لري د احیاي مجدد نتایج به د C.P.R د ښه روزنې او د پارامیډیکل ځوابیه Response Para medical سیستم د زیات استعمال له کبله نور هم ښه شی.

www.ketabton.com

شــــاک (SHOCK)

پيژند نه: شاک د يو کلينکی سندروم څخه عبارت دی چې په هغه کی د اعضاؤ پرفيوژن په صحيح توګه صورت نه نيسی او په يو لړ کلنيکی اعراضو متصف دي چې عبارت دي له تهيج، خړ پړتيا، کوما، هايپروتنليشن ، اوليګوريا، انوريا، هايپوتنشن ، وازو کنسترکشن او د اوعيو توسع.

شاک او د هغه مختلف څرګندونې يو ډيناميک حالت ښيي چی په هغه کې لومړنۍ بی نظمی د معاوضوی ځواب پواسطه تعقيبيږي او پخپل وار د ثابتي اسکيميا د اغيزو پواسطه تغيير خوري د شاک اغيزمنه تداوی د ناروغ دوهم ځل نارمل حالت ته راوستل دي. شاک تل د ځنی تشوشاتو لکه مايوکارديل انفارکشن اوانتاناتو په نتيجه کې منځ ته راځی چې بايد سبب يې تداوی شي. په شاک کې د ناروغ د ضروري مشاهداتو او تشخيص لپاره د نبض، د حرارت د درجی او د ادرار جريان هغومره ضرور دي په هغه اندازه چې شريانې ويني د ګازاتو ټاکل ضروري وي شرياني فشار چې د ستاتسکوپ او cuff پواسطه ټاکل کيږی د شاک د تشخيص لپاره کافي ندي او انساجو ته پرفيوژن ډير لږ صورت نيسی، هغه ناروغان چې په څرګنده پوره شرياني فشار لري کيداې شي چې د اعضاوو غير رجعی نقصان يا damage ورکړي که چيري د ناکافي پرفيوژن د نورو نښو څخه صرف نظر وکړو د وينې د فشار د کموالي د خاطره مقبض الوعائی دواګانی د پښتورګی ، اکليلي او سپلانشيک د اسکيميا سبب کيږي، ټول دورانی سيستم د دري اجزاؤ يعنې پمپ، رګونو، اومايعاتو څخه تشکيل شويدي د هر جز تشوش د شاک

www.ketabton.com

سندروم د منځ ته راتلو سبب کیږي، د تداوی څخه مقصد د پوره مقدار مایعاتو د جریان ساتل دي چې په خلاصو رګو کې په فشار سره جریان لري زیاتره د شاک سندروم لومړنی سبب څرګند وي خصوصاً لکه د ترضیض څخه وروسته خطرناک نزف یا بکتریائی انتان ، کله کله د شاک لومړنی سبب واضح نه وي خصوصاً کله چې په شاک باندي ۲۴ ساعته تیر شوي وي او یا کله چې ناروغ د دې وړتیا ونلري چې تاریخچه بیان کړي پدغه حالاتو کې د دغه دري اجزاو د هر یو تشوش د نوموړی شاک تعریف خواته لارښوونه کوي.

د پمپ د وظیفي الکتریکي تشوشات:

د زړه د ضربان شمیر او نظم تشوشات په پوره توګه د زړه دندی مختل کولي شي چې په نتیجه کې شاک منځ ته راځی. یو قوي زړه په یوه دقیقه کې ۴۰-۱۲۰ في دقیقه د زړه د rate تغییرات معاوضه کولي شي هغه ناروغان چې د زړه عضوی ناروغی لري په هغوي کې دا حدود د min/ ۵۰-۱۲۰ ترمنځ فرق کوي سینوس براډیکاردیا دواګوس عصب د زیات تنبه کیدو له کبله منځ ته ر اځی چې د کانګو او یا د انساجو لاسی مانورو (یعني سیګموئیدوسکوپي، قطنی بذل، توراسنتیزس) هایپوتنشن میکزو د یما او د زړه د حاد احتشا په سیر او د سینوس عقدي د وظایفو د عدم کفایې په نتیجه کې منځ ته راځی. سینوس تکی کاردیا د تبي ، هایپوکسیا ، هایپوولیمیا ، انیمیا یا د هایپرتایروئیدیزم په نتیجه کې منځ ته راځی تداوي یې د ذکر شوي تشوشاتو اصلاح ده متعدد بطیني مخکې له وخته د زړه ضربان دماغی دوران تر ۲۵ فیصده پوري کمولي شي. هغه ناروغان چې I.H.D لري په هغوي کې د اذیني فیبریلیشن په حالاتو کې د زړه د هانه تر ۳۰ فیصده

www.ketabton.com

پوری کمیږی تنقیص کوي. اذینې فلتر چې سمدستې د بطینې غبرګون سره یوځای وي هم د زړه دهانه کمولي شي.

عموماً په بطينې تکي کارديا کې د زړه ددهانې د ځرګند کموالي سره يوځای تکی ارتميا يا برادي ارتميا د نارمل کيدو په صورت کې ټول هغه اعراض چې د ناکافي پرفيوژن له کبله منځ ته راغلي وي له منځه تللي شي.

د پمپ د وظيفي ميخانيکی تشوش

د زړه تمپوناد Cardiac Temponade:

C.T په هغه ناروغانو کې چې د سينې ترضيضی جرحه ، يوريميا ، نيوپلازم ، بکتريل پريکاردايتس ، توبرکلوزيک پريکاردايتس، انتي کواګولانت تداوی ، حاده روماتيک تبه، ايديوپتيک پريکاردا تيس لري يا د زړه د کتيترايزيشن يا په وريد کې د Pacing wire د اينبودلو نه وروسته واقع کيږي ناروغ ســاه لنډی، تکي کارديا د وريدي فشار لوړوالي او د شرياني فشار ټيټوالي لري د وريدي فشار زياتوالي د تمپوناد لپاره يوه کلي ده په محيطی شراينو کې عموماً Paradoxical نبض پيداکيږي چې د شهيق په وخت کې په غير نارمل ډول سره سستوليک فشار د mmhg ۱۰ نه ډير ښکته غورزيږي بيا هم Paradoxicalنبض د Temponadeلپاره وصفي ندي او په يو لړ نوروکم حجمه حالاتو low volume statesکې هم ليدل کيږي د E.C.G په تغيراتو کې د حاد پريکاردايتس لپاره د STسګمنټ لوړوالي LowVoltage غيروصفي S.T-T تغيرات يا د Q.R.S کمپلکس

www.ketabton.com

بريښنائي تغيرات شامل دي د زړه سيوری يا نارمل سايز لري يا لږ غټ شوي وي د سږو فزيکي علايم بيخي نارمل وي او د سږو اذيما موجوده نه وي د الکتروکارديوګرافي يا انجيو کارديوګرافي پواسطه د پريکارد مايع معلومولای شو ليکن دا مونږ ته نشی ثابتولي چې تمپو ناد واقع شويدي دا تشخيص هغه وخت ښه يقيني کيږي کله چې معلومه شي چې د سږو د شعريه اوعيو Wedge Pressure او مرکزي وريدي فشارونه يو ډول لوړ شوي وي د پريکارد د کڅوړي څخه د E.C.G ترکنترول لاندي د ستنی پواسطه د ډير لږ مقدار مايع لري کول ژوند ژغورلای شي، ترهغه وخته پوري چې ځانګړی تداوی شروع شي.

فشاري نموتوراکس

فشاري نموتوراکس په هغه ناروغانو کې چې د سيني تر ضيضی جرحه يا د سږو مزمنی ناروغۍ لري او يا په هغه ناروغانو کې چې معاونه تنفس اخلي مخصوصاً هغوي چې دوامدار(P E E P) Possitive End Expiretory Pressure پواسطه تداوی کيږي واقع کيږي په پلورائې مسافه کې د هوا جمع کيدل د دي سبب کيږي چې منصفي اعضاو ته حرکت ورکړي او د زړه په ډکيدو او تشيدو کي مداخله وکړي کله چې هوا ټوله شي نو سستميک فشار په ورو يا سمدستی غورځيږي د غاړي د وريدونو برجستګي موجوده وي په ماوفه طرف کي تنفسی علايم منفي وي او د قرعی پواسطه د منصف dullness ساحه مقابل خواته ټيله شوي وي په تداوی کې يوه gauge لرونکی ستن د يو seal water يعنې د اوبو نه ډک يو لوي سرنج سره د سينې په جدار کې په هغه ځای کې چې هوا جمع

www.ketabton.com

شوي وي داخليږي تر فشار لاندي هوا په سرنج کې تښتي په نتيجه کې د شرياني ويني فشار لوړيږي تنفسی اوازونه دوهم ځل پيداکيږي او منصف بيرته خپل اصلي ځای ته راځی که چيري هوا دوهم ځل ټوله شوي وي نو پدي صورت کې بيا د سينی يوتيوب ته ضرورت احساس کيږي.

د سږو کتلوی امبولي : Massive pulmonar Emboli (M.P.E)

دسږو کتلوی امبولي د دوران په ميخانيکی بندش ، حاد کورپلمونل ، شاک او يا د ريتم د وژونکی تشوشاتو په نتيجه کې منځ ته راځی د ريوي امبوليزم تشخيص ډير ضروري دي ځکه چې دا تشوش په هره کلنيکي مرحله کې منځ ته راتلاي شي M.P.E زياتره د هايپروتنليشن سره چې PO۲-PCO۲ کم وي د خفيف الکلوزس سره يوځای وي هغه چې د شاک د شروع نه وروسته په پرمختللي ډول په شديد اسيدوزس بدليږي د سږو د دوران د ۲۰ فيصد څخه زيات بندش د ښی بطين د حاد strain سبب کيږي او همدارنګه د سستميک وريدي فشار د لوړوالي سبب ګرځي، د ځګر لويوالي حساسيت او د وريدونو توسع په وروستني مرحله کي ليدل کيږي تکي کارد يا موجوده وي او اذينی بطيني بي نظمي موجود کيداي شي د ښی بطين دعدم کفايې د نښو څرګنديدل د غاړي د وريدونو برجسته کيدل. Para Sternal Heave او دګلوپ رتم پيداکيدل پداسې يو ناروغ کې چې د زړه ناروغی نلري پدي دلالت کوي چې حاد M.P.E پيښ شويدي د سږو د امبولايزيشن سره سره د شاک څرګندول د انزارو يوه لويه ټاکونکی نښه ده عموماً مړينه په لومړي ساعت کې منځ ته راځی هغه ناروغان چې ژغورل کيږي د يو تر دوه ساعتو په موده کې د اعراضو د پيل کيدو څخه د هغوې په حالت کې ښه والي پيداکيږي په راديوګرافی کې

www.ketabton.com

دبندش د ساحی څخه وروسته د سږو د اوعیو خیال کم یا بیخي نه معلومیږي او د ښی اذین ، ښی بطین او د ریوي شریان د پراخی له کبله زړه لوي شوي ښکاري د E.C.G تغیرات غیر ثابت وي او تشخیصیه اهمیت نلري عاجله تداوی دپوره اکسیجن په ورکولو او د زړه د هانی په تقویه کیدو سره پیل کیږي چې د زړه دهانه د ورید له لاري د ډیرومایعاتو او که ضرور وی د مقبض الوعایې دواګانو پواسطه تقویه کیږي، د هیپارین ورکول د ورید له لاري د زیاتی لخته کیدو څخه مخنیوې کوي د توسع الوعائی استعمال د ر یوې شریان د سپزم د لري کولو په منظورکومه خاصه ګټه نه ښئیي او د شاک په ناروغانو کې خطر لري. (۳)

د ابهر د سام وظیفوي عدم کفایه

د ابهر د سام د وظیفي عدم کفایه په غیر ثاقبه ترضیض، انتانی ایندوکاردایتس Prostetic Valve Mal Function یا د ابهر د څیری کیدو په نتیجه کې منځ ته راځی، چپ بطین ته د پمپ شوي وینې بیرته ګرځیدنه د زړه د دهانی د کموالي سبب کیږي او د End diastolic valume د زیاتوالي سبب کیږي د مترال د سام مخکې د وخت نه بندیږي او د سږو په دوران کې احتقان صورت نیسي د ښی بطین عدم کفایه منځ ته راځی ناروغ ته ساه لنډي او قوي ضربان پیداکیږي د سیني په رادیوګرافي کي د زړه احتقاني عدم کفایه یا د سږو اذیما لیدل کیږي او په علایمو کې دابهر د عدم کفایې مرمر یا نفخه اوریدل کیږي ناروغان د زړه د احتقاني عدم کفایې دتداوی په مقابل کې ځواب ورکوي بیا هم ناروغان د ابهر د دسام د جراحی تعویضولو لپاره تیاریږي.

www.ketabton.com

د مترال حاده عدم کفايه

عموماً د زړه په حاد احتشا يا انتاني اندوکاردايتس کې منځ ته راځي داناروغۍ د دسام د Leafleat د وظيفوي يا اناتوميک تشوش له کبله يا د Cordatendine يا د Papillary عضلاتو د تشوش په نتيجه کې منځ ته راځي د زړه د هانه چې د تمرين او تهيج له کبله زياتيږي نوره هم د مترال عدم کفايه زياتوي په نتيجه کې د چپ اذين فشار لوړيږي او د سږو د اعظمي اذيما لامل کيږي د زړه د حادې احتشا په ناروغانو کې د سږو د اذيماغيرتشريح شوي حملات پدې دلالت کوي چې د مترال د دسام حاد يا intermittent د وظيفي ضياع موجوده ده د مترال د عدم کفايې بارزه کلنيکي علامه يو پان سستوليک مرمر دي چې بلوونګ او زيږ وصف لري په زروه کې دا نفخه لوړه وي او د تخرګ خواته انتشار لري د زړه د احتشا نه يوه هفته وروسته اما په ځيني پېښو کې ډير وروسته د Papillary د عضلي څيري کيدل صورت نيسي او په نتيجه کې دوهم ځل خفي احتشا منځ ته راځي ۲/۳ برخه ناروغان په ۲۴ ساعتو کې مړه کيږي مګر بيا هم ځني وختونه په ډير احتياط او تداوي سره تر ډيرو مياشتو پورې ژوندي پاتې کيداي شي د زروې نفخه پان سستوليک وي چې د تخرګ خواته انتشار مومي اوGarde III او يا IV وي او د تريل سره يوځای وي لوړ S۳ او S۴ هم موجود وي کله چې قدامي Papillary عضله څيري شي نو په الکتروکارديوګرام کې قدامي جنبي يا سب اندوکارديل احتشا او کله چې حلقي عضلات څيري شي نو سفلي يا سفلي جنبي احتشا را ښيي. تداوي يې د زړه د احتقاني عدم کفايې او دسږو د اذيما تداوي ده ترڅو پورې چې انجيوګرافي او د مترال د دسام معاوضه اجرا کيږي، وسعت الوعائي دواګاني لکه نايتروپروسايد د زړه دقدرت

www.ketabton.com

د زیاتولو لپاره ضروري دي چې د زړه د عضلي د اکسیجن د ضرورت او ویشنی ترمنځ یو توازن برقراروي (nonarrythmic) Primary pump failure چې د شاک پشان منځ ته راځی زیاتره د زړه د حاد احتشا او دکافي عضلي کتلي د نقصان له کبله منځ ته راځی.

د مایعاتو د توازن تشوش

د مایعاتو په ضیاع پوري تړلي شاک :

هایپوولیمیک شاک د پلازما او یا د ټولي ویني د ضیاع څخه منځ ته راځی. هایپوولیمیا د ډیهایدریشن ، خولو، د مایعاتو ناکافي اخیستل ، کانګو او اسهال له کبله منځ ته راځی د بدن په لویو جوفونو او یا پداخل بطنی نزفوکی شاک منځ ته راځی. داکترته پکار دي چې هایپوولیمیا تشخیص او همدارنګه په معاوضوی ناروغ کې چې په شاک اخته دي occult blood تشخیص کړي، د معاوضوی ناروغ د ویني په فشار کی یو لړ تغیرات منځ ته راځی د ناستي په وضیعت کې نظر د ملاستي وضعیت ته په سستولیک فشار کې ۱۰ درجی د سیمابوکموالي په ښکاره هایپوولیمیا دلالت کوي د مخفي یا پټ نزف لپاره باید پلټنه وشي. د قرع پواسطه د سینی اصمیت، د شخوالي لپاره د بطن جس، د ګوتي پواسطه مقعدي معاینه، د معدي تخلیه ، پارا سنتیزس د پریتواني لواژ سره اوتورا سنتیزس طریقي استعمالیږي.

www.ketabton.com

د شاک په لومړني مراحلو کې لومړني هيماتوکريت اوهيموګلوبين د ويني د ضياع په اندازه کې دومره رول نلري ځکه چې لا تراوسه Hemodilution صورت ندي نيولي ، د شرياني ويني ګازات داسيد قلوي د تشوشاتو درجه او د سيروم د لکتيت سويه ان ايروبيک ميتابولايت درجه ټاکی، د سيروم الکترولايت او د پښتورګی وظيفوی ټسټ د تشخيص سره ښه کومک کولي شي د مايعاتو د معاوضه کولو لپاره متعدد حياتي علايم تکراري فزيکي معاينات، د حسيت موجوديت، په يو ساعت کې د ادرار output د کتيتر پواسطه، د سينی راديو ګرافي ، الکتروکارديوګرام او مرکزی وريدي او يا د سږو شعريوي فشار ښه لارښودنه کوي. د مايعاتو توصيه کول په vassopressor عامل باندي برتري لري.

د حجم د معاوضه کولو لپاره د مايعاتو ټاکنه:

په موقتي ډول هره مايع د پرفيوژن لپاره استعماليدای شي د مايع د مقدار توصيه کول د هغه مايع په مقدار پوري چې ضايع شوي دي اړه لري زياتره د خفيفي څخه ترمتوسطی درجی پوري د ويني ضياع د crystalloids يا کلوئيد پواسطه د ويني په بدل تداوی کيږي ډير معمول محلولات crystalloids يعنې رينګرلکتات يا نارمل سالين دي چې دا زياتره د متوازن محلولاتو پنامه ياديږي ځکه چې نوموړی د خارج الحجروی مايعاتو سره ايزوتونيک دي دا مايعات مکروماليکيول نلري او د پلازما په انکوتيک فشار کې برخه نه اخلي ځکه چې بين النسجی مسافاتو ته د تللو نه مخکې د ډير لږ وخت لپاره رګو کې پاتی کيږي. داسې ويل کيږي چې کرستالوئيد دومره ژر دوران خوشی کوي چې د دوی

www.ketabton.com

تطبیق د سږو اذیما پیداکوي د رنګرلکتات په تجویزولو کې لکتیک اسیدوزس منځ ته راتلاي شي پدي محلول کې سودیم لکتات (یعنې لکتیک اسید) نشته بلکه په کبد کې د بای کاربونات یو استقلا بی پیشقدم دي څرنګه چې د کبد دوران کافي دي نو سودیم لکتیت په بای کاربونیت میتابولایز کیږي او د Alkalizing وظیفي په حیث کار کوي.

د مایعاتو معاوضه:

عموماً د مایعاتو تعویض د کرستالوئید پواسطه پیل کیږي که چیري د ناروغ وضع مخ په ښه کیدو نه وي نو د خارج الحجروی مایعاتو د زیاتی ضیاع خواته فکر کیږي یا دا چې وینه په مکرر ډول ضایع کیږي، کلوئید محلولات لوي مالیکولونه چې لوي مالیکولي وزن لري احتواء کوي هغه چې د شعریه اوعیو د جدارونو څخه نه تیریږي نو لدي سببه دا مالیکولونه تر ډیر وخته پوري درګونو په بستر کې موجود وي د پلازما دانکوتیک فشار په جیګیدو سره دا مالیکولونه بین النسجی مسافي ته د مالیکولونو یعنې (کرستالوئید) تیښته په ځنډ اچوي که چیري د شعریه اوعیو جدار نقصاني شوي نه وي نو دامالیکولونه بین النسجی مایع د اوعیو داخل ته جذبوي. Dextran په لویو مالیکولي وزنویعنی ۴۰۰۰۰-۷۰۰۰۰ کی موجود وي دا محلولات د حجم په زیاتولو کې رول لري لیکن د دوی په تطبیق کي زیاتي ستونزی موجودې دي چې انافلکتیک تعامل او د پښتورګي عدم کفایه منځ ته راوړلي شي په Blood typing او کراسمچ کې داخل کیږي او شدید نزف منځ ته راوړي د انساني پلازما پروتین مستحضرات لکه د ډکستران پشان خطرات نلري.

www.ketabton.com

انساني سيروم البومين د **۵** فيصده محلول پشان موجود وي د انساني البومين **۲۵** فيصده غلظت د مالګي څخه پرته موجود وي ليکن ډير قيمت تماميږي د پلازما پروتين برخه عموماً انساني پلازما وی چې فيبرينوجن اوګاما ګلوبولين ورنه ايستل شوي وي د **۵** فيصده پلازما پروتين فرکشن په توصيه کولو سره پاراډوکسيک هايپوتنشن مشاهده شوي دي هايپوتنشن د Vasoactive amines يا سوديم اسيتيت چې يو قوي vasodilator دي له کبله منځ ته راځی البومين يا کرستالوئيد ته په ډيرو کلنيکي پيښو کې د حجم د زياتوالي په منظور برتري ورکول کيږي چې د مخصوصو استطباباتو څخه غير د پلازما پروتين فرکشن استعمال محدود کړل شي کله چې ټوله وينه موجوده نه وي او يا د سيروم البومين سويه ډيره ټيټه وي نو د خالص سرو حجراتو د پنځه يا زياتو واحدونو سره يوځای استعمالیدای شي. د وايرل هپتايتس د وژلو په مقصد دواړو انساني سيروم البومين او پلازما پروتين محلولاتو ته حرارت ورکول کيږي په هايپووليميا کي Hydroxy ethyl starch يا Hetastarch د حجم د معاوضه کولو يو بل معادل دي يواځی وينه د اکسيجن په نقلولو کې رول لري نو د زياتيويني په ضياع کي د ټولي ويني معاوضه ضرور ده.

www.ketabton.com

د مايعاتو په ناسمه ويشني پورې تړلې شاک:

په ډيرو حالاتو کې شاک د مايعاتو د ځای په ځای کيدو د تشوش له کبله درګونو په داخل کې منځ ته راځی چې دا مايعات د رګونو د داخل نه بين النسجی مسافې يا په بل عبارت دريمي مسافي ته تښتی د ټولونه لوي سبب يې درګو د اندوتليم د طبقي جرحه ده د Hypo volemia د سمون لپاره زيات مايعات پکار دي په حساسو حلقو کې کله چې د الرجن سره مخامخ شي نو انافيلکتيک تعامل نه وروسته ورته ښکاره هايپو تنشن ويزنګ او سيانوزس منځ ته راځی کيمياوي وسطونه چې هستامين slow reacting او د پلازما kinins په کی شامل دي چې د اوعيو د نفوذيه قابليت په زياتوالي کې رول لري او د پلازما په حجم کی د کموالي له کبله هيموکانسنتريشن او شاک منځ ته راځی چې دا شاک دپورتنی تنفسی لاري Angio edema سره يوځای وي يا يو ځای نه وي اپی نفرين محلول ۱:۱۰۰۰ (**۵**، ۰ – ۱ سي سي) د پوستکې لاندي يا د عضلي د لاري په چټکه توګه ورکولي شو په پرمختللی هايپوتنشن کی اپی نفرين د وريدي لاري د زيات مقدار کرستالوئيد او کلوئيد محلولاتو سره يوځای ورکولي شو د سوځيدني په ناروغانو کې زيات مايعات او پروتين ضايع کيږي د مرګ څخه د ژغورلو لپاره د دوراني حجم او د الکترولايتو د توازن لپاره خاصه توجه ضروري ده crush injury چې په هغو کې د زيات وخت لپاره په ښبنه باندي فشار موجود وي چې په نتيجه کې د عضلاتو او د نورو انساجو جرحه منځ ته راځی کله چې فشار لري کړل شي نو د خرابه شوو رګو د طرف څخه د پلازما او د سرو حجراتو خارجيدلو له کبله پړسيږي مايوګلوبين او د خرابه شوو انساجو نور

www.ketabton.com

محلولات دوران ته leak کيږي چې د دې څخه هايپوتنشن شاک او د پښتورګي عدم کفايه منځ ته راځي د دې جرحو تداوی د دوراني حجم، د ويني پلازما يا کرستلوئيد محلول په واسطه ثابت ساتلي شو چې د دې پواسطه د ادرار مقدار په يو ساعت کې **۷۵**-۱۰۰ ملي ليتر شي د ادرار قلوي کول په کليوي توبولونو کې د صباغاتو د رسوب کولو نه مخنيوي کوي د يو لړ دواګانو مخصوصاً د مسکناتو زيات دوز يا زياتره بار بيتورات د شعريه اوعيو د اندوتليل د خرابوالي سبب ګرځي او په نتيجه کې مايعات د مرکزي دوران څخه ضايع کيږي په تداوی کې تقويوي معيارات لکه د حجم معاوضه کول او د مقبض الوعائی دواګانو استعمال شامل دي. په هغه حالت کې چې هايپوتنشن يواځی د حجم د معاوضه کولو پواسطه اصلاح نه شی د نخاع شوکي جرحه يوه وظيفوي Sympathectomy پيداکوی چې په ناروغ کې د هغه تشخيص د نورو جرحو سره ستونزمن دي په ناروغ کې د معتدلو اطر افو موجوديت چې عصبي تظاهرات او هايپوتنشن ورسره يوځای وي نو داکتر ته د سمپاتيک جرحی امکانيت په فکر کې راوړي تداوی يې د داخل وريدي مايعاتو مقبض الوعائی دواګانو او د اطرافو د الاستيک بنداژونو تاوول دي تثقب، پريتونايتس او حاد پانکرياتايتس د څرګند هايپوتنشن سره يوځای وي چې دا Third Space د مايعاتو د ضايعاتو له سببه وي د ناروغ د ژوندي پاتي کيدو لپاره د دوراني حجم زياتوالي ضرور دي د نزف او د زړه د حادي احتشا نه وروسته د کلنيکي شاک ډير غټ معمول سبب sepsis دي هغه شاک چې د sepsis له کبله منځ ته راځی په دوو ګروپونو ويشل شوي دي.

۱) نارمل يا د لوړ مقاومت شاک. ۲) د ټيټ مقاومت شاک.

www.ketabton.com

هغه چې د التهابي توسع الوعائی او شرياني وريدي شنټ سره يوځای وي.

د ټيټ مقاومت شاک زياتره ګرام منفي شاک د تبي په لومړني مراحلو ، په ګرام مثبت sepsis ، پريتونايتس او نمونيا کې ليدل کيږي شرياني مقاومت کميږي او د زړه د هانه عموماً زياتيږي.

د لوړ مقاومت شاک زياتره د سپتيک شاک په اخرنيو مراحلو کې ليدل کيږي د سپتيک شاک دواړه ډولونه پخپلو منځو کې مختص ندي ګرام منفي سپزس مخصوصاً په اول کې د زړه د دهانې د زياتوالي او د محيطی مقاومت د کموالي سره يوځای وي يوائی د لوړ مقاومت شاک په پرمخ بيولو کې چې د زړه د دهانی د کموالي او د محيطی مقاومت د زياتوالي سره يوځای وي، سپتيک شاک زياتره د ګرام منفي بکتريا پواسطه منځ ته راځی. که څه هم سپتيک شاک وروسته دفنګسی انتاناتو، رکتسياء، ويروس او ګرام مثبت بکترياو پواسطه هم منځ ته راځی. بکتريا نادرا په حامله ښځو نوی زيږيدلی ماشومانو او هغه کسانو کی چې عمر ئی د ۴۰ کالو څخه کم وي شاک د اختلاط پتوګه ورڅخه منځ ته راځی. د شکري ناروغی، مزمن کبدي امراض د وينې Dyscrasies د کورتيکو ستير ئيدو Immuno suppressive او انتي ميتا بولايت دواګانو استعمال د باکتريميا او شاک لپاره زمينه برابروی. د ميخانيکې manipulation يا جراحی نه وروسته د دوه ترڅلور ويشت ساعتو په تيريدو سره بکتريا په سړه لري تبي سره شروع کيږي د دماغ د ناکافي پرفيوژن له کبله دماغی اختلال منځ ته راځی کانګی او اسهال ليدل کيږي لوکوپينيا او ترمبو سايتوپينيا د لوکو سايتوزس نه مخکې منځ ته راځی د

www.ketabton.com

ST سګمنټ او د T موجې انومالي ګانی د اکليلي پرفيوژن په کموالي دلالت کوي. د دماغی ويني د جريان د کموالي له کبله په سلوک او شخصيت کې تصادفي بدلون او عضوی سايکوزس ليدل کيږي د ويني فشار د ۸۰/۵۰ په حدود کې وي د پرفيوژن د کميدو سره حسيت نو رهم کميږي پوستکی خاسف يخ او مرطوب ګرځی، کانګی او اسهال معمول وي د پښتورګو وظايف ګډوډيږي او وروسته د پښتورګو عدم کفايه منځ ته راځی.اندوتوکسين چې د ټولو ګرام منفي بکترياو په حجروی ديوال کې يو معمول لايپوپولي سکرايد دي د ويني په بيا ويشنه او وعائی بستر باندي تاثير اچوي او د دوراني حجم د کافي ساتلو څخه مخنيوي کوي چې د دي په نتيجه کې ضعيف او په کم مقدار اکسيجن انساجو ته رسيږي په پای کې ان ايرو بيک ميتا بوليک د Lactic acedemia سره منځ ته راځی چې په اخر کې حجروی مقاومت له منځه ځی. د صحت عامی په ناروغانو کې د ژوند تهديدونکی انتانات زياتره ګرام منفي انتانات دي د ګرام منفي بکتريا په حالاتوکې د مړينې فيصدي تقريباً ۴۰ فيصده ده حال دا چې په هغه ناروغانو کې چې د بکتريا له امله په شاک اخته شوي وي د مړيني فيصدی ۵۰-۸۰ فيصده پوري توپير کوي د جرحی داګزودات مناسب کلچر او د مناسب انتي بيوتيک ژر تطبيق د ناروغ د ژوند د ساتلو لپاره ضروري دي. که د کلچر او حساسيت شرايط موجود نه وي نو پدي وخت کې د تجربي په اساس انتي بيوتيک توصيه کيږي دوران د مايعاتو او مقبض الوعائی دواګانو په تطبيق سره ساتل کيږي.

www.ketabton.com

داخل وریدي لیکه Intra Venous Line:

د شاک په ناروغانو کې د مرکزی دوران اصلاح ډیره ضروری ده په خارجی وداجی ورید او داخلي وداجی ورید، Subclavian یا په سیفالیک ورید کې د کتیتر په اچولو سره د مرکزی وریدي یا ریوي شعریوي فشار اندازه کول د موقتي pacing wire تیرولو د ویني د مستحضراتو تطبیق داخل وریدي مایعات او دواګاني استعمالیږي. د مایعاتو د تطبیق لپاره محیطی وریدونه استعمالیدای شي.

د داخل وریدي کرښو شمیر د نظر په ځای د مایعاتو په تطبیق او ډول پوري اړه لري داکتر باید د مرکزی ورید په ځای کې د خطراتو څخه باخبره وي د ننوتو په ځای کی مختلف اختلاطات لکه نموتوراکس، د پوستکی لاندي امفزیما، هیموتوراکس، اذینې پریمچور، هوائی امبولې د زړه مخرشیت یا تمپوناد شامل دي.

مرکزی وریدي فشار:

C.V.P په هایپوولیمیک ناروغانو کې د مایعاتو د تعویضولو لپاره لارښودنه کوي دا د هغه ویني حجم ښئي چې زړه ته داخلیږي او زړه همدغه وینه په څومره مؤثریت ټیله کوي چې دا د دې دواړو اړیکو ښودونکی دي په زړو ناروغانو کې چې د اکلیلی شریان ناروغی او د ویني د ضیاع له کبله د چپ بطین د End diastolic فشار لوړوالي لري په Paradoixcal ډول C.V.P په کې نارمل کیداي شي کله چې مرکزی وریدي فشار صفر ته ښکته کیږي نو دا معنې ورکوي چې ښه څرګنده هایپوولیمیا موجوده ده. د ویني د حجم د

www.ketabton.com

کموالي د معلومولو لپاره د مرکزي وريدي فشار د سام کوم اهميت نلري بلکه څو متعددي اندازي د ناروغ سره چې مايعات يې ضايع کړي وي مرسته کولي شي.

د Shulow او ويل طريقي د مايعاتو د معاوضه کولو لپاره عملي لاربنودنه کوي، د مرکزي وريدي فشار اندازې د لسو دقيقو د مشاهدي په وخت کې لاس ته راوړل کيږي بيا مايعات د وريد له لاري ورکول کيږي که چيري مرکزي وريدي فشار د ۱۲ سانتي متر اوبو څخه کم وي نو مايعات د لسو دقيقو لپاره ml/min ۲۰ په تيزئ ورکول کيږي که چيري مرکزي وريدي فشار د لمړني لوستلو نه ۵ سانتي متره د اوبو يا زيات لوړ شي نو مايعات ورکولو ته توقف ورکول کيږي که چيري د لسو دقيقو څخه وروسته مرکزي وريدي فشار د کنترول فشار د۲ سانتي متره اوبو څخه زيات دوام وکړي نو د راتلونکو لسو دقيقو لپاره مخکنی مايعات ۱۰۰ ملي ليتر ته کميږي دا عمليه بيا تکراريږي چې څو ليتره مايعات د اغيزمن دوران د ساتلو لپاره ضرور دي.

په مرکزي وريدی فشار کې پرمخ تللي زياتوالي د بار په زياتوالی دلالت کوي او د ا نفيوژن کمولو ته اړتيا احساس کيږي که چيري لومړني فشار د ۱۲-۲۰ سانتي متره اوبو ترمنځ وي نو د انفيوژن اندازه داسی ټاکل کيږي چې د هر لسو دقيقو په فاصله د ml/min ۱۰ انفيوژن په شکل جاري کيږي که مرکزي وريدي فشار د ۵ سانتي متره اوبو په اندازه يا زيات لوړ شي نو Phlebotomy يا د دايرو تيک استعمال د ريوی اذيما د مخنيوي په منظور استطباب لري د هايپو وليميا په تداوی کې مرکزي وريدي فشار نسبت د حجم کموالي ته يو مهم لاربنود دي. د مرکزي وريدي فشار د کتيتر څوکه بايد په

www.ketabton.com

سينه کې پرته وي هغه کتيتر چې په محيطی وريدو پروت وي د هغو د اندازو لارښودنه نکوي او د حجم د معاوضه کولو لپاره تري ګټه نه اخيستل کيږي که چيري د کتيتر څوکه په سينه کې وي بايد تنفسی تغيرات په فشار کې وکتل شي که چيري د کتيتر څخه وينه په اساني سره نه خارجيږي نو د فشار معيارات به غلط وي د ناروغ د سيني د يو مخصوص معياري ريفرنس نقطی څخه وريدي فشار اندازه کيږي.

د Louis زاويه چې د قص هډوکی د جسم او Manibrium ترمنځ پرته ده او د ښی اذين څخه **۵** ساتتي متره پورته ځای لري دماخذ يوه ښه اسانه نقطه ده. په مرکزی وريدي فشار کې ناڅاپی بدلون د ناروغ د کلنيکي حالت د تغير نه غير د monitoring سيستم په تخنيکي ستونزو باندي دلالت کوي چې يا به کتيتر بند شوي وي او يا به ښی بطين ته زيات وړاندي شوي وي او يا به محيطی وريد راکش شوي وي، د ترايکسپيد عدم کفايه لوړ فشاري قيمتونه راښي چې د حجم د زياتوالي سره يوځای نه وي.

د Canon الفاڅپه چې د A.V جداوالي او مثبت فشاري تهويه د مرکزی وريدي فشار اندازی لوړ بيائی هغه ناروغان چې شديده نمونيا د سږو مزمن امراض او يا ريوي امبولي لري د مرکزي وريدي فشار اندازې يې هم د حجم په نسبت لوړې وي.

د ريوي شريان کتيترايزيشن:

د زړه د عدم کفائی په حالت کې د مرکزی وريدي فشار اندازی د چپ بطين د عدم کفائی له کبله زمونږه لاره غلطوی نو ځکه د cutdown پواسطه په يو محيطی وريد کې Ballon

www.ketabton.com

tipped کتیتر د جریان په لور په خارجی وداجی ورید یا داخلي وداجی ورید کې داخلیږي او د S.V.C تر سرحد پوري رسیږي په پوکانۍ کې هوا داخلیږي او کتیتر د ښی اذین خواته ټیله کیږي او د ترایکسپید د سام له لاري ښی بطین ته داخلیږي. په زیاتو ناروغانو کې کتیتر په محیطی ریوي شریان کې داخلیږي او د ریوي شعر یې فشار لاس ته راوستلاي شي دا اندازې په چپ اذین کې د فشار نمایندګی کوي په دیاستول کې فشار په چپ اذین کې د چپ بطین سره مساوي وي یعنې (LVEDP) د چپ بطین د دیاستول اخر فشار د Pre load د یوانډکس په شان رول لري که چیري د کلنیک له مخې د انساجو ناکافي پرفیوژن پیښیږي او د ریوي شریان wedge فشار د ۱۲-۲۰ ملي متره سیماب سرحد تر منځ وي نو ناروغ ته مایعات ورکول کیږي که چیري د ریوي شریان wedge pressure لوړ شي (۲۰ ملي متره ستون سیماب وي) نو ناروغ ته مدرر ورکول کیږي په هغه ناروغانو کې چې کتیتر په wedge position ته نه وي داخل شوي نو دریوي شریان د دیاستول اخر فشار د چپ اذین او LVEDP په ځای د یو لارښود په توګه استعمالیږي د ریوي شریان wedge pressure موازنه د ریوي شریان د دیاستولیک فشار سره د سږو د انسدادي وعائی ناروغی او یا د ریوي امبولیزم لپاره ضرور ده، د دی دواړو فشارونو ترمنځ ۵-۱۰ ملي متره سیماب توپیر د دي دواړو نه پر یوه دلالت کوي د مایترل د تضییق په صورت کې د ریوي شریان wedge pressure لوړیږي نو پدي وخت کې LAEDP نسبت LVEDP ته لوړ وي چې د حجم د زیاتوالي د درجی او د چپ بطین د ډکیدو او د پراخوالي په باره کې داکتر ته غلطه لارښودنه کیږي د زړه د هانه د Thermistor ballon tipped flow directed تخنیک پواسطه هم لاس ته راځی مونږ کولای شو چې د ریوي

www.ketabton.com

شریان wedge فشار د ریوي شریان سستولیک فشار د ریوي شریان د یاستولیک فشار، مرکزی وریدي فشار او د زړه د هانه معلومه کړو. سیستمیک او دسږو د رګو مقاومت اندازه کولاي شو داکتر کولاي شي چې د نومورو معلوماتو سره د مایعاتو توازن بی نظمی او د زړه د عضلي وظیفه تشخیص کړي، د ټولو مانیتورنګ الاتو د استعمال سره سره ډاکتر باید د دي الاتو د محدودیتو څخه هم با خبره وي. د کتیتر ځای د فلوروسکوپی یا دسیني قدامې حلفې رادیوګرافی پواسطه ټاکل کیداي شي د کتیتر منځ باید خلاص وی او د ټولو علقو او فشارونو څخه هم خلاص وي کتیتر د هغه وخت څخه چې فشاري قیمتونه اختستل کیږي په wedge فشار کې زیات پري نښودل شي په ډیرو کمو پیښنو کې د سږو د احتشا خطر شته باید محتاطانه Asepsis په نظر کي وي.

د شاك دوايي تداوي:

د کلنیکی شاک سندروم په تداوی کې هدف د انساجو پرفیوژن دي د دي مقصد له پاره ټولي فارمکالوژیک طریقي چې د لږي دوایې توکسیستی لرونکی وي استعمالیږي. دوایې تداوی هغه وخت شروع کیږي څه وخت چې د مایعاتو تداوی نتیجه ورنکړي په پیل کي هدف د ویني د فشار ثابت ساتل دي داکتر باید په نظر کې ولري چې د ویني فشار یوائی د انساجو د پرفیوژن علامه نده کله چې یوځل د ویني فشار وټاکل شي او ثابت وساتل شي. نو د لوستلو اود حیاتی اعضاؤ د پرفیوژن خواته چې د کلنیکی شعوري حالت، د پوستکی درنګ، د حرارت د درجی او د ادرار د جریان څخه معلومیږي فکر

www.ketabton.com

وکړل شي په هغوي کې د زړه دهانه، د زړه د ضربان شمیراو محیطی مقاومت شامل دي چې پخپلو کې داسي اړیکی لري.

۱) د زړه دهانه = X stroke volum د زړه د ضربان شمیر

۲) د ویني سستولیک فشار = X Co محیطی مقاومت

د دی دواړو د یوځای کولو څخه:

۳) سیستمیک د وینې فشار = stroke volume ضرب د زړه ضربان شمیر ضرب مجموعی محیطی مقاومت.

دوایې مداخله همیشه پدي وظایفو باندي اغیزې اچوي، هره دوا پخپل خواصو او شکل کې اغیزه کوي د دي لپاره د اساسی فارمکالوژی پوهیدل ضروري دي.

ستروک والیوم د زړه دډکیدو فشار او د مایوکاردیوم په تقلص پوري اړه لري د زړه د اعظمی تقلص لپاره باید زړه د ډکیدو پوره فشار ولري دا فنا منا په ډیر ښه صورت سره starling frank پواسطه ښودل شویده هغه ناروغ چې په شاک سندرم باندي اخته دي نو د هغه د دوراني ویني د حجم د اصلاح لپاره پاملرنه ضرور ده د دي لپاره چې حیاتي اعضاوی اکلیلي جریان ، دماغی کلیوی او splanchnic جریان په پوره ډول صورت ونیسی باید زړه ته دکافي فشار دپیداکولو په منظور هڅه وشي او همدارنګه د دي فشار د تولیدولو لپاره د وینې او حجم د معاوضه کولو نوري وسیلی ډیرې ضروري دي د حجم د پراخوالي درجه د مرکزی وریدي فشار نه معلومیداي شي د زړه په لومړني ناروغانو کې

www.ketabton.com

د ریوي شریان کتیترایزیشن چې د کتیتر (Ballon Tipped-Flow directed) پواسطه تر سره کیږي پوره معلومات راکوي هغه دواګانی چې د زړه د عضلي د تقلص قدرت زیاتوي او په نتیجه کې سټروک والیوم زیاتوي عبارت دي له دیجیتالس ، ایونایزید کلسیم ، ایزوپروترینول او اپي نفرین څخه .

د یجیتالس په هغه ناروغانو کې چې د زړه احتقانی عدم کفایه او یا د زړه د احتقانی عدم کفایې له کبله چټک اذیني فبریلیشن یا جیبي تکي کاردیا لري ګټور تمامیږي د دي دوا اغیزی د زړه په عضله باندي نسبت نارايي نفرین ډوپامین یا ایزوپروتینول ته کم دي د دي دواګانو نیمايي ژوند په دوران کې دري دقیقي دي نو د optimal تاثیر له خاطره ددوا دوز تاکل کیداي شي ټولي دواګاني (ایزوپروتینول ، نار اپي نفرین، ډوپامین د زړه د قدرت د زیاتیدو په تناسب د اکسیجن مصرف زیاتوي د مایوکادیل انفارکشن په ناروغانو کې ډوپامین او نارايي نفرین ته برتري ورکول کیږي ځکه چې د زړه حرکت ورو او لوړ دیاستولیک اکلیلي پرفیوژنی فشار مینځ ته راوړي. ایزوپروترینول پدي ناروغانو کې ان ایروبیک میتابولیزم منځ ته راوړي چې په نتیجه کې د احتشا د پراخیدو سبب کیږي ایزوپروترینول پښتورګی پوستکي او د سپلانشیک اوعیو ته توسع نه ورکوي او برخلاف په سکلیتي عضلاتو کې د وینې جریان زیاتوي چې دا په شاک کې د وینې د جریان صحیح ویش ندي د بابی مقبض الوعايې تاثیر د نه لرلو له کبله چې نارايي نفرین یې لري ایزوپرترینول اهمیت لري او لدي سببه د پښتورګو او Gut د اسکیمیا څخه مخنیوي کیږي په ځیني ناروغانو کې دا د زړه ضربان ورو کوي او تقریباً نارمل د یاستولیک فشار تولیدوی عمومی مقبض الوعائی چې د نارايي نفرین پواسطه منځ ته راځی د پنتول امین

www.ketabton.com

يا Regitine **۵-۳۰** ملي ګرامه پواسطه Antagonize کيږي ډوپامين چې د ناراپي نفرين يو استقلابی پيشقدم دي په کليوی سپلانشيک او اکليلي اوعيو باندي نيغ ځانګړی توسع کوونکی تاثير لري چې دا تاثير په کم دوز سره mg/kg **۵**.۲-۱۰ لري په منځنی دوز سره د بی نظمی اوتکی کارديا څخه غير د زړه قوت زياتوی يعنې متوسط دوز يې **۵-۵۰** مايکروګرام فی کيلو وزن د بدن دي او په لوړ دوز ۲۰-۱۰۰ مايکروګرام في کيلو ګرام وزن د بدن دي چې د محيطی وازوکانسترکشن سبب کيږي چې د نار اپي نفرين په ميتابوليزم پوري اړه لري.

د نار اپي نفرين يا د ډوپامين د لوړ دوز په توصيه کولو سره په دراماتيک ډول محيطی مقاومت زياتيږي هغه چې دا دواګانی په ابتدايې صورت سره د الفا، ادرينر جيک عامل پحيث رول لري ناراپي نفرين د دي دواګانو له جملي څخه زياته قوي دوا ده او په هغه حالاتو کې چې د وينې فشار لاس ته نه راځی دا دوا انتخابي دوا ده نار اپي نفرين د ډوپامين په نسبت ډيره توکسيک دوا ده او بايد د ډير لږ وخت لپاره استعمال شي ترڅو چې د کليوي او سپلانشيک اسکيميا څخه مخنيوي اوشي، کله چې د زياتي مودي لپاره د وينې د فشار ثابت ساتل هدف وي نو ډوپامين ته ترجيح ورکول کيږي برسيره پردې کليوي ، سپلانشيک او اکليلي دوران زياتوي او دا زياتوالي د مخصوص ډوپامينيک اخذو د درلودلو له کبله وي ډوپامين د ادرار اطراح زياتوي او Natriuresis منځ ته راوړي او په هغه ناروغانو کې چې د مايعاتو زيات اخستل ، د زړه احتقانی عدم کفايه او مايوکارديل انفار کشن لري مهم رول لري. ډوپامين او ناراپي نفرين دواړه په منځنی کچه د زړه تقلصی قدرت زياتوي او د زړه د ضربان شمير هم زياتوي په دراماتيک توګه د

www.ketabton.com

نایتروګلیسرین ، هیدرالایزین او سودیم نایتروپروساید پواسطه محیطی مقاومت کمیږي دغه دواګانی په کاردیوجنیک شاک او د زړه په جراحی کی د فشار د کمولو په خاطر د فارمکالوژیک تدابیرو لپاره د هغه په مقابل کې چې زړه یو ټاکلی اندازه سټروک والیوم (تحلیه) کوي یعنې د زړه کاراو د اکسیجن ضرورت کموي دا دواګانی پدي ناروغانو کې څرګندهایپوتنشن پیداکوي.

ایزوپروترینول د زړه د عضلي د تقلصی قدرت د زیاتولو لپاره یوه قوي دوا ده دا دوا زیاتره د بي نظمی سبب کیږي او د دي دوا تاثیر د اسیدوزس پواسطه بی اغیزي کیږي، دا دوا چې یوه خالصه بیتا ، ادرینر جیک عامل ده په محیطی عضلاتو کې د وینې جریان زیاتوي او د دوراني ویني په حجم کې ډیر کموالي منځ ته راوړي. په نتیجه کې د ویني په فشار باندي اغیزه د تقلص د قدرت او د زړه د ضربان په زیاتوالي او د سکلیتي عضلا تو د ویني د جریان د زیاتوالي ترمنځ په توازن پوري اړه لري، په هغه ناروغ کې چې ایزوپروترینول اخلي د ویني فشار زیات ثابت او یا کمیداي شي چې د دوا په فارمکالوژیک تاثیر پوري اړه لري، داکتر باید چې د ناروغ د ګلابي رنګ او ګرم والی څخه تشویش ښکاره نکړي چې دا ګرموالي او ګلابي څرګندوني د ایزوپروترینول په ترځ کې منځ ته راځی.

اپي نفرین (الفا ، بیتا ادرینرجیک) دواړه اغیزی لري. دا دوا د زړه د دریدو په تداوی کی استعمالیږي اما د دوران د دوامداره تقویې لپاره لږه ګټوره تمامیږي د کلنیک له نظره اپي نفرین هغه پرفیوژني فشار چې د ترلي صدري قلبي مساژ په دوران کې پیداکیږي لوړ

www.ketabton.com

وي هم دا ډول دزړه د عضلي تقلص زياتوي بنفسهی تقلصات تنبه کوي ټولي مقبض الوعائی دواګانې لکه ناراپي نفرين، اپي نفرين، ايزوپروترينول او ډوپامين د دوران د موقتي تقويې لپاره ګټور دي اما کله چې ناروغ قلبي وعايي ثبات اختيار کړي نو بايد ژر تر ژره دا دواګاني لري کړل شي د دي دواګانو optimal دوز د ټولو نه ښکته دي هغه چې اړونده اغيزی منځ ته راوړي او د لنډ ترين وخت د پاره توصيه کيږي د هرې يوې دوا د تاثير ميخانکيت توپير کوي او ځنی وخت سره يوځای استعماليږي څرنګه چې د هغوې تاثير جمع کيدونکی Additive دي نو توکيسيتی يې هم دا ډول ده.

هره pressor دوا په يو محدود PH کې عمل کوي چې دا په هغه ناروغانو کې چې اسيدوزس او هايپوکسيميا ولري نه استعماليږي مخصوصه تنفسي تقويه او د سوديم بای کاربونيت متناوب استعمال د دي دواګانو تاثير اسانوي او د دي دواګانو پواسطه منځ ته راغلي د زړه په بی نظمی کې کموالي منځ ته راولي د شاک ناروغ په ډيره چټکی سره د استقلابي او تنفسي اسيدوزس خواته ځی.

هايپوپرفيوژن او پرله پسی هايپوکسيميا دلکتيک اسيد د پيدا ښت سبب کيږي حال دا چې تنفسي عدم کفايه د کاربن دای اکسايد د احتباس او تنفسي اسيدوزس سبب کيږي د شاک ناروغ د اسيدوزس د تداوی لپاره دکاربن دای اکسايد د خارجولو او همدا ډول د اکسيجن لپاره د سږو اغيزمنه تهويه ضرور ده د استقلابي اسيدوزس د تداوی لپاره د سوډيم بای کاربونيت وريدي ورکول ګټور ثابتيږي د لاندي تعامل له مخې اسيدکاربونيک د زياتي هايدروجن ايون سره يوځای کيږي چې په نتيجه کې کاربن دای اکسايد او اوبه منځ ته راځی.

www.ketabton.com

$$HCO_3 + H + \text{------------} H2CO3 \text{------------} CO2 + H2O$$

د HCO3 توصيه د وينې PH لوړ وي که چيري توليد شوي کاربن داى اکسايد د سږو له لاري خارج شي د سوديم باي کاربونيت توصيه دکافي تهويې په نشتوالي کې د شرياني ويني PH نه لوړ وي بلکه د سيروم اسمولاريتي او د شرياني ويني PCO2 زياتوي.

د PCO۲ لوړوالي د حجري دننه اسيدوزس ته شدت ورکوي او د زړه د عضلي په وظيفه کې لا انحطاط منځ ته راوړي لدي امله سوديم باى کاربونيت په کمو مقدارونو او په خاصو وقفو کي توصيه کيږي ترڅو د زړه د عضلي د وظايفو د انحطاط لومړني صفحات چې د PCO2 د زياتوالي له کبله منځ ته راغلي وه د HCO3 د توصيې سره تداوى شي کله کله د وينې ګازات معاينه او تاکل کيږي د سوديم باى کاربونيت د تکراري توصيې نه مخکې بايد تنفس په صحيح توګه اجرا کړل شي.

کورتيکو ستيروئيد

د شاک په تداوې کې لاتراوسه د کور تيکو ستيروئيد استعمال د مناقشي لاندي دي د تازه راپورونو له مخې د سپتيک شاک په تداوى کې چې د ستيروئيد پواسطه صورت مونډلي وو د مړيني فيصدي په کي کمه وه، تجويز شوي دوز يې ډکساميتازون 3mg/k.w يا ميتيل پريدنيزولون وو که چيرى شاک موجود وى نو دوز يې هرڅلور ساعته وروسته تکراريږي د شاک په ټولو ناروغانو کې د ستيروئيد عام استعمال هغومره ګټور ندي.

www.ketabton.com

بادي یا د هوا ضد رابري کالي:

:Pneumatic Counter Pressure Garments

د ۱۹۷۰ کال په لومړيو کې د هيمورژيک شاک په تداوی کې د شاک ضد پتلون البته په ډيره کاميابي سره استعماليده دويني د فشار په ثابت ساتلو کې صحيح ميخانکيت لا تر اوسه پوري معلوم ندي د جراحی تداوی نه مخکې په عاجل خونه کې pneumatic counter pressure germents ډير اهميت لري دا جامی هغه وخت استطباب لري کله چې سستوليک فشار د ۱۰۰ ملي متره سيماب څخه ښکته وي او د کلنيکي شاک اعراض او علايم ورسره وي او يا دا چې سستوليک فشار د ۸۰ ملي متره سيماب نه ښکته وي او علت يې نا معلوم وي اميندواري او شاک د زړه د احتقاني عدم کفايي سره او همدارنګه د سږو په اذيما او د زړه د احتشا په حالاتو کې مضاد استطباب وي. عيارکوونکی بايد د Pneumatic Counter Pressure garments د استعمال نه مخکې د دې د استعمال سره پوره بلديت ولري.

د ترياک انتاګونست:

د ترياک خارجی او داخلي استعمال د زړه وظايف په انحطاط اخته کوي په حيواناتو کې تازه مطالعات څرګندوي چې د ترياک اخذو ضد يعنې Naloxone په نزفی شاک کې د قلبي وعائی انحطاط په ارجاع کولو کې رول لري د دي مشاهداتو کلنيکي استعمال زياتو مطالعاتو ته اړتيا لري.

www.ketabton.com

تنفسي بیړني پیښی

Respiratory Emergencies

حاده تنفسی عدم کفایه یو د معمولو ستونځو څخه ده چې په عاجل خونه د جدی مراقبت په یونټ او یا عاجل روغتون کې پیښیږي د عمر په هر وخت کې خلک پدي اخته کیږی او د مړیني عمده سبب دي. حاده تنفسي عدم کفایه دا ډول تعریفیږي چې یوناڅاپي حالت دي چې د Pao2 د ۵۰ ملي متره سیماب د ښکته کیدو له کبله او یا د Paco2 د ۵۰ ملي متره سیماب د لوړیدو څخه منځ ته راځی داحدود مستقل دي. او هغه وخت تاکل کیږی کله چې مزمن هایپوکسیمیا او هایپرکپنیا موجوده وی د تنفسی عدم کفائې تشخیص په دوو مرحلو کې ایښودل کیږی.. (۲)

۱) د حاد ساه لنډي پیژندل یا د داسې یو حالت موجودیت چې تنفسی عدم کفائې ته زمنیه برابروي.

۲) د ويني د ګازاتو د تجزیې پواسطه تنفسی عدم کفایه تصدیق شي.

د هایپو کسیمیا کلنیکي علایم لکه سیانوزس او د هایپر کپنیا کلنیکي علایم لکه د ډسک اذیما د اعتبار وړ ندي او دا د تنفسی عدم کفایې وروستني نښې دي چې د بیړنی تداوی د شروع نه مخکې د هغوي موجودیت ضروري ندي.

www.ketabton.com

تنفسی دریدنه چې د خادی تنفسی عدم کفایې پرمخ تللي شکل دي داسې تعریفیږي چې د تنفسی وظیفي مکمل ختمیدل د تنفسی دریدو پنامه یادیږي. له نیکه مرغه کله کله په کاهلانو کې تنفسی سیستم د قلبی وعائی سیستم برعکس خپله اغیزمنه وظیفه په ناڅاپي ډول یا سمدستي ختموی Status Asthmaticus د پورتني تنفسی لارې بندش او Glutethimide عصبي عضلی ناروغۍ پرمخ تللي سیستم په استثناتو کې راځی.

د حادی تنفسی عدم کفائی چټک تشخیص په هغه حالت پوري اړه لري چې د ناکافي تنفسی وظیفي سبب شي.

تاریخچه او فزیکي معاینات کله کله د تنفسی عدم کفایې د پتوجنیزس په پیژندلو کې ګټور معلومات راکوي. همدا ډول عصبي عضلي انومالي ګانی د پلورائی فشار په کمولو کې په بی وسی باندي دلالت کوي ،Stridor ، ویزنګ ،فوق الترقوي کشش او د رال موجودیت د هوایې لارو په ناروغی دلالت کوي.

د حادی تنفسی عدم کفائی زیات عوامل د ډیرو وړو غلطیو له کبله وي چې د شدید هضمی عضلی ، عصبي عضلی، هوایې لارو، پرانشیمل یا سږو درګو ناروغیو سره یوځای پخوانی تاریخچه لري. د C.O.P.D حاده حمله یو مثال دي او د حاد تنفسی عدم کفایې یو مهم لامل جوړوی په ډیرو پیښو کې حاده تنفسی عدم کفایه په هغه ناروغانو کې لیدل کیږي چې پخوائې نارمل سږي درلودل د دي حالاتو زیاتره سبب Acute Respiratory Destress Syndrome جوړوي.

www.ketabton.com

د تنفسی عدم کفايې معموله تداوې چې وروسته په ثانوي ډول د سږو د مزمنو انسدادې ناروغيو ، د دوا د ډوز په زياتوالي، عصبي عضلي ناروغی، استقلابي ناروغی او A.R.D.S سندرم څخه منځ ته راځی. (۷)

د حاد تنفسي عدم کفايې کلنيکي پيژند نه:

په تالي توګه هغه فکتورونه چې تنفسي مرکز او عصبي عضلي عمل يا کړنه اخته کوي:

ترضيض ، دواګاني او عمومی داخل قحفی ناروغی د تنفسی مرکز د انحطاط مهم اسباب دي په يواځی ډول د رګو دتشوشاتو او يا تومورونو له کبله دماغ ته نقصان راځی د gag يا د ټوخي د عکسې نشتوالي او په شعوري حالت کي څرګند انحطاط يا کوما يه ناروغ کې هغه وخت منځ ته راځی چې په ناروغ کې د مرکزی عصبي سيستم د ناروغی څخه په تالي ډول د تنفسي عدم کفايې يوه درجه موجوده وي شديده دماغی اذيما او د Medula oblongata چوره د magnum د فوحی له لاري په Apnea منتج کيږي که چيري په مصنوعي توګه تنفس يې تقويه شي نو وروستني ناروغان په نادر صورت سره خپل وظايف بيرته نارمل حالت ته راوړلي شي، څرنګه چې په حاد پيښو کې اخته شوي سږي زياتره نارمل دي چې تنفسی کنترول يا عصبي عضلي ئې په انحطاط اخته کړي وي نو هايپو کسيميا شديده نه وي کله چې دماغی اذيما يا د دوا د ډوز زياتوالي موجود وی نو تکی کارديا، لوړ فشار او تکي پنيا هم کله کله موجوده وي په پرمخ تللي تنفسی عدم کفايه کې زياتره براډيکارديا او هايپوتنشن پيښيږي هغه دواګانی چې د تنفسی مرکز د انحطاط سبب کيږي عموماً Hyponotic او Opiates دي د دوايې تسمم تشخيص زياتره

www.ketabton.com

د تاریخچې، د خالي دوايې بوتلو موجودیت او د ځان وژنې د پخواني هڅو پواسطه تر سره کيږي چې نور شواهد يې د معدي په لواژ کې د ناهضم شوي او یا قسمی هضم شوي ددواګوليو د شته والي پواسطه لاس ته راځی، باربیتورات د تنفس ژوروالي کموي بلکه د تنفس په شمیر کمه اغیزه کوي. زیاتره هایپوتنشن هايپوترمیا او په میتابولیک ا ندازه کې کموالي موجود وي د کاربن دای ا کساید د تولید د کموالي په نتیجه کې په ناروغانو کې برعکس د ډیر لږ Tidal Volume او د دقیقي تهویې څخه ډیر لږ په Pa Co2 کې زیاتوالي منځ ته راځی.

د opiates زیات دوز اخیستل عموماً په کوما چی د سنجاق د سر په اندازه حدقي او په انحطاطی تنفس منتج کیږي د Naloxane په مقابل کې چټک ځواب تشخیصی اهمیت لري تنفسي عدم کفایه یا تنفسی انحطاط د تنفسی حرکاتو د کموالي پواسطه پیژندل کیږي د لوړ Pa co2 او د حاد تنفسی اسیدوزس له کبله پدي ناروغانو کې سیانوزس موجود وی په لیچو او یا پنډي باندي د تازه یا زیړو ننښو موجودیت د Opiates د ډوز په زیاتوالي دلالت کوي.

داخل قحفی ناروغی یا ترضیض چې د تنفسی عدم کفایې د منځ ته راتلو لپاره کافي وي عموماً د ګراس عصبي تغیراتو او د شعوري حالت د تغیر سره یوځای وي عضلی عصبي، استقلابي او اندوکریني تشوشات چې د تنفسی عدم کفایي سره یوځای وي عموماً د نسبتاً زیاتی مودې اعراضو د تاریخچې او ابنارمل فزیکي معایناتو پواسطه تشخیص کیږي د استقلابي بی نظمی په تشخیص کی الکتروکاردیوګرام ګټهور ثابتیږي.

www.ketabton.com

د سينې راديوګرافي د سږو د ذکر شوي ناروغی په تفريقي تشخيص کې کومک کوي نسبتاً د سينې صافه راديوګرافي چې د نارمل اوچت حجاب حاجز Hypoinflation سره يوځای وي د تنفسی کنترول په بدلون او يا د عصبي عضلي کشش په کموالي دلالت کوي حاده تنفسی عدم کفايه چې په تالي ډول د تنفسي کنترول يا د سينې د جدار د ناکافي وظيفي له کبله منځ ته راځی اخرني تشخيص د شرياني ويني دګازاتو د تعين پواسطه ترسره کيږي په يو ويښ ناروغ کې د تنفسی عضلاتو د کمزوري تشخيص د شهيق د قوت د اندازه کولو او د شرياني ويني د Pco2 د کموالي پواسطه تصديق کيږي زيات ناروغان چې پرمخ تللي پرانشميل يا د هوايې لارو ابنارملتي ګانی لري د خپلي غوښتنی سره سم تر يو څه حده پوري PaCo2 کمولي شي. په يو ناروغ کې چې شعور يې دلاسه ورکړي وي او Pco2 يې هم لوړ وي ځنی وخت دا ډيره مشکله وي چې دا د pco2 زياتوالي د C.N.S د انحطاط او يا د دي له کبله وو بيا هم د CNS حالت د کافي تنفسی تداوي په وخت کې د Pco2 د صحيح کولو سره ښکاره کيږي دا د ډوز زياتوالي د عصبي عضلي کنترول د بدليدو له کبله د تنفسی عدم کفايې مهم سبب دي د دوا د ډوز زياتوالي لپاره يوڅو Antidotes وجود لري د دي لپاره د يوڅو دواګانو لکه د Opiates څخه غير دا ضروري ده چې د مخصوصه دوايا د توکسين د پيژندو نه مخکې د تسم تداوي اجرا شي.

د لارو چارو د سمون څخه مقصد د اختلاطاتو څخه مخنيوي ده. Morbidity يا mortality د عصبي سيستم د تنبه يا انحطاط له کبله چې د تنفسی عدم کفايې د معدي د محتوياتو د اسپايريشن يا د قلبي وعائی کولپس سبب کيږي منځ ته راځی.

www.ketabton.com

د حاد تنفسي عدم کفايې د لارو چارو د سمون اساسات چې په تالي توګه هغه فکتورونه چې د تنفسي کنترول د عضلي عصبي عمل اخته کوي.

د تنفسی عدم کفايې تداوی چې د مرکزی عصبي سيستم ، عصبي عضلي ، ميتابوليک او داندوکرين تشوشاتو له کبله مينځ ته راغلي وي د تنفسی عدم کفائی په منځ ته راتلو او شدت پوري اړه لري.

د دی ناروغانو په تداوي کې ځني عمومی قوانين شته.

د هاپيوکسيميا د اصلاح کولو او د تنفسی دريدو د مخنيوي لپاره چټکه تداوي ضروري ده بيړني تداوې د تنفسی عدم کفايې په اوله مرحله کې چې شکمنه وي شروع کړل شي او تر هغه وخته پوري ادامه ورکړل شي ترڅو چې د شرياني ويني د ګازاتو کچه تشخيص تائيد يارد کړي د هوائې لارو خلاصول او د اکسيجن پوره رسيدو ته تل اهميت ورکول کيږي.

څرنګه چې مخکې يادونه وشوه پدی حالا تو کې عموماً سږي نه متاثره کيږي او د اکسيجن ليږد په نارمل توګه صورت نيسی بيا هم پوتانشيل انوکسيا چې د معدې د محتوي د اسپيريشن نمونيا يا د کاربن دای ا کسايد د زيات سنخی تنشن له کبله په دقيقو کې غير رجعی انوکسيک جرحه توليدوي د دي لپاره زياتی اکسيجن په چټکه توګه توصيه کيږي په اول کې ۳-۴ ليتره في دقيقه Nasal prong د لاري او يا ۳۰-۴۰ فيصد ه اکسيجن د ماسک له لاري شروع کيږي کله چې قلبي ريوي لوحه په موقتي ډول ثابته شي نو هغه وخت د شرياني ويني ګازات لاس ته راځی.

www.ketabton.com

په لاندنی مبحث کې به هغه ناروغ چې تنفسی کنترول یا عصبي عضلي وظیفه یې دلاسه ورکړې وي د هغه سره د مرستی بحث کیږي په بیړني توګه د شعور د درجی په باره کې معلومات لاس ته راوړل ضرور دي که چیري ناروغ په کوماکي وي او gag عکسه یې له منځه تللي وي او همدا ډول تنفس یې ورو وي نو ا ندوترخیل تیوب داخلول ضروري دي د تیوب د اچولو نه مخکې باید فمی انفي بلعوم په ډیر احتیاط سره د افرازاتو څخه پاک کړل شي او ټول سست او مصنوعی غاښونه باید لري کړي شي د خولي airway ماسک او Resuscitator Manual په استعمال سره د تیوب د اچولو په وخت کې د اضافه هایپو کسیمیا نه د مخنیوي په خاطر اضافي اکسیجن په لوړ غلظت سره استعمالیږي کله چې یو ځل ناروغ ته تیوب واچول شو باید ناروغ ته په کراره تهویه شروع شي او په عاجله توګه د شریاني ویني ګازات تعین شي د اندو تراحیل تیوب خلاصول هغه وخت په کار دي کله چې په یقیني ډول سره دواړه سږي په تنفس کي برخه واخلي د اسناحو او معاونه تهوئی دوام ته ضرورت د ۲Paco د اندازه کولو پواسطه معلومیږي تنفسي عدم کفایه چې عاجل خونې ته د رسیدو نه وروسته منځ ته راځی حال دا چې ډیر لږ پیښیږي د باالحاصه احتیاطی تدابیرو پواسطه ورڅخه مخنیوي کیږي د مستند تنفسي عدم کفایې ناروغ باید monitoring او د دوامدار تنفسی تقویې لپاره یو مناسب ځای ته ولیږدول شي که چیري د دوا په زیاتی ډوز باندي شک موجود وي او د معدي تخلیه یا لواژ په نظر کې وي نو د ستهوپور ټولوناروغانو ته باید تیوب واچول شي ترڅو د اسپایریشن څخه مخنیوي اوشي که چیري پترولیم لکه Gasoline یا Kerosene په لوړ مقدارونو اخیستل شوي وي نو د شعور د درجي څخه پرته باید د معدي د لواژ نه مخکې هم د هوایي لارو ساتنه اوشي.

www.ketabton.com

هغه ناروغان چې شعوري حالت لري وروسته د لواژ څخه تيوب يې بايد وويستل شي حال دا چې هغه ناروغان چې په stupor حالت کې دې د (T) تيوب له لارې تنفس اخستلو ته پرېښودل شي ترڅو چې د ويني ګازات نارمل شي او ناروغ په مناسب monitoring کې ښه صحت ياب شي د ستهوپور د ناروغ څخه د تيوب ايستل په Hypoventilation منتج کيږي چې ډير دقت ته ضرورت لري دا په هغه حالاتو کې چې د هوايې لارو PaCo۲ ۴۰ mm Hg عکسات يا کم شوي وي يا له منځه تللي وي صدق کوي هغه تنفسی دريدنه چې د Glutethimide د ډوز د زياتوالي څخه منځ ته راځی د دي ناروغانو څخه به تر هغه وخته تيوب نه ايستل کيږي ترڅو چې د وي ښه تيار شي کله چې د يو ناروغ څخه چې شعوري حالت يې د لاسه ورکړي وي او تيوب يې وويستل شي نو هغه بايد چې په پړمخې وضعيت څملول شي چې سر ئې د حوصلي نه ۳۰ - ۴۰ درجو ښکته وي ترڅو چې د خولي د افرازاتو Aspiration کم کړي شي. د ستونی ستاح وضعيت ورکول مضاد استطباب دي د Opiate د ډوز د زياتوالي ناروغان چې د سنجاق د سرپشان کسی لري د Naloxone پواسطه تداوي کيږي ځکه چې دا يو خاص محفوظ او مقايسوی Antagonist دي او د نرکوتيک ددوز د زياتوالي په حالت کې ښه ځواب ورکوي که چيري د نرکوتيک د دوز زياتوالي يقيني وي په اول کښی Naloxone په لوړ مقدار ورکول کيږي ځيني ناروغان ۱۰-۲۰ mg۲۰-۱۰/ min ته ضرورت لري د هوايې لارې د جوړولو او يا د کومکی تهويې سره سره بايد چې دوران هم صحيح شي. دوراني تشوشات د vasomotor د تغيراتو د C.O او د داخل وعايې حجم د کموالي يا بی نظمی له کبله منځ ته راځی. هغه ناروغان چې محيطی وعايې توسع يا Hypovolemia ولري Orthostatic تغيرات په کي

www.ketabton.com

لیدل کیږي د hypovolemia په حالت کي مرکزی وریدي سیر او د مرکزی وریدي فشار اندازه کول ضروري ده د کومکی تهویې سره د اتموسفیریک فشار څخه د پلورافشار زیات ټیټیږي او کله کله د وریدي شاه ګرز او د زړه د کموالي سبب کیږي د تنفسی عدم کفایې د تداوي په دوران کې دزیات دوراني خطر څخه د مخنیوي په منظور د مرکزی وریدي فشار په غور اندازه کول او د مایعاتو د تطبیق په نتیجه کې د هغې ځواب ګټور ثابتیږي. د چپ بطین د ډکیدو په فشار کي تغیرات په C.V.P کي دومره تغیرات منځ ته نه راوړي، د الکترولایت د تشوشاتو معاوضه کول د نوری تنفسي عدم کفایې او د زړه د بی نظمی ګانو څخه مخنیوي کوي (ویښ) یا تیار ناروغان چې پرمخ تللي ساه لنډي لري په ثانوي توګه د عصبي عضلي یا استقلابي ناروغی له کبله وي او د insp force. - Vital Forced او د شریاني ویني د ګازاتو پواسطه اندازه کولي شو. څرنګه چې د سږو پرانشیم پدي حالاتو کي نورمال وي نو شریاني هایپوکسیمیا شدیده نه وي ترهغه وخته پوري چې Superimposed pneumonia ، اتیلیکتازس یا اسپاریشن واقع شوي نه وي بیا هم حاده نمونیا د Myasthenia gravis په ناروغانو کې crisis یا شدت پیداکوي او په عضلي عصبي تشوش یا استقلابي بی نظمی کې یوه معموله پیښه ده. که چیري حیاتی ظرفیت Vital Capacity د ۵۰۰ ملي لیتره نه ښکته او شهیقي قوه cm ۵ اوبو نه کمه وي نو کیداي شي چې Apnea منځ ته راشي. او انتخابي Intubation ضروري کار دي. که چیري حیاتی ظرفیت د ۱ – ۱،۵ لیترو ترمنځ وي یا عصبي عضلي ناروغی په غیر ثابت یا پرمخ تللي توګه رامنځ ته شوي وي نو ناروغ باید چې طبي I.C.U ته انتقال کړل شي د عصبي عضلي ناروغی یا استقلابي کوما ناروغان چېmmHg ۵۵ نه زیات PCO۲ لري

www.ketabton.com

د تيوب اچولو او کومکی تهوئې ته ضرورت لري که چيري Pa Co۲ د ۴۵-۵۵ mmHg ترمنځ وي نو د تيوب د اچولو تصميم په حياتی ظرفيت ، د ناروغ کلنيکي سير او په محتاطانه توګه د شريانيويني د ګازاتو په monitoring يا کنترولولو پوري اړه لري کله چې د دوا د دوز زياتوالي او هغه ناروغانو کې چې په عصبي عضلي استقلابي او يا اندوکريني تشوشاتو اخته وي کله چي پدوی کې کومکی تهويه په بيړه شروع شي نو دا بايد يادولري چې دسږو ميخانيکيت په عمومی توګه نسبتاً نارمل وي او د Manual Resuscitator يا فشاري Inflation فشار ته ۱۰-۱۵ cm H۲O Inspirator يواځی کم ضرورت احساس کيږي او يا يواځی د حجم Respirator ml/kg/Breath ۷-۱۰ کم حجم ته ضرورت احساسيږي پدي حالاتو کي د تنفسی الکلوزس ناځاپی بريد inflation او بي نظمی ګانې زيات معمول دي ترڅو چې کومکې تهويه په ډير احتياط سره اجرا شي.

ترومانيک تنفسي عدم کفايه:

هغه ناروغان چې ټکول شوی سينه لري او د ترومااوروسته تنفسی عدم کفايه لري بايد چې په چټک ډول ورته تيوب تطبيق شي. دي ناروغانو ته بايد زياته تهويه ورکړل شي ځکه چې دوی پخپل سر تنفس نشي شروع کولي. د ذفير د آخرې صفحی فشار لږ مقدار د کم کم Atelectasis څخه مخنيوي کوي پدي کړنلاره کی امدادي تهويه د ناروغ تنفس کنترولوي د پښتيو د کسر د جوړيدو لپاره پوستکي ثابت ساتي د بی ځايه پښتيو لپاره د سږو پرانشيم د ځيري کيدو څخه مخنيوي کوي او عموماً ښکاره هايپوکسيميا اصلاح کوي. که چيري د تروما وروسته د سږو عدم کفايه د دوراني عدم کفايې سره يوځای وي د

www.ketabton.com

سينې په يو يا دواړو اجوافو کي د تنفسی اوازو د کموالي او يا شزن يوي خواته کش شوي وي بايد بيړني Thoracostomy اجرا شي. په ډېرو عاجلو پيښو کې په لومړنی توګه د يوي ستني او يا د اوبو د بوتل سره اجرا کيږي په ډير احتياط سره دسينې يو تيوب او يا د يو لوي داخل وريدي سندايښودل د سينې په پنجره کې ژوند ژغوري. که څه هم دا به ډيره ښه وي چې د نوموتوکس لپاره راديوګرافي ته ا نتظار وويستل شي ليکن دا هميشه ا مکان نلري پداسې ناروغ کې چې کومکی تهويه اخلي د نوموتوراکس د امتحان کولو لپاره که يو وړوکی سند يا د سيني تيوب په ډير احتياط سره داخل شي په ډيرو نادرو حالاتو کې د Iatrogenic نوموتوراکس د پيداکيدو يا د ناروغ د حالت د خرابيدو سبب کيږي له بلي خوا په يو صحت مند کس کې بنفسهی نوموتوراکس نادراً د تنفسی عدم کفايي سبب کيږي د نوموتوراکس تشخيص او تداوی به وروسته ذکر شي.

د تنفسی عدم کفائی د ټولونه لوي سبب د سږو ميخانيکی بدلون دي چې دا بدلون د هوايې لارو د بندش او د پرانشيم د وظيفي د تشوش په حالاتو ويشل شويدي د دي لويو کتګوريو کلنيکي لوحه او تداوي مختلفه ده د دي دواړو د جملي څخه د هوايې لارو بندش ډير معمول دي د تنفسی عدم کفايي نښه د هغه په اسبابو او د تنفسی لارې په پورتني او ښکتني بندش پوري اړه لري.

www.ketabton.com

د پورتني تنفسي لارې بندش

د پورتنی تنفس لارې بندش د یو لړ حالاتو په پایله کې منځ ته راځی.

د هوایي لارو د مقاومت زیاتوالي چې د supra glottal یا د حنجری د اذیما ، د حنجري د فلج ، تومور یا د اجنبی جسم د بندش له کبله منځ ته راځی د کاهلانو او ماشومانو د دواړو له خوا زیاتره په ښه توګه زغمل کیږي ترڅو چې پورتني تنفسی لاره په پوره توګه نوي بنده شوي د بندش کلنیکي ښه منځ ته نه راځی حال دا چې په منځنۍ کچه بندش د هوا د جریان د محدودیدو څخه اندازه کیږي د پورتني تنفسی لارې د بندش د معلومولو لپاره د اجباري شهیق عموماً د اجباري ذفیر د اندازو څخه زیات حساس وي د پورتني تنفسی لارې د بندش ناروغان عموماً د سترتیا او ساه لنډي څخه شاکي وي سا لنډي زیاتره ستوني ستاح حالت کې زیاته وي چې د میخانیکي کار د نشتوالي له کبله وي او د تمرین په وخت کې هم سخته وي چې دا په دقیقه کې د ventilation د زیاتوالي له کبله وي حر حر د پزی د مناحرو د پرش سره د اضافی تنفسی عضلاتو فعالیت او فوق القصی او بین الضلعی کشش او د پورتني هوایي لارو د بندش په سیر کې منځ ته راځی او زیاتره د پاراډوکسیکل نبض سره یوځای وي د تنفسی کار د زیاتیدو سره سره ترڅو چې ناروغ ستومانه شي او یا بندش تقریباً په تام ډول منځ ته راشي شریاني Paco2 تقریباً نارمل پاتې کیږي بیا په چټکی سره په Po2 کې بدلون منځ ته راځی او د مړینې پواسطه تعقیبیږي pao2 زیاتره نارمل یا لږ شانته ښکته وي د ناروغی پیژندل د افت د مخنیوي لپاره د کونجې رول لري د پورتنی تنفسی لارو حاد بندش چې د صوتي حبولو د پړسوب یا

www.ketabton.com

فلج سره يوځای وي د اواز د خپوالي سره يو ځای وي . الرجيکي يا ارثی Angio edema او نزف هميشه د فمی بلعوم يا د ژبی د پړسوب سره يوځای وي . د Ludwigs انجينا د submaxillary مسافی د cellulitis څخه عبارت ده چې د دوهم او دريم molar غاښونو د شاوخوا انتان څخه منځ ته راځی د هوايي لارو بندش د خولې د جوف د اذيما څخه منځ ته راځی د کومو پواسطه چې ژبه خلف ته ټيله کيږي او رقبي پړسوب منځ ته راحی او عسرت بلع او د غوېږ غاړه Bull neck منځ ته راځی مګر د اواز خپوالي ، ادينوپاتی يا د زوو تولېدل عموماً موجود نه وي د ټانسل او بلعوم د خالت په کې کم ليدل کيږي تبه او لوکو سايتوزس معمول وي د حاد انتاني Epiglotitis اعراض په کاهل کې د تبي لړزی ، ساه لنډی عسرت بلع او د ستوني ددرد څخه عبارت دي دا اعراض د تنفسی عدم کفايې نه څو ورځی مخکې پيښيږي ناروغان زياتره ټوکسيک بڼه لري د Pharyngitis پيښی کمې دي ليکن د غاړې پړسوب کم يا ادينوپاتي موجوده وی د اواز خپوالي غير معمول دي شهيقي Stridor نسبتاً په ناڅاپي توګه منځ ته راځی او په څو ساعتو کې د پورتنی تنفس لارو د مکمل بندش سبب ګرځی پيژندنه يې د غير مستقيم Laryngoscopy پواسطه کيداي شي د کوم پواسطه چې Epiglottic او Supra glottis انساجو اذيما او التهاب ليدلي شو يو ناروغ چې epiglo titis لري laryngoscopy د مرګونی laryngo spasm سبب کيداي شي epiglottis بايد هغه وخت معاينه شي کله چې د عاجل تيوب اچولو يا tracheostomy د اجرا کولو لپاره لازم سامان او پرسونل موجود وي په ludwigis angina کې د supraglottis يا د رقبي ناحيي پړسوب او يا حاد انتاني epiglottis کې د epiglottis پړسوب د غاړې په جنبي راديوګرافي کې د رخوه اقسامو د تخنيک پواسطه

www.ketabton.com

لاس ته راځی د حاد پورتني لاري بندش چې د تنفسی عدم کفایې سبب کيږي بيړني
اهتمامات د بندش لري کول دي پورتني تنفسی لاره باید په ډیر دقت سره معاینه او پاکه
شي مخصوصاً هغه وخت کله چي د غذا د تیرولو په وخت کې تنفسی ستونځی پیښیږي
په حاد epiglottis کي پورتني تنفسی لاره باید چې په عملياتي خونه کي معاینه شي د
هوایې لارو د خلاصولو لپاره فمی یا انفي داخل شرني تیوب اچول کيږي داکار په ډیره ښه
توګه د انستیزی لوګ تر نظر لاندي کيږي د Paco ۲ د ۵۰ mmHg نه پورته حالاتو کې يې
څرګند استطباب موجود دي په حاد انتاني epiglottitis کي د داخل شرني تیوب اچول
مضاد استطباب دي په عملياتي خونه کي د اندوتراخیل تیوب اچول نن انتخابي درملنه
ده او د Tracheostomy څخه ډډه کيږي بندش په ۲ یا ۵ ورځو کې له منځه ځی په
ludwigs انجینا حالاتو کې داخل شزنی تیوب اچول خطرناک او غیر کامیابه وي او باید
په چټکه توګه Tracheostomy اجرا شي د حاد پورتني تنفسی لارو د بندش په ډیرو حالاتو
کې کله چې یوه هوایې لاره خلاصه شي نو تنفسی ستونځه ښه کيږي يقيني درملنه لکه
Tracheostomy دوړانګو په واسطه درملنه یا د انتان تداوی د اسبابو په نظر کي نیولو
سره په ورو ورو شروع کيږي که تنفسی عدم کفایه دوام وکړي نو د برانکوسکوپی پواسطه
د ا ندوتراخیل تیوب لاندي شزن لیدل کيږي که تنفسی لاره خلاصه وي نو د تنفسی عدم
کفایې سبب به د پورتني تنفسی لاري د بندش د فکتورونو نه برسیره نور فکتورونه دي،
څرنګه چې د تیوب اچولو پواسطه د حنجري اذیما نوره هم زیاتیږي او د کیمیاوي جرحو
لکه د لوګی د تیرولو پواسطه د پورتني تنفسی لارو پرمخ تللي بندش منځ ته راځی چې
لومړني Tracheostomy ته ضرورت لري زیاتی اکسیجن ته یواځی په هغه حالت کې

www.ketabton.com

ضرورت وي کله چې د سږو ناروغی موجوده وي یوځل کله چې پورتنی تنفسی لاره Bypass شي نو ضروري ده چې ټوله شهیقي هوا مرطوبه شي.

د ښکتني تنفسي لارې بندش

حاده تنفسي عدم کفایه د ښکتني تنفس لارو د بندش څخه منځ ته راځی چې ډیرې پیښې یي په ثانوي ډول دپرانشیل استما یا C.O.P.D څخه منځ ته راځی پدي دواړو حالاتو کې حاده حمله د سیني داتنان ، عملیات ، تنفسی انحطاطی درملو یا نورو ناروغیو پواسطه شدت مومی په څو ساعتو یا ورځو کې ناروغ ته زیاته ساه لنډي ، ویزینګ، لترجی، بی خوبي یا somnolence احساسیږي ټوخی وچ او یا د افرازاتو سره یوځای وي د تنفسي عدم کفایې لپاره باید بندش شدید او پراخ وي څرنګه چې د بندش درجه په ټول سږي کې منظم او یا برابره نه وي نو د دي Ventilation/Perfusion بی نظمی منځ ته راځی چې دا د مړې مسافې په زیاتوالي او په وریدي یوځای کیدو منتج کیږي زیاته شوې مړه مسافه یا ضایع شوي تهویه په مجموعي تهویه کي د زیاتوالي پواسطه معاوضه کیداي شي نو پس Pa Co۲ نږدي نارمل سرحد ته ساتل کیږي بیا هم د وریدي یوځای کیدو یعنې Venous admixture پواسطه په اول کي Pa o۲ کمیږي.

په حاده تنفسی عدم کفایه کي چې د C.O.P.D له کبله منځ ته راغلي وي په یو څو ورځو کې پرمخ تللي توګه عموماً PCo۲ لوړیږي د حادي تنفسی عدم کفایې د هایپر کپنیا تشخیص دووټکوته اړتیا لري .

www.ketabton.com

يو د ناروغ د تنفسی اعراضو بدلون او بل په Pa Co2 کی لوړوالي چې د شرياني وينې د PH د ټيټوالي سره يوځای وي په PaCo2 کي لوړوالي د حاد تنفسی عدم کفايې حالت راښئي د خالص حادي تنفسی عدم کفايې په ډېرو پيښو کي د PaCo2 لوړوالي د نکروزس سبب کيږي چې هايپوکسيميا ناروغ وژني، د هايپو کسميا له کبله مړينه يا هميشني ټپ په څو دقيقو کي منځ ته راځی او که چيري oxygenation په ښه توګه صورت ونيسی نو په PaCo2 کي زياتوالي په ښه توګه زغمل کيږي او د انساجو د هميشنی ويجاړيدو سبب نه کيږي د حاد تنفسی عدم کفايې لپاره د اهتماماتو نيول چې د C.O.P.D نه وروسته په ثانوي ډول منځ ته راغلي وي د تنفسی عدم کفايې په درجه توپير کوي.

دکوما ناروغانوته بايد چې په چټکه توګه د خولي له لاري دماسک او داحياي مجدد پواسطه تنفس ورکړل شي او بيا وروسته تيوب واچول شي هغه ناروغان چې په بی پروايې سره روغتون ته دتګ په لاره کې په زيات مقدار اکسيجن اخلي پدي کتګوري کې راځی د تيوب اچول دومره د انديښني وړ ندي دواړه د پزی او خولي له لاري تيوب اچول خپل استطبابات لري که چيري ناروغ بخرانی حالت وښئي او زيات سيانوتيک وي ليکن نسبتاً ويښ وي نو بايد چې ۲۴ سلنه اکسيجن د Venturi ماسک له لاري ياLit/min ۱ د انفي canula له لاري توصيه شي . په هر يو پورتني حالاتو کي داخل وريدي انفيوژن ۵% ډکستروز سره شروع کيږي او د شرياني ويني د ګازاتو د تجزيې لپاره لاس ته راوړل کيږي که چيري د ناڅاپي ساه لنډي د پيداکيدو تاريخچه موجوده وي نو د سيني چټکه راديوګرافي د نوموتوراکس دموندلو لپاره اخيستل کيږي که چيري د ساعتو څخه تر

www.ketabton.com

ورځو پوري ساه لنډي زياتيږي نو د سيني د راديوګرافي د اجرا څخه مخکي بايد چې ناروغ په دقيقه توګه تر مشاهدي لاندي ونيول شي او monitoring شي ناروغ بايد په روغتون کې بستر شي او که چيري د Pco2 mmHg **۵۵** څخه پورته وي نو په I.C.U کی بستر کيدل حتمی دی.

د پرمخ تللي هايپوکسيميا په ډيرو حالاتو کې څه وخت چې Po2 قسماً صحيح کيږي هغه وخت د Pa Co2 په سويه کې لږ لوړوالي منځ ته راځی که چيري د اکسيجن د کم مقدار زياتولو سره په Pa Co2 کې زياتوالي منځ ته راشي نو بايد چې اکسيجن ورکول منع نشي چې د دي ټولو ناروغانو لپاره ترلې مانيتورنګ ښه دي هغه ناروغان چې په حاده منځنی او يا شديده اندازه تنفسی عدم کفايه باندي اخته وي بايد چې د لومړنی تداوی څخه مخکي ئې د شرياني ويني ګازات معلوم کړل شي په ډيرو حالاتو کې په روغتون کې بستر کيدل اړين دي . اوکله کله يواځی منځنی کچه هايپوکسيميا وی او يا د مخکيني کتل شوي شرياني ويني د ګازاتو د سويې څخه کوم تغير نکوي د تبی ، د سيني درد ، زياته سترتيا ، حاد راديو ګرافيک تغيرات، ډی هايدريشن، هايپوتنشن يا د شعوري حالت د خرابيدو په حالاتو کې په احتياطی توګه د Branchodi latator دواګانو ورکول ضروري دي ، د سږو د پخواني وظيفي اندازه کول او د سږو اوسنی وظيفي مقايسه چې د Bronchodi latator څخه مخکې او وروسته اجرا کيږي د ناروغ د طبيعت سره ډيره مرسته کوي.

www.ketabton.com

قصبي استما

قصبې استما. د حاد تنفسی ستونځو د ټولونه لوي سبب دي که څه هم قصبې استما کی تنفسی عدم کفایه غیر معمول ده لیکن ناڅاپي مړینه او د سږو عدم کفایه منځ ته راځی، د قصبي استما حاده حمله چې ځنی وخت په Status asthmaticus بدلیږي او د ساه لنډي د زیاتو پیښو د بیرته راګرځولو لپاره د خصوصي تداوی پوره تطبیق ضروري دي.

د حاد استما ناروغان څرګند تنفسی تکلیف ، خپور ذفیري او کله کله شهیقي ویزینګ اوږد ذفیر د لیدلو وړ د اضافي تنفسی عضلاتو فعالیت اوفوق الترقوي او بین الضلعی کشش لري، کله کله ویزینګ موجود نه وي چې دا همیشه په سینه کې د ډیري ضعیفي هواد داخلیدو سره یوځای وي په پرمخ تللي استما کې Paradoxus نبض عمومیت لري د شدیدي استما ناروغ همیشه د ناڅاپي تنفسی دریدو د خطر سره مخامخ وي او باید چې مناسبی لاري چارې یې اوشي د ټولونه غټ لمړني خبرتیا د هوایې لارو پرمخ تللي بندش دي چې د قصباتو توسع لرونکی درملنې په وړاندې غبرګون نه ورکوي د بندش شدت او د عکس العمل شته والي د ذفیري هوایې جریان څخه چې د Bronchoidlator نه مخکې او وروسته اندازه کیږي په عملي قدم کې FEV حیاتي ظرفیت یا Peak flow اندازه ګیري په اول کې د اپي نفرین ۱:۱۰۰۰ د ۰.۳ ملي لیتر د پوستکې لاندې زرق څخه ۲۰ دقیقي وروسته معلومیږي مخکې د دي نه چې فیصله اوشی چې ناروغ هیڅ ځواب نه وایې نو دري وخته اپي نفرین ورکول کیداي شي د استما ناروغ چې په څرګنده توګه یې

www.ketabton.com

ناروغې معلوميږي بندش يې زيات وي د تداوې په مقابل کې ځواب نه وايې بايد چې په روغتون کې بستر کړل شي .

په کلنيک او عاجل خونه کې د ۲ - ۳ ساعتو پوري تر مشاهدي لاندي نيول او دوامداره درملنه غلطه ده، د استما د شديدي حملي ناروغان زياتره ناارامه ، پريشانه او مشوش وي بيا هم دلږ مقدار مسکنو دواګانو استعمال د مړيني پيښې زياتوي او تر هغه وخته پوري بايد ورنکړل شي ترڅو چې دا فيصله اوشي چې ناروغ ته په مصنوعي توګه تنفس ورکړل شي . په عاجله تداوي کې داخل وريدي هايدريشن شامل دي چې د هغې پواسطه افرازات نرميږي د مخاط د جمع کيدو څخه مخنيوي کوي او دوران ثابت ساتل کيږي ځرنګه چې دا ناروغان هميشه هايپوکسيک وي بايد چې دوي ته زياتې اکسيجن ورکړل شي يعنې د پزی د کانال له لاري ۲ ليتره په ۲ دقيقو کي يې پوره مقدار دي . دقصباتو توسع ورکونکې دواګانی کله کله Pao۲ نه خرابوي د حفيفه حملا تو نه برسيره بايد چې اکسيجن تراپي د ټولو قصباتو توسع ورکوونکی درملو څخه مخکې اجرا شي د استما ناروغ د اکسيجن تداوی زياتره تنفس په انحطاط نه اخته کوي د پوستکې لاندې اپي نفرين سره سره نور Bronchodilators لکه داخل وريدي امينوفلين د ناروغ د پخواني دوايې تاريخچی په اساس توصيه کيږي د داخل وريدي امينوفلين پوره loading دوز ۵ mg/k.w - ۶ په ۲۰ دقيقو کې هغه ناروغ ته ورکول کيږي چې په لنډ وختو کې يې theophylin تداوی نه وي اخيستی . امينوفلين لومړني دوز په mg/kg/h ۶ ، ۰شروع کيږي. ليکن په پرمخ تللي پيښنو کې په ۲۰ دقيقو کې د ناروغ په وضعيت کې خرابوالي

www.ketabton.com

معمول دي د داخل وریدي امینوفلین دوامداره تطبیق د ناروغ د عمر او د کبد د دندې په نظر کي نیولو سره کله کله د تعقیبیه دوز په ځای د ریدو ته ضرورت دي.

د حادی حملي په لومړني درملنه کې نیبولایزرد قصباتو توسع ورکوونکی د داخل وریدي امینوفلین نه زیات اغیزمن واقع کیږي د کورتیکو ستیروئید په تطبیق سره باید د دي توقع ونشی چې په شپږ ساعتو کی د استما په حمله کې بدلون راشي چې د دي لپاره د حادي استما لپاره ستیروئید عاجله درملنه نده که څه هم د ستیروئید پواسطه په پرمخ تللي حالاتو کې د ناروغ ژوند ژغورل کیږي په Statusasthmaticus کې ورسره یوځای شوي استقلابي اسیدوزس د اصلاح کولو لپاره د بای کاربونات تداوی ښه مطالعه شوي نده.

www.ketabton.com

د Inhaler استعمال : د ناروغ ارزونه او لارې چارې

۱ شکل

۲ شکل

۳ شکل

ناروغ د استما حمله لري او Inhalar ته ضرورت دي

٤ شکل د Inhalar استعمال (٦)

www.ketabton.com

انافلکسس Anaphylaxis

انافلکسس د حاد پورتنی تنفسی لارو د بندش سره لکه د Angioedema پشان او همدا ډول ښکتني تنفسی لارو د بندش سره لکه د Status Asthmaticus پشان موجود وی په ډیرو حالاتو کی څرګنده کلنیکي ایمرجنسی د دورانی کولپس څخه عبارت ده په محیطی وعايې مقاومت کې د کموالي له کبله هایپوتنشن موجود وي په عمومی منل شوي تداوی کې د اپي نفرین یو سي سي ۱:۱۰۰۰ bolus متکرر داخل وریدي تطبیق هر ۱ - ۲ دقیقي وروسته او په زیاته اندازه د مایعاتو تعویض شامل دي لکه چې دا پي نفرین ۵ - ۱۰ mg او څو لیتره سالین ته شاید ضرورت وي که چیري ناروغ د ا پي نفرین په مقابل کې ځواب ونه وایې نو د سستولیک فشار د mmHg ۹۰ نه پورته ساتلو لپاره باید په دوامداره توګه د انفیوژن په شکل نارایی نفرین تطبیق شي که چیري هایپوتنشن سره تنفسی ستونځه چې د پورتني تنفسی لارو د پړسوب، حرحر، عمومی ویزینګ یا د لوړ شوي PaCo۲ سره یوځای وي نو باید چې ناروغ ته تیوب واچول شي او په مصنوعی توګه د لوړ شهیق محلوط اکسیجن پواسطه تهویه شي که چیري خفیف هایپوتنشن موجود وي نو باید چې ناروغ د مکرراپي نفرین ۱:۱۰۰۰ د پوستکې لاندي پیچکاریو پواسطه تداوي شي او د پورتني تنفسی لارو د بندش پشان یې اهتمامات ونیول شي.

www.ketabton.com

د الرژیک حساسیت ارزونه او لاري چارې

۲۰ شکل ناروغ شدید الرژیک حساسیت لري(۲)

۲۱شکل لومړني ارزونه او لوړ غلظت اکسیجن(٦)

۲۲ شکل تاریخچه او فزیکي معاینات اجراکیږي(٦

۲۳ شکل د ناروغ د ژوندانه نښي اخیستل کیږي (٦)

www.ketabton.com

۲٤ شکل د پیچکارۍ د زرق په وخت کې د اپي نفرین محلول ولیدل شي(٦)

۲۵ شکل اپنفرین په صحیح توګه معاینه کیږي (۲)

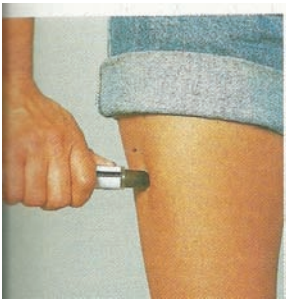
۲۶ شکل پیچکارۍ په ورانه کې زرق کیږي (۲)

۲۷ شکل مستعمله پیچکارۍ په مخصوص بکس کې اچول کیږي(۲)

www.ketabton.com

۲۸ شکل د ناروغ ځواب د تداوۍ په مقابل کې (٦)

۲۹ شکل د ناروغ حياتي علايم او د ABC کنترول اوروغتون ته لېږ(٦)



۳۰ شکل د اپې نفرين اوتو انجکشن بڼې (۲)

www.ketabton.com

تنفسی عدم کفایه چې په تالي توګه دحاد پرانشمیل وظیفوي خرابوالی له کبله منځ ته راځی

دسګرتوڅکول او کیمیاوی جرحه:

سږو ته دزهرناک ګازاتو لکه کلورین H_2SO_4 (NO_2) انشاق د کیمیاوي جرحی له کبله حاد تنفسی ستونځی منځ ته راوړی په ا مریکا کې د مړیني عمده سبب اورلګیدنه ده او د اورلګیدنی په پیښو کې د انشاقي څکولو له کبله د تنفسی سیستم جرحه د مړیني عمده سبب جوړیږي زیات ناروغان د بلعوم ،حنجري ، شزن او د لویو قصباتو دواړه حرارتي او کیمیاوي جرحی لري چې د دي په نتیجه کې شدید التهابي او نکروزی افات منځ ته راځی په نتیجه کې ناروغان د پورتني تنفسی لارو اذیما پیدا کوي د انشاقي څکولو اعراض او علایم زیاتره کم وي یواځی ټوخی لري او بلعوم یې د کاربن پشان رنګ لري ډیر ناروغان چې تنفسی اعراض پیداکوي په مخ باندي سوزیدنه هم لري نور مشاهدات چې د سږو په جرحه دلالت کوي عبارت دی د شعور د ضیاع تاریخچه چې په یو تړلي ځای کي بند پاتي کیږی د پوزې یا مخ سوځیدنه، د اواز خپوالي یا د ۱۵ فیصد څخه زیات د کاربوکسی هیموګلوبین موجودیت په اخته شوي ناروغانو کې چې نسبتاً ځان ښه محسوسوي او بلعم یې د کاربن پشان رنګ لري یا نلري د څو ساعتو لپاره یی مشاهدات ضروري دي ځکه چې د تنفسی ستونځی نه مخکې یوه د تنبلي وقفه وجود لري یو غیر نارمل Spirogram زیات خطرلرونکی ناروغان په ښه کولي شي که چیري Spirogram په حیاتی ظرفیت کې لږ کموالي او یا په FEVI کې هیڅ کموالي ونه ښئی او ناروغ د باور وړ وی نو ناروغ د لارښوونو سره سم رخصت کړل شي او د نوي تنفسی اعراضو د پیدا ایښت په صورت کې د

www.ketabton.com

بيا مراجعه وکړي مقاوم تنفسی ستونځی ، د اواز خپوالي ، شهيقي او ذفيري ويزينګ د ناروغ خراب انزار وښئي Stridor چې په ثانوي توګه د پورتني تنفسی لارو د بندش چې دفمی بلعومی يا د حنجری د اذيما له کبله منځ ته راځی Tracheostomy يا د فوري تيوب اچولو ته ضرورت احساسيږي په هايپوکسيک ناروغانو کې شهيقي اکسيجن چې د اوبو پواسطه زيات مشبوع شوي وي . بايد چی د تيوب اچولو د ضرورت نه پرته شروع شي که چيري د ناروغ د شريانيويني PH ښکته وي هغه د کاربن مونواکسايد په تسم اخته دي او بايد چې ۱۰۰ سلنه اکسيجن واخلي د هوايي لارو د بندش يا د اواز لرونکی ويزينګ په شته والی کې بايد چې امينو فلين يا د قصباتو نوری دتوسع دواګانې تطبيق شي د انشاقي ځکولو په حالاتو کې د حادو اعراضو د ارامولو او يا د هوايي لارو د وظايفو د خرابوالي د مخنيوي په خاطر د ستيروئيد رول ندي څرګند شوي .

د سږو اذيما :

د سږو اذيما د کپلييرو د هايدروستاتيک فشار د زياتوالي د وعايي انکوتيک فشار د کموالي يا د شعريه اوعيو د نفوذيه قدرت د تغير په نتيجه کې منځ ته راتلای شي د لمفاوي جريان بندش دغه ټول حالات تشديدولای شي.

حاد تنفسی Distress سندروم د سږو د پرمخ تللی حادی اذيما عمده سبب دی د Sepsis شديد نزف، غير صدري ترومايا Pancreatitis ناروغان په روغتون کې د بستر کيدو څخه څوساعته وروسته حاده ساه لنډي ، Refractory سيانوزس پيداکوی چې دا ذکر شوي ناروغی دسږو په ناروغيو پوري اړه نلري ويروسی نمونيا او د معدې د محتوياتو

www.ketabton.com

Aspiration هم دا سندروم منځ ته راوړي شي یو شمیر مختلف لومړنی او دوهمی میخانیکیتونه د سږو د جرحی سبب کیدلي شي، د دي ټولو حالاتو معمول فکتور د شعریه اوعیو د اندوتلیم د لیکاژ څخه عبارت دي چې د لوړ پروتین لرونکی د سږو د پرمخ تللی اذیما وي مایع سبب کیږی چې د ښی نه چپ طرف ته دسږو داخل ته shunt پیداکوي چې د لوړ غلظت لرونکي اضافي اکسیجن پواسطه نه اصلاح کیږي دې ناروغانو ته چې څومره ژر کیداي شي اضافي اکسیجن ورکړل شي او I.C.U ته دي ولیږدول شي پکوم ځای کې چی ۱۰۰ سلنه اکسیجن او د سږی د حجم د زیاتولو طریقي موجود دي.

د هایدروستاتیک فشار د زیاتوالي له کبله د سږو د اذیما ناروغان

که څه هم د هایدروستاتیک فشار د زیاتوالي له کبله د سږو داذیما ناروغان په اول کې لږ ناروغ معلومیږي خویوه عاجله تنفسی پیښه شمیرل کیږي د دې ناروغانو ۹۰ سلنه مناسبي تداوي په مقابل کې ځواب وایې د تداوې د شروع کولو نه مخکې دا ضروري ده چې د Cardiogenic د سږو اذیما تشخیص اوشي او د سږو د چټک احتقان شته والي او میخانکیت باندي ځآن پوه کړل شي تقریباً ټول ناروغان د زړه د ناروغیو تاریخچه لري او په اوسنیو وختو کې یې غذا ته تغیر ورکړي دی یا یې خپله دوا اخیستل بند کړیدي او یا انتان په کې مداخله کړیده، کله کله په بې نظمۍ یا M.I کی د زړه وظیفه کمیږي چې په نتیجه کې د چپ بطین end Diastolic فشار لوړیږي چې دسږو حاد احتقان منځ ته راوړی د cardiogenic سږو اذیما ناروغان د حادې ساه لنډي ، Diaphoresis ,Tachypnea او

www.ketabton.com

نا ارامی څخه شکایت کوي د ويني فشار عموماً لوړ وی خپاره رالونه تقريباً همیشه موجود وی او کله کله ويزينګ هم د اوريدو وړ وی د شرياني ويني ګازات د منځنی اندازی نه تر شديدی هايپو کسيميا او منځنی فرط تهويه رابنی ۳/۴ برخه ناروغانو کې د حفيف څخه تر منځنی اندازې پوري استقلابي اسيدوزس موجود وي تقريباً ۲۰ سلنه د سږو د اذيما ناروغانو سره لوړ PaCo۲ د تنفسی يا د تنفسی استقلابي اسيدوزس سره يوځای موجود وی د C.O.P.D د حملي Exacerbation په نادرو حالاتو کې د سږو د حاد اذيما سره ورته والی لري او دا بايد هميشه په ياد کې وي چې په اول کې د تهوخي تداوی مضاداستطباب ده د cardiogenic د سږو اذيما د اهتماماتو اصلي هدف د چپ بطين او يا د چپ اذين د end diastolic فشار کموالي دي او د سږو اذيما اراموول دي خو د زړه په دهانه کې کموالي منځ ته نه راځی ناروغانو ته په چټکه توګه لوړه سويه ا کسيجن او د ناستي وضعيت اختيارول توصيه کيږي په قلبي ريوي اذيما کې مورفين يوه ښه دوا ده چې وريدي او شريانی تون کموي، پريشاني او تنفسی شميرکموي د ۵ – ۱۵ ملي ګرامو داخل وريدي مورفين د تطبيق نه څو دقيقي وروسته ښه والي منځ ته راځی.

که چيري لومړني PaCo۲ هم لوړ وي بيا هم په قلبي ، ريوي اذيما کې مورفين ښه محفوظه دوا ده دې ناروغانو ته اغيزمن ديورتيک توصيه کيږي د يورتيک د حاد ريوي اذيما په ښه والي کی دومره رول نلري بلکه د هغې نکث نه ښه رول لري اغيزمن ډيورتيک د کارديومايوپاتی او محيطی اذيما په موجوديت کې ښه کومکی او محفوظه دوا ده دا په هغه ناروغانو کې چې د حاد MI ، د ا بهرد تضيق يا غير متناظر حجابی هايپرتروفی له کبله په ثانوي توګه ريوي اذيما لري مضر تماميږي داخل وريدي Furosamide چې يو

www.ketabton.com

اغيزمن ديوريتيک دي د وريدي ډنډيدو يا Pooling له کبله په حاده توګه د چپ بطين End diastolic فشار کموي او د ديوريزس د پيداکيدو څخه مخکې د اوعيو استرخا کوم چې د زيات ډيوريزس څخه وروسته منځ ته راځی د چپ بطين end diastolic فشار کموي دا د فشار کموالي د وريدي ډنډيدو او په رګو کې د ويني د حجم د حاد کموالي له کبله منځ ته راځی دا دزړه د دهانې د کموالي سبب کيږي پدي ا وسنيو وختو کې دا مطالعه شويده چې ۲، ۰ – ۲، ۱ ملي ګرامه نايتروګليسرين د ژبي د لاندي د سږو د اذيما کلنيکي لوحه په ډيره اساني سره ارامويي او داخل وريدي نايتروګليسرين يا نايتروپروسايد توصيه کول په معند او مقاوم حالاتو کې ښه تماميداي شي.

د کارديوجنيک د سږو د اذيما د تداوی نوري طريقي په عمومي توګه ضرور ندي که ويزينګ او يا د هوايي لارو بندش ورسره وي نو امينو فلين ګټور تماميږي امينوفلين د يو اغيزمن د قصباتو توسع ورکوونکی څخه برسيره يو خفيف Inotropic عامل او خفيف ديورتيک هم دي.

سستميک او د سږو د رګو مقاومت کموي کيداي شي چی شايد بطينی تکي کارديا او کانګی پيدا شي د فوق البطينی تکي ارتميا په شته والي کی د زړه ګلايکوسايد ګټور تماميږي د فوق البطينی تکی ارتيما په نشتوالی کې چټک digitalization د سږو په حاده ازيما کې ډير رول لري په ډيرو نادرو پيښو کې د پورتني تداوی سره سره د سږو احتقان موجود يا دوام کوي پدي حالا تو کې د سږو احتقاني اعراضو د ارامولو لپاره Phlebotomy يا متناوب مثبت فشاري تنفس (IPPB) د لوړ شوي End Expiratory

www.ketabton.com

Pressure سره او یا غیر لدی استعمالولای شو. دواړه ډوله تداوی وریدي رجعت کموي او د vasodilator او دایروتیک سره دې یوځای په یو وخت کې استعمال نشی ځکه چې د زړه په دهانه کې ډیر کموالي منځ ته راځی. د ریوي شعریوی Trans mural فشار د کموالي او د چپ بطین د After load د کموالي له کبله IPPB په سږو کې د مایعاتو د تولیدو اندازه هم کمولي شي Inotropic Beta. agonist د چپ بطین end diastolic یا L.V.E.D.P کمولي شي حال دا چې د زړه د هانه لوړه ساتي پدی هکله ډوپامین او Dobutamine ډیر اغیزمن Agent شمیرل کیږي Dubutamine ترجیحاً سیستمیک وعائی او چپ اذین فشار کموي حال دا چې Dopamine عموماً په ښه توګه دیوریزس زیاتوي دا ډول تداوی د زړه د عضلي د اکسیجن ضرورت زیاتوې او داکلیلي شریانو په حادیا مزمن ناروغانو کې اسکیمیا زیاتولي شي.

Inotropic تنبه کوونکی او after load ارجاع کوونکو یوځای والي د زړه وظیفه زیاتولي شي حال دا چې د زړه د عضلي د اکسیجن د زیاتولو نه برسیره په LVEDP کې نور هم کموالي راوړي د دورانی تورنکیټ استعمال د سږو د اذیما چټک ښه والي منځ ته نه راوړي او اصلاً د محیطی اوعیو مقاومت لوړولي شي د حاد ساه لنډي د ښه کیدو نه وروسته باید چې ناروغ دوهم ځل معاینه شي د زړه د حاد احتشا په شته والي کې او د digitalization یا دایروتیک تداوی په باره کې دي فیصله وشي، که د ناروغ یا د هغه د کورنۍ په هکله د باور وړ تاریخچه موجوده نه وي نو ښه به دا وي چې ناروغ ته په اول کې digitalis ورنه کړل شي د زیاتې مودي په موجودیت کې شاید د سیروم الکترولیت په

www.ketabton.com

زیاته اندازه ابنارمل پاتي کیداي شي ترڅو پوري چې د سیروم د الکترولیت سویه معلومه نشي نو عموماً د دایروتیک توصیه کولو ته انتظار ویستل کیږي

د سږو خپور فبروزس

د سږو د خپورفبروزس چې له هره سببه وی د تنفسی عدم کفائی له کبله مړینه منځ ته راوړي د حادې تنفسی عدم کفایې پیښی کله کله د دي تشوش په پرمخ تللي سیرکې چې په تالي توګه د superimposed ثانوي انتان ، نوموتوراکس او یا ریوي امبولیزم په سیر کې پیداکیږي منځ ته راځی د لومړني تنفسی ستونځو په وخت کې باید دا ناروغان د داکتر لخوا وکتل شي او د شریاني وینې د ګازاتو د خرابوالي او یا د super imposed کلنیکي ستونځو په وخت کې باید په سختي سره تداوي شي، په تداوي کې د روغتون مشاهده او د هایپوکسیمیا د اړونده اعراضو د لرې کولو لپاره د اضافي اکسیجن ورکول شامل دي پدې ناروغانو کې Pa Co2 تر هغه وخته پوري نه لوړیږي ترڅو پوري چې ټول سږي نوي خرآب شوي اضافي اکسیجن په ډیرو نادرو حالاتو کې د هغوي PaCo2 نور لوړ وي دسږو د رګونو ناروغی لکه د سږو حاد ترومبو امبولیزم یوه عمومی تنفسی عاجله پیښه ده کوم چې د قلبي وعایې سیستم په اعراضو منتج کیږي. په همدي ډول څرنګه چې کاردیوجنیک سږو اذیمایوه د زړه ناروغی ده کوم چې د سږو په اعراضو باندي منجر کیږي دسږو د حاد امبولیزم په تداوی کې د اکسیجن هیپارین یا strepto kinase ورکول شامل دي په عمومي توګه PaO2 د ۵۰ سلنه اکسیجن پواسطه بنه کیږي کله کله د ۱۰۰ سلني اکسیجن په ورکولو سره بیا هم PaO2 کم پاتي کیږي پدي حالاتو کې لوړ

www.ketabton.com

End Expiratory فشار د Micro atelectasis د لري کولو پواسطه PaO2 ښه کولي شي چې دا Micro atelectasis د هایپوکسمیا سبب کیږي.

د تنفسی سیستم نورې بیړنۍ پیښې

نوموتوراکس :

تعر یف: د پلورا په جوف کې د هوا تولیدو څخه عبارت دي.

نوموتوراکس په بنفسهی توګه او یا د یو لړ اسبابو لکه تومور، تشخیص یا د تداوی طریقو او یا د امدادي تهویې له کبله منځ ته راځی بنفسهی نوموتورکس په روغو ځوانو خلکو کې په ځانګړي ډول نارینه ؤ کی چې د لوړ قد لرونکی وي او هغه ناروغانو کې چې د سږو د امفزیما ،کست او یا Cavity ولري زیات معمول دي. زیاتره ناروغانو ته ناڅاپي درد شروع کیږي چې دا درد تیز ثابت او د تنفس سره زیاتیږي درد شا ، غاړه، منصف، او ګیډې ته انتشار کولي شي د درد د شدت او د سږو د کولپس د درجی ترمنځ کومې اړیکې نشته ساه لنډی د در د شروع نه سمدستی یا لږ وروسته شروع کیږي. عموماً د تمرین سره پرمخ ځی د ساه لنډې شدت زیاتره د کولپس د درجی او د غیر کولپس شوي سږي د وظیفوي وړتیا ترمنځ اړیکې لري بیا هم په ځنی ځوانو خلکو کې پوره یو طرفه نوموتوراکس د سینی د ناراحتی سره یوځای وي او ساه لنډي ورسره نه وي ټوخي کله کله موجود وي او د سږي د اخته شوي ځای څخه کله کله یو کم مقدار وینه لرونکی بلغم خارجیږي فزیکي ازموینی د کولپس په درجی پوري اړه لري د اخته طرف په حرکاتو کې

www.ketabton.com

کموالي راځی په Fremitus کي کموالي، هايپر ريزوناس اوپه Voice او تنفسي اوازو کي کموالي ليدل کيږي کله کله ټيټه درجه تبه هم موجوده وي په يو لوي نوموتوراکس کې تراخيا يا شزن مقابل خواته ټيله کيږي د پوستکی لاندې اذيما زياتره په ترضيضي نوموتورکس کې منځ ته راځی. د چپ طرف په يو وړوکی نوموتوراکس کې د زړه د ضربان سره يو ځای Click او Crunch اوازونه پيداکيږي يو کوچنی ايفيوژن د نوموتورکس سره يوځای واقع کيداي شي نوموتوراکس عموماً د سږي د کولپس د فيصدي څخه اندازه کيږي برسيره د دې بنفسهی نوموتوراکس په لاندې ډول منځ ته راتلې شي:.

۱) ساده يا تړلي: کله چې هوا د پلورا جوف ته داخليږی او سوری بيرته تړل کيږی.

۲) خلاص: کله چې يو قصبي پلورائې فستول منځ ته راغلي وي.

په اخرنې ذکر شوي حالت کې پلورائې فشار د اتموسفريک فشار سره برابروی کله چې د دسام په شان وظيفه شروع شي او د شهيق په وخت کې هوا د پلورا جوف ته داخليږي او په ذفير کې د هغه لاره د پلورا د جوف څخه بند وي نو فشاري نوموتوراکس منځ ته راځی، دا د دي سبب کيږي چې پداخل د پلوراکی فشار د اتموسفريک فشار څخه لوړ شي دامثبت پلورائې فشار منصف مقابل لوري ته ټيله کولای شي او د مقابل لوری سږي د فشار سبب کيږي اوزړه ته وريدي شاه ګزر کموي. فشاري نوموتوراکس په حقيقت کې عاجله پيښنه ده له نيکه مرغه په يوځای دوه طرفه بنفسهي نوموتوراکس نادر دي.

د نوموتوراکس تداوی د هغې د پراخوالي په سبب او پدي پوري تړلي ده چې ايا خلاص او يا مثبت داخل صدري فشار پيدا شوي دي اړه لري په عمومي توګه تداوي ساده ده په يو

www.ketabton.com

ځوان روغ کس کې وړوکی < ۲۰٪ نوموتوراکس په ۱۰ ورځو کې مکمل رشفيږي پراخه يا لوي نوموتوراکس د يو ترلي تيوب د Thoracostomy او Water sealed د ريناژ پواسطه تداوي کيږي.

دزياتو اعراضو په شته والي کې دا تداوي په عاجله توګه صورت نيسی.

ترضيضي نوموتوراکس او هغه چې د امدادي تهويې په ترڅ کې پيداکيږي د سينی د يو عاجل تيوب د اچولو پواسطه تداوي کيږي هغه نوموتوراکس چې د تشخيص او يا تداوي طريقو په نتيجه کې منځ ته راغلي وي په بنفسهي توګه بي له خصوصي تداوي رشف کيږي که چيري نوموتورکس د **۵۰** فيصد څخه زيات وي او يا د ساه لنډي اعراض پيداشي نو د سيني د صندوق څخه د زياتی هوا خارجول ښه کار دي په زياتره پيښنو کې داکار په سينه کې د سند د اچولو پواسطه ترسره کيږي چې وروسته بيا د يو سرنج او له دې لاري د stopcrek پواسطه هوا ورنه ايستل کيږي. يو مرسته کوونکی ناروغ خارج ريوي داخل صدري هوا د سند د اچولو او د under water دريناژ نه وروسته د څو ځلي جبري شهيق پواسطه ويستلی شي، دا تداوي پدې منظور ګټوره تماميږي چې يو وړوکی سوري چې په سږي کې موجود دي په بنفسهی توګه بنديږي يو ځل کله چې ټوله هوا خارجه شوله نو بايد چې سند بند کړای شی يا د اوبو لاندي کړل شي او د سيني يوه راديوګرافي واخيستل شي که چيري ۲۰ فيصده يا لږ نوموتوراکس پاتي شوي وي نو سند بايد وويستل شي او د تنفسی لاري ناروغ ته اضافي اکسيجن ورکول کيږي .

www.ketabton.com

د پلورائي اوبو حاده تولیدنه:

په سینه کې A.P.F.A یا د تحت الحاد ایفیوژن نوره تولیدنه د حادي ساه لنډي یو معمول سبب دي ترڅو پوري چې ایفیوژن د سږو دامبولیزم، نمونیا یا Contra Lateral ناروغیو سره یوځای نه وي نو په ډیرو حالاتو کې د شریاني وینې په ګازاتو کې تغیر نه راځی د حاد ایفیوژن په لوړه فیصدی پیښو کې ساه لنډي په ثانوي توګه د سیني د درد څخه منځ ته راځی چې د مایع د مقدار له سببه وي بیا هم که چیري ایفیوژن زیات وي نو د هغه قسمی لري کول عرضی ښه والي منځ ته راوړي په زیاتو ناروغانو کې ترڅو پوري چې ایفیوژن په طبي درملنی سره ونه ایستل شي تیراپیوتیک توراسنتیزس اجرا کولو ته بیړه نه کیږي نو پدي حالاتو کې د تشخیص او تداوي په منظور عملیې یوځای اجرا کیږي. د انتخابي او یا د عاجلي Thoracentesis د اجرانه مخکې زیاتره mg ۰،۴ اتروپین د پوستکې لاندي ورکول کیږي د زیات مقدار پلورل ایفیوژن thoracentesis یوڅو اختلاطات لري. نو باید چې په اول کې دیو لیتر نه زیات مایع ونه ایستل شي په ډیرو نادرو حالاتو کې د زیات مقدار مایع د ایستلو له کبله هایپوتنشن منځ ته راځی که چیري ایفیوژن د ډیرو ورځو لپاره موجود وي نو سمدستي لري کول یې د همغه خوا د سږو د اذیما سبب کیږي.

www.ketabton.com

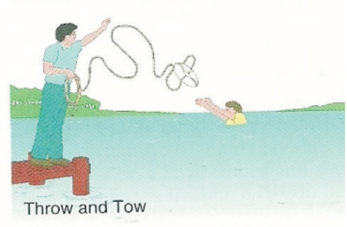
په اوبو کې ډوبیدل NEAR DROWNING

په تازه اویا د بحر په اوبو کې ډوبیدل د سږو د اذیما سبب کیږي د حاد اسموتیک مایع تېښته د شعریه اوعیې د اندوتلیم د نقصان او د اوعیو د نفوذیه قدرت د زیاتوالي له کبله د سږو اذیما منځ ته راوړي. څرنګه چې د بحر اوبه د ویني په نسبت هایپرتونیک او تازه اوبه هایپوتونیک دي نو لدي کبله کله چې دبحر اوبه تېرې یا انشاق شي نو په اول کې د بحر اوبه په سږو کې د تولیدو سبب کیږي او د تازه اوبو د اسپاریریشن په وخت کې اوبه ویني ته حرکت کوي په تجربوي حیواناتو کې د بحر اوبه د سږو د ازیما سستمیک Hypovolemia او د وینـــې د غلـــــیظ کیدو سبب کیږي د دي خلاف تازه اوبه د Hemo dilution , Hypervolemia , Hemolysis او کله کله د بطینی فبریلشن سره د هایپرکالیما سبب کیږي بیا هم د ډوبیدو تجربوي مطالعات دا راښیې چې د الکترولیت سویه په یو ساعت کې بیرته نارمل حدته راګرځی کله چې ناروغانو ته په بیړه اسانتیاوې ورسیږي نو د هغوې د سیروم د الکترولیت سویه تقریباً نارمل حد ته رسیږي او د کلنیک له نظره د تازه اوبو او د مالګیني اوبو د ډوبیدو ترمنځ توپیر نشي کیدلي د تازه یا د بحر اوبو پواسطه سږي د نیغې جرحی نه برسیره د نورو جرحو لکه د کانګو، ختو، شګو او د نورو اجنبي موادو د اسپاریشن په واسطه متضرر کیږي. هغه داکتران چې دا ناروغان په ډیر احتیاط سره څاري هغوي ته پکار دي چې په دقت سره نوری جرحې لکه دملا د تیر د رقبي فقراتو نقصان چې په لږو اوبو کې د غوپې وهلو له کبله منځ ته راځی وګوري. که څه هم په ناروغانو کې په ښکاره ډول عموماً د سږو اذیما موجوده وي لیکن ځني ناروغان د

www.ketabton.com

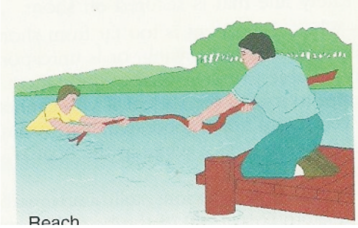
څو ساعتو خفي دوري نه وروسته اذیما پیداکوي د دې قسم حاد غیر قلبي ریوي اذیما اهتمامات د حاد تنفسي Destress سندروم د اهتماماتو پشان دي. څرنګه چې تازه یا د بحر اوبه په زیات مقدار سره بکتریا سږو ته داخلوي او د سږو د مدافعوي میخانکیت په انحطاط اخته کوي نو په عمومی توګه انتي بیوتیک توصیه کیږي. (۵)

د اوبو دډوبیدو څخه ژغورنه



۳۱ شکل د ډوبیدو څخه ژغورل او رسي اچول (۲)

۳۲ شکل ځان ور رسول (۲)



۳۳ شکل رسي اچول او ژغورل (۲)

www.ketabton.com

کتلوي Hemoptysis :

پرمخ تللي کتلوی Hemoptysis یوه ډیره ویره ونکي کلنیکي پیښه ده ډیر عالمان پدي عقیده دي چې په یو وخت کې ۲۰۰ سی سی وینه یا په ۱۲ ساعتو کې ۲۰۰ سی سی وینه د سږو څخه بهر کول په پرمخ تللي هیماپتیزس دلالت کوي بیا هم د بهر شوي وینې صحیحه اندازه کله کله نا ممکنه وي. له نیکه مرغه شدید کتلوي نزف زیاتره غیر معمول دي مړینه په شزني قصبي ونه کې د وینې د تلو څخه د ساه بندونی او یا زندی له کبله منځ ته راځی د ټولو طبي صدري عاجلو پیښو په شان تاریخچه، معاینات د سیني درادیوګرافي سره عموماً په تشخیص کی زیاته مرسته کوي. د کتلوي نزف په اهتماماتو کې د هوایې لارو د بندش څخه مخنیوي او د حیاتي علایمو، هیماتو کریت او د شریاني ويني د اکسیجن ثابت ساتل شامل دي. ترڅو پوري چې نزف ودریږي ناروغ ته په بستر کې داسې وضعیت ورکول کیږي چې په لړه اندازه ئې سر ښکته وي او وحشی Decubitus وضعیت ورکول کیږي داکار په نا اخته شوي سږي کې د انشاق درجه کموي او همدارنګه د ځمکی د جاذبي قوې په اثر وضعیتي دریناژ صحیح کوي. په I.C.U کی دوامدار Monitoring او د نرسانو سره یوځای د یو داکتر شتوالی ضروري دي د ناروغ د بستر په څنګ کې باید چې د سکشن ماشین، سند، Laryngoscopc داخل شزنی تیوب، Respirator یا Manual Resuscitator موجود وي د ناروغ د ویری او پریشاني لپاره په کمه اندازه سیداتیف ورکول کیږي که شدید ټوخی موجود وي د کودین او نورو Opium لرونکو مستحضراتو له کبله په ټیټه درجه Suppression منځ ته راځی. (۹)

www.ketabton.com

د ژوندانه نښې د پوره مقدار مایعاتو او د وینې د ترانسفیوژن پواسطه تقویه کیږي د Pa O2 تقریباً ۶۰ mmHg په حدود کې د ساتلو لپاره د اضافی اکسیجن توصیه کول ضرور دي که چیري نزف موجود وي باید هغه ودرول شي د حاد Bronchitis په حالاتو کې وسیع الساحه انتي بیوتیک توصیه کیږي له نیکه مرغه زیات ناروغان په خپل سر وینه دروي په ټولو ناروغانو کې په استثناد ځینو په هغوي کې د وینې جریان اومتکرر ترانسفیوژن ته اړتیا احساسوي او تداوی په محافظوی توګه صورت نیسی په کتلوي نزف کې د اهتماماتو څخه هدف د برانکوسکوپي د وخت او د جراحی مداخلي څخه دي. د Hemoptysis په وخت کې رونتګنوګرافیک ابنار ملتي ګاني همیشه د نزف سبب نه کیږي د دي لپاره د نزفي ناحیې ځای د تشخیص لپاره ضروري دي په بیړه برانکوسکوپی د شزنی قصبي ونې د تنبه سبب کیږي چې په نتیجه کې ټوخئ زیـــاتیږی او د Hemoptysis حملات هم زیاتیږي برسیره د دی د فعال نزف شته والي د سږو وظایف مختلوي. د برانکوسکوپې خطر زیاتوي په اخر کې کتلوي وینه چې د شزن او قصباتو په شا و خوا کې موجوده وي د سترګو د معاینې پواسطه څه نه ښکاري ډیر عالمان داسې وایې ترڅو پوري چې ناروغ ثابت حالت ته نوي ګرځیدلي او وینه یې ختم شوي نه وي نو برانکوسکوپي په ځنډ اچول کیږي د Fiber optic Bronchoscopy پواسطه محیطی افات د سترګو پواسطه یې لیدل ممکن شوي او فعال نزف چې دافت ځای په ګوته کوي تر ډیر وخته پوري ضروري نوي بیا هم که چیري کتلوي نزف دوام وکړي د جراحی عملیې پواسطه ژوند ژغورل کیداي شي دعاجلی برانکوسکوپی پواسطه د نزف ورکونکی ځای ننبه کول چې ایا ښی یا چپ خواته دي د جراحی لپاره شرط دي د سږي د عاجل

www.ketabton.com

Resection په وخت کې د وینې د درولو یوه اله بیخی ضروري ده چې سږي ته د وینې د داخلیدو څخه مخنیوي وکړي، که په یو ناروغ کې نزف دوام ولري او دا ناروغ د جراحی ناروغ نه وي نو د افت په خوا کې د lobar قصبې د تړلو کوششونه بریالی توګه ترسره شویدي د تنفسی عدم کفایی په موجودیت کې د مقابل لوری سږي انتخابي تهویه د نزف په درولو کې بریالۍ ثابته شویده.

د تودوخې او یخنې له امله پیداشوي تشوشات

Hypothemia د وجود د حرارت درجه کله چې F ۹۲˚ (C° ۳۵،۵) څخه ښکته شي د hypothermia پنامه یادیږي څرنګه چې د حرارت درجه د ژوند دننبو څخه ده. نو Hypothermia په اسانۍ سره ثابتیږي څرنګه چې د کلنیکي ترمامیتر ټیټه درجه (C˚۳۵) F˚ ۹۵،۵ده نو د Hypothermia شدت ورځخه نه معلومیږي نو ځانګړئ ترمامیتر باید استعمال شي Hypothermia په یو لړ حالاتو کې واقع کیږي. په اتفاقي توګه هایپوترمیا په ا لکولیک ناروغانو کې معمول ده او همدا ډول په زړو خلکو کې هم لیدل کیږي ځکه چې دوې خپل ځان د محیط څخه نشی ساتلي د دوا ډول هم د Hypothermia سبب کیدلي شي خصوصاً د فینوتیازین او باربیتورات مشتقات دکوم له کبله چې لرزه هم مینځ ته راځی د ترانسفیوژن په وخت کې د زیات مقدار مهمو مایعاتو د infusion یا پریتوانی ډیالیزس یا د معدی د لواژ څخه هم Hypothermia پیداکیداي شي. هغه ناروغی چې د هایپوترمیا سبب کیدلي شي په هغوي کې مکسودیما ، Hypopitutarism uremia، حاد Pancreatitis ، لوږه، ډیابتیک کیتواسیدوزس ، بکتریایې sepsis

www.ketabton.com

Erythroderma، hypoglycermia, ورینیک اسنفالو پاتی، پرکیسونیزم او C.V.A شامل دي.

څرنگه چې د وجود یخیدو له امله یو شمیر پیښې منځ ته راځی په اول کې شدید وعائې تقبض او لرزه چې د تکي کاردیا او د یوریزس سره یوځای وي منځ ته راځی. کله چې د حرارت درجه (c ˚۳۵) F ˚ ۸۹،۲ څخه ښکته شي نو برادیکاردیا یا اذیني فبریلیشن منځ ته راتلي شي او دماغی خړپړتیا چې یخ محیط سره عدم تطابق او د عضلي شخی سره یوځای وي منځ ته راځی او د لرزی پواسطه معاوضه کیږي. په (c ˚ ۲۹) F ˚ ۸۴ نه ښکته درجه حرارت کي تنفسی حرکات کمیږي ناروغ کوما ته ځی د وینې فشار او د ادرار out put کمیږي او د بطینی فبریلیشن لپاره thre shold کمیږي د C ˚ ۲۲نه ښکته درجه حرارت کې په خودکاره توګه فبریلیشن واقع کیداي شي هغه کیمیاوي تغیرات چې د hypothermia په دوران کې واقع کیږي په هغوي کې د سیروم د ترانس امیناز د سوېي لوړوالي ، هایپرګلاسیما او د شریاني PH او د وینې د ګازاتو تبادله شامله ده. Transaminase په سویه کې لوړوالي په عضلا تو کې د اناتومیک ابنارملتي ګانو سره یوځای نه وي حال دا چې hyperglycemia په محیطی انساجو کې د ګلوکوز د نه استعمال او د ځګر لخوا د ګلوکوز د ازادیدو له کبله وي. یا تنفسي یا استقلابي اسیدوزس منځ ته راځی د حرارت د درجی ټیټوالي د شریاني وینې په ګازاتو او PH باندي اغیزي ا چوي.

www.ketabton.com

د حرارت په درجه کې ۱° C کموالي د وينې په PH کې ۰،۰۵ واحده لوړوالي راځی. د Hypothermia له کبله زياتره اعضاء په شدت سره متاثره کيږي پدی تشوش کې زړه په نښه شوي عضوه ده د E.C.G په ابنار ملتي کی د QT,PR او د QRS د کمپلکس د وقفو اوږدوالي شامل دي د T موجی او د QRS کمپلسک نهايې ويکتورو کې تغير منځ ته راځی چې په نتيجه کې د J ويکتور يا د Osborn څپه په وجود راځی د J څپه د Hypothermia لپاره تشخيصی ارزښت لري. بی نظمی، سينوس براډی کارديا، اذينی فبريلشن، Idio Ventricular Rythm بطيني فبريلشن او Asystole په hypothermia کې معمول دي.

څرنگه چې په هايپوترميا کې د زړه بی نظمی د زړه د تقلصيت نه مخکې ختميږي او د ژغورلو کوششونه هميشه گټور ثابتيږي هرکله چې د هايپوترميا تشخيص وضع شی بايد دوهم ځل گرمول شروع شي څرنگه چې هايپوگلايسيما د Hypothermia يو معمول سبب دي نو هغه ناروغ ته چې طبی تاريخچه يې معلومه نه وي او وينه يې د کيمياوي مطالعی لپاره واخستل شی نو بايد چې گلوکوز ورته توصيه شي دوهم ځل گرمول د خارجي او يا د فعال اويا منفعل طريقي پواسطه ترسره کيږي د هايپوترميک ناروغ انزار د ناروغی په موجوديت يا عدم موجوديت باندي نسبت دي ته چې دوهم ځل گرميدل په کومه طريقه اجرا کيږي په تداوي کي لاندي ټکي بايد په نظر کې ونيول شي.

لومړي زړه په هايپوترميک ناروغ کې په نښه شوي عضوه ده ترڅو چې ناروغ گرم شي نو بطيني فبريليشن عموماً د تداوي په وړاندی ځواب وايې.

www.ketabton.com

دوهم دا چې ناروغ د یخ محیط څخه د ویستلو نه وروسته پرېږدي چې د حرارت د درجې ښکته کیدنه دوام ومومی نوکله چې د ناروغ د حرارت درجه (C ˚۳۰) F ˚۸۶ یا د دي نه ښکته وي نو بیا ګرمول زیات موزون کار دي ځرنګه چې یو شمیر کارونه لکه تیوب اچولو یا د مرکزی لین اچول د بطیني فبریلیشن سبب کیږي نو باید د غیر ضروري کارونو څخه ډډه وکړل شي د بدن سطحه بیا دوهم ځل ګرمولو سره که څه هم هایپووالیما ، هایپوتنشن ورسره وی د بهرني چټک ناروغانو د ژغورلو لپاره ځرنګه چې ژر خارجی دوباره ګرمول زیات موثر دي نو دا به ډیره معقوله خبره وي چې د هایپوترمیا د علت د نه پیژندلو په صورت کې هم په اول کې دا طریقه استعمال شي یو ځلي کله چې د حرارت درجه د هغې درجی څخه چې په بطیني فبریلیشن کې پیښیږي لوړه شی نو د منفعل دوهم ځل ګرمیدو څخه کار اخستل کیداي شي د هایپوترمیا د سبب د معلومولو لپاره تشخیصیه تکتیکونه شروع کیداي شي او هغه تداوی چې د ناروغی د پاره وصفي ده شروع کیږي بطیني فبریلیشن د لیډوکاین یا Quinidin پواسطه تداوی کیږي نه د پروکاین امايد پواسطه. ځرنګه چې دوهم ځل ګرمول زیاتیږي نوري بي نظمی ګاني لکه اديني فبریلیشن دوهم ځل واقع کیدای شي لیکن دوی په خود کاره ډول له منځه ځی.

د تودوخی د درجی لوړوالی

د انسان د بدن د حرارت درجه د حرارت د جوړیدو او د حرارت د ضیاع ترمنځ د توازن څخه منځته راځی د حرارت ضیاع په دري طریقو یعنې بړاس یا بخارکیدو، تشعشع، او convection په وسیله صورت نیسی. د تشعشع او convection اغیزمن توب په کافي

www.ketabton.com

دوران پوري اړه لري او همدارنګه د وجود او د محيط د حرارت د درجی په تفاضل او د وجود د سطحی په کافي لوڅيدو پوري اړه لري کله چې د محيط د حرارت درجه (C ˚۳۵) F ˚ ۹۲ ته ورسيږي يا يو څو خنډونه موجود وي ياني د يو څو طبقي کاليو او يا جراحی کالي اچولو په صورت کی تشعشع او convection بی اغيزی پاتی کيږي او د حرارت د تبآدلي لپاره يواځی براس يا بخار غټ ميکانيزم دي هر کله چې په محيط کې رطوبت زيات شي د براس يا بخار پواسطه د حرارت ضياع اغيزمنه نه پاتي کيږي او د وجود حرارت لوړيږي هر کله چې د وجود د حرارت درجه د F ˚ ۱۰۲ يا C ˚ ۴۱ څخه لوړه شي د hyper thermia پنامه يادیږي په ځينو تبه لرونکو ناروغيو کې د وجود د حرارت درجه F ˚ ۱۰۲ څخه لوړیږي. د وجود د حرارت د درجی پورتني سرحد چې د ژوند سره مطابق وي د (C ˚ ۴۲)F ˚ ۱۱۴ څخه عبارت دي که څه هم يوه ناروغی موجود او يا موجود نه وي د حرارت ددرجی ښکتني سرحد مرګونی وي په کلنيک کې مستعمل ترماميترد F ˚ ۱۰۷،۲ څخه زيات د حرارت درجه نه ښئي د حرارت مقعدي درجه عموماً د وجود د منځني برخی د حرارت څخه کمه وي.

هايپرترميا په پنځو کلنيکي حالا تو کې منځ ته راځی اتنان، Delirlum Tremens د تايرايد بحران، داخل قحفي نزف او ددواګانو په مقابل عکس العمل يعنې د انتي کوليزجيک د دواګانو لکه اتروپين او Benztropine Mesylate او فينوتيازين کوم چې د خولو څخه مخنيوي کوي امفتامين اوSuccinyl Choline کوم چې زيات حرارت توليدوی د حرارت پواسطه ناروغی په څو ډوله ده د تولونه ضروریHeat Exhaustion

Heat Cramps او Heat Stroke څخه عبارت ده.

www.ketabton.com

د تودوخې بريښ يا څړيکه Heat Cramps:

دا په هغه ناروغانو کې چې په سخت محنت سره په زيات مقدار خوله تويوي خصوصاً د اوړي په موسم کې چې مالګه ضايع کيږي د اسکليتي عضلا تو دردناکه Cramps چې د سترتياو څخه وروسته پيداکيږي يعني د ستړتيا په دوران کې نه پيداکيږي عموماً دا په بنفسهی توګه له مينځه ځی مګر که چيري له مينځه لاړ نشي نو دا د سوديم کلورايد په ورکولو سره ارامېږي کوم چې د هغوې په مخنيوي کې اغيزمن واقع کيږي. (۵)

د تودوخې ستومانتيا Heat Exhaustion:

دا سندروم په ګرم محيط کې د ناکافي هايدريشن له کبله د اوبو، د کموالي او يا د مالګې د ضياع پواسطه چې پرته د مالګی د اوبو معاوضه صورت نيسی منځ ته راتلي شي د ناکافي هايدريشن له کبله Heat Exhaustion په اعراضو کې تنده، ناتواني، نا ارامی ، ګنګسيت، ساه لنډي، فرط تهويه ، عضلی عدم توازن او هزيانات شامل دي کله چې د مالګي فقدان بارزوی ناتواني، ګنګسيت، زړه بدوالي کانګی او د عضلا تو cramps واقع کيداي شي د اوبو او يا مالګې د معاوضی په صورت کې د Heat Exhaustion ټول اعراض له منځه ځی که د اوبو د فقدان Heat Exhaustion بی تداوی پاتی شی نو په Heat Stroke بدليږي د مالګې نشتوالي په يواځی تـــــــــــــوګه عموماًHyper pyrexia منځ ته نه شی راوړي.

www.ketabton.com

:HEAT STROKE

دا سندروم په لوړه درجه تودوخه چې د (C ˚ ۴۱) F ˚ ۱۰۲ څخه تیرئ نه کوي او متصف ده د شعور په تشوش او دخولوپه عدم موجودیت .

هغه فکتورونه چې Heat Stroke ته زمېنه برابروی عبارت دي له پوخ سن ، چاقي نور تشوشات لکه د زړه ناروغی، ډیابتس، دماغی وعائی ناروغی، د پوستکي او یا د دواګانو پواسطه د خولو کم خارجیدل او جوړیدل، په نږدي وخت کې د ا لکول څښل، د هوا تغیرات یا شپه او ورځ په دوامداره توګه حرارت ته مخامخ کیدل شامل دي زیات مرطوب چاپیریال د Heat Stroke لپاره ضروري نه دي د وجود د حرارت د درجی لوړوالي په استقلابي پروسی باندي اغیزه لري، د حرارت د یوي درجی لوړوالي سره BMR % ۷۰ زیاتیږي پس نو په (C˚ ۴۱) F ˚ ۱۰۲درجه حرارت کې BMR<%۵۰ څخه زیات تیري کړیوي د دی په غبرګون کې او د حرارت د ضیاع لپاره د پوستکی د اوعیو د توسع له کبله په نسبی توګه د زړه دهانه لوړیږي د سږو د رګو د مقاومت لوړوالي چې د هایپرترمیا له کبله منځ ته راځی د زړه دهانه کمولي شي، د حرارتي جرحی له کبله د اعضاو د وظایفو تشوش منځ ته راځی او عصبي اعراض یعنې ابنارملتي ګاني لکه (هزیانات، ستهوپور، کوما Seizures، اتکسیا ، عضلي ضعیفي فلج) دوراني ابنارملتي ګانی لکه تکی کاردیا ، هایپوتنشن، کلیوي تشوشات لکه اولیګوریا ، Hyposthenuria ، حادتوبولي نکروزس ، کبدي ابنارملتي ګانی لکه هایپربیلیروبنیمیا ترانس امیناز لوړوالي، د لخته کیدو ابنارملتي لکه (DIC) د اوبو او الکترولایتو د توازن ابنارملتي

www.ketabton.com

لکه ډي هايدريشن ، هايپوکاليميا، هايپوفاسفاتيميا، هايپوکلسيميا او استقلابي Lactic acidosis او د عضلا تو جرحی Rhabdomyo lysis او myoglobnuria واقع کيږي هره ناروغی چې د هايپرترميا سبب کيږيHeat stroke هم منځ ته راوړلي شي د سريري له نظره د Stroke Heat لپاره دوه حالته شامل دي يو Exertional او بل Classic دي . په ځوانو خلکو کې په ګرم محيط کې د شاقه تمريناتو اجرا کول دي د اعراضو شروع عموماً ناڅاپي وي او خوله کيدل موجود وي په زړو خلکو کېHeat Stroke وروسته د يوې اوږدي مودي څخه په ګرم محيط کې واقع کيږي محبروی اعراض يې بی اشتهائی د زړه بدوالي، کانګی ناتواني او يا غير معمول سلوک چې د هغې نه وروسته کولپس واقع کيږي د خولو نشتوالي معمول دي. (۵)

دHeat Stroke په تداوی کې باید په چټکه توګه یا ډیر ژر د وجود د حرارت درجه ټيټه کړي شي او د زړه د هانه د اړتيا او ضرورت په سويه ثابت وساتل شي د وجود د حرارت د درجی ښکته کول داسې صورت نيسی چې د ناروغ کالي ويستل کيږي او ناروغ د يخ په اوبو کې لمده وي او يا د يو باد په موجوديت کې په پوستکی باندي د يخ مساژ اجرا کيږي که چيري د حرارت درجه د (C ۴۱˚) F ۱۰۲˚ څخه لوړه وې نو د وجود يخول ضروري دي کله چې د مقعد د حرارت درجهF ˚ ۱۰۲يا C ˚ ۳۸ته راټيټه شي نو چټک يخوالي ته توقف ورکول کيږي ځکه چې د مقعد د حرارت درجه د وجود د حرارت درجی څخه لږه وي. (۲)

www.ketabton.com

یوائی د یخولو پواسطه هم ځواب ورکوي په عمومی توګه پهHeat Stroke ناروغانو کې CVP یا مرکزی وریدي فشار لوړ وي او مایعات باید چې په ډیر احتیاط ورکړل شي د ډیر زیات مقدار مایعاتو توصیه کول په زړه باندی د لوډ د زیاتوالي له کبله د سږو اذیما منځ ته راوړي . هغه هایپوتنشن چې د یخ کولو او د مایعاتو د تطبیق څخه وروسته دوام وکړي د ایزوپروترینول پواسطه تداوی کیږي د هایپوکالیمیا او د زړه د جرحی د زیات پیښیدو له کبله باید چې ډیجیتالس په ډیر احتیاط سره ورکړل شي ځنی مولفین داسی څرګندوی چې د لرزې له کبله Thermogenesis د فینوتیازین پواسطه ئې مخنیوي کیږي لیکن دا عوامل د هایپوتنشن سبب کیږي او همدارنګه د ناروغی دناڅاپي حملي سبب هم ګرځی د ادرار جریان باید په ډیر احتیاط سره کنترول شي او که چیري په اول کي اولیګوریا پیداشي نو د ډیوریزس د شروع کولو لپاره مانیتول توصیه کیداي شي او همدارنګه باید چې ادرار د مایوګلوبین لپاره هم معاینه شي.

د ناروغی ناڅاپي حمله او Hypercatabolic حالت hyper Kalemia زیاتوي او حاده کلیوي عدم کفایه د مقدم هیموډیالیزس لپاره یو استطباب دي . دHeat Stroke په کواګو لاپاتي کې د هیپارین استعمال لاتر اوسه ندي معلوم شوي د هایپرترمیا د اصلاح نه څو ورځی وروسته خوله کیدل موجود نه وي او د وجود د حرارت درجه پدي دوران کې تغیر خوري.

www.ketabton.com

بريښنائي او د تشعشع جرحې

بريښنايي جرحه :

پوستکی د وجود څخه د برښنا د جريان لپاره ډير مهم رول لري په ځني ځايو لکه د لاسو په ورغيو کې د پوستکی مقاومت لوړ وي که چيري پوستکی لوند وي يا روغ نه وي نو د ده پواسطه د پوستکی مقاومت تر دي حده پوري کميږي چې يو معمولي کورني برښنا د مړيني سبب کيداي شي د پوستکی مقاومت تر ډيري اوږدی مودی پوري د برښنا سره د تماس په صورت کې دشاوخوا انساجو د محافظوی مقاومت او د انتقالي تاثيراتو څخه د Bypass کولو په خاطر کله چې زړه ته مستقيم کتيتر يا wire داخل شي نو پوستکی ته د ډيرکم مقداربريښنا ورکول هم مرګونی دی . نو د بريښنا د جريان پواسطه پيداشوي جرحی د بريښنا په سير او همدارنګه په مقدار پوري اړه لري . په نتيجه کې تنفس دريدنه منځ ته راځی چې چې د اتنفسي دريدنه د تنفسی عضلاتو د تيتانيک تقلص له کبله نه بلکه په بصله کې د تنفسی مرکز څخه د بريښنا جريان د تيريدو له کبله منځ ته راځی . په حادثاتي electrocution يعنې (الکتروکيوشن هغه حالت ته وايې چې ناروغ په برقي چوکی کښينول کيږي) کی د بريښنا د جريان سير معمولاً د اطرافو طرف ته وي په نتيجه کې د زړه توقف او تنفسي توقف يوه مرګونی پيښه وي . د بطيني فبريليشن لپاره د برق د داخلولو لپاره پورته او ښکته تري شولډ موجود وی د ۷,۵ نه ښکته د بريښنا جريان د فبريليشن سبب کيږي ډير لوړ ولتاژ شاکونه لکه lightning کرنت (د بريښنا جريان) د ډير

www.ketabton.com

لږ وخت لپاره لکه اسمان کې پړکارۍ د زړه وظیفه دSinus Rhythm په ساتلو سره عموماً ساتي که چیري د کرنت جریان اوږد کړل شي د بطینی فبریلیشن د پیداکولو قوت ښکته راځی Ac کرنت د DC کرنټ په نسبت بطیني فبریلیشن پیداکوي ممکن د پیداکولو پوتانشیل په مستقیم صورت سره د بریښناد جریان په فریکونسی سره تړاو لري. د بریښنا د جریان ۲۰ سایکل په لوړه درجه د فبریلیشن سبب کیږي لیکن لوړه فریکونسی نشی کولي که څه هم د لوړ امپیر شاک د فبریلیشن سبب نشی ګرځیدلي او تنفسي فلج کوم چی منځ ته راځی عموماً اوږد وي د احیاي مجدد کامیاب کوششونه د معاونه تهویې په ورکولو پوري اړه لري. د سریري له نظره برقي شاک د عضلاتو د تیتانیک تقلص له کبله د شدید درد سبب کیږي په ښځو کې د ۲ ملي امپیر او په نارینه و کی د ۹ ملي امپیر څخه لوړ د بریښنا جریان له کبله د عضلا تو تقلص دومره شدید وي چې د بریښنا له کبله هغه شی چې د برقي شاک سبب شوي وي نشی پریښودي . شدید شاکونه چې د سترګو په رپ کې منځ ته راځی په هغو کې د هډوکو ماتیدل او نور زیات معمول دي د برښنا له کبله سوځیدنه او د انساجو نکروز هغه وخت پیښیږي کله چې د بریښنا د جریان په مقابل کې مقاومت دومره زیات وي چې حرارت تولید کړي د عضلا تو حرارتي نکروز د مایوګلوبین یوریا او د هایپووالیما سبب کیږي د رګو څخه بهر د مایعاتو د ضیاع له کبله پدي حالت کې هایپوتنشن او اولیګوریا نه پیښیږي که ناروغ شعور دلاسه نه وي ورکړي نو ناروغ موقتي کوښوالي او د لیدلو تشوشات احساسوي. د لوړ ولتاژ شاک سره شعور له منځه ځی او کله چې ناروغ په خودکی راوستل شي نو یو

www.ketabton.com

شمير عصبي او وعايې تشوشات په ګذري توګه موجود کيداي شي چې پدي تشوشاتو کې ريتروګراډ Amnesia ، افازيا ، فلج چې د حسی تشوشاتو سره يوځای وي.

د ډيرو برښنايي جرحو څخه ځان ژغورلي شو په روغتونونو کی د بريښنايې سامانونو څخه د ساتنی او نورو طريقو پواسطه دا کار کولي شو پدي جمله کې برقي بستري او E.C.G په خصوصی توګه د پاملرنی وړ دي. ناروغان بايد هميشه د ځمکی څخه لري کړل شي که چيري يو ناروغ برق ونيسی نو د نورو اهتماماتو څخه لومړی بايد ناروغ د برق څخه خلاص کړل شي هغه ناروغان چې د برقي چوکی پواسطه ورته برق ورکول کيږي د دې ناروغانو د Apnea د مخنيوي لپاره بايد CPR شروع کړل شي حال دا چې د Apnea دوام نامعلوم دي داکار په lighting شاک کې ضروري وي ځکه چې پدي حالت کې د زړه دريدنه د بطيني فبريليشن سره يوځای نه وي.

له بده مرغه دا ډيره عام خبره ده چې د Lighting شاک له کبله Apneic ناروغ مړ ګڼل کيږي او د هغه سره د ژوندي ساتلو هيڅ کوشش نه کيږي کله چې يو ناروغ ويښ شی نو بايد ناروغ د پڅو جرحو لکه کسرونو او د انساجو د ژورو او سطحی جرحو لپاره ناروغ معاينه شي. د هايپووليميا او مايوګلوبينوريا له کبله د کليوی عدم کفايې څخه بايد د پوره هايدريشن پوسيله مخنيوي وشي.

www.ketabton.com

د تشعشع جرحی

زمونږ په محيط کې ايوني وړانگی ډير رول لري Cosmic يا کيهاني وړانگی د فضا څخه تيريدای شي او د يورانيم، تورايم، راديوم او پوتاشيم ايزوتوپونه د ځمکی غرونو او اوبو څخه تيريدای شي انسانان دا وړانگي د طبي او د غاښونو د راديوگرافي په توگه استعمال کړيدي همدارنگه د اوږد ژوند لرونکی د Cosiam او Strantium ايزوتوپونه چې په هستوي آزموينو کی استعماليږي د آيونی وړانگو بيولوژيک اغيزی مشتمل دی په حاد شکل، په دوز پوري تړلي د حجراتو وظيفوی عدم کفايه اود اوږدی مودي لپاره جنتيکي او کانسري حالات په کې شامل دي.

که څه هم الفا او بيتا دواړه وړانگي حجراتو ته ضرر رسوي ليکن د هغوې نفوذيه قدرت په انساجو کې محدود وي. د دې لپاره په عملي کارونو کې کله چې يو تشعشع ته په مخامخ کيدو کې د راديو اکتيف موادو جوړول شامل ندي نو عموماً د انساجو ويجاړتوب د لوړې انرژی لرونکی گاما وړانگو، راديوگرافي او يا نيوترون ايوني وړانگي د اتوم څخه د الکترونونو د لري کولو له کبله د ايونی جوړو په صورت کې حجرات ويجاړوی. لري شوي الکترونونه پخپل وار خپله انرژی د حجري پداخل کې نورو ماليکولو ته ليږدوی ترڅو هغوی ايونايزشی د ايوني وړانگو برخلاف د Radiant انرژی نور ډولونه لکه التراوايلت وړانگی يواځی د الکترونونو د تنبه سبب کيږي ايونايزيشن ازاد راديکالونه جوړوی چې په يو لړ کيمياوي تعاملا تو کې برخه اخلي کوم چې داخل الحجروی غټو ماليکولونو لپاره نقصانی وي څرنگه چې د حجري زياتره برخه اوبه

www.ketabton.com

جوړوی نو د H او OH ازاد رادیکالونه تولید شوي لوي رادیکالونه دي د اکسیجن په موجودیت کېSuper Oxide او H2 O2 جوړېدل اسانېږی او د ایوني وړانګو په مقابل کې د حجري حساسیت زیاتیږي انساج د ایونی وړانګو په مقابل کې د حساسیت له نظره فرق لري لمفاوی انساج د ټولونه زیات حساس وي د دي نه وروسته د هډوکو، حصیې، معائې اپتلیم، تخمدان، پوستکی، منظم نسج، حشوي اعضا او عصبي نسج داسې انساج دي چې د کموالي له نظره پدي ترتیب لیکل شویدي. د دي لست څخه دا څرګندیږي چې هغه انساج چې هغوې ډیرو زیاتو وړانګو ته حساس دي،د حجري تخریب يې د مایتوتیک ممانعت څخه تر فزیکی چولو پوري فرق کوي چې دا د ایونیک شعاع ګانو په دوز او Target حجراتو پوري اړه لري. د عضوې وظیفوی تشوش پدي پوري اړه لري چې څومره انساج په تشعشع اخته شویدي د وجود د مختلفو حساسیت لرونکو انساجو له کبله که چیري يو کم مقدار تشعشع چې یوه مخصوصه عضوه تخریبولي شي ټول عضویت ته ورکړل شي نو مرګونی پیښه منځ ته راوړي.

کلنیکی لوحه :

د ایونی وړانګو د کلنیکی اغیزو معلومات د اتوم بمب او د هستوې پیښو د دشعاعی تداوی په نتیجه کې منځ ته راغلي دي. څرنګه چې تشعشع زیات انساج تخریبوي نو د تشعشع د حاد تسم اعراض زیاتره د مخ عظم G.I.T او د C.N.S د جرحوله کبله وي پس د دي دري اعضاو کلینکی اعراض د سیستم په تشعشع پوري اړه لري په انسان کې د تشعشع د جرحو په ټولو صفحو کې د زړه بدوالي کانګو، ویري، ناتواني، تکی کاردیا او

www.ketabton.com

په ځيني پيښنو کې د بطنی Cramps او اسهال اعراض ډير معمول دي. د مخامخ شوي دوز په نظر کي نيولو سره د دي اعراضو نه وروسته يوه متغيره وقفه يعنی يوه حفي دوره منځ ته راځی چې د هغې نه وروسته د هډوکو د مخ، G.I.T د عدم کفايې علامي يوځای يا په يواځی توګه منځ ته راځی. خفي دوره د حجراتو د معاوضوی عدم کفايې له کبله د عضوی د وظايفو د ښکته راتلو وخت څرګندوي کله چې د عصب تخريب شديد وي نو مخبره دوره د نارامی ، درويت د خرابوالي، بی موازنه ګی او اختلاجاتو پواسطه تعقيبيږي. دورانی عدم کفايه چې د تداوی په مقابل کې عکس العمل نه ښي هم په هغه ناروغانو کې چې د کتلوي تشعشع سره د مخامخ کيدو له امله اخته شوي وي ليدل کيږي. د تشعشع وړانګې په وينه باندي ډيرڅرګند تاثير لري لومړنی تغير په دوراني لمفوسايت کې کموالي دي په لومړئ کي نوتروفيليک لوکو سايتوزس ليدل کيږي اما ګرانولو سايتونه ورو ورو ښــکته کيږي او د ۱ - ۴ اونيو په موده کې د مخامخ کيدو څخه وروسته ډير زيات ښکته کيږي د موی صفيحات اوسره کريوات په ډيره ورو توګه ښکته راځی روغوالي د مخ عظم د مقدم جرحی په درجې پوري اړه لري.

اهتمامات:

د حاد تشعشع د جرحو اهتمامات يوه سخته ستونزه ده.چې دا ستونزه د مخامخ شوي دوز د صحيح معلوماتو د نه موجوديت او همدارنګه د جرحو د طبي اسانتياو د نه موجوديت له کبله وي هغه ناروغان چې د ډير وخت لپاره ئې د وړانګو زخمونه اخستي وي بايد د منځني اندازي راديواکتيف موادو د اخستلو لپاره په يوه ځانته ځای کې يې تدابير ونيول

www.ketabton.com

شي. او ترممکن اندازي پوري کوشش اوشی چې د پېښی په ځای کې د مخامخ شوو ورانگو نوعيت معلوم کړل شي او ناروغ بايد د ګاما ورانګو او د نيوترون ورانګو سره د مخامخ کيدو د اندازې لپاره معاينه شي که څه هم د زړه بدوالي او کانګو مخبره اعراض د انزارو له نظره اهميت نلري ليکن اسهال او عصبي علايم اهميت لري. لمفوپينا د تشعشع سره په زيات مخامخ کيدو باندي دلالت کوي. تداوي يې عرضی او تقويوي ده کانګی او اسهال د مايعاتو او الکترولايتو پواسطه معاوضه کيږي همدارنګه د معائی قرحاتو له کبله د انتان پيښيدل او هم د اختلاط پتوګه د لوکو پينيا او ترمبو سايتوپينيا له کبله پيداشوي نزف تداوی کيږي د تجريد يونټ ، نه جذبيدونکی ا نتی بيوتيکونه ، د ورانګونه د ساتلو مواد لکهCystea mine يا cysteinc او دوقايوي لوکو سايت ترانسفيوژن رول معلوم ندي په ډيرو حالاتو کې دا ناروغان د هغه ناروغانو سره ورته والي لري کوم چې د وينې جوړونکی اعضا د کانسر د لرې کولو لپاره کيموتراپي Ablative اجرا کيږي په هغو ناروغانو کې چې په تصادفي توګه يې ورانګی اخيستی دي د مخ عظم د پيوند کولو په باره کې به فيصله کول ستونزمن دي اما کله چې د ټول وجود اخته کيدل د مړيني تر حده پوري واقع شوي وي نو هغه وخت د مخ عظم Transplatation يې ا مکان لري. د هستوي چاودنی په نتيجه کې پيښيدونکی جرحی د بم د چاودنی د حرارتي تاثيراتو د لومړنی تشعشع او د پاتی راديشن له کبله منځ ته راځی. د Fusion , Fission بم په نتيجه کې تقريباً ۵۰ سلنه د لومړنی راديشن او ۱۰ سلنه د پاتي شونې راديشن په شکل خارجيږي خالص Fusion بمونه لکه نيوترون بمب تقريباً ۲۰ سلنه خپله انرژی د چاودنی په شکل او همدارنګه ۸۰ سلنه د لومړنی راديشن په شکل چې د کم اندازی پاتي

www.ketabton.com

شونې رادیشن سره یوځای وي خارجوي د انرژی خارجیدو دا ټول ډولونه د بم د چاودنی پوري فرق کوي په هوا کې د بم خلاصیدل یا د بم د چاودنی په نتیجه کې د وړانګو انرژی دومره څرګنده نه وي ځکه چې د وړانګو د وړتیا لومړني سرچینه هغه ځای وي چې د چاودنې او حرارت پواسطه تباه شوي وي هوايې چاودني کولي شي چې په یوه لویه ساحه کې د مخابراتو سلسله د قوي الکترومګنیتک څپو د پیدایښت له کبله مختله کړي. د ځمکی په چاودنو کې د پاتي شوني تشعشع چې پخپله د بم نه پلاس راځی همدارنګه د لومړنی ایونایزیشن له کبله د ځلول شوي ملبی څخه لاس ته راځی دا انرژی د اور د ګلولي سره پورته وړل کیږي او د چاودنی او یا د حرارت د اغیزمن شوي ساحی څخه په زیاته ساحه کې راټولیږی. د Fall out تباهی څخه بهر ساحی، د بم په سایز چاویدیدونکی انرژی او د هوا د حالت دواړو څخه ټاکل کیږی. او د Fall out تشعشع وژونکی دوز د چاودنی د نقطی څخه ۱۰۰ میله لري رسیداي شي د هستوي جنګ په وخت کې چې ډیر خلک پري اخته وه دا غیر ممکنه وه چې منظم طبی اسانتیاوی د چاودنې او د حرارت اغیزې د منځه یوسي.

تسممات ، چیچل او داړل

تسممات:

د یوې کیمیاوي مادي سره مخامخ کیدل چې د ناروغی یا مړینی لامل کیږي تسمم ویل کیږي د تسممی کس په اهتماماتو کې تقویوي محافظوی اهتمامات همدارنګه د زهرو په

www.ketabton.com

اړه ځانګړې کړوني شتون لري. د طبي مسائلو نه برسیره تسممی ناروغ ته روحی ستونزی هم پیداکیږي (۲)

د تسمم د امکان په هکله فکر کول

د تسمم په هکله فکر نه کول یوه عمومی غلطی ده د مثال په توګه د استیل سالسلیک اسید خوړل چې یو عمومی تسمم دي دا ولیدل شو چې په ۷۳ پیښو کې ۲۰ پیښی په لومړی کی تشخیص نشولی. په غیر تشخیص شوي پیښو کې دا ولیدل شو چې هغه ناروغان شامل وه کوم چې پخپله تاریخچه کې د اسیتیل سالسلیک اسید خوړل نلري څرنګه چې پدي ډله ناروغانو کې د مړینې پیښی زیاتي دي نو د دوي چټک تشخیص ډیر ضروري دي که تاریخچه موجوده هم نه وي بیا هم د تسمم خواته دي فکر وکړل شي.

د ژوندانه د نښو ساتل

د تسممی ناروغ په اهتماماتو کې د حیاتی علایمو د ثابت ساتلو لپاره شدیده تقویوي محافظه اړینه ده.

د تنفس ساتل:

هوایې لارې باید خلاصې وساتل شي چې بیهوشه ناروغان باید پداسې وضعیت واچول شي چې د اسپایریشن څخه یې مخنیوي اوشي د یو Cuffed داخل شزنی تیوب په واسطه

www.ketabton.com

ئی هوايي لاري خلاصي ساتل کيږي او د معدي د محتوياتو د اسپايريشن څخه مخنيوي کيږي که تنفس ناکافي وي نو ميخانيکی تهويه ضروري ده.

د شاک درملنه

د وينې فشار په پوره کچه ثابت ساتل سخت تماميږي په عمومی توګه په اول کې شاک د مايعاتو د معاوضی او د پښو د جګولو پواسطه تداوي کيږي که چيري دا ساده ميتودونه د انساجو د پرفيوژن او د ادرار د اوټ پوټ په ساتلو کې ناکام شي نو بيا د اوعيو تقبض (Vosopressor) ورکوونکی درملو (Dopamin) ورکول استطباب لري.

د حرارت د درجی کتل:

د شديد تسممی ناروغ د حرارت درجه بايد چې په ډير احتياط سره وکتل شي که چيري ابنارمل وي بايد صحيح شي هايپو ترميا د مرکزی عصبي سيستم انحطاطی دواګانو لکه د باربيتوراتو د زيات دوز اخستلو له کبله منځ ته راځی هايپر ترميا د امفيتامين يا د اتروپين د تسمم سره يوځای وي د زړه بی نظمی ګانې بايد لومړی وپيژندل شي او درملنه يې وشی.

د تسمم پيژندګلوي

هرکله چې يواځی تقويوي تداوی کافي وي نو ضروري ده چې هغه سمی مواد وپيژنو کوم چې خصوصي انتي دوت يې موجود وي د سمی موادو په پيژندلو کی تاريخچه ، فزيکی

www.ketabton.com

معاینات او لابراتواري معاینات زیاته مرسته کوي د تاریخچې په اخستلو کې دا ضروري ده چې د هغه کسانو څخه پوښتنه وشی کوم چې د باور وړ وي . ناروغان یا د ناروغ پایوازان د خوړل شوو تابلیتو صحیح شمیرنه نه ښیي که چیري ممکن وي باید د تابلیتونو بوتل ترلاسه شي هغه فارمسست چې نسخه یې ورته اجرا کړی وی ښه معلومات راکولي شي. چې د دوا په خالي بوتل کې هماغه دوا چې په Label باندي یې لیکلي ده همیشه موجود کیداي نشی برسیره د دي نه زیات تسممات باید په نظر کې راوړل شي د مثال په توګه الکول د باربیتورات سره یوځای د فزیکي معایناتو پواسطه د سمی موادو پیژندل عموماً ستونزمن کوی.

ځکه چې ډیر سمی مواد خصوصي Pathognomonic نښې منځ ته نه راوړي بیا هم د ځنی سمی موادو سره ځنی خصوصي نښی موجودې وي.

د ډیرو موادو د پیژندلو لپاره لابراتواری معاینات زیاته مرسته کوي وینه ، ادرار او د معدي محتویات ټول پکار وړل کیږي زیات لابراتوارونه ټوکسیکالوجیک سکرین استعمالوي داکتر باید پدي پوه وي چې پدي سکرین کې څه شي معاینه کیږي د منفي ټوکسیکالوجیک سکرین لابراتواري راپورونه دانه څرګندوي چې ناروغ مسموم ندي دا صرف دا څرګندوي چې سمی مواد په پرده یا سکرین باندې نشته که څه هم د سمی موادو پیژندل مرسته کوی مګر د مقدار معلومول یې عموماً ضروري ندي د تسمم په ډیرو پیښو کې د سمی موادو د وینې د سویې په پوهیدو سره په تداوي کې بدلون منځ ته نه راځی چې پدي کې ځني استثنات شته او په هغوي کې اسیت امینوفین او سلسلیک اسید شامل

www.ketabton.com

دي د دي موادو په حالت کې د ناروغ لومړنی فزیکي معاینه د تسمم شدت نه راپه ګوته کوي او باالخاصه تداوي شاید په موخر ډول غیر ضروري وي د اسیت امینوفین په حالت کې په هماغه وخت کې د انتي دوت ورکول د دوا د توکسیک تاثیر څخه مخنیوي کوي اما که د سمی مواد د خوړلو څخه ۸ - ۱۰ ساعتو وروسته واخستل شي نو بی تاثیره واقع کیږي.

د جذب مخنیوي

د معدي څخه د خوړل شوو سمی موادو د لري کولو لپاره په چټکه توګه کانګی کول یوه اغیزمنه طریقه ده په شدیدو تسممی حالاتو کې په یو ویښ ناروغ کې کانګي کول یا Emesis ناروغ ته توصیه کیږی.

په ځیني ناروغانو کې Emesis په چټکه توګه د فمی بلعومی یا (Oropharynx) د میخانیکي تنبه له کبله اجرا کیږي په لږه چټکه توګه Emesis د یوکانګی راوړونکی دوا د استعمال له کبله لکه Ipeca منځ ته راتلای شی. Apomorphinc هم په همدي موخه استعمالیدای شي لیکن د دي دوا د استعمال له کبله د مرکزي عصبي سیستم انحطاط پیداکیږي که څه هم Emesis په عمومي توګه د معدي د تخلیي لپاره ډیره اغیزمنه لاره ده اما د دي طریقې پواسطه د معدي تامه تخلیه همیشه ضرور نده د معدې د تخلیې په منظور د معدي لواژ هم استعمالیږي که څه هم تابلیتونه یا لوي حجم لرونکی مواد Aspirate شوي وي نو لوي سوري لرونکی فمی معدوي تیوب استعمالیږي زیاتره تابلیتونه د نازوګستریک تیوب پواسطه نشي ایستل کیداي.

www.ketabton.com

که ناروغ شعور د لاسه ورکړي وي نو د معدې لواژ اجرا کیږي پدې حالت کې باید په اول کې یو کف لرونکی داخل شزني تیوب ځای په ځای شي ترڅو چې د اسپایریشن څخه مخنیوي وشي وروسته د سمی موادو د خوړلو څخه مقدم لواژ اجرا کیږي اوګټه یې هم زیاته ده بیا هم د ځنی سمی موادو لکه اسیتیل سالسیلیک اسید خوړل د پایلوریک برخی سپزم منځ ته راوړي همدارنګه اوپیم لکه کودین د ilius یا د معدي معائی لاري د فلج سبب کیږي نو پدي حالاتو کې لواژ د دی موادو د خوړلو څخه څو ساعته وروسته هم ګټور تمامیږي اسپرین یا استیل سالسلیک اسید چي په معده کې تر ډیر وخت پوري پاتی کیږي باید د معدي لواژ ضرور اجرا شي.

د Caustic Alkoli یا د لږ مقدار پترولیم مستحضراتو د خوړلو په حالت کې لواژ او یا د کانګو کول استطباب نلري وروسته د لواژ یا Emesis څخه فعال Charcoal ورکول کیداي شي. که څه هم فعال چارکول په لوړه پیمانه سمي مواد جذبوي لیکن د ټولو موادو د جذبولو لپاره اغیزمن نه واقع کیږي لکه د Paraquat په حالت کې. د لواژ یا Emesis څخه وروسته که ilius موجود نه وي نو مسهل یا مګنیزیم استریت استعمالیدای شي.

د سمی موادو چټک خارجول

د ځیني سمی موادو چټک خارجولو لپاره په اوسني نوي طریقو کې جبري ډیوریزس ډیالیزس او د چارکول نورې Hemoperfusion طریقې شاملی دي د دې پورتني طریقو د اجرا کولو نه مخکې باید چې داکتر د دي طریقو په استطباب پوره پوه وي.

www.ketabton.com

تسممی ناروغانو ته روتين جبري ډيوريزس نه توصيه کيږي ځکه چې پدي حالت کې داکتر به بيا هم د مايعاتو او الکترولايت د ستونځو سره د تسمم تداوي کوي. هغه دواګاني چې د جبري قلوي پواسطه په چټکه توګه خارجيږي په هغوي کې Lithium، سليسلات او اوږد اغيزه لرونکی باربيتورات لکه فينو باربيتل شامل دي. د امفيتامين په خارجولو کې اسيدي ډيوريزس زيات کومک کوي د الکولو، فينو باربيتل، برومايد، ليتيم ، کلورل هايدريت او د سالسليک په تسمم کې هيموډياليزس او Peritoneal ګټور تماميږي د ډياليزس په اجرا کې د ناروغ کلنيکي سير يعنې د حياتي علايمو ثابت ساتل مهم رول لري د Ethchlorvynol يا د Phyenytion په تسمم کې د Hemo per fusion استعمال ډير ګټور تماميږي.

د تسمم د ټوکسيک موادو مخنيوي

په ځينو تسمماتو کې د خصوصي انتي دوت ورکول استطباب لري څرنګه چې د تسمم د هر ډول پيژندل ډير ګران کار دي نو بايد چې د تسمم د معلوماتو په پلټنه کې ډير ځنډ ونشي د بيړنی معلوماتو لپاره زياتره د سمی موادو د کنترول مرکزونه ډيره مرسته کوي په لاندي مبحث کې په کاهل کې د ځيني عمومی تسمماتو ذکر کيږي (۲)

سليسلات

د سليسلات تسمم ډير معمول دی د دی موادو شديد تسمم د حاد او مزمن ډول اخستلو له کبله پيښيږي. د کلنيک له نظره د سليسلات د تسمم د شدت معلومول په اول کې ډير

www.ketabton.com

ستونزمن دي ناروغان یا بیخي روغ ښکاري یا لږ فرط تهویه او یا د غوږو بــرنګس لري د تبي لوړوالي ، زړه بدوالي او کانګی هم موجود کیداي شي په ډیرپرمخ تللي تسمم کې کوما لومړنی علامه نشی ګڼل کیداي بیا هم د نورو لاملو په نشتوالي کې په شعوري حالت کې بدلون په تسمم دلالت کوي د پلازما د سلیسلات کچه د شدت د معلومولو لپاره ډیره ښه لارښوونه کوي.

په کاهلانو کې د سلیسلات تسمم همیشه تنفسي الکلوزس او استقلابي اسیدوزس پیداکولي شي. حال دا چې په ماشومانو کې استقلابي اسیدوزس پیښیږي. ډیهایدریشن ، هایپوکلیمیا او هایپو ګلایسیمیا هم موجود کیداي شي د درملني موخه د سلیسلات لري کول او د استقلابي ابنار ملتي ګانو اصلاح کول دي. معدوي محتویات د لواژ یا د Emesis پواسطه باید لري کړل شي. لواژ د سمی موادو د څلور ساعته خوړلو څخه وروسته ښه اغیزمن واقع کیږي دا باید په یاد ولري چې هیڅ کله څنډ مکوي د ادرار قلوي کول د سلیسلات د لري کولو زمینه برابروی. په ځیني پرمخ تللي حالاتو کې خصوصاً کله چې هایپوکلیمیا موجوده وي نو د قلوي ادرار لاسته راوړل ستونزمن کار دي د دي لپاره باید چې د ادرار PH د اخستل شوي بای کاربونات د مقدار لپاره titrate نشي په ډیرو شدیدو تسممی پیښو کې چې څرګند اسیدوزس ورسره یوځای وي نو د سلیسلات د لري کولو لپاره باید چې د دیالایزس څخه کار واخستل شي . د هایپو کلیمیا د پاره باید چې پوتاشیم او د هایپو ګلایسیما لپاره باید ګلوکوز ورکړل شي په شدیدو تسممی پیښو کې پرته د دې څخه چې د وینې ګلوکوز نارمل وي بیا هم باید ناروغ ته ګلوکوز ورکړل شي

www.ketabton.com

ځکه چې په حیواناتو کې څیړنو څرګنده کړیده چې پدي حالاتو کې د دماغ نسج ته ګلوکوز نه رسیږي یا د دماغ د نسج ګلوکوز کمیږي.

Acetaminophen

د acetaminophen د لوړ دوز د اخستلو څخه وروسته د کبد نکروزس او کبدي عدم کفایه مهمي کلنیکي ستونځی جوړوی. کله چې اسیت امینوفین په لوړې کچې سره وخوړل شي نو په زیات اندازه د یو توکسیک میتابولایت د ازادیدو له کبله نکروز منځ ته راځی په کاهلانو کې د کبد د نقصان او متضرر کیدو لپاره د اسیت امینوفین مقدار د ۱۰ ملي ګرامو څخه پورته وي د سیروم د اسیت امینوفین د سویې د معلومولو له کبله کبدي زیان په ښه توګه اندازه کیداې شي د سمي موادو د اخستلو څخه څلور ساعته وروسته که د سیروم سویه ۲۰۰ مایکرو ګرام في ملي لیتر څخه زیاته وي نو په ډیره لوړه اندازه د کبد په نکروز دلالت کوي او ممکن چې مړینه منځ ته راشي.

د اسیت امینوفین د خوړلو تداوی پدي منحصره ده چې ایا توکسیک میتابولایت غیر فعال کړل شي او یا د هغوې د پیدایښت څخه مخنیوي وشي که څه هم د Methionin, cysteamine او N-Acetylcystine د فعالیت میخانیکیت ندي ثابت شوي خو بیا هم که دا مرکبات وروسته د سمی موادو د اخستلو څخه ۱۰ ساعته مخکې ورکړل شي نو دا مرکبات د کبد د نقصان څخه مخنیوي کوي او یا یې کموي وروسته د ۱۰ ساعتو څخه د دي موادو ورکول څه ګټه نکوي مخکې د دې څخه چې د اسیت امینوفین کچه معلومه شي باید چې ژر تر ژره ځانګړی انتي دوت ورکړل شي.

www.ketabton.com

میتونین او N-Acetylcystein دواړه د تجارت په بازار کې موجود دي او کوم په زړه پوري جانبي عوارض نلري د ا سیت امینوفین د خوړلو په پیښنو کې ډیالیزس او جبري ډیوریزس اغیزمن نه واقع کیږي.

لیتیم :

د لیتیم په تسمم کې عموماً د وینې سویه د meq/lit ۱،۵ څخه لوړه وي د لیتیم تسمم په حاد او یا مزمن توګه واقع کیږي د سودیم د توبولی دوباره جذب د کموالي له کبله د لیتیم دوهم ځل جذب زیاتیږي. په نتیجه کې زاړه ناروغان او هغه څوک چې بې مالګې غذایې رژیم اخلي او یا داچې د سودیم ضایع کونکی دایروتیکونه اخلي نو د لیتیم په مزمن اخستلو سره د توکسیستی د پیدایښت لپاره مساعد ګرځی. د توکسیتي په خفیفه پیښنو کې زړه بدوالي ، کانګی، پولي ډپسیا او د لاسونو خفیفه رعشه د دماغی خړپړتیا سره موجود وي په زیاتو شدید تسممی پیښنو کې زیاته لرزه یعنې رعشه ، کوما او Seizures یوځای وي ، په E.C.G کې د T موجه همواره وي او یا دا چې سرچپه وي تداوي یې د عضویت څخه د لیتیم د ایستلو سره ترسره کیږي چې دا کار د جبري قلوي ډیوریزس سره او د مایعاتو او الکترولیت د توازن ساتلو سره اجرا کیږي که ضروري وي نو پریتونیل یا هیموډیالایزس استعمالیداي شي او جبري ډیوریزس د دیالایزس د هریو شکل پشان اغیزمن واقع کیداي شي.

www.ketabton.com

Opiods

هغه سندروم چې د optiods د زیات دوز څخه منځ ته راځی عبارت دي د Flacid کوما فلج او تنفسی انحطاط څخه . د سږو اذیما د لومړني اعراضو د پیداکیدو څخه څو ساعته وروسته منځ ته راځی په ناروغانو کې د نرکوتیک لوړ مقدار د کوما نور ا سباب لکه ترضیض هم باید په نظر کې وي که چیري د نرکوتیک په زیات مقدار باندي شکمن شو نو باید په بیړه د هغه د انتاګونست څخه چي نالوګزان نومیږي کار واخیستل شي د نالوګزان په مقابل کې عکس العمل هم د تشخیص او هم د تداوي په منظور وي. څرنګه چې نالوګزان د opiods یو مقابلوي انتاګونست دي نو د opiods د لوړ over dose اغیزو د اصلاح لپاره د هغه لوړ مقدار ته ضرورت وي که څه هم لومړني دوز یې معمولاً د وریدي لاري mg ۴ ، ۰ وي خو لوړ دوزونو ته هم ضرورت پیښیداي شي په یو ۷۰ کیلو ګرام ناروغ کې د زرقي لاري د جانبي عوارضو د پیداکیدو څخه غیرmg ۲۴ ورکولي شو څرنګه چې د نالوګزان تاثیرات په یو څو ساعتو کې له منځه ځی نو باید چې ناروغ په ډیر احتیاط سره معاینه شي او که چیري په ناروغ کې د تنفسي او مرکزی عصبي سیستم انحطاط منځ ته راشي نو انتاګونست دوهم ځل توصیه کیږي که چیري د سږو اذیما منځ ته راشي نو د اکسیجن او مثبت لوړ فشار تهویې سره تداوي ترسره کیږي.

Tricyclic antidepressant

د Tricyclic Antidepressant دواګانو لکه Desipromine، Amytriptyline او Imipramine زیات خوړل د C.N.S د انحطاط ، د انتي کولي نرجیک څرګندونو او د زړه

www.ketabton.com

د بی نظمی سبب کیږي که څه هم تنفسی انحطاط شدید کیداي شي ناروغان بیا هم د دردناکه تنبهاتو په مقابل کې عکس العمل ښیي د زړه بی نظمی د ژوند لپاره خطر لري او په شدید تسمم کې QRS کمپلکس د m sec ۱۰۰ څخه اوږد وي د تراي سلیک تسمم تداوي د انتي کولي ترجیک څرګندونو د اصلاح څخه عبارت دي د C.N.S د تاثیراتو د شا ګرز لپاره Physostigmine د وریدي لاري ورکول کیږي دا ګرځیدنه د ډیر لږ وخت لپاره دي نو پس په ډیر احتیاط باید د ناروغ کتنې ته دوام ورکړل شي د زړه د بې نظمې ګانو د شاه ګرز لپاره د Physostigmine استعمال تربحث لاندی دی. څرنګه چې physostigmine پخپله هم د توکسیتي سبب کیږي نو دا یوائی په هغو پیښنو کې استعمالیږي کله چې یوائی تقویوي محافظه ناکافي وي د Physostigmine دوامداره انفیوژن د وریدي لاري د کولي نرجیک توکسیسیتی چانس زیاتوي که هایپوتنشن موجود وي نو دا د حجم د زیاتوالي سره ځواب واویې د Tricyclic Antidepressant دواګانو په تداوي کې جبري ډیوریزس ، هیمودیالایز او چارکول پرفیوژن اغیزمني طریقي ندي عموماً تقویوي محافظه د Physostigmine سره بس والي کوي. (۲)

عضوی فاسفیټ

د عضوی فاسفیټ شدید تسمم د حشره وژونکي تجارتي مستحضراتو سره د مخامخ کیدو په نتیجه کې منځ ته راځی دا تسمم د پوستکي، مخاطي غشا، تنفسی لارې او د هضمی جهاز له لارې پیښیږي د استیل کولین استراز انزایم د نهې په صورت کې چې د استیل کولین مقدار زیاتیږي کلنیکي تظاهرات منځ ته راځی دعضوی فاسفیتو د تسمم

www.ketabton.com

اعراض او علايم په muscarinic تاثيراتو (زيات خوله کيدل، د لاړو بهيدل، د اوښکو بهيدل ، زړه بدوالي د قصبي افرازاتو زياتوالي او دقصباتو تقبض او نيکو تونيک تاثيراتو Fasciculation ، فلج او تکی کارديا) او د C.N.S تاثيراتو (کوما او تنفسی انحطاط ډلبندی شويدی د سرو حجرو اويا د ټولي وينې د کولين استرازد فعاليت کموالي تشخيص تائيد وي د عضوي فاسفيټ د تسمم په تداوی کې څو طريقي شاملی دي نو که ضروري وي نو داغيزمن ځای د مينځلو پواسطه د عامل د دوامداره مخامخ کيدو څخه مخنيوي کيداي شي. د Muscarinic اغيزو د اصلاح لپاره د وريدي لاري اتروپين د ۱ - ۲ ملي ګرام په دوز ورکول کيږي او کله چې ضروري وګڼل شي نو تکراري دوز هم ورکول کيږي تر هغه وخته پوري چې په ټيټه درجه Atropini Zation (وچه خوله او د حدقو پراخه کيدل) ثابت وساتل شي د دي حالت د لاس ته راوړلو لپاره د اتروپين زيات مقدار يعنې په ۲۴ ساعو کې تر ۱۰۰ ملي ګرامه پوري ورکول کيږي څرنګه چې اتروپين د نيکو تينيک تاثيراتو د رجعت سبب نه کيږي نو د عضلي ضعيفي چې د تنفسي فلج سبب کيږي بايد چې د دي مقصد لپاره د وريدي لاريmg/k.w ۳۰ Pralidoxime دوز توصيه شي. د عضوي فاسفيټ د تسمم په ډيرو پيښو کې د دي دوا پواسطه استيل کولين ستراز فعاليږي اا او هم د مرکزی عصبي سيستم تاثيراتو ته اصلاح ورکوي هر ۳۰ دقيقې وروسته دا تطبيق تکرار کړي او که ضروري وي نو ميخانيکي تنفس ورکړي د تنفسی عدم کفايې د درجې د معلومولو لپاره د FEVI او د حياتي ظرفيت الات استعمال کړي. په شديد تسممي حالت کې تر ډيرو ورځو او يا د اوږدي مودي لپاره د انتي دوت توصيه کول ضروري دي.

www.ketabton.com

باربیتورات :

د باربیتورات د زیات مقدار ډیر شدید تاثیر د تنفسی انحطاط ، کوما ، شاک او هایپو ترمیا څخه عبارت دي. د ناروغ د کلنیکی حالت څخه غیر بلکه په وینه کې د باربیتورات د سویې څخه د تسمم شدت تشخیص کیږي. د باربیتورات د لوړ دوز د ناروغ په اهتماماتو کې جدی پاملرنه بنیادي اهمیت لري کوم خصوصی انتي دوت وجود نلري او د Neuroleptic په اهتماماتو کې کوم اهمیت نلري، تنفس د میخانیکي تهویې پواسطه تقویه کیداي شي د باربیتورات د اخستلو له کبله شاک د وعائې بستر د حجم د زیاتوالي له کبله منځ ته راځی چې په نسبتي توګه داخل وعائې حجم په کې کمیږي د دي لپاره په اوله کې شاک د پلازما د مستحضراتو او د پښو د پورته کولو پواسطه تداوي کیږي. د Vassopressor دواګانو ضرورت هغه وخت احساسیږي کله چې د حجم توسع د قلبي عدم کفایې سبب شي او یا دا چې غیر موثر واقع شي د هایپو ترمیا څخه باید صرف نظر ونکړل شي د اوږده اغیزه لرونکو دواګانو لکه فینوباربیتل څخه په غیر چې په هغې کې جبري الکالین ډیوریزس اغیزمن واقع کیږي د نورو باربیتوراتو د چټک خارجولو کوششونه محدود ارزښت لري د هیموډیالایزس پواسطه د اوږده اغیزه لرونکی باربیتوراتو زیات مقدار لري کیداي شي. مګر د لنډ اغیزه لرونکی باربیتوراتو لپاره کوم ارزښت نلري بیا هم په شدید تسممی ناروغانو کې چې کلنیکي حالت یې خراب نوي دیالیزس ته ضرورت پیښیږي.

www.ketabton.com

کاربن مونو اکساید

که څه هم دکاربن مونواکساید سره مخامخ کیدل زیاتي سرچینې لري لکه د موټرو څخه بې لهEmission control devices څخه د Exhaust لوګو خارجیدل اود ناکافي تهويې له کبله هم پداخل د کوټه کې، د چار کول اور او یاSpace Heater استعمالیږي د کاربن مونواکساید په تسمم کې د پوستکيcherry red flush معموله کلنیکي پیښه نده کله چې تشخیص وضع شي نو ناروغ باید په چټکه توګه د کاربن مونو اکساید د منبع څخه وویستل شي او ۱۰۰سلنه اکسیجن ورته تطبیق شي. د اکسیجن تطبیق په څلور ساعتو کې د کاربوکسی هیموګلوبین ازادیدل محفوظی سويې ته زیاتوي. **۵** سلنه کاربن داي اکساید باید چې د تنفس د منبه په حیث استعمال نه شي ځکه چې غټه ستونځه هایپوکسیاده اوکه ضروري وي نو تنفس د میخانیکي تنفس پواسطه تقویه کیداي شي. د تداوي دپیل نه وروسته د انساجود هایپوکسیک زیان ممکنه تاثیراتو خواته باید فکر وکړل شي دماغی اذیما د هایپوترمیا یا د کورتیکو ستیروئد د استعمال له کبله تداوي کیږي په ځوانو کاهلانو کې د زړه د عضلي اسکیمیا او یا احتشا هم پیښیدای شي د شدید تسمم څخه ترڅو ورځو پوري وروسته هم باید E.C.G واخستل شي.

فینوتیازین:

د فینوتیازین د لوړ دوز پواسطه کوما، تنفسي انحطاط ، شاک او همدا ډول خارجی اهرامی څرګندوني لکه د عضلا تو شخوالي او torticollis یا (دڅټ یوي خواته کږیدل)

www.ketabton.com

واقع کيږي. تنفسی انحطاط او شاک په نسبي توګه غير معمول دي خو که موجود وي نو شاک بارز وي د زړه بی نظمی ګاني چې د تداوي په وړاندی ځواب وايې هم موجود کيداي شي.

شاک د حجم د تقوئی اوکه ضروري وي د vassopressor دواګانو پواسطه سره تداوي کيږي. خارج اهرامی اغيزی دBenztropin diphenhydramine د توصيی پواسطه له منځه ځی د فينوتيازينو په ويستلو کې جبري ډيوريزس او ډياليزس کوم رول نلري.

Paraquat

Paraquat د ۲۰ سلنه محلول په شکل د تجارت په بازار کې د بوټو د خزندو وژونکې دوا ده paraquat سمی تاثيرات پيداکولي شي کــــــله چې paraquat د خولي له لاري واخيستل شي نو پښتورګو ، کبد او سږو ته ضرر رسيږي.

اوسمی ټوکسيک ماده ده چې په استعمال کی ئې بايد پوره احتياط څخه کار واخيستل شی.

د Paraquat د تسمم ميکانيزم غير يقيني دي ليکن د ازاد ريديکل جوړيدل په کي رول لري. تداوی يې د چټک لري کولو څخه عبارت ده. څرنګه چی فعال چار کول paraquat نه جذبوي نوfuller earth د معدي د لواژ د پاره استعماليږي او په معده کې پريښودل کيږي د paraquat د لوړ مقدارونو په لري کولو کې هيموديالیزس غير موثر تماميږي د اکسيجن توصيه د paraquat سميت زياتوي نو داسې څرګنده شويده چې اکسيجن په هغه حالاتو کې استعماليږي چې د اکسيجن قسمي فشار (شرياني) دmm Hg ۴۰ څخه کم وي.

www.ketabton.com

چيچل او داړل Bites and Stings

دخزندې (غڼې او لړم دكورنۍ) چيچنه :-Arachnid Bites

د spiders يا غڼو يوڅو ډوله يې د سمي چيچلو له كبله انسانانو ته ستونځې پيداكوي ترڅو چې چيچل شوي ځاى ونه ليدل شي او يا جولاونه موندل شي تشخيص يې ستونزمن دي. د طب له نقطى نظره امريكا كې ډير معمول د spider bite black widow يا latrodoetus جنسونو له كبله وي كوم چې په وچو او تياره ځايونو كې ژوند كوي د latro doetus زهر د نيوروتوكسين لرونكى دي. چي د استيل كولين د ازاديدو سبب كيږي په كلنيكي منظره كې د عضلاتو دردناكه شخى اوكولي نرجيک تظاهرات لكه خوله كيدل، او د لاړو زيات بهيدل شامل دي تداوي يې محافظوي تقويه ده. د عضلاتو شخى د ١٠ فيصده كلسيم ګلوكونات يا د Diazepam د وريدي زرقياتو پواسطه ځواب وايې د شديدو اعراضو په صورت كې داس د سيروم سره د حساسيت په نشتوالي كې دزهرضد Antivenum استعماليداي شي.

نصوراي جولاچې د loxoscles redusus پنوم يادېږي په كورونو كې او يا دباندې ژوند كوي او cytotoxic multi component زهرتوليدوي كه څه هم د دي جولا زياتره چيچل بې ضرره وي ليكن د چيچل شوي ځاى د انساجو شديد نكروزس منځ ته راتلاي شي د دي

www.ketabton.com

جولا د چیچلو تداوی تر بحث لاندی ده. د ستیروئید استعمال او یا د زخم موضعی شق کولي شو. که څه هم یوه تداوي په اغیزمنه توګه نده واقع شوي خو ستیروئید د سیستمیک عکس العمل په منظور استعمالیږي. په امریکا کې د لړم د چیچلو راپورونه ډیر نادر دي زیاتره چیچل د لاس په ناحیه کی واقع کیږي د تسمم اعراض په دواړو کولي نرجیک او ادرینرجیک فعالیتو په زیاتوالي پوري اړه لري، تداوي یې تقویوي محافظوي ده که څه هم پروپرانولول د هایپرتنشن او تکی کاردیا لپاره استعمالیدای شي.

مار چیچنه Snake Bites

د امریکا زهرلرونکی ماران په Pit-vipor کورني یعنې ratle snakes, copperheads او cotton mounts او coral snakes باندي ویشل شوي دي د مارانو زهر د یو سلسله پیچلو اجزاو لرونکی وي چې په مختلف ډول سره عصبي او سایتوتوکسیک تاثیرات لري. باید چې دا موږه یاد وي چې ټول مارچیچلي زهرجن حالت نه تولیدوي که د چیچلو د ځای څخه یو ساعت وروسته په هماغه ناحیه کې پړسوب پیدانشو نو زهر ناکه حالت یا Envenomation ندي پیښ شوي. د مارچیچلو په حالت کې د ټولونه ضروري اهتمام په دوو ساعتو کې Antivenom چټک توصیه کول دي. د Antivenum د توصیی نه مخکې که په لومړني ۱۵ دقیقو کی موضعی شق او سکشن واقع شي نو ډیر ګټور تمامیږي د مارچیچلو په تداوي کې Fascitomy یعنې د صفاق پري کول کوم رول نلري.

www.ketabton.com

نيښ وهل: Stings

د Hymevoptera (Yallow Jackets , hornets, Bees) او Wasp د فاميل د چيچلو مهمه توکسيتي داناافلکسس څخه عبارت دي، د نفوسو په نيم سلنه خلکو کې د Hymenoptera د زهر په مقابل کې مختلف سيستميک عکس العملونه منځ ته راځی دا عکس العملونه د شدت له نظره فرق کوي يعنې د يورتيکاريا، Paruritis څخه تر برانکوسپازم د حنجري ازيما او شاک پوري فرق لري که څه هم د زيړو جاکټونو او hornets د زهرو انتي جنونه پخپلو کې crossreactivity ښيي خو د شات د مچيو زهر د انتني جن له نظره مختلف دي د ميږي (Solenopsis) د چيچلو څخه هم انافلکسس منځ ته راتلاي شي پدي حالت کې د انافلکسس په تداوي کې په احتياط سره د مچيو يا ميږيو لري کول شامل دي ترڅو د نورو زهرو د داخليدو څخه مخنيوي وشي او امپول اپي نفرين ۱:۱۰۰۰ ml ۲، ۰-۵، ۰ دپوستکي لاندی توصيه کيږي په يو طرف باندي د چيچلو په وخت کې ml ۲، ۰-۱، ۰اپي نفرين په چيچل شوي ځای کې بايد زرق شي او يو تورنکټ بايد وتړل شي ترڅو چې د لمفاوي او وريدي دريناژ څخه د زخم په ځای کي مخنيوي وشي. د شاک په موجوديت کې اپي نفرين ۱:۱۰۰۰ يو سي سي د وريدي له لاري په ورو ورو توصيه کيږي دا دوز هر ۱۵ دقيقي وروسته تکراريداي شي. د حنجري د اذيما په حالت کې داخل شزنی تيوب اچولو ته ضرورت وي د دوامداره شاک لپاره مايعات او وازوپريسور دواګانې توصيه کيږي. که چيري قصبي تقبض داپي نفرين په مقابل کې ځواب ونه وايې نو داخل وريدي امينوفلين ورکول ګټور تماميږي. د حاد انافلکسس د

www.ketabton.com

تداوي له پاره ستيروئيد اغيزمنه تداوي نده د هغه ناروغانو لپاره چې د چيچلو او يا د مچيو په مقابل کې عکس العمل ښودلي وي نو د هغـــــــــوې دپاره ضروري دي چې د خپل ځان سره اپي نفرين Autoin Jectosis لري ترڅو د عاجلی پیښی په وخت کې پخپله خپله تداوي وکړي د زهرو په مقابل کې Desensitization ګټور تماميږي که څه هم په څو پيښو کې بوستر زرقيات د ټول عمر لپاره کافي دي.

ومن الله التوفيق

www.ketabton.com

References مأخذونه

1) Dan L . Lango , Anthoney S . Fauci, Dennis L . Kasper at all
Harrison principles of int . medicine
18th Edition , MC Graw, Hilline New York (2012)
Ch237 P1929, Ch 254 P2102, Ch267 PP2196-2210, Ch270 PP2215-2238

2) Gold haber SZ: Pulmonary Embolism. New Engl J med 345:93, (1998)

3) Holmberg M.Holmber S, Herlitz J:
Incidince duration and survival of ventricular Fibrillation in out of hospital cardiac arrest in Sweden, Resuscitation 44:7(2000)

4) Juchems R, Wahlig G, Frese W: influence of age on the survival rate of out of – hospital and in hospital resuscitation 26:23 (1993)

5) MERCK manual of diagnosis and therapy
16th Edition, merck and Co.Inc, Company USA (1992)
Ch255 PP2359-2361, Ch257 P2363, Ch261 P2375

6) MICHAEL F OKEEFE,DANIEL LIMMER HARVEDY D.GRANT, ROBERTH H.MURRAY,JR J.DAVID BERGERON EMERGENCY CARE 8TH Edition (1998)
Ch17 PP326-327, Ch18 PP351-353, Ch20 PP387-388
Ch22 P433.

7) NICKIR . Colledge, Brian R Walker
Stuart H.Ralston at all
Davidson Principles and practice of medicine
21st Edition (2010)
Ch9 PP214-217, Ch18 P641, Ch19 P521

www.ketabton.com

8) Richard Robinson and Robin Stott
MEDICAL EMERGENCIES DIAGNOSIS AND MANAGEMENT Sixth Edition (1993)
Ch1 PP1-3,26,52,65 Ch2 PP71-95, Ch8 PP251-260 PP269-271, PP281, 283, Ch11 P345

9) STEPHEN J.MC PHEE
MAXINE A PAPADAKIS, MICHAEL W. Rabow
current medical diagnosis and treatment
51st Edition (2012)
Ch16 PP131-133, Ch20 PP165-166

10) Stephen W. Meldon, O John Ma
Robert Woolard at all
GERIATRIC EMERGENCY MEDICINE
Ch16 PP131-133, Ch20 PP165-166

www.ketabton.com

Message from the Ministry of Higher Education

In the history, book has played a very important role in gaining knowledge and science and it is the fundamental unit of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of Higher Education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to them who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields. So, that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students.

At the end, I am very grateful to German Committee for Afghan Children and all those institutions and people who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am hopeful that this project should be continued and publish textbooks in other subjects too.

Sincerely,

Prof. Dr. Obaidullah Obaid

Minister of Higher Education

Kabul, 2013

www.ketabton.com

Publishing Medical Textbooks

Honorable lecturers and dear students,

The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging the students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past two years we have successfully published and delivered copies of 116 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

"Funds will be made ensured to encourage the writing and publication of text books in Dari and Pashto, especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of- the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this, it would not be possible for university students and faculty to acquire updated and accurate knowledge"

The medical colleges' students and lecturers in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to update and new teaching materials are main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective

www.ketabton.com

subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the situation of the country into consideration, we need desperately capable and professional medical experts. Those, who can contribute in improving standard of medical education and Public Health throughout Afghanistan, thus enough attention, should be given to the medical colleges.

For this reason, we have published 116 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh and Kapisa medical colleges and Kabul Medical University. Currently we are working to publish 20 more medical textbooks for Nangarhar Medical Faculty. It is to be mentioned that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

All published medical textbooks can be downloadable from www.ecampus-afghanistan.org

The book in your hand is a sample of printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is need to publish about 100 different textbooks each year.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students they want to extend this project to the non-medical subjects e.g. Science, Engineering, Agriculture, Economics, Literature and Social Science. It is reminded that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

www.ketabton.com

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We assure them quality composition, printing and free of cost distribution to the medical colleges.

I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

It is mentionable that the authors and publishers tried to prepare the books according to the international standards but if there is any problem in the book, we kindly request the readers to send their comments to us or authors to in order to be corrected in the future.

We are very thankful to German Aid for Afghan Children its director Dr. Eroes, who has provided funds for this book. To be mentioned in Past two years he also Provided funds for 20 medical textbooks which are being used by the students of Nangarhar and others medical colleges of the country.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past three years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like cordially to thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy

www.ketabton.com

Minister for Administrative & Financial Affairs Prof. Dr. Gul Hassan Walizai as well as the chancellor of Nangarhar University Dr. Mohammad Saber for their cooperation and support for this project. I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave all these books to be published. At the end I appreciate the efforts of my colleagues in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak

CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, March, 2013

Karte 4, Kabul, Afghanistan

Office: 0756014640

Email: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

www.ketabton.com

Abstract

As you better know in our country Afghanistan people faced with fatal medical emergencies diseases that needs medical emergency treatment and resuscitation.

For this purpose by help of my kind "Allah" I have been able to edited the medical emergency and critical care book for students, medical doctors and specialists to take benefit from its in emergency cases. I have in corporate all the international changes and progresses so far, so that every medical person and students well be benefited.

And also useful for non-medical people to learn the CPR techniques to help with patients in emergency cases

Thanks

www.ketabton.com

د مؤلف لنډه پېژندنه:

نوم - حفیظ الله

د پلار نوم - مراد خان

تخلص - اپریدی

علمي رتبه - پوهنوال

اوسنۍ رتبه - فوق رتبه

علمی کدر کي د شولیت نیټه -۵ /۵/۱۳۶۱

استاذ د کوزې پښتونخوا د تیراه د ښایست په سیمه کی زیږیدلی دی. خپلی لومړنۍ او منځنۍ زده کړی یې د خوشحال بابا په لیسه کی په اعلی درجه بشپړی کړی او د لیسی دوره یې د ننګرهار په لیسه کي تکمیل او په ۱۳۵۱ کال کی په اعلی درجه د لیسی څخه فارغ او د کانکور ازموینی تر ورکولو وروسته په ۱۳۵۳ کال د ننګرهار طب پوهنځی ته کامیاب او په ۱۳۶۰ کال کی د طب پوهنځی څخه فارغ او په ۵ /۵/۱۳۶۱ نیټه د ننګرهار د طب پوهنځی د داخلی په څانګه کی د استاد په توګه وګمارل شو. چی خپلې دندی ته یې ادامه ورکړه.

لوړی زده کړی یې په ترکیه او جاپان کی سرته رسولی دی. په ۲۰۰۴ میلادی کال کي یې د ترکیې او اروپا د زړه د انجمن رسمی غړیتوب تر لاسه کړه. استاد د ۱۳۶۵ او ۱۳۶۶ کالو په موده کی د عامي روغتیا د فني مرستیال په توګه هم دنده تر سره کړی ده.

هیره د نه وی چی محترم استاد اپریدی یو زیات شمیر علمی تحقیقاتي څېړنی سرته رسولی دی چي په داخلی معتبرو علمی مجلو کی نشر شوی دی. او د استادانو او محصلینو د ګټې وړ ګرځیدلی دی.

په درنښت

www.ketabton.com

Book Name	Medical Emergency & Critical Care
Author	Prof. Dr. Hafeezullah Apridi
Publisher	Nangarhar Medical Faculty
Website	www.nu.edu.af
Number	1000
Published	2013, First Edition
Download	www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by German Aid for Afghan Children (www.kinderhilfe-Afghanistan) a private initiative of the Eroes family in Germany. The administrative and technical affaires of this publication have been supported by Afghanic (www.afghanic.org).
The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your textbooks please contact us:
Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 978 993 6200 197

www.ketabton.com