

Ketabton.com



Clinical Guidelines
عملي كلينيكي لارنسوونې

ليکوال: پروفیسور ډاکټر ارشد جاوید

ژباړن: ډاکټر شېر افضل فیض

۱۳۹۳ ل/ ۲۰۱۴ م



د کتاب ځانگړنې :

د کتاب نوم: عملي كلينيكي لارنبوونې

Clinical Guidelines

ليکوال: پروفيسور ډاکتر ارشد جاويد

ژباړن: ډاکتر شېر افضل فيض

کمپوز/ډيزاين: عبدالهادي اثر

خپرنډوی: د ملي تحريک فرهنگي څانگه

د خپرنډوی پرله پسې نومره: (۱۶)

چاپشمېر: ۱۰۰۰

چاپ وار: لومړی

چاپکال: ۱۳۹۳ ل





www.ketabton.com
116



دا کتاب؛

د هېواد دوه سترو علمي، معنوي، فرهنگي او ادبي هستيو ته چې پښتو ادب يې په نومونو هسک سر ولاړ دی، تر اوسه يې سلگونه کتابونه د زړه په وینو ليکلي او د هېواد د ستر علمي مرکز علومو اکاډمۍ پر سينه يې لکه د گلونو ورتومبلي او لانسکلا يې ورکړي.

ښاغلی څېړنوال علي محمد منگل او څېړنوال محمد عارف غروال ته ډالۍ کوم.

الله تعالی دې د دې هستيو د انا نبودي او علميت خالي همداسې هسک لري، زموږ غوندې د علم ډېر ترې به يې سيوري ته دمه وکړي.

شېر افضل فيض



د بښونکي خدای په نامه

د ژباړن خبرې

انسانې ژوند د پهلوانۍ د میدان په څېر دی، انسان تل هڅه کوي، چې بريالی و اوسي، ځکه بريا ده چې انسان خپلو هیلو او ارمانونو ته رسوي، بريالي انسانان په ژوند کې تل هڅه کوي، په بیه پرېکړه ونه کړي، تل په حوصلې او ډېرې هونښیاری هر کار ته لاس اچوي، د کوم کار ترسره کول یې چې هیله وي، له وړاندې یې ټولې لارې سنجوي، تل د ژوند له ټولو کړاوونو، لوړو ژورو او ناخوالو سره په مبارزه اخته وي.

هو؛ همدغه انسانان چې یو سپېڅلي ارمان ته د رسېدلو په تمه شپې سبا کوي، تل یې خپل فکري او بدني ځواک سپڅلی او بریاوې یې خپلې کړې وي. د انساني ژوند ټول اړخونه په اسانۍ سره لاسته نه راځي، هڅه او هاند له ټولو ډېر اړین کار دی، د ژوند یوه برخه هم له خوځښته پرته کومه مانا نه لري. هغوی چې نن د ډېر عزت څښتانان دي، دا عزت دوی ته خلکونه دی ورکړی، دوی خپله دا عزت خپل کړی، د عزت او د یوه پرافتخاره نوم د ترلاسه کولو لپاره یې پر ځان سختې تېرې کړي او همدا وجه ده، چې د لوړ عزت او وقار څښتانان شوي دي.

لنډه دا چې، د انساني ژوند هر اړخ ته د رسېدو لارې ډېرې دي، خو که کوم څوک وغواړي ورسېږي.

خبرې لنډوم، صرف دومره وایم، (عملي کلينيکي لارښوونې) کتاب به چې د طب هر محصل درلود، نو د پښتو کولو ارمان به یې کاوه، هر محصل به دا ویلې، چې کاش دا کتاب مو په پښتو ژبه درلودای، ددوی د کړاوونو زغم مې ونه شو کولی،



پرځان مې سخته تېره کړه او له خپلې لږې پوهې سره چې لاره مې، عملي كلنيكي لارښوونې د خدای تعالی په فضل دا دی پښتو ژبې ته وژباړه، امید دی د هغو لوستونکو تنده پرې ماته شي، چې د کتاب د پښتو کولو هیلې يې په زړه کې درلودې.

په پای کې پرځان پور بولم چې له درانه استاد ښاغلي ډاکتر محمد عالم الم څخه د زړه له تله مننه وکړم، رښتیا چې کتاب يې په ټوله مانا له لومړۍ کرښې تر پایه لوستی، ځان يې په پوره مانا احسانمن بولم، خدای تعالی دې درانه استاد ته اوږد عمر له صحت سره په برخه کړي، ډاکتر صيب احمد فهميم فيض به مې هيڅکله له ياده ونه وځي، د کتاب په پروف کې يې راسره ډېرې ستړې وگاللې او پر خپلې درنې ليکنې يې زما کتاب لا دروند کړ، پر مومند خپرندويه ټولنې وياړم، چې پښتو اکاډميکو کتابونو ته يې اوږه ورکړې او په ورين تندي يې چاپوي، عبدالهادي اثر چې ځوان او باسواده کمپوزگر او ډيزاينگر دی، کتاب يې په پوره غور کمپوز کړی، له خدای تعالی څخه ورته جنتي ژوند غواړم.

په هېواد کې د بشپړې روغتيا په هيله

شېر افضل فيض

د مرغومي ۷مه، ۱۳۹۳ل.

ننگرهار- اريانا پوهنتون



د ستر او بنګلا پنځوونکي خدای تعالیٰ په سپڅلي نامه

تقریظ

د ډاکټر صیب شېر افضل فیض هغه علمي اثر، چې د عملي کلينيكي لارنسوونو تر عنوان لاندې ژباړلی، ما په پوره غور او پام سره لوستلی، غواړم د هغه له علمي ارزښت څخه په لاندې ډول یادونه وکړم.

عملي کلينيكي لارنسوونې د کتاب د لیک لې او سرلیکني پرته په (۱۶۵) مخونو کې لیکل شوی، چې هره برخه کې د ناروغۍ له پېژندنې سربېره د ناروغۍ کلينيكي لوح، لابراتواري معاینات، د پروسیجرونو استطبایات او مضاد استطبایات، توپيري تشخیص او درملنې څخه یادونه شوي.

دا کتاب د محتوا له نظره د علمي منابعو په واسطه غني او د لیکني سبک يې ساده او داسې دی، چې مغلقي او پېچلې جملې په کې نه تر سترگو کېږي او ټول لوستونکي ترې د موضوع په هکله په ښه توګه ګټه اخیستلای شي.

باید یادونه وکړم، چې ددې کتاب په چاپ او نشر سره به د ډېرو هغه ډاکټر صاحبانو او محصلينو چې لا تر اوسه يې Post Graduation او تخصص نه وي ترسره کړي، ځینې امراضو درملنې او پوهیدنې ته په اسانۍ سره لاسرسی پیدا شي.

په پای کې دا د ډاکټر صیب شېر افضل فیض لپاره ستر ویاړ دی، چې د محصلۍ په دوره کې يې دومره زیار ویستلی او دا کتاب يې ژباړلی، ستر خالق تعالیٰ دې ورته په عمر او علم کې برکت واچوي، چې خپلو علمي خدمتونو ته همدا سې ادامه ورکړي.

درښت

ډاکټر محمد عالم الم

د داخله ناروغیو متخصص



د تحريك يادښت

فرهنگي څانگه د افغانستان ملي تحريك له اساسي څانگو څخه يوه ده. د دې څانگې دنده داده چې هېوادوالو ته فرهنگي خدمات وړاندې او گټور فرهنگي کارونه ترسره کړي. د تاريخي، ملي، کلتوري ورځو او تاريخي او ملي شخصيتونو نمانځل د دې څانگې نورې دندې دي.

د هېواد د ليکوالو د علمي، ديني، روزنيزو او معلوماتي اثارو چاپ هم د دې څانگې له اساسي دندو څخه گڼل کېږي. له هغې ورځې راهيسې چې تحريك خپل عملي فعاليتونه پيل کړي دي، نو دې څانگې هم ورسره سم خپل فعاليتونه چټک کړي دي. تاريخي ورځې يې نمانځلي، تاريخي واپونو ته يې لوحې جوړې کړي. علمي سيمينارونه او ورکشاپونه يې جوړ کړي دي.

د تحريك دې څانگې د تحريك د عمومي هدفونو په رڼا کې وپتېيله چې په يوځايي ډول (شل عنوانه) کتابونه چاپ کړي. په دې اثارو کې اکثره ديني او علمي اثار شامل دي چې درنو هېوادوالو ته يې وړاندې کوي.

دا اثر (عملي كلينيكي لارښوونې) چې ستاسو په لاس کې دی، ښاغلي (ډاکتر شېر افضل فيض) ژباړلی او د همدغو شلو عنوانو اثارو له جملې څخه دی. هيله ده درانه لوستونکي ترې ښه گټه پورته کړي. تحريك خپلو هېوادوالو ته ډاډ ورکوي چې په راتلونکي کې به هم خپلو دې ډول هڅو ته دوام ورکړي.

د هېواد د فرهنگ د بډاينې په هيله

په درناوي

د افغانستان ملي تحريك

فرهنگي څانگه



نيوليك

سريزه / ۱

لومړی څپرکی

د لويانو حاده شديد ساه لنډې

Acute Severe Asthma in Adults

پېژندنه او تشخيص / ۱

ژوند گواښوونکې كلينيكي بڼه / ۱

يادونه / ۱

پلټنې / ۲

۲ / Blood Gas Marker of Life Threatening Attack

بېړنۍ درملنه / ۲

هغه ناروغان چې ژوند گواښوونکی كلينیک لري / ۳

Exacerbation of Chronic Obstruction Pulmonary Disease

پېژندنه او تشخيص / ۳

اعراض او نښې / ۳

پلټنې / ۴

بېلوونکی تشخيص (Differential Diagnosis) / ۴

بېړنۍ درملنه / ۵

میکروب ضد درملنه / ۵

۵ / Broncho Dilators

۶ / Corticosteroid

راتلونکي (تعقيبي) درملنه / ۶

له ټولني څخه اخيستل شوي نمونيا

Community Acquired Pneumonia

اعراض / ۷ / Symptoms

نښې / ۷ / Signs



پلټنې Inrestigation / ۷

بېلوونکې تشخيص (DDX) / ۸

بېړنۍ درملنه / ۸

میکروب ضد درملنه Antibiotic Therapy / ۸

د بېړنيو مرستو لارې چارې / ۱۰

وروستۍ (تعقيبې) درملنه / ۱۰

اختلاطات Complications / ۱۰

له روغتون څخه اخیستل شوی سینه بغل

Hospital Acquired Pneumonia

پېژندنه او تشخيص / ۱۱

اعراض Symptoms / ۱۱

نښې Signs / ۱۱

پلټنې Investigation / ۱۱

بېلوونکې تشخيص DDX / ۱۲

بېړنۍ درملنه / ۱۲

د میکروب ضد درملنه / ۱۲

میکروب ضد درملنه / ۱۳

له روغتون څخه اخیستل شوي شديدې نمونیا / ۱۳

تعقيبې درملنه / ۱۳

د بې پایلې درملنې لاملونه / ۱۴

د سږو امبولېزم

Pulmonary Embolism

پېژندنه او تشخيص / ۱۴

اعراض Symptoms / ۱۴

نښې Signs / ۱۴

Massive Pulmonary Embolism / ۱۴

د خطر فکتورونه Risk Factors / ۱۵

پلټنې Investigation / ۱۵



بشپړ تشخيص / ۱۶

بېلوونکی تشخيص (DDx) / ۱۶

بېړنۍ درملنه / ۱۶

ځانگړې درملنه / ۱۷

Thrombolysis / ۱۷

تعقيبي درملنه / ۱۷

Discharge Policy / ۱۷

د تنفسي عدم كفايه

Respiratory Failure

اعراض او نښې / ۱۸

پلټنې Investigation / ۱۸

تنفسي عدم كفايه دوه ډولونه لري / ۱۹

بېړنۍ درملنه / ۱۹

د (Non Invasive Ventilation) NIV درملنه د كريتريا له مخې / ۱۹

دويم څپرکي

د زړه او رگونو ناروغۍ

Cardio Vascular Disease

Acute Myocardial Infarction (MI) / ۲۰

پېژندنه او تشخيص / ۲۰

اعراض Symptoms / ۲۰

نښې Signs / ۲۰

پلټنې Investigation / ۲۰

بېړنۍ درملنه / ۲۱

Thrombolytic Therapy / ۲۲

استطبايات / ۲۲

مضاد استطبايات / ۲۲

د درملو غوره Agents ټاکل / ۲۳

اختلاطات / ۲۴



ځانگړي حالتونه / ۲۴

د شکر ناروغان چې د وينې گلوکوز بې له 280 mg/dl څخه پورته وي / ۲۵
تعقيبي درملنه / ۲۶

Monitoring Treatment / ۲۶

د زړه عدم کفايه / ۲۶

د پرېکارډ التهاب / ۲۶

د سينې پرله پسې دردونه / ۲۷

Unstable Angina

تعريف / ۲۷

اعراض او نښې / ۲۷

پلټنې / ۲۷

بېلونکې تشخيص / ۲۸

بېړنۍ درملنه / ۲۸

تعقيبي درملنه / ۲۹

وروستۍ درملنه / ۲۹

د زړه عدم کفايه

Cardiac Failure

پېژندنه او تشخيص / ۳۰

اعراض / ۳۰

نښې / ۳۰

پلټنې / ۳۰

لاملونه / ۳۱

د زړه د پمپ کمزورتيا / ۳۱

ميخانيکي گډوډۍ / ۳۱

Excessive Demand / ۳۱

Arrhythmia / ۳۱

بېلونکې تشخيص / ۳۱

بېړنۍ درملنه / ۳۲



د سرو حاد پرسوب / ۳۲

تعقيبي درملنه / ۳۲

که درملنې ځواب ووايه / ۳۲

که درملنې ځواب ونه وايه / ۳۳

څارنيزه درملنه / ۳۳

د ابجر څيري گېدل

Aortic Dissection

اعراض / ۳۳

نښې / ۳۴

پلټنې / ۳۴

بېړنۍ درملنه / ۳۴

Cardiac Tamponade

اعراض او پېژندنه / ۳۵

پلټنې / ۳۵

ژوند گواښوونکې کلينيکي بڼه / ۳۵

بېړنۍ درملنه / ۳۶

د ژورو وریدونو ترمبوزس

Deep Vein Thrombosis

پېژندنه او تشخيص: / ۳۶

بېلوونکې تشخيص / ۳۶

پلټنې / ۳۶

بېړنۍ درملنه / ۳۷

تعقيبي درملنه / ۳۷

Cardiac Arrest

پېژندنه او تشخيص / ۳۸

نښې / Signs / ۳۸

بېړنۍ درملنه / ۳۸

اوس ناروغ ته Cardio Pulmonary Resuscitation (CPR) پيل کړئ / ۳۸



د CPR پر مهال له ناروغ سره لاندې مرستې ترسره کړئ / ۳۸

ځانگړي حالتونه / ۳۹

پلټنې / ۳۹

۴۱ / Cardiac Arrhythmias

پېژندنه او تشخيص / ۴۱

اعراض / ۴۱

نښې / ۴۱

تفريقي تشخيص / ۴۱

۴۲ / Tachycardia

د Sinus Tachycardia درملنه / ۴۳

۴۳ / Atrial Tachycardia

۴۳ / Atrial Fibrillation/Flutter

۴۳ / Wolf Parkinson Wide Syndrom

۴۴ / Junctional Re-Entry Tachycardia

۴۴ / Ventricular Tachycardia

درېم څپرکي

د معدې او کولمو د پورتنیو برخو وینه بهېدنه

پېژندنه او تشخيص / ۴۵

امراض / ۴۵

يادونه / ۴۵

پخوانۍ تاريخچه / ۴۵

نښې / ۴۶

پلټنې / ۴۶

شديده وینه بهېدنه / ۴۶

بېړنۍ درملنه / ۴۶

تعقيبي درملنه / ۴۸

يادونه / ۴۹



د جراحي مداخلې استطبایات / ۴۹

که ناروغان Oesophageal Varices ولري / ۴۹

د ناروغ څارنه / ۴۹

Discharge Policy / ۴۹

د ځيگر حاده عدم کفایه له Encephalopathy سره

پېژندنه او تشخيص / ۵۰

اعراض او نښې / ۵۰

پلټنې Investigations / ۵۱

بېړنۍ درملنه / ۵۲

تعقيبې درملنه Subsequent Management / ۵۲

Additional Factors to Consider / ۵۴

د ځيگر د عدم کفایې او Encephalopathy اختلاطات / ۵۴

د ناروغ څارونکې درملنه / ۵۴

حاد Ulcerative Colitis او Crohn's ناروغۍ

پېژندنه او تشخيص / ۵۵

اعراض او نښې / ۵۵

پلټنې / ۵۶

تفريقي تشخيص / ۵۶

بېړنۍ درملنه / ۵۷

يادونه / ۵۷

تعقيبې درملنه / ۵۸

يادونه / ۵۸

څلورم څپرکي

Renovascular Disease

د پښتورگو حاده عدم کفایه / ۵۹

پېژندنه او تشخيص / ۵۹

پېژندنه / ۵۹



لاملونه / ۵۹

تشخيص / ۵۹

پلټنې / ۶۰

بېړنۍ درملنه / ۶۰

Accelerated (Malignant) Hypertension

پېژندنه او تشخيص / ۶۱

اعراض / ۶۱

نښې / Signs / ۶۱

بېړنۍ پلټنې / ۶۲

بېړنۍ درملنه / ۶۲

تعقيبې درملنه / ۶۳

د ناروغ څارنه / ۶۳

پينځم څپرکي

Neurology عصبې

Status Epilepticus and Frequent Seizure

پېژندنه او تشخيص / ۶۴

اعراض او علايم / ۶۴

پلټنې / ۶۴

تفريقي تشخيص / ۶۵

بېړنۍ درملنه / ۶۵

Strok

پېژندنه او تشخيص / ۶۷

تفريقي تشخيص / ۶۷

بېړنۍ پلټنې / ۶۷

بېړنۍ درملنه / ۶۸

څارنيزه درملنه / ۶۹

اختلاطات / Complication / ۶۹

Causes of Deterioration / ۷۰



Sub Arachnoid Haemorrhage

پېژندنه او تشخيص / ۷۰

اعراض او نښې / ۷۰

پلټنې / ۷۱

تفريقي تشخيص / ۷۱

بېړنۍ درملنې / ۷۱

Acute Spinal Cord Compression

پېژندنه او تشخيص / ۷۲

اعراض او نښې / ۷۲

پلټنې / ۷۲

د سينې ايکسري / ۷۲

تفريقي تشخيص / ۷۲

بېړنۍ درملنه / ۷۲

شپږم څپرکي

اندوگراينو لوژي

Diabetic Ketoacidosis (DKA) and Non Ketotic Hyper Osmolar Coma

پېژندنه او تشخيص / ۷۳

اعراض / ۷۳

نښې / ۷۳

پلټنې / ۷۳

بېړنۍ درملنه / ۷۴

تعقيبي درملنه / ۷۵

څارنه / ۷۵

Acute Hypoglycaemia

پېژندنه او تشخيص / ۷۶

اعراض او نښې / ۷۶

پلټنې / ۷۶

بېړنۍ درملنه / ۷۶



تعقيبي درملنه / ۷۷

د ادرينال غدې حاده عدم كفايه

Acute Adrenal Insufficiency

پېژندنه او تشخيص / ۷۷

اعراض / ۷۷

نښې / ۷۷

د خطر فکتورونه / ۷۸

پلټنې Investigation / ۷۸

د ناروغۍ د شدت نښې / ۷۸

بېړنۍ درملنه / ۷۹

تعقيبي درملنه / ۷۹

اووم خپرکى

د الکتروليټونو گډوډۍ

Hyperkalaemia

پېژندنه او تشخيص / ۸۰

ځانگړي لاملونه / ۸۰

اعراض او نښې / ۸۰

پلټنې Investigation / ۸۰

درملنه / ۸۱

Hypokalaemia

پېژندنه او تشخيص / ۸۱

اصلي لاملونه / ۸۱

پلټنې / ۸۲

درملنه / ۸۲

Hyper Calcaemia

پېژندنه او تشخيص / ۸۳

اصلي لاملونه / ۸۳

اعراض او نښې / ۸۳



پلټنې / ۸۴

درملنه / ۸۴

Hypernatraemia

پېژندنه او تشخيص / ۸۵

ميکانيزم / ۸۵

اعراض او نښې / ۸۵

پلټنې / ۸۵

درملنه / ۸۶

لاملونډه / ۸۶

بېړنۍ درملنه / ۸۶

درملنه Treatment / ۸۶

Hyponatraemia

پېژندنه او تشخيص / ۸۷

لاملونډه / ۸۷

اعراض او نښې / ۸۷

تشخيص / ۸۷ / Dragnosis

پلټنې / ۸۸

درملنه / ۸۸

Hypo Calcaemia

پېژندنه او تشخيص / ۸۸

عام لاملونډه / ۸۸

اعراض او نښې / ۸۹

پلټنې / ۸۹

درملنه / ۸۹

اتم څپرکې

انانات Infections

دماغي ملاريا Cerebral Malaria / ۹۰

پېژندنه او تشخيص / ۹۰



تشخيص / Diagnosis ۹۰

بېړنۍ درملنه / ۹۱

درمليزه درملنه / ۹۱

د سحايا التهاب

(Bacterial)

پېژندنه او تشخيص / ۹۲

اعراض او علايم / ۹۲

پلټنې / ۹۲

تفريقي تشخيص / ۹۳

بېړنۍ درملنه / ۹۳

Acute Hot Joint, Septic Arthritis & Gout

پېژندنه او تشخيص / ۹۴

اعراض / ۹۴

ننښې / ۹۴

پلټنې / ۹۴

تفريقي تشخيص / ۹۵

بېړنۍ درملنه / ۹۵

ميکروب ضد درملنه / Antibiotic Therapy ۹۶

څارنيزه درملنه / ۹۶

تعقيبي درملنه / ۹۷

د ميکروب ضد درملنه / ۹۷

د درملنې بې پايلې کېدل / ۹۷

Sepsis Syndrome & Septic Shock

پېژندنه او تشخيص / ۹۸

اعراض او ننښې / ۹۸

ژوند گواښوونکي حالتونه / ۹۸

پلټنې / ۹۸

تفريقي تشخيص / ۹۹



بېړنۍ درملنه / ۹۹

میکروب ضد درملنه / ۹۹

تعقيبي درملنه / ۱۰۰

نهم څپرگی

تسمم / د درملو د ډوز ډېرښت

Poisoning / Drug Over Dosage

حاد تسمم او د درملو د ډوز ډېرښت / ۱۰۱

پېژندنه او تشخيص / ۱۰۱

د درملو د ډوز ډېرښت كلينيك / ۱۰۱

ژوند گواښوونکی كلينيك / ۱۰۱

پلټنې / ۱۰۲

بېړنۍ درملنه / ۱۰۲

تعقيبي درملنه / ۱۰۳

Aspirin

پېژندنه او تشخيص / ۱۰۳

اعراض / Shymptoms / ۱۰۳

پلټنې / ۱۰۴

بېړنۍ درملنه / ۱۰۴

تعقيبي درملنه / ۱۰۴

د Alkaline Diuresis بېړنۍ درملنه / ۱۰۵

څارنيزه درملنه / ۱۰۵

لسم څپرگی

Paracetamol

پېژندنه او تشخيص / ۱۰۶

اعراض او علايم / ۱۰۶

پلټنې / ۱۰۶

بېړنۍ درملنه / ۱۰۶

څارنيزه درملنه / ۱۰۷



Tricyclics

پېژندنه او تشخيص / ۱۰۸

اعراض / Shymptoms / ۱۰۸

نښې / ۱۰۸

پلټنې / ۱۰۹

بېړنۍ درملنه / ۱۰۹

تعقيبي درملنه / ۱۰۹

لسم څپرکي

Prescribing Regimens

Streptokinase

استطبات / ۱۱۰

د Streptokinase ډوز / ۱۱۰

Warfarin

د درمل د ډوز ټاکل / ۱۱۱

Over Anti Coagulation

With Warfarin

لاملوته / ۱۱۴

Heparin

يادونه / ۱۱۵

Dobutamin

Hydrochloride

استطبات / ۱۱۵

ډوز / Dossage / ۱۱۵

Dopamin Hydrochloride

استطبات / ۱۱۷

ډوز / Dossage / ۱۱۸

Diluents / ۱۱۹

Labetalol

استطبات / ۱۲۰

Accelerated Hypertension / ۱۲۰

ډوز / Dossage / ۱۲۰



Sodium Nitroprusside

استطبايات / ۱۲۱

۱۲۱ / Accelerated Hypertension

دوز / ۱۲۱ / Dossag

د درملو د کارونې کړنلارې / ۱۲۲

کله که Syringe د Nitroprusside پمپ له لارې توصیه کوو / ۱۲۲

د Drip Bag له لارې د Infusion تطبيق کول / ۱۲۲

Amino Phylline

استطبايات / ۱۲۴

دوز / ۱۲۴ / Dossage

ميينځنې دوز / ۱۲۴

څارنه / ۱۲۵

برابرونه / ۱۲۵

۱۲۵ / Diluents

Salbutamol

استطبايات / ۱۲۶

دوز / ۱۲۶ / Dossage

۱۲۶ / IV Infusion

برابرونه / ۱۲۷

Phenytoin

استطبايات / ۱۲۷

۱۲۷ / Status Epilepticus

دوز / ۱۲۷ / Dossage

برابرونه / ۱۲۸

۱۲۸ / Diluents

يوولسم څپرکي

عملي کړنلارې

Practical Procedure

استطبايات / ۱۲۹



مضاد استطباب / ۱۲۹

اړين توكي / ۱۲۹

كړنلاره Procedure / ۱۳۰

د پلورا له تشې څخه د هوا ايستل

Peural Aspiration of Air

استطبابات / ۱۳۰

مضاد استطباب / ۱۳۰

اړين توكي / ۱۳۱

كړنلاره / ۱۳۱

د بين الضلعي تيوب په وسيله ډريناژ

Inter Costal Tube Drainage

استطبابات / ۱۳۲

مضاد استطباب / ۱۳۲

اړين توكي / ۱۳۲

كړنلاره / ۱۳۲

د Drain له تطبيق وروسته / ۱۳۳

Pleurodesis

استطبابات / ۱۳۳

مضاد استطباب / ۱۳۴

اړين توكي / ۱۳۴

كړنلاره / ۱۳۴

له كړنلارې وروسته له ناروغ سره مرستي / ۱۳۵

Percutaneous Central Venous Cannulation

استطبابات / ۱۳۵

مضاد استطبابات / ۱۳۵

اړين توكي / ۱۳۶

د وريد انتخاب (ټاكل) / ۱۳۷

External Jugular Vein / ۱۳۷



۱۳۷ / Internal Jugular Vein

Tapping Ascites and Paracentesis

استطبابات / ۱۳۸

مضاد استطبابات / ۱۳۸

د خښ لاملونه / ۱۳۸

اړين توكي / ۱۳۹

كړنلاره / ۱۳۹

Lumber Puncture

استطبابات / ۱۴۰

مضاد استطبابات / ۱۴۰

اړين توكي / ۱۴۰

كړنلاره / ۱۴۱

Naso Gastric Tube

NG. Tube

استطبابات / ۱۴۱

د NG. Tube اختلاطات / ۱۴۲

د NG. Tube مضاد استطبابات / ۱۴۲

Foley's Catheter

استطبابات / ۱۴۲

جراحي كارونې / ۱۴۳

د Foley's Catheter اختلاطات / ۱۴۳

مضاد استطبابات / ۱۴۳

Endo Tracheal Tube

استطبابات / ۱۴۴

مضاد استطبابات / ۱۴۴

Intravenous Connula

استطبابات / ۱۴۴

اختلاطات / ۱۴۴

Knee Aspiration

استطبابات / ۱۴۵



تشخيص / ۱۴۵

درمليز موخې / ۱۴۵

مضاد استطببات / ۱۴۵

اړين توکي / ۱۴۶

کړنلاره / ۱۴۶

Gastric Lavage

استطببات / ۱۴۶

مضاد استطببات / ۱۴۷

اختلاطات / ۱۴۷

اړين توکي / ۱۴۷

کړنلاره / ۱۴۷

www.melitahrik.com
0777 400 116



د قوت لایموت خدای په سپېڅلي او مهربان نوم!

سريزه

خپلې خبرې په دې رنگ پيل کوم، چې د بنکلي، شنې، سمسورې او د چينارو د وطن د بنکلي پکتيا د دنگو شينچکو غرونو شاه زلمی، هغه څوک چې د طب د دروند بار په اوږه لرلو بيا هم په دې وتوانېدو، ترڅو مور او تاسو ته يې دا بنایسته کتاب، چې ستاسو په نازولو لاسونو کې دی، د (عملي كلنيكي لارنسوني) تر عنوان لاندې راپېرزو کړ او خپل د احسان پېټې يې را په شا کړي.

راځم خپلې خبرې رالندوم، کوم کتاب چې ستاسو مينه والو په لاسونو کې دی، له پيله مې تر اخيره په دېره مينه او خلوص ولوست، واقعا تر اخيره بريده ژباړن په دې توانېدلی دی، چې په خوږه پښتو يې تر مور او رسوي او په ساده روانه ژبه يې په خپلو هنرمندو گوتو وژباړي، ترڅو په ويلو کې کتاب وال له کوم ډول ليکنيز خنډ سره مخامخ نه شي.

مشرور و مې، بناغلی ډاکتر شېرافضل فيض تل په دې هڅه کې دی، چې د نورو همزولو په څېر خپله مورنۍ ژبه لا نوره هم وځلوي او ورته د



خدمت جوگه و اوسي، دا کتاب چې په يوولسو څپرکو په خورا نظم تيار کړې، چې د هڅې يې منيب يو، د دغه اثر د ژباړلو زه په خپله شاهد يم، تر ډېره ځايه يې په ليکلو خواري ايستې ده.

خپلو خبرو ته مې ټکي ږدم، خو دا ويل هم غواړم، چې فيض د ډېرو شته ستونزو، تکليفونو، مهندو ترږو او د طب سنگين بار په اوږه لرلو سره سره په دې لاسبري شو، چې کتاب (عملي کليکي لارښوونې) وژباړي، چې ځان مې دده په درلودونکي استعداد او هنريت د وياړ په جامه احساسوم.

علم دې خدای تعالی ورته په سيند او چينه بدله کړي، زه د ډاکتر شېر افضل فيض ددې زيار او هڅې ستاينه په خپلو کمزورو گوتو نه شم کولی، خو د عمر باغ يې تل سمسور، د بلبلانو په همپښني چغار بنکلی او عمر يې سل شه، په همدې خبرو تاسې رابولم او بلنه درکوم، ددې کتاب لوستلو ته، راحی په گډه يې سره ولولو.

سناسي د همپښني بريا په هيله

ډاکتر احمد فهيم فيض

کابل اوومه ناحيه، چهلستون، خپله مېنه

د مرغومي ۶مه، ۱۳۹۳ ل.



لومړۍ څپرکي

د لويانو حاده شديد ساه لنډي Acute Severe Asthma in Adults

پېژندنه او تشخيص:

- د حادې شديدې ساه لنډۍ کلينيکي بڼه:
۱. په يوه ساه کې بشپړه جمله نه شي لوستلی.
 ۲. د تنفس رېټ له $30/\text{min}$ څخه لوړېږي.
 ۳. نبض له $110/\text{min}$ څخه لوړېږي.
 ۴. (PEF) يانې Peak Expiratory Flow Rate له 50% څخه رانېټه کېږي.
 ۵. په تنفس کې د اضافي عضلاتو برخه اخیستنه.
- ژوندگواښوونکي کلينيکي بڼه:
۱. (PEF) له $200\text{--}300/\text{min}$ څخه ټيټ يا هم له 30 سلنې څخه ټيټه کچه رانښودلی شي.
 ۲. خاموشه سينه، سيانوزس او د ناروغانو کمزوری تنفس کول.
 ۳. Bradycardia او د فشار ټيټوالی (Hypotension).
 ۴. ناروغان به ستومانه، گنگس او يا د کوما په حالت کې وي.

يادونه:

بنسايي، چې ټول ناروغان له پورته ژوندگواښوونکو کلينيکي نښو درلودونکي نه وي، خو که يوه نښه هم مثبت شو، فوراً له ډاکټر سره مشوره



وشي.

پلټنې:

۱. لومړۍ د ناروغ PEF وټاکئ.

۲. Oximetry.

Blood Gas Marker of Life Threatening Attack

د Blood Gas مارکر هغه حالت، چې ژوند ته دېدونکي حملو سبب

گرځي.

۱. نورمال (۳۸-۴۵mmHg) يا لوړ PaCO₂.

۲. شديد Hypoxia: PaO₂ له ۶۰ mmHg څخه نښته وي.

۳. د PH ټيټوالي يا د H⁺ لوړوالي.

د بېړنۍ درملنې لپاره نورو پلټنو ته اړتيا نه شته.

بېړنۍ درملنه:

۱. د حادثې شديدي ساه لنډۍ ناروغانو ته اول Oxygen برابر وو، چې له

۶۰-۴۰ سلنې څخه بې کچه لږه نه وي.

۲. ۵mg Sulbutamol له اکسيجن سره يوځای د Nubuliser له لارې

ناروغانو ته توصيه کوو.

۳. ټابلېټ (۳۰mg) Prednisolone او که ناروغ پرله پسې درمل

اخيسته، نو له ۳۰mg څخه هم يو څه مقدار ډېرولی شو، که ناروغ ډېر

ستونزمن وي IV Bolus (۲۵۰mg) Hydro Cortison په ډول تطبيق کولی

شو.

۴. ناروغانو ته Sedative درمل مه ورکوي.

۵. Pneumothorax د تشخيص لپاره ناروغانو ته د گوگل ايکسري

ورکوو.



۲. که له حادي شديدې ساه لنډې سره يو ځای ناروغانو ځنډنی Bronchitis هم درلوده، نو هڅه وکړئ، ترڅو ډېر ښه او پر ځای ميکروب ضد Antibiotic درمل ناروغانو ته وټاکئ.

هغه ناروغان چې ژوند گواښوونکی کلنيک لري:

۱. Add Ipratropium ۵۰۰ mcq to The Nebulised Beta-Agonist.

د β -Agonist نيبولايزر ماشين کې ۵۰۰ mcq Ipratropium گډ او تطبيق کړئ.

۲. Aminophylline (۲۵۰ mg) د ورید له لارې په ۲۰ دقيقو کې ناروغ ته ورکړئ.

۳. هغه ناروغان، چې له پخوا څخه يې Theophyllin اخیستلي وي Bolus Aminophyllin ورته مه ورکړئ.

۴. د يو تکړه Pulmonologist متخصص ډاکټر تر څارنې لاندې ناروغ د بېړنيو مرستو خونې (ICU) ته ولېږدوئ.

۵. په ناروغ کې د Hypoxia او يا Hyper Capnia حالت څارنه په جدي ډول له پامه ونه باسئ.

۶. د ناروغ ستوماتيا، کمزورې ساه اخیستنه، گنگسيټ او خوبجن حالت له پامه، مه غورځوئ.

۷. د کوما او تنفسي عدم کفايې لپاره له وړاندې لارې چارې تر پام لاندې ونيسئ.

Exacerbation of Chronic Obstruction Pulmonary Disease

بېژندنه او تشخيص:



اعراض او نښې (Symptoms/Signs):

۱. د توخي د بڼې بې کچې خرابېدل.
۲. د Dyspnoea د حملو ډېرېدل.
۳. Wheezing.
۴. د خړاسکي د کچې ډېرښت، سربښناکه خړاسکي او د خړاسکو قیحي بڼه هم شونې ده.
۵. شدیدې تبه.
۶. Tachypnoea.
۷. د زړه د ټکان ډېرښت (Tachycardia).
۸. د گېلې د خوځښتونو ډېرښت.
۹. ناروغان به اوږد شهيق لري، Tracheal Tag او په بندو شونډو ساه اخیستل، یانې Pursed Lip Breating به موجود وي.
۱۰. د گوگل اضافي عضلات به په تنفس کې برخه اخلي.
۱۱. په ناروغانو کې د Core Pulmonale نښې، لکه محیطي پرسوب، د JVP لوړوالی او Hepatomegaly لیدل کېږي.
۱۲. د دویمې ډول تنفسي عدم کفایې نښې، لکه خوبجن حالت، گنگسیت، سیانوزس، Flapping Tremor او د سترگو عدسیو پرسوب هم په ناروغانو کې مینځته راتلی شي.

پلټنې:

۱. د وینې د گازاتو نورماله کچه.
۲. د گوگل ایکسری.
۳. ECG.
۴. خړاسکي د زوې او لزوجیت لپاره تفتیش او کلچر ته ولېږئ.



۵. Blood Complete.

۲. که ناروغ تبه درلوده، د وينې کلچر يې واخلي.

۷. د يوريا (Urea) او الکتروليټ کچه وټاکي.

بېلوونکي تشخيص (Differential Diagnosis):

۱. د ساه لنډۍ اختلاطي حالت سره.

۲. Pneumothorax که ډېر کوچنی هم وي، خطرناک دی، د COPD په

پرمختللو حالتونو کې د مړينې کچه تر ۵ سلنه رسېږي.

۳. د کين بطين عدم کفايه (په اړه يې د زړه عدم کفايه وگورئ).

۴. Pulmonary Embolism.

بېړنۍ درملنه:

۱. Oxygen.

میکروب ضد درملنه:

عام ارگانېزموڼه، چې ناروغي مينځته راوړي Strep Pneumonia او H.Influenzo ده، د انفلوینزا په خپولو کې د Staph Aueus هم له ياده ونه ایستل شي.

۲. Co-Amoxiclave (۲۲۵mg) د خولې له لارې هر (۸) ساعته وروسته

وخورل شي.

۳. که ناروغي ډېر شديد وي، نو ناروغانو ته د Co-Amoxiclave

(۲۲۵mg) سره يوځای (۱-۲gm) Ciprofloxacin هر ۴۸ ساعته وروسته

ورکوي.

۴. د Quinolones کورنۍ درمل، لکه Ciprofloxacin،

Levofloxacin، Moxifloxacin او Gemifloxacin هم د پام وړ اغېزې لري.

۵. خو که د مرض راوړونکو ارگانېزموڼو له ډلې څخه Staph Aures



تشخيص شو، تر ټولو ښه درمل Flucloxacillin (۵۰۰ mg) د خولې له لارې يا هم هر ۶ ساعته وروسته د وريد له لارې ناروغانو ته ډېر اغېزمن تمامېدای شي.

Broncho Dilators

۶. Sulbutamol (۲، ۵-۵mg) هر ۲-۴ ساعته وروسته د Nebuliser له لارې ناروغانو ته ورکوو.

۷. Ipratropium Bromid (۵۰۰mcg) هر ۶ ساعته وروسته د Nebuliser له لارې ښه اغېزمن درمل دی.

۸. که پورته درملو تر ۴ ساعته ښه پایله ونه ښوده، نو انفيوژن په شکل ناروغانو ته Amino Phylline تطبیق کړئ.

Corticosteroid

۹. ناروغانو ته هره ورځ (۳۰ mg) Prednisolone ټابلېټ ورکوو.
۱۰. که ناروغانو هره ورځ (۳۰ mg) Tab. Prednisolone اخیستل په وروستيو کې يې ډوز هم ډېرولی شو.

۱۱. که ناروغي له شدت سره ملګرې وه (۱۰۰ mg) Hydrocortisone د وريد له لارې IV Boluos په بڼه هر ۶ ساعته وروسته توصیه کړئ.

۱۲. د ناروغانو د مايعاتو کچه له پامه مه باسئ.

راتلونکي (تعقيبي) درملنه:

د ۴۸ ساعته سمې درملنې وروسته:

۱. Antibiotic تر هغه ناروغانو ته توصیه کوو، چې خړاسکی Mucoid (مخاطي) بڼه غوره کړي.

۲. دې ناروغانو ته تر ډېره په کورونو کې هم د Nebuliser له لارې د اکسيجن او Broncho Dilater سپارښتنه غوره ده.



۳. د پورته ډوز په پام کې نیولو سره تر ۱۰-۷ ورځو پورې
Tab.Prednisolone بڼه درملنه ده.
۴. کله چې د PaO_۲ کچه تر ۵۵mmHg پورته شوه، اکسیجن بندوو.

له ټولني څخه اخیستل شوي نمونیا

Community Acquired Pneumonia

اعراض Symptoms:

۱. ستړتیا، تبه او Rigours.
۲. کانګې، نس ناستی.
۳. په زړو وگړو کې ډېر گنگسیت.
۴. Dyspnoea او ټوخی.
۵. خړاسکی بنایي، چې وینه لرونکی، سربېښناکه او په مشکل سره ووځي.
۶. پلورايي دردونه.

نښې Signs:

۱. لوړه درجه تبه (خو په لویانو کې نه وي).
۲. Tachy Cardia.
۳. Tachypnoea.
۴. په سینه کې موضعي Crackle او ازونه.
۵. Bronchial Breathing.

پلټنې Inrestigation:

۱. د گوگل ایکسری.
۲. Arterial Blood Gases.



۳. Microbiology:

- د خړاسکي (Sputum) مايکروسکوپ تفتيش، کلچر او حساسوالی دې وليدل شي.

- که ناروغي ډېره شديد وي، د ارگانېزمو نو د موندلو لپاره دې د سيرالوژي معاياتو پر مټ د *Bumetii*، *Coxiella*، *Influenza(A)(B)*، *Legionella* او *Mycoplasma Pneumonia*، *Chlamydia Psittaci* او *Pneumophila* په هکله ډېرې پلټنې وشي.

- په ادارو کې د *Legionella Antigen* پيدا کول ډېر اړين دي.

بېلوونکی تشخيص (DDX):

۱. Pulmonary Thromboembolism.

۲. د سږو کانسر.

۳. د کيڼ بطين عدم کفايه.

بېړنۍ درملنه:

بېړنۍ مرستې:

۱. Oxygen: تر هغه چې PaCO_2 له 20 mmHg څخه پورته شي.

۲. دمايعاتو کچه برابره وساتئ.

۳. د پلورايي دردونو د مينځه وړلو لپاره د درد ضد درمل (Analgesic)

بڼې پايلې بندي، لکه *Diclofenac Sodium* ($25-50 \text{ mg}$) د خولې له لارې هر ۸ ساعته وروسته ډېر اغېزمن تمامېدای شي.

۴. که د تنفسي لارو کومه برخه بنده شوي وي اړونده درملنه ورته پيل کړئ.

میکروب ضد درملنه Antibiotic Therapy:

۱. له تشخيص سره سم ناروغانو ته درملنه پيل کړئ، په دې ډول سينه



بغل کې ډېر Streptococcus Pneumonia د درملنې لاندې نيول کېږي.

۲. درملنې تگلاره د پتوجن يا ميكروب شدت ته په کتو ټاکل کېږي.

- له روغتون څخه د باندې درملنه چې ناروغي ډېره شديدې نه وي.

ناروغانو ته د خولې له لارې (۲۲۵mg) Co-Amoxiclav هر ۸ ساعته

وروسته د (۵۰۰mg) Clarithromycin هر ۱۲ ساعته وروسته يا

(۵۰۰mg) Erythromycin هر ۲ ساعته وروسته سره يوځای ډېرې بڼې

پاييلې پرېباسي.

- که د وريد له لارې درملنې ته اړتيا شوه: د وريد له لارې ناروغانو ته

(۱،۲gm) Co-Amoxiclav هر ۸ ساعته وروسته د Clarithromycin

(۵۰۰mg) د وريد له لارې هر ۱۲ ساعته وروسته يا هم Erythromycin

(۵۰۰mg) د وريد له لارې هر ۲ ساعته وروسته يوځای توصيه کړي.

- په ورته ډول په روغتونو کې ناروغانو ته د Fluorquinolones کورني

درمل، لکه (۵۰۰mg) Levofloxacin روزانه، (۴۰۰mg) Moxifloxacin

روزانه او (۳۲۰mg) Gemifloxacin ورکولی شو.

- په روغتون کې د شديدو ناروغانو درملنه: (۱-)

(۲gm)IV هر ۸ ساعته وروسته يا (۲gm)IV Ceftriaxaon هر ورځ،

(۱gm)IV Cefotaxim هر ۱۲ ساعته وروسته له Clarithromycin

(۵۰۰mg) سره يوځای يا هم يې پرځای ناروغانو ته Erythromycin

(۵۰۰mg) هر ۲ ساعته وروسته هم ورکولی شو.

د يادولو وړ ده، چې د Fluroquinolone کورني درمل هم د وريد له لارې

په ټاکلو ډوزونو ورکولی شو.

۸ Staph Pneumonia په تېره چې د انفلوینزا شک شتون ولري.

(۱،۲gm)IV Co-Amoxiclave هر ۸ ساعته وروسته له



Flucloxacilline (۲gm) سره يوځای هر ۲ ساعته وروسته د وريد له لارې بڼه درملنه ده.

۹. Atypical Pneumonia.

د Legionella د ډولونو لپاره ناروغانو ته Erythromycin (۵۰۰ mg) يا د خولې له لارې (۱ gm) يا هم هر ۲ ساعته وروسته د انفيوژن له لارې په وريد کې تطبيق شي، همدارنگه د Fluroquinolon کورنۍ Levofloxacin، Moxifloxain او Gemifloxacin د پام وړ اغېز لري.

۱۰. Aspiration Pneumonia: (۱، ۲gm IV) Co-Amoxiclav هر ۸ ساعته وروسته او (۵۰۰ mg IV) Metronidazole هر ۸ ساعته وروسته يا هم (۲gm IV) Ceftriaxone هره ورځ.

۱۱. Cavitating Pneumonia: ناروغانو ته Metronidazole د Aspiration نمونیا د دوز په انډول او Ceftriaxon د شديدې نمونیا په انډول ورکولی شو.

د بېرنيو مرستو لارې چارې:

- ICU ته د لېږلو استتبابات.
- که سينه بغل شديد وي.
- شرياني اکسيجن PaO_۲ له ۶۰ mmHg څخه لږ وي.
- شديد اسيدوسز: PH < ۷,۲۵.
- ستړيا، خوبجن حالت او د هوش خرابتيا موجوده وي.
- تنفسي يا د زړه عدم کفايه موجوده وي.
- ناروغان په شاک وي.

وروستۍ (تعقيبې) درملنه:

د ميکروب ضد درملنې موده:



۱. لومړې اړوند ميكروب د كلچر پر مټ وپېژندل شي، بيا يې پروړاندې حساس ميكروب ضد درمل وركول شي.
۲. كه سينه بغل اختلاطي نه وي ۷-۵ ورځې درملنه ښه پايله بښي.
۳. كه ناروغان شديد سينه بغل، Staph Pneumonia، Legionella Pneumonia ولري، تر ۲ اوونيو يې درملنه وغځول شي.

اختلاطات Complications:

۱. Empyema يا Para Pneumonitic Infusion
۲. د سږو خنځې (Abscess).
۳. Bronchial Obstruction
۴. د سږو امبولې.



له روغتون څخه اخیستل شوی سینه بغل

Hospital Acquired Pneumonia

پېژندنه او تشخیص:

تعریف: له روغتون څخه اخیستل شوی نمونیا هغه ده، چې په روغتون کې له ۴۸ ساعتو پاتې کېدو څخه وروسته سړې پرې اخته شي، خو که له ۴۸ ساعتو څخه کم وخت پرې تېر شوی وي HAP ورته نه شو ویلی.

اعراض Symptoms:

۱. لرزه او تبه.
۲. ځنگسیت.
۳. تپوخی او ساه بندي.
۴. زوې لرونکی سرېبناکه بلغم.
۵. د سینې پلورايي دردونه.

نښې Signs:

۱. تبه.
۲. Tachycardia.
۳. Tachypnoea.
۴. په سینه کې د Crakles اور بدل کېدل.
۵. Bronchial Breathing.
۶. په سینه کې د مايع ټولېدل.

پلټنې Investigation:

۱. د سینې ایکسری.
۲. د څراسکو تفتیش د مایکرو بیولوژي، کلچر (کرنې) او حساسوالي



لپاره.

۳. له دوه برخو څخه ځانگړي سلايدونه د کرنې لپاره جوړ کړئ، چې شک مو له مينځه لار شي.

۴. د Arterial Blood Gase.

۵. Blood Complete.

۶. که د ناروغانو په گوگل کې مایع موجوده وي، د تشخيص لپاره راوايستل شي.

۷. تشې متيازې د Legionella انتي جن لپاره.

بېلوونکې تشخيص DDX:

۱. د زړه احتقاني عدم کفایه.

۲. د سرو Thromboembolism.

۳. له درملو سره حساسیت (Reaction).

۴. د سرو وينه بهېدنه (Pulmonary Hemorrhage).

۵. په لویانو کې تنفسي Distress Syndrome.

بېړنۍ درملنه:

۱. Oxygen: تر هغه ناروغانو ته اکسیجن ورکوو، چې شرياني (PaO₂)

۲۰ mmHg ته پورته شي.

۲. د مایعاتو د کچې برابر ساتل.

۳. د پلورايي دردونو د مينځه وړلو لپاره Tab. Diclofenac Sodium

(۲۵-۵۰ mg) د خولې له لارې هر ۸ ساعته وروسته.

د میکروب ضد درملنه:

۱. د ناروغانو کلينيکي کريټريا ته په کتو سم له واره درملنه پيل کړئ، د

کرنې يا هم مايکروبيولوژي معایناتو د پایلې پورې به انتظار کوئ.



میکروب ضد درملنه:

- که نمونیا شديده نه وي، يوازې (۲۲۵mg) Co-Amoxiclav هر ۸ ساعته وروسته.
- د شديدي نمونیا عضلي يا Parentral درملنه.
- ۲gm Ceftazidime هر ۱۲ ساعته وروسته.
 - (۲gm) Ceftriaxone هره ورځ.
 - (۵۰۰mg) Ciprofloxacin هر ۱۲ ساعته وروسته د Gentamycin هر ۸ ساعته وروسته يو ځای نښې پایلې لري.
 - که Pseudomonas موجود وي (۲gm) Ceftazidime هر ۱۲ ساعته وروسته.

له روغتون څخه اخیستل شوي شديده نمونیا:

که يوه لاندې نښو شته وي، د ناروغۍ په وځيم (خراب) حالت دلالت کوي.

۱. تنفسي رېټ له ۲۵/min وي (که ليکل شي، چې $RR > 30$ څخه).
۲. که سيټوليک فشار له ۹۰ mmHg څخه ښکته وي.
۳. ډياستوليک فشار به له ۶۰ mmHg څخه ټيټ وي.
۴. WBC به له (4×10^9) څخه ټيټ يا به له (20×10^9) څخه پورته وي.
۵. د ادرارو کچه به ټيټه وي.
۶. ناروغان Metabolic Acidosis لري.

تعقيبې درملنه:

د درملنې وروستۍ کچه تر اوو ورځو پایله نښي، څو کابو تر دوه اوونيو پورې امکان لری.



د بي پايلې درملنې لاملونه:

۱. كله چې سم تشخيص نه وي اېنودل شوی.
۲. كه ناروغي اختلاطي شوی وي، يانې Empyema، د سېرو اېسې مينځته راغلی وي.

د سېرو امبولېزم

Pulmonary Embolism

پېژندنه او تشخيص:

اعراض Symptoms:

۱. په ۹۰ سلنه پېښو کې ناروغان Dyspnoea لري.
۲. د سينې پلورايي دردونه.
۳. په خړاسکو کې وينه (Haemoptysis).
۴. Syncope.

نېسي Signs:

۱. نښايي، ځينې نښې يې شکمنې وي.
۲. Tachypnoea يانې د تنفس رېټ له $20/\text{min}$ څخه لوړ وي.
۳. تبه.
۴. Pleural Rub.
۵. Tachycardia.

Massive Pulmonary Embolism

۱. شديد ساه بندي.
۲. د سينې د مرکزي برخې درد.
۳. وريدي فشار پورته کېدل.



۴. د فشار تپتوالي او شاک.

۵. د نښې زړه عدم کفایه.

د خطر فکتورونه Risk Factors:

۱. DVT ۵۰ سلنه ناروغان لري.

۲. قوي ترضيض.

۳. جراحي عملياتونه (د گېډې او لگن خاصرې).

۴. مزیتوب (تسمه).

۵. د خوځښت نه شتون.

۶. عمر ډېروالی.

۷. خبیثه حالتونه.

۸. د حمل ضد درمل کارول.

۹. Hyperviscosity Syndrom, Nephrotic Syndrom.

۱۰. Lupus Anti Coagulant.

پلټنې Investigation

۱. ECG.

- د زړه برېښنايي گراف دې لپاره غوره ده، که په زړه کې کومه ستونزه موجوده وي، د گراف له مخې يې ټاکلی شو.

- په ECG کې به Sinus Tachy Cardia ولیدل شي، يانې T_۳، Q_۳، S_۱ او Right Bundle Brand بلاک، P-Pulmonale او په کمه کچه Pleural Effusion موجود وي.

۲. د گوگل ایکسري:

په لږ ډول به خطي نښې د Atelectasis او يو څه Plural Effusion وليدی شي.



۳. د وينې په Gases کې به د PaCo₂ ټيټه وي.

۴. INR او APTT.

۵. د PTE د اسباب پيدا کړئ، يا يې د Leg په برخه Doppler
Ultrasound او هم د Pelvic الټراساوند په ترمبو امبولېزم کې موثر دی.

بشپړ تشخيص:

۱. د ناوړغ ECG او X-Ray کې به لاندي غټ خطرناک فکتورونه
وموندل شي.

- د خوځښت نه شتون، غټ جراحي عملياتونه.

- شديد ترضيض او د لاندي برخو (Lower Limb) جراحي عملياتونه.

- بلارېښتونه / د زېږون وروسته وينه بهېدنه.

بېلوونکي تشخيص (DDx):

۱. سينه بغل.

۲. MI د زړه اختشاء.

۳. د Dyspnoea د پرېدل د COPD او ساه لنډۍ له کبله د Dyspnoea
ښايي، چې د سږو د امبولې له کبله وي.

بېړنۍ درملنه:

۱. Oxygen تر % ۳۵-۵۰ پورې خو Shock ناروغانو ته له يادې کچې ډېر
ورکوو.

۲. د پلورايي درد له مينځه وړلو لپاره Analgesic، لکه Tab.

۵۰-۲۵ mg Diclofenac د خولې له لارې هر ۸ ساعته وروسته، که

Diclofenac مضاد استطباب وي، نو بيا ۱۰-۵ mg Diamorphine له

Metoclopramide (۱۰ mg)IV سره يوځای ورکوو.

۳. که JVP لوړ وي، ناروغانو ته کريستالويد او يا هم کولويد



(Colloids) ډېر اغېزمن تمامېږي.

۴. له ادرار او پرونکو درملو څخه په کلکه ډډه وشي.

ځانگړې درملنه:

Hyparin: د شکمن تشخیص پرمهال هم په Loading Dose سره
I.U. ۵۰۰۰ د وريد له لارې د I.U. ۱۴۰۰ په تعقيب ناروغ ته ورکولى شي.
هر ۲-۴ ساعته وروسته د ATTP کچه وټاکي او له مخې يې ناروغ ته د
Infusion برابره کچه تطبيق کړي، يانې I.U. ۱۵۰۰ چې Half Life يې - ۴۰
min ۹۰ کېږي.

Thrombolysis:

۱. که ژوند گوانسوونکې كلينيكي بڼه مينځته راغلي وه، لکه د بڼي زړه
عدم کفايه، شاک نو ناروغ ته د محيطي وريدونو له لارو Streptokinase
ورکولو.

هره ورځ د Thrombin وخت وټاکي، کله چې د Streptokinase په وسيله
هم درملنه بې پایلې پاتې شوه، نو دا يوه بېړنۍ پېښه ده، چې فورا بايد د
Catheter له لارې Thrombo Embolectomy ترسره او له سږو څخه امبولي
وايستل شي.

۲. وروسته له Thrombolytic درملنې ناروغانو ته تر ۴ ساعته Heparin
او Warfarin نه ورکولو.

تعقيبې درملنه:

۱. د نورو (Embolization) نښو د پيدا کېدو لپاره هره ورځ كلينيكي
معاینات ترسره شي.

۲. له تشخیص سره سم بايد Warfarin پيل شي.

Discharge Policy:



۱. د ناروغانو INR د Warfarin په مرسته تر (۲-۳) برید پورې ساتو.
۲. ناروغان په دې وپوهوئ، چې Warfarin له ډېرو درملو سره عکس العمل نسيي، نو د هرې بلې ناروغۍ درملنې په موخه له درملو اخیستلو وړاندې ډاکتر ته ووايي، چې Warfarin کاروم.
۳. د علقې ضد درملنه (Anti Coagulation) باید هره اوونۍ د ډاکتر تر مشورې لاندې وشي، د لومړي Thrombo Embolic پېښو د درملنې لپاره Warfarin تر ۳ میاشتو ناروغانو ته ورکولی شو.

د تنفسي عدم کفایه

Respiratory Failure

تنفسي عدم کفایه هغه حالت ته ویل کېږي، چې سږي ونه کولای، چې په نورمال یا دمه حالت کې د اکسیجن او کاربن ډای اکساید داخلولو او خارجولو پروسه پرمخ یوسي، نو له مخې به یې د شریاني PaO_2 کچه له 70 mmHg څخه ټیټه کېږي او د شریاني PaCO_2 کچه له 50 mmHg څخه پورته کېږي، ډېر لاملونه لري، چې په لاندې توګه ترې یادونه کوو.

اعراض او نښې:

۱. مرکزي سیانوزس (Central Cyanosis).
۲. خوبجن حالت.
۳. محیطي ګرموالی، Bounding Pulse، Tachy Cardia، Flapping، Tremors.
۴. Papilloedema که ناروغان Hyper Capnia ولري.

پلټنې Investigation:

۱. Aterial Blood Gases on Air.
۲. د ګوګل ایکسری.



٣. Blood Complete.

٤. Urea او الكتروليت وليداى شي.

٥. ECG.

www.melitahrik.com
0777 400 116



تنفسي عدم كفايه دوه ډولونه لري:

- ۱. ۱. Type: (Oxygenation Failure) دلته به PaO_2 ټيټ وي، خو $PaCO_2$ به نورمال وي، چې Asthma، سينه بغل، Pneumothorax، د سپرو پړسوب د توتکۍ التهاب او د سپرو فايبروزس به ورسره يو ځای وي.
- ۲. ۲. Type: (Ventilation Failure) دلته به هم PaO_2 ټيټ وي او $PaCO_2$ به لوړ وي، چې COPD، Encephalitis، عضلاتي Dystrophy به ورسره يو ځای وي.

بېړنۍ درملنه:

په لاندي لاملونو درملنه وکړئ.

Oxygen

Type ۱

- هر ۲۰-۳۰ وروسته د شرياني وينې د گاز انډول وټاکئ.

- هڅه کوو، چې PaO_2 تر ۵۰ mmHg پورته کړو.

Type ۲

- هر ۲۰-۳۰ دقيقې وروسته د شرياني وينې د گاز کچه څرگنده کړئ، تر

ډېره هڅه کوو چې PaO_2 له ۵۰ mmHg څخه پورته کړو.

- ډېره هڅه وکړئ، چې د $PaCO_2$ کچه له ۶۰ mmHg بنسټه وساتئ.

- بيا هم وروسته له ۲۰-۳۰ څخه شرياني وينې د گاز کچه وټاکئ.

د (Non Invasive Ventilation) NIV درملنه د کريټريا له مخې:

- که له مينځني بريده تر وروستي بريده شديد Dyspnoea او د صدر د اضافي عضلاتو خوځښت شته وي.

- که له مينځني تر شديد Acidosis موجود وي، يانې ($PH < ۷.۳۰$) وي

او Hypercapnia ($PaCO_2 < ۴۵-۶۰$ mmHg) څخه پورته وي.



- د تنفس كچه له ۲۵B/min څخه ډېره وي.

www.melitahrik.com
0777 400 116



دويم څپرکى

د زړه او رگونو ناروغى Cardio Vascular Disease

: (MI) Acute Myocardial Infarction

پېژندنه او تشخيص:

: Symptoms اعراض

۱. د Epigastric او گوگل شديد او پرله پسې درد.

۲. Dyspnoea.

۳. ډار يا وېره.

: Signs نښې

۱. خاسفوالى.

۲. خوله کېدل.

۳. Anxiety.

۴. د محيطي رگونو راتولېدنه (Vaso Contraction).

۵. شاک.

۶. زړه بدوالى او کانگې.

: Investigation پلټنې

۱. د زړه برېښنايي گراف (ECG) له نښو څخه يې په لاندې ډول يادونه

شوي.



۲. د زړه د مایوکارډ (Myocard) عضلې له تخریب څخه ۱۲ ساعته وروسته په وینه کې د Troponin انزایم کچه تر وروستي بریده پورته کېږي، د Troponin دا کچه تر ۱۲ ورځو پر همدې حالت پاتې کېږي.

کله چې د زړه د عضلې تخریب زیاد شو، نو د سینې له درده ۱۲ ساعته وروسته په وینه کې د Troponin کچه ټاکلې شو.

۳. CK-MB انزایم ټاکل یوازې د شکمن بیا ځلې انفارکشن لپاره ډېر اړین دی (ځکه چې د زړه عضلې له مړینې وروسته ترڅو ورځو پورې د Troponin کچه لوړه پاتې کېږي).

۴. د زړه عضلې د اسکیمیا (Myocardial Ischaemia) د تشخیص پر مهال له AST او LDH څخه ډېره گټه نه اخیستل کېږي.

۵. د وینې د وریدي وینې د گلوکوز کچه.

بېړنۍ درملنه:

۱. د سینې له درد سره سم ناروغانو ته Aspirin (۳۲۵mg) د ژوولو یا نیغ تېرولو لپاره توصیه کوو.

۲. د درد آرامښت لپاره Morphine (۲-۸mg) IV ورکوو.

۳. د کانگو د مخنیوي لپاره اغېزمن درمل Metoclopramide (۱۰mg) IV دی.

۴. Nitrate چې په Inferior MI او RV Infarction په ډېر احتیاط وکارول شي.

۵. Thrombolytic درملنه.

۶. چې تر ۲۰-۴۰ سلنه پورې د اکسیجن تطبیق.

۷. تر هغه چې مضاد استطباب نه وي، ناروغانو ته د خولې له لارې

۲، ۵mg Bisoprolol یا ۵۰mg Metoprolol ورکوو.



۸. ټول هغه ناروغان چې (STEMI)، يا هم LBBB له انفارکشن سره ګډ لري، په لومړيو ۲۴ ساعتو کې بايد ACE Inhibitors درمل واخلي.
۹. Clopedogrel (۳۰۰ mg) د خولې له لارې او د حاد مايو کارډيل انفارکشن ناروغان په CCU کې تر درملنې لاندې ونيوی شي.

Thrombolytic Therapy:

څنگه چې MI تشخيص شو، سم له واره درملنه پيل کړئ، څومره چې درملنه ځنډوو، هومره د زړه عضله د مړ کېدو خواته درومي.

استطبات:

۱. د ناروغۍ (MI) له پيله تر ۱۲ ساعتو اړونده نښې څرګندې کړي.
۲. د سينې درد تر ۳۰ دقيقو ډېر وغځېږي.
۳. په دوه يا زياتو Pericardial ليدونو کې ST قطعي لوړوالی د ۲ mm څخه ډېر وي او په Limb ليدونو کې به دوه مسلسل ليدونو کې ST قطعي لوړوالی له ۱ mm څخه زيات وي.
۴. که زور LBBB موجود وي، په V_۱-V_۳ ليدونو کې به لاندې توپيرونه تر سترګو شي.

a. $\text{Complex} > 1 \text{ mm ST Segment Depression}$

b. $> 1 \text{ mm ST Segment Elevation}$ چېرې چې QRS Complex به

مثبت وي.

c. $> 5 \text{ mm ST Segment Elevation}$ چېرې چې QRS Complex به

منفي وي.

۵. که LBBB نوی پيل شوی وي، د حاد (MI) په څېر يې درملنه کوو.

مضاد استطبات:

په لاندې حالتونو کې په بشپړ ډول درملنه نه ترسره کوو.



۱. فعاله وينه بهېدنه.
 ۲. که د ابهر Dissection موجود وي.
 ۳. اوسنی د سر ترضيض يا د کوپړۍ دننه تومور (Intracranial Tumor).
 ۴. په مخکې وختونو کې د Stroke له کبله وينه بهېدنه.
 ۵. په وروستيو درېيو مياشتو کې د Ischemic Stroke تاريخچه.
 ۶. که ناروغ وړاندې له مخه له Fibrinolytic درملو سره حساسيت درلوده.
- په لاندې حالتو کې د حاد MI په درملنه کې يو څه احتياط کوو:
۱. که د دوه اوونيو په اوږدو کې غټ جراحي عملياتونه ترسره شوي وي.
 ۲. که د يو کال راهيسې ناروغ Non Hemmorrhagic Stroke تېر کړی وي.
 ۳. د وينې بهېدنې پېژندل شوې ناروغۍ: که د Warfarin د INR کچه له ۲ پورته وي.
 ۴. د GI سيستم له وينې بهېدنې سره يوځای فعاله بد هضمي.
 ۵. نه کابو کېدونکې سيستولیک فشار، چې له ۱۸۰ mmHg څخه پورته وي.
 ۶. منتشره Retinopathy.
 ۷. د کوپړۍ اوسنی تپ.
 ۸. د پريکارډ التهاب (Pericarditis).
 ۹. بلارېښت او Post Partum.
 ۱۰. مياشتنی وينې بهېدنه يا شيدې ورکولو مهال (Lactation).
- Cardiogenic شک او بطيني Arrhythmias مضاد استطباب نه دی.
- د درملو غوره Agents ټاکل:**



۱. تر ټولو غوره درمل Streptokinase (SK) ده، چې (۵، ۱) QQ ميليونه يونيټه په ۱۰۰ mli د ۹٪، ۰ سوډيم کلورايد کې د IV Infusion په ډول ناروغانو ته په يو ساعت کې تطبيق کوو. د SK له تطبيق وروسته Heparin ته اړتيا نه شته.

۲. په ورته ډول کولی شو، چې Alteplase (rt PA) هم د Streptokinase پر ځای وکاروو، هغه ناروغان چې له ۲۵Kg څخه ډېر وزن لري ۱۵mg د IV bolus په بڼه ورکوو او په تعقيب يې ۵۰mg په ۳۰ دقيقو او ۳۵mg په يو ساعت کې تر ټولو غوره کړنلاره ده، خو دلته بايد ناروغان ورسره جوخت Heparin د انفيوژن په ډول واخلي، يانې په ۴۸ ساعتو کې د انفيوژن پمپ له لارې (۱۰۰۰ i.u) Heparin واخيستل شي.

اختلاطات:

۱. د فشار ټيټوالی (Hypotension): کله چې د ناروغانو فشار ټيټه شو، سم له واره وريدي انفيوژن بند کړئ، تر هغه چې د ناروغ فشار بېرته د نورمال بريد خواته سر راڅرگند کړي.

۲. Bradycardia: ددې ستونزې د مخنيوي لپاره تر ټولو غوره درمل ۳Mg Atropine دی، چې ناروغ ته د وريد له لارې تطبيق کېږي.

۳. Ventricular Tachycardia: دا ستونزه تر ډېره پرته له درملنې د مينځه ځي، له مينځه نه تله نو د درملنې لپاره Cardiac Arrhythmias وگورئ.

۴. Artrial Puncture: Central Venous Canulation او وريدي زرقيات بايد د درملنې په موخه تر هغه ناروغانو ته ترسره نه شي، څو چې په پوره ډول طبي اهمات لکه ازموينې، تاريخچه، عمر په اړوند مالومات ونه لرو.



ځانگړي حالتونه:

د نښي بطين انفارکشن (Right Ventricular Infarction):

۱. د ناروغانو د زړه Preload لوړ وساتئ.

که چېرې د وينې فشار 90 mmHg ته راښکته شوی وي، نو

۹٪، ۰ Saline کابو ۱-۲ لیتره ناروغ ته توصیه کوو.

۲. After Load کم کړئ: په تېره هغه ناروغانو کې چې د کيڼ بطين په

عدم کفایه اخته شوی وي.

www.melitahrik.com
0777 400 116



د شکر ناروغان چې د وينې گلوکوز يې له 280 mg/dl څخه

پورته وي:

۱. که ناروغ په شکر اخته او د وينې گلوکوز يې له 280 mg/dl څخه ټيټ وي، نو د Insuline درمليز رژيم ورته پيل کړئ، يا هم د خولې له لارې ورته Hypoglycemic (Sulphonylurea يا Acarbose) درمل توصيه کړئ.

۲. له Metformin له کارولو ډډه وکړئ.

۳. که د وينې گلوکوز له 280 mg/dl څخه پورته شوی وي، نو د شکرې اړونده درملنه ودرئ او Insuline گلوکوز د انفیوژن په بڼه يانې Insuline Glucose Infusion (IGI) ورته پيل کړئ.

۴. د پلازما د پوتاشيم کچه وټاکئ.

۵. له نورمال سره د وينې گلوکوز هم وټاکئ.

۶. Insuline Glucose Infusion په 5% Dextros کې کابو 500 mt هر 12 ساعته وروسته.

۷. په 50 ml ، 9% سوډيم کلورايد کې Joun، انسولين خو Regular Insuline توصيه شي.

۸. کله مو، چې (IGI) ناروغ ته پيل کړي، نو هر ساعت وروسته د ناروغ د وينې گلوکوز وټاکئ.

Capillary glucose (Mg/ 100 ml)	Insulin infusion rate (Units/hr= ml/hr)
>300	Give \wedge units of insulin as an intravenous bolus injection and increase infusion rate by \wedge unit/hour.
$200-300$	Increase infusion rate by 0.5 unit/hour



۱۳۰-۲۰۰	Leave infusion rate unchanged.
۱۲۰-۱۳۰	Decrease infusion rate by ۱ unit/hour.

www.melitahrik.com
0777 400 116



تعقيبي درملنه:

۱. Aspirine ۷۵-۱۵۰ mg هر هره ورځ.
۲. Bisoprolol هر هره ورځ يا Metoprolol د ورځې دوه ځله.
۳. Clopidogrel ۷۵mg هر هره ورځ.
۴. که په درد کې ډېرېست رامینځته شو، نو ناروغ ته Nitrat Infusion پیل کړئ، یا هم له Metoprolol ۵mg څخه گټه واخلي، په تېره هغه مهال چې د زړه رېټ له ۷۰ پورته او سیستولیک فشار له ۱۰۰ mmHg څخه لوړ وي.
۵. ناروغ ته د غذايي رژیم په هکله پوره سپارښتنې وکړئ.
۶. هغه ناروغان، چې د Glucose یا هم Insuline په وسیله یې درملنه کېږي، نو ترټولو غوره لار د یو Diabetologist یا هم Endocrinologist سره مشوره کول دي.

Monitoring Treatment

۱. په هر ۲۴-۴۸ ساعتو کې یو ځل د ECG اخیستل.
 ۲. هر ۲۴ ساعته وروسته یو ځل د ناروغ د وینې فشار وټاکل شي.
- ### د زړه عدم کفایه:
۱. په هغه ناروغانو کې چې د کین بطين عدم کفایه شته وي، نو ورته ACE نهی کوونکي درمل توصیه کړئ، همدارنگه یادو ناروغانو ته په وخت سره د Echocardiogram معاینات هم ترسره کړئ.

د پرېکاره التهاب:

۱. له غټو انفارکشنو څخه وروسته بنایي رامینځته شي.
۲. تر دوه یا پینځو ورځو پورې لومړی Pericardial Rub موجود وي، بیا د سینې شدید درد په ناروغانو کې پیل کېږي.



۳. ناروغانو ته په لوړ ډوز سره Aspirine هر ۲ ساعته وروسته د (PPI) سره يوځای توصیه کړي.

د سينې پرله پسې دردونه:

۱. Iso Sorbide Mono-Nitrate د خولې له لارې ۲۰ mg يا له اړتيا سره سم د انفیوژن له لارې Nitrate ډېر اغېزمن تمامېږي.
۲. که ناروغانو ته استراحت مهال نه تحمل کېدونکي دردونه رامینځته شي، نو د PCI او CABG لپاره روغتون ته ولېږدول شي.

Unstable Angina

تعريف:

۱. د لومړي ځل لپاره په سينه کې د شديد او نه زغمېدونکي درد مينځته راتلل.
۲. د پخواني Stable Angina د درملنې په تعقيب بيا ځلې د شديد درد مينځته راتلل.
۳. د استراحت پر مهال د سينې شديد درد.
۴. د سينې هغه دردونه، چې له ۲۰ min څخه ډېر وغځېږي، سره له دې چې ناروغ له Glyceryl Trinitrate څخه گټه پورته کړي.

اعراض او نښې:

۱. د سينې په مينځنۍ برخه کې درد/شخوالی او نارامي بنایي، چې درد د اورېو، ستوني، ژامې، غابسونو او ملا خواته هم ولېږدېږي.
۲. سخته ساه تنگي.

پلټنې:

۱. د درد په لومړنيو ۲۴ ساعتونو کې به ECG وکولی شي، چې د ST Depression را په گوته کړي، په دې مانا چې بنایي ناروغ Ischemia ولري.



۲. ST Elevation له Prinzmetal Angina يا Acute MI څخه بنسودنه كوي.

۳. د اعراضو له پيل څخه ۱۲-۸-۴ او يا هم ۲۴ ساعته وروسته په وينه كې د (CK MB) او Troponine انزايمونه خپل شتون په زبات رسوي.

۴. Blood Complete.

۵. Random Cholesterol.

بېلوونكي تشخيص:

۱. د سرو امبولېزم.

۲. Oesophageal Spasm.

۳. عضلي دردونه.

۴. Biliary Colic.

۵. د معدې تپ.

۶. د ابجر د دسام ناروغۍ.

۷. Mitral Valve Prolaps.

۸. Hypertropic Cardiomyopathy.

بېرني درملنه:

۱. د خولې له لارې د ژوولو يا هم تېرولو په بڼه ناروغ ته Aspirine ۳۰۰ mg ورکړئ.

۲. د ژبې لاندې (۰,۳-۰,۶ mg) Nitroglycerine به اعراض له مينځه

وېسي.

۳. د خولې له لارې ۵۰ mg Atenolol، كه بيتا بلاكر مضاد استطباب و،

نو ناروغ ته يې پرځای ۶۰ mg Diltiazem د خولې له لارې توصيه كړئ.

۴. Heparin ۵۰۰۰ i.u د وريد له لارې، ورپسې ۱۰۰۰ i.u په يو



ساعت کې د لومړيو ۲۴ ساعتو لپاره د Infusion Pump له لارې ناروغ تر هغه گټور تمامېږي، چې اعراض (درد) له مينځه يوسي.
۵. لومړی ۳۰۰ mg Clopidogrel وروسته بيا ۷۵mg هره ورځ.
۶. ناروغ د هروخت له Cardiology څانگې سره په اړيکه کې اوسي.

www.melitahrik.com
0777 400 116



تعقيبي درملنه:

۱. Aspirin ۱۵۰ mg د خولې له لارې.
۲. Atenolol (۵۰-۱۰۰ mg) د خولې له لارې.
۳. که β -Bloc ker استطباب نه درلوده، نو ۲۰ mg Diliazem په ورځ کې درې ځلې.
۴. کله چې درملنې ځواب ووايه، نو په ورپسې ناروغ ته Iso Sorbid (۲۰-۴۰ mg) Mono Nitrate هر ۱۲ ساعته وروسته توصیه کړئ.
۵. که درملنې ځواب ونه وايه، نو ناروغ د Angiography يا Revascularisation لکه PCI او CAPG لپاره اړونده ډاکتر ته ولېږئ.
۶. Morphine (۲-۴ mg) د وريد له لارې.
۷. Metoclopramide ۱۰ mg د وريد له لارې.
۸. Simvastatin (۲۰-۴۰ mg) يا Atorvastation (۱۰-۸۰ mg) له ماښام ډوډۍ څخه دمخه.
۹. تر هغه چې ناروغ کابو شوی نه وي، د هغه نبض، د وينې فشار دې هر ساعت وليدل شي، همدارنگه وروسته له ۲۴ ساعته يو ځل د ناروغ د زړه برېښنايي گراف واخيستل شي.

وروستۍ درملنه:

۱. کله چې د ۴۸ ساعته وروسته د ECG او وينې د انزايمونو گډوډۍ نورمالې شوې، ناروغ کور ته ولېږئ.
۲. د Aspirin، Beta Blocker، او Nitrate درملو ته ادامه ورکړئ.
۳. ناروغ ته توصیه وکړئ، چې له سگرېټو، وينې فشار، شکر، Hyperlipidaemia او چاغوالي په کابو کولو کې له هيڅ راز بېغورۍ څخه کار وانه ځلي.



د زړه عدم كفايه Cardiac Failure

پېژندنه او تشخيص:

اعراض:

۱. سترتيا.
۲. د دمې پر مهال د ساه لنډۍ، د شتون څرگندې نښې.
۳. Orthopnea.
۴. (Paroxysmal Nocturnal Dyspnoea) PND.
۵. د پښو او د پښو د بښنگرو پرسوب.
۶. ټوخی.
۷. Wheez.

نښې:

۱. Tachycardia.
۲. د غاړې د وريد غښتلی کېدل (JVP).
۳. د فشار ټيټوالی.
۴. د زړه غټوالی.
۵. په زړه کې د درېيم او څلورم اواز اورېدل کېدل.
۶. Crackles.
۷. غټ او حساس ځيگر، زېړی.
۸. محيطي پرسوب، ځبن (Ascites).

پلټنې:

۱. Blood Complete.
۲. يوريا، الكتروليت او د زړه انزايمونه.



۳. Echocardiography

۴. Artrial Blood Gases

لاملونه:

د زړه د پمپ کمزورتيا:

۱. د زړه حاده احتشاء او د زړه ځنډنې اسکيميا.

۲. د زړه د فشار ناروغۍ (Hypertensive Heart Disease).

۳. درمل او د هغوی زهري خاصیت.

میخانیکي گډوډۍ:

۱. د زړه د دسامونو ناروغۍ (Post-Infarct Mitral Regurgitation).

۲. بطیني انیورېزم (Ventricular Aneurysm)، Posterior Infarct

Septal Defect

۳. د زړه زېږوني ناروغۍ.

۴. Tamponade / Pericardial Constriction

Excessive Demand

۱. Anaemia

۲. Thyrotoxicosis

۳. سیستیمیک انتانات.

Arrhythmia

۱. Atrial Fibrillation / Tachy Cardia

۲. Heart Block / Brady Cardia

بېلونکې تشخيص:

۱. د خوځښت د نه شتون له کبله د پرسوب رامینځته کېدل.



۲. د سرو د بندښت ځنډونې، ناروغۍ (COPD).
۳. حاده شديده ساه لنډي.
۴. سينه بغل.
۵. د سرو امبولېزم.
۶. د سرو د قاعدوي غشا ناروغۍ.
۷. د پښتورگو عدم کفايه / نفروتیک سندروم.
۸. Cirrhosis.
۹. Constrictive Pericarditis.

بېړنۍ درملنه:

د سرو حاد پړسوب:

۱. ناروغ د چوکۍ يا بستر له پاسه د ناستې وضعيت غوره کړي.
۲. Oxygen، کابو %۶۰-۴۰.
۳. Frusemide ۴۰ mg د وريد له لارې په ورو ډول ناروغ ته زرق شي.
- دوز يې په وروستيو کې تر ۳۲۰ mg هم پورته کولی شو.
۴. Morphine (۲-۵mg) په ورو ډول د وريد له لارې.
۵. د وينې د لوړ فشار پرخای درملنه ترسره کړئ.
۶. په شديده و پېښو، يانې که سيستولیک فشار له ۱۰۰ mgHg پورته وي، نو ناروغ ته Nitrate (Isoket) توصيه کړئ.

تعقيبې درملنه:

که درملني ځواب ووايه:

۱. د مالګې لګښت کم کړل شي.
۲. د مايعاتو ډېر کارول.
۳. Frusemide ۴۰ mg د خولې له لارې هره ورځ که په ناروغانو کې



محيطي پرسوب شته وي، نو د Frusemide ډوز تر ۸۰ mg هم پورته کولی شو.

۴. کله چې د زړه کچه نورمال ورسره یو ځای د زړه برېښنايي گراف هم د نورمال برید خواته ځان راوړساره، نو د نورو سپارښتنو لپاره ناروغ یو تکړه Cardiologist ته ولېږئ.

۵. په هر حال کې ACE کارولی شو، تر هغه چې په ناروغانو کې د Mitral / Aortic تنگوالی، Hypertropic Cardiomyaty، د پښتورگو عدم کفایه ($Plasma Creatinine < 1,7mg/dl$) ننې نه وي لیدل شوي.

۶. که د ASE نهی کونکي درمل مضا د استطباب وي، نو ناروغانو ته هره ورځ یو ځل ۲۵mg Spironolactone توصیه کړئ.

که درملني ځواب ونه وایه:

که په ناروغانو کې بیا ځلې سره پرسوب لیدل کېده، نو د ورید له لارې ورته Diuretics او په مینځني ډوز سره ACE نهی کونکي درمل ورکړئ، همدارنگه لاندې درمل هم گټور تمامېدای شي.

۱. Digoxin او Metolazone د خولې له لارې کابو ۵-۲,۵ mg پورې.

څارنيزه درملنه:

۱. هر دوه ساعته وروسته Artrial Blood Gases ترسره کړئ.

۲. هر څلور ساعته وروسته نبض، د وینې فشار او د تنفس رېټ وټاکئ.

۳. هره ورځ د ناروغ وزن او د مایعاتو کچه وټاکئ.

۴. د یوریا او الکترولیت ټاکل هم اړین دي.

۵. څلور یا پینځه ورځې له اړتیا سره سم د سینې عکس.

د ابحر څیرې کېدل

Aortic Dissection



اعراض:

۱. د سينې سخت ناخاپي درد، خيري کونکي، بسايي چې د Sternum شا وخوا غاړې، اوږو، گېډې او د دواړو Scapula هډوکو مينځنۍ برخې ته هم خپور شي.
۲. د دماغې او نخاعي شريانونو د زيانمنېدو له کبله د فلج رامینځته کېدل.

۳. د هوش له مينځه تلل.

۴. Dyspnoea.

نښې:

۱. د وينې فشار لوړېږي.

۲. په Limbs يا اطرافو کې فشار توپير مومي.

۳. Pulse Deficit که AF موجود وي.

۴. Aortic Regurgitation Murmur.

۵. د اروا خړېږتيا.

۶. Cardiac Temponade.

پلټنې:

۱. د سينې ايکسري.

۲. ECG.

۳. د وينې د لېږدونې لپاره Cross Match.

۴. يوريا او الکتروليت.

۵. CT Angio Graphy / CT ډېره اړينه ده.

۶. MRI.

بېړنۍ درملنه:



۱. د درد د مخنيوي لپاره Morphine او Metoclopramide ډېر اغېزمن دي.
۲. د وينې فشار د Isoket Infusion په وسيله نورمال وساتئ.
۳. د زړه د رېټ او د وينې فشار د کابو کولو لپاره $\beta - Bloc ker$ ډېر غوره درملنه ده.
۴. Sodium Nitroprusside $0.5mcq/kg$ په يوه دقيقه کې.
۵. که څيرې کېدنه په ابهر کې وي، په اني ډول د زړه جراحي ترسره شي.
۶. له وخت سره سم د ناروغ د وينې فشار، نبض او د تودوخې درجه، د ادارو کچه په هر ساعت کې يو ځل وټاکل شي.

Cardiac Tamponade

اعراض او پېژندنه:

۱. Dyspnoea.
۲. د هوش کچه وار تر بله ښکته کېږي.
۳. د ښي زړه عدم کفايه.
۴. د فشار تېټوالي.
۵. Pulse Paradoxus.
۶. د JVP لوړوالي.
۷. د زړه د اوازونو نرمښت.
۸. د زړه رېټ له 80 bpm څخه لوړېږي.

پلټنې:

۱. Echocardiography.
۲. د سينې ايکسري.
۳. ECG.



۴. يوريا او الكتروليت.

ژوندگواښوونکې كلينيكي بڼه:

۱. شديد اعراض.

۲. د شاک نښې.

۳. د گوگل په ايکسري کې به په ډېره پيمانه اوبه راټولې شوې وي.

بېړنۍ درملنه:

۱. د Echo په مرسته په بشپړ ډول سم تشخيص غوره کړئ.

۲. د مایع له ايستلو څخه وروسته سم له واره ناروغ ته Normal Saline

پیل کړئ.

۳. مایع د تشخيص او د اعراضو د ختمولو لپاره راوباسئ، که مایع يې

کچې ډېره وي، په ساحه کې Drain ځای پرځای کړئ.

۴. کله چې مایع په بشپړ ډول له مينځه ولاړه Drain د تعقيم شرايطو

لاندي وايستل شي.

د ژورو وريدونو ترمبوزس

Deep Vein Thrombosis

پېژندنه او تشخيص:

۱. په آفت اخته شوې برخه کې په پرسوب، درد او شخوالی موجود وي.

۲. Pitting Odema.

۳. د پوستکي د تودوخي درجه لوړېږي.

۴. Erythema.

۵. حساسوالی (Tenderness).

۶. خفيفه تبه.



بېلوونكي تشخيص:

۱. Ruptured Baker's Cyst .

۲. Torn Calf Muscle .

۳. Cellulitis .

پلټنې:

۱. د لينگي Doppler تلويزيوني معاينه ترسره كړئ.

۲. كه D-Dimer منفي وي، تشخيص په غور سره له سره كړئ.

۳. كه D-Dimer مثبت وي، خو كلينيكي نښې كمزورې وي، نو كله هم

Anticoagulant درملنه پيل نه كړئ، ۷-۴ ورځې بيا ناروغ ته د Doppler تلويزيوني معاينه له سره كړئ.

۵. د CT په وسيله ښه تشخيص ايسودل كېداى شي.

بېړنۍ درملنه:

۱. دمه او د لينگي يو څه اوچت ساتل.

۲. ساده Analgesia .

۳. Anti Coagulant په ټيټ ډوز، يانې Heparin له Warfarin سره يو

ځاى ډېر اغېزمن دي، كه INR تر ۳-۲ پورته شو، Heparin بند كړئ.

كه ناروغ Pulmonary-Emboli نه وي وركړي، نو Warfarin تر درېيو

مياشتو وركوو او كه Pulmonary-Emboli وركړى وي، نو تر شپږو مياشتو

پورې ورته Warfarin ډېر گټور تمامېږي، خو كه د Anti Coagulant د

درملنې له پرې كېدو سره دوباره بيا DVT پيدا شي، نو ټول عمر به ناروغ Warfarin اخلي.

تعقيبي درملنه:

- كله چې د ۳۲ ساعتو وروسته درد، پرسوب كم شو، لينگي ته خوځښت



ورکړل شي.
- که له ۷۲ ساعتو وروسته بيا هم درملنه له اغېزمنه نه وي تمامه نه شوه، تشخيص ته د رسېدو لپاره نورې لارې چارې ولټوئ.

www.melitahrik.com
0777 400 116



Cardiac Arrest

پېژندنه او تشخيص:

نښې Signs:

۱. بېهوشي.
۲. كابو د ۱۰ sec لپاره د ساه ودرېدل.
۳. د لسو ثانيو لپاره په Carotid او Femoral شريانونو کې د نبض له مينځه تلل.

بېړنۍ درملنه:

- د مرستې لپاره له هرڅه لومړی Defibrillator چمتو کړئ.
- که د ترضيض نښې نه وي، ناروغ په Supin وضعيت ځملوئ.
- د ژامې پورته کول (Lifting Chin) او سر پورته کولو (Tilting Head) کړې په مرسته هوايي لار خلاصه وساتئ.

اوس ناروغ ته Cardio Pulmonary Resuscitation

(CPR) پيل کړئ:

۱. ناروغ ته د خولې له لارې تازه هوا برابره شي.
۲. خوله په خوله تنفس په عملي طريقه.
۳. د Pocket Face Mask له لارې ناروغ ته کابو ۱۵L/min اکسيجن برابره شي.

۴. د ناروغ د زړه برېښنايي گراف د Monitor له لارې په سم ډول وڅارئ.

د CPR پر مهال له ناروغ سره لاندې مرستې ترسره کړئ:

۱. ناروغ ته د Endotracheal Intubation او IV لاره خلاصه کړئ.
۲. په لوړ ډوز سره اکسيجن د ناروغ له ژوند سره مرسته کوي.



۳. په هرو درېيو دقيقو کې يو ځل ناروغ ته Epinephrine ۱mg (Adrenaline) زرق کړئ.

۴. بيا ځلې راگرځېدونکې ستونزې له مينځه يوسئ، لکه:

- Hypovolaemia / Hypoxia

- Hypo Kalaemia او ميتابولیک گډوډی.

- Hypothermia

- Tension Pneumothorax

- Cardiac Temponad

- Thromboembolic

- Obstruction

۵. تر هغه د ناروغ CPR ته دوام ورکړئ، چې د نب شتون جس شي.

۶. Adrenaline د ناروغ د عمومي وضعيت په ښه کولو کې ډېره مرسته

کوي، خو Defebrilitation له مينځه نه شي وړلې.

۷. Epinephrine، Lignocaine او Atropine په ۰.۹% سوډيم کلورايد

کې گډ او د وريد له لارې توصيه شي.

ځانگړي حالتونه:

۱. Atropine د واگوس عصب د ټون په کابو کولو کې اغېزمن رول ري.

۲. ۱۰% Calcium Chloride د يو تکړه او ځلېدلي ټيم په مشوره

وکارول شي.

۳. د Acidosis شکمنو ناروغانو ته Buffer Sodium Bicarbonate

(۱meg/kg) ډېر پرځای درمل دی.

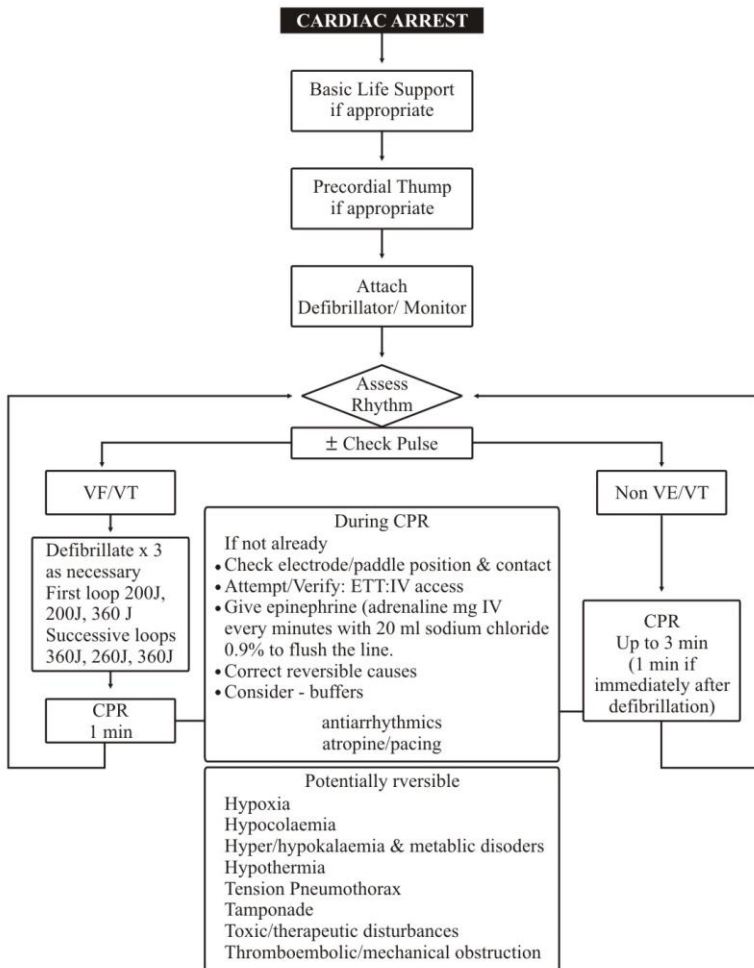
۴. په هغه ناروغانو کې نبض نه جس کېږي Epinephrine ۱mg هر درې

دقيقي وروسته ډېر ښه اغېز ښندي.



پلټنې:

۱. Acid Basis او Blood Gases
۲. يوريا، الكتروليت او گلوکوز.
۳. د گوهگل ساده ايکسري.
۴. د زړه انزايمونه.
۵. د ښه تشخيص لپاره ECG هم ښه ازموينه ده.



Cardiac Arrhythmias

پېژندنه او تشخيص:

په ځينو وختونو کې ECG ته لاسرسی ونه لرو، هم پورته ناروغۍ يو څه تشخيص کېدای شي.

اعراض:

۱. Palpitation

۲. Dyspnoea

۳. د سينې درد

۴. گنگسيت

۵. Syncope

۶. د زړه ودرېدل

نښې:

۱. د زړه رېټ به له ۶۰ څخه ښکته وي.

۲. Hypotension

۳. Hypo Perfusion

۴. JVP به غښتلي شوي وي.

۵. د زړه لومړۍ اواز به يو څه سختوالی موندلی وي.

۶. د زړه د عدم کفایې څرگندې نښې ښايي رامینځته شي.

تفريقي تشخيص:

د زړه د اړوند لاملونو له کبله پرته په ناروغ Syncope شته دي، ښايي، چې ميتابوليک يا هم نيورولوژيک لاملونه وي.

• Bradycardias

- که Sinus Brady Cardia شته وي، نو درملنې ته اړتيا نه شته، خو که



اعراض غښتلي شول، نو ناروغ ته 2.0 mg/IV Atropine ورکړئ، له اړتيا سره سم يې ورته پينځه دقيقې وروسته هم توصيه کولی شئ.

- که په Sino Atrial ناروغيو کې Bradycardia يا هم Tachycardia موجوده وي، له Cardiologist سره مشوره وکړئ.

• AV Conduction Block

- په لومړي درجه Block کې درملنې ته اړتيا نه شته.

- دويمه درجه Block کې د اعراضو د مينځه وړلو لپاره درملنه بڼه ده.

- درېيمه درجه کې Pacirng ته په بشپړ ډول اړتيا موندل کېږي.

Tachycardia

په زړه د Tachycardia شتون د ECG په وسيله ډېر په اسانۍ سره موندل شو.

د QRS Complex ډېرې تنگې کړنې، چې له 110 msec څخه کمې وي، له Sinus Node څخه سرچينه اخلي.

۱. لومړی ناروغ ته 3 mg Adenosine ورکوو، که اغېز يې ونه ښوده، ډوز يې ۲-۱ دقيقې وروسته 6 mg ته رسوو، که بيا هم اغېزمن نه شول، د ورید له لارې يې ډوز تر 12 mg هم پورته کولی شو، خو ياده دې وي، چې Adenosine په هغه ناروغانو کې نه شو کارولی، چې د Wheezing تاريخچه ولري.

۲. زمور په هېواد کې ډېرې له $10-5 \text{ mg IV}$ Verapamil څخه ډېره گټه اخيستل کېږي، ددې درمل ډوز په ۲۰ دقيقو کې يو ځل له سره کولای شو.

خو په ياد ولرئ، چې کله هم په پراخ QRS Complex Tachycardia کې Verapamil ناروغ ته ناروغ ته ورنه کړئ، پرځای يې د ورید له لارې 5 mg Metoprolo په پينځو دقيقو ذرق شي، کله چې دې ناروغانو ته



وريدي درمل وركوو، د Resuscitation ټول اهمتمات بايد برابر وي.

www.melitahrik.com
0777 400 116



د Sinus Tachycardia درملنه:

د ډول Tachycardia ته فزيولوژيک ټکي کارډيا هم وايي. له هرڅه دمخه لومړی لامل له مينځه یوسئ، لکه د وينې ضايع، د زړه عدم کفايه، Thyrotoxicosis او Anaemia که کم څرگند لامل نه تشخيص کېدو، نو ناروغانو ته لومړی د خولې له لارې بيتا بلاکر (Atenold ۵۰ mg) هره ورځ يوه دانه ډبر اغېزمن تمامېدای شي.

Atrial Tachycardia:

د بطين له مایوکارډ څخه سرچينه اخلي، تر ټولو ښه درمل يې Amiodarone چې ۵ mg/kg د ECG مانيتور تر څارنې لاندې ناروغانو ته توصيه کېږي.

Flecainide او Sotalol هم ښه درمل دي، خو په اسانۍ سره نه پيدا کېږي.

د Flecainide ډوز ۲-۱ mg/kg او د Sotalol ۴۸۰-۱۶۰ mg/day په وېشل شوي ډوز سره.

Atrial Fibrillation/Flutter:

که له ۲۴ ساعتو يې لږ دوام درلود، نو سم له واره ناروغ د Anti Arrhythmic درمل يا DC شاک ورکړئ، همدارنگه لاملونه يې لکه Thyrotoxicosis، د مایټرل دسام ناروغۍ، سينه بغل هم له مينځه وېسئ. په پورته ناروغانو کې لومړی د ورېد له لارې Heparine د انفیورژن په بڼه ۱۰۰۰ i.u./hour توصيه کړئ.

خو که Atrial Fibrillation له ۲۴ ساعتو ډېر دوام ومونده، نو ناروغ ته Diltiazem/Rerapamil/Digoxin ورکولی شو.

Wolf Parkinson Wide Syndrom:



ښايي، چې د Atrial Fibrillation او Atrial Flutter په ناروغانو کې رامینځته شي، QRS Complex څپه به پراخه شوی وي. تر هغه چې په پوره ډول د Resuscitation او د کارډیولوژي له ټیم سره سمه مشوره نه وي شوي، کله هم له Verapamil, Digoxin او Adenosine څخه گټه مه اخلئ.

:Junctional Re-Entry Tachycardia

دلته ستونزه ډېره په AV Node کې موجوده وي، دې ناروغانو ته لومړی Verapamil ۵mg IV ورکوو، که اړتیا شوه، نو ددې درمل ډوز تر ۱۵mg هم پورته کولی شو.

:Ventricular Tachycardia

د بطين له مایو کارډیوم څخه سرچینه اخلي، دې ناروغانو ته لومړی Lignocaine ۱۰۰mg IV په دقیقو کې یو ځل ورکوو، د اړتیا پر مهال یې ۱۰ دقیقې وروسته بیا هم ناروغانو ته توصیه کوو.



درېم څپرکي

د معدې او کولمو د پورتنیو برخو وینه بهېدنه

پېژندنه او تشخیص:

امراض:

۱. قهوه رنگه کانگې (Coffe Ground).
۲. Haematemesis (په کانگو کې روښانه سور رنگه وینه).
۳. Melaena (په غای طه موادو کې وینه) په لږو پېښو ښايي پرته له کومې پتالوژي د معدې او کولمو د پورتنیو برخو حخه وینه راشي، چې دا وینه د مقعد له لارې د Melaena په ډول ښودل کېږي.

یادونه:

سور رنگه روښانه وینه په داسې حال کې چې Hypotension ورسره ملګری نه وي، د معدې او کولمو د ښکتنیو برخو په وینه بهېدنه دلالت کوي.

پخوانۍ تاریخچه:

۱. د معدې او کولمو د وینې بهېدنې پر مهال د لاندې ناروغیو تاریخچه وپلټئ.

- د معدې تپونه.
- تردې وړاندې وینه بهېدنه.
- د ځیګر ناروغۍ.
- د وینې بهېدنې کورنۍ تاریخچه.



- د ټپ ضد درملنه / د علقې ضد درملنه.

- د وزن بايلل.

نښې:

۱. له ډېرې وينې بهېدنې څخه وروسته ناروغان شاک ته ځي، چې Clammy Skin او Tachycardia Hypotension به لري.

۲. په ناروغانو کې کمخوني سر راپورته کوي.

۳. ناروغان د زېرې يا هم د ځيگر ځينو نورو ناروغيو سره مخ کېږي.

۴. د خولې يا مخ په برخه Talangiectasis ليدل کېږي.

۵. په خوله کې Corrosives هم مينځته راځي.

پلټنې:

کله چې وينه بهېدنه شديده نه وي

۱. کله چې بېړنۍ حالت موجود نه وي، ۱۰ ml وينه د Cross Match

لپاره لابر اتوار ته لېږو.

شديده وينه بهېدنه:

۱. Blood Complete.

۲. يوريا او التروليت.

۳. INR.

بېړنۍ درملنه:

که وينه بهېدنه شديده نه وي.

که د ناروغ عمر له ۶۰ کالو ښکته Hypovolaemia ونه لري او د

هيموگلوبين کچه يې تر ۱۰ g/dl وي، لاندې درملنه غوره ده.

۱. Base Line Observation.

۲. د خولې له لارې د خوړو د نظم برابرول.



۳. د درملنې په لیست کې د (Oesophago Gastro Duodenoscop) OGD معاینه ناروغانو ته توصیه کوو.
۴. د خولې له لارې PPI (Proton Pump Inhibitor) یانې Omeprazole، Lansoprazole، Pantoprazole او Esomeprazole ډېر گټور درمل دي.
۵. که په Variceal Bleeding شکمن شو، نو ناروغانو ته انجکشن Terlipressin (۲mg) وریدي په داسې حال کې چې ناروغ د دوه ورځو لپاره د ورید له لارې (۲mg) APASL هم اخیستي وي.
- یا هم ناروغان (۲۵-۵۰ mg) Inj.Octreotid د انفیوژن په بڼه تر ۵-۲ ورځو پورې اخلي.

که وینه بهېدنه شدیدې وي:

۱. ناروغان ICU (د بېرنيو مرستو خونې) ته لېږدوو.
۲. د ناروغ ورید خلاصوو او یو څه وینه Cross Match لپاره لابر اتوار ته لېږو ورپسې ناروغ ته سیروم Haemaccel یا Gelifusion لگوو.
۳. ناروغ ته په گړندی بڼه د ورید له لارې سیروم Saline یا Dextrose ډېر گټور تمامېږي.
۴. د CVP لپاره هم اړینې لارې په نظر کې ونیسئ.
۵. جراحي اړونده ستونزو لپاره له مجرب جراح ډاکتر سره مشوره وکړئ.
۶. که وینه بهېدنه په سم ډول کابو شوي نه وي، ناروغان تر یوه وخته په ICU کې وساتئ.
۷. ډېر ناروغان د شدیدې وینې بهېدنې سره یو ځای (Oesophageal Varices) لري، همدارنگه د ډول ناروغانو پخوانۍ کلنيکي تاریخچه او څرگندې کلنيکي نښې، لکه زیږی، خبن، Spider Naevi او نورو په هکله بڼې پلټنې وشي.



۸. Endoscopy معاینه.

۹. هر ۱۲ ساعته وروسته انفيوژن Omeprazole د وريد له لارې.

۱۰. که په Variceal Bleeding شکمن شو، نو ناروغانو ته انفيوژن

Octreotide (۵۰ mcg) د وريد له لارې تر ۵-۲ ورځو کوو.

۱۱. د Variceal Bleeding ناروغانو ته میکروب ضد درملنه ډېره ګټوره

تمامېږي، که څه هم انتان مداخله نه وي کړې، هره ورځ ۲gr Inj.Ceftriaxon

(IV) يا د ۷-۲ ورځو لپاره هر ۱۲ ساعته وروسته انفيوژن Ciprofloxacin

۲۰۰ mg بڼه اغېزمن او د پام وړ درملنه ده، کله چې ناروغ یو څه د بښګڼې

خواته لارو، د خولې له لارې هم درمل ورته ټاکلی شو.

۱۲. د Variceal Bleeding شکمنو ناروغانو کې د ځيګرد

Encephalopathy د مخنيوي لپاره Lactulose بڼه اغېزمن درمل دی.

تعقيبي درملنه:

په لږه کچه وينه بهېدنه:

۱. تر هغه درملنه وغځوی، چې د معدې او کولمو په اندوسکوپي کې د

بښګڼې نښې رامینځته شوې نه وي، په پرلپسې درملنه کې تر رغېدو پورې

ناروغان H₂ Receptor Antagonist خوري.

تر ټولو غوره درمليز رژيم:

۲. هر ۱۲ ساعته وروسته PPI درمل.

۳. له PPI سره دوه میکروب ضد درمله هم ورکوو، يانې:

- Clarithromycin ۵۰۰ mg هر ۱۲ ساعته وروسته.

- Amoxicillin ۱gr هر ۱۲ ساعته وروسته.

- Metronidazole ۴۰۰ mg هر ۸ ساعته وروسته.

- درملنه بايد تر ۱۴-۷ ورځو دوام وکړي.



- که د Clarithromycin او Metronidazole پروړاندې مقاومت رامینځته شو، پرځای یې بل درمل کاروو.

- که بیا هم درملنه بې پایلې شوه، پرځای یې ۵۰۰ mg Oxytetracycline هر ۶ ساعته وروسته ناروغانو ته ورکوو.

۴. د معدې د فعال تپ پر مهال د PPI یا H₂ Blocker په وسیله د درملنې څلور او نیز کورس په لار واچول شي.

۵. که کنسري حالت موجود وي، د جراحي درملنې لارې چارې لټوو.

يادونه:

که له پورته درملنې سره سره بیا هم ناروغانو د معدې او کولمو برخو وینه درلوده، نو لومړی ښه معاینات اندوسکوپي ده، چې آفت ځای په سم ډول څرگند او د جراحي درملنې لپاره اړین اهتمامات ونيوی شي.

د جراحي مداخلې استنباطات:

۱. که د ناروغ عمر له ۶۰ کالو پورته وي، ۴ یونتو څخه یې ډېره وینه اخیستي وي او تر ۲۴ ساعته د اخیستل شوې وینې کچه ونه ساتل شي، همدا شان پر له پسې وینه بهېدنه هم موجوده وي، نو جراحي مداخلې ته اړتیا موندل کېږي.

که ناروغان Oesophageal Varices ولري:

۱. لومړی د ورید له لارې (۲mg) Telipressing تعینوو او بیا هر څلور ساعته وروسته ناروغانو (۲mg) ټاکو.

۲. د تکړه متخصص ډاکټر تر څارنې لاندې د خولې له لارې هر ۱۲ ساعته وروسته ۵۰۰ mg Ciprofloxacin ناروغانو ته توصیه کوو.

د ناروغ څارنه:

۱. هر څلور ساعته وروسته د ناروغ نبض او وینې فشار گورو.



- ۲. كانگې د هغه د محتوياتو له مخې گورو.
- ۳. هره ورځ د هيموگلوبين كچه ټاكو.

Discharge Policy

۱. د ناروغ رخصت كول د هغه عمر او د معدې كولمو د وينې بهېدنې پورې اړونده ده، خو ډېر ناروغان وروسته له پينځو ورځو كورونو ته استول كېږي.

۲. ځوان ناروغان چې شديده وينه بهېدنه ونه لري، همدارنگه د معدې ټپ يې كمزوري يا نه وي، د اندوسكوپي د معاينې وروسته رخصتېږي.

۳. زاړه وگړي د هغوی بدني وضعيت ته په كتو لېږل كېږي.

۴. كه Hb له ۱۰ g/dl څخه ښكته شوی وي، ناروغانو ته د خولې له لارې هر ۸ ساعته وروسته Ferrus Sulphate (۲۰۰ mg) ورکوو.

۵. كه Neoplasia تشخيص شوه، ډېرو نورو پلټنو ته اړتيا موندل كېږي.

۶. كه د ناروغانو H.Pylori مثبت وي، د هغې درملنه وشي (مخكې ترې يادونه وشوه).

۷. د Oesophageal Varices ناروغان هر ۴-۲ اوونۍ وروسته روغتون ته د كتنې لپاره راغونښتل كېږي.

۸. د Oesophageal Varices د دويمې ځل اخته كېدو د مخنيوي لپاره ناروغانو ته β - Bloc ker ورکوو.

د ځيگر حاده عدم كفايه

له Encephalopathy سره

پېژندنه او تشخيص:

اعراض او نښې:



۱. زېړۍ.
۲. سترېتيا، زده بدوالی او کانګې.
۳. د ځيګر په Encephalopathy کې د هوش کچه بدلون مومي.
۴. د انتاناتو د پېښو ډېرښت.
۵. د Brushing، Coagulopathy او Petechia د پېښو څرګندې نښې.
۶. Hepatic Flap.

Grading of Encephalopathy
Grade ۱: ګنګسيت، د سلوک او حوصلې خرابوالی.
Grade ۲: خوبجن او د سلوک خرابوالی.
Grade ۳: Stupor د خبرو له ګډوډۍ سره يوځای ناوړغ وپښ او ساده امرنونه ځواب ويلی شي.
Grade ۴: کوما، د خبرو بشپړ ګډوډ والی.

پلټنې Investigations:

۱. Blood Complete
۲. INR
۳. يوريا او کرياتينين.
۴. سيروم الکتروليت.
۵. د ځيګر د نديز تيستونه (LFT).
۶. Toxicology Screen
۷. د ځيګر د التهاب لپاره سپرالوژي معاینات.
۸. د وپښې او ادارو کرڼه (Culture).
۹. د څښ د مايع کرڼه.
۱۰. د ګوګل ايکسری.



۱۱. Arterial Blood Gases.

د نورو ارگانونو د عدم کفایې لپاره ځانگړې پلټنې وکړئ:

۱. Anuria / Oligourea.

۲. Hypotension چې مینځنۍ شریاني فشار به له ۸۰ mmHg څخه

بنسخته وي.

۳. Metabolic Acidosis.

۴. د گوگل ایکسری د سږو په برخه کې د پرسوب یا Shadowing نښو ته

ښه پاملرنه وکړئ.

۵. ناروغ شدید بیمار مالومېږي، سترتیا هم ورسره مل وي.

۶. خپلسري وینه بهېدنه او له مخاطي برخو څخه خپلسري وینه بهېدنه.

بېړنۍ درملنه:

۱. ناروغ د بېړنيو مرستې خونې ته لېږدوو.

۲. ناروغ د مجرب متخصص ډاکټر د درملنې لاندې نیسو.

۳. د Consultation لپاره د معدې او کولمو د برخې له ماهر سره سلا

مشوره کوو.

که لاندې ستونزې موجودې وي، ناروغ په ICU کې بستر کوو.

۱. د ځیگر له حادې عدم کفایې سره که د بدن د نورو یا څو غړو د عدم

کفایه مینځته راغلې وي، همدارنگه که ناروغان د Encephalopathy په

Grade (۳) او Grade (۴) کې وي، ناروغان په ICU کې پرېږدو.

۲. د ماغي پرسوب Cerebral Odema.

هغه ځیگر چې اختلاط یې نه وي ورکړئ:

۱. د لاندې کرنو مخه ونیسئ.

- Na لرونکي درملونه زیانمن تمامېږي.



- د PPI تر هغه نه شو ناروغانو ته ورکولی، چې مثبت استتباب موندلی وي.

۲. د Hypoxia د مینځه وړلو لپاره لارې چارې عملي کړئ.

۳. په ناروغانو کې Hypokalaemia او Hypoglycaemia له مینځه وېسئ او پرله پسې ناروغانو ته ۱۰%-۵۰% گلوکوز د وريد له لارې ورکړئ، همدارنگه د Hypotension د مینځه وړلو لپاره Crystalloid او Colloid د انفيوژن په ډول اغېزمن تمامېږي.

۴. ۵% گلوکوز ۵۵ml را اخلو او په هغه کې Vitamin K (۱۰ mg) گډو و او د IV له لارې يې ورو د انفيوژن په ډول ناروغانو ته تطبیق کوو.

۵. ناروغانو ته د خولې يا NG Tube له لارې هر ۲ ساعته وروسته تر هغه ۳۰ ml لکتولوز (Lactulose) ورکوو، چې کولمې ښې پاکې شي، ډوز داسې برابر وو، چې ناروغ هره ورځ دوه يا درې ځلې تغوط وکړي.

۶. د Prophylactic لپاره ناروغانو ته Broad Spectrum میکروب ضد درمل ورکوو.

- هر ۱۲ ساعته وروسته ۲۰۰ mg IV Ciprofloxacin يا هم هره ورځ ۲Gm Inj. Ceftriaxone د وريد له لارې د پام وړ درمل دي.

پورته وريدي درمل له ۴۸ ساعتو وروسته دروو او پرځای يې ناروغانو ته د خولې درمل پیلوو، که کرڼه يا کلچر منفي شو، ټوله درمنده د پینځو ورځو په مینځ کې بندوو.

۷. شکمن اتانات (Suspected Infection) په لاندې درملو له مینځه وړو:

- هر ۱۲ ساعته وروسته ۲۰۰ mg IV Ciprofloxacin يا هم په لومړيو کې ۲ gm Inj. Ceftriaxon، چې بيا يې کچه ۱g ته رانښکته کوو، ورسره



يوځای هر ۱۲ ساعته وروسته ۱۰۰ mg Metronidazole تر ۱۰-۷ ورځو پورې ناروغانو ته توصیه کوو.

- کرنه یا کلچر او د هغه میکروب ضد درملنه ډېره اغېزمنه ده.

۸. خوړیز رژیم دې د ۳۰ Kcal/Kg لوړ پروټین او ټیټه کچه مالګې سره برابر کړل شي.

۹. د Sedatives درملو، لکه Benzodiazepines، Phenothiazine او Opioids له کارولو څخه په کلکه ډډه وشي.

تعقيبې درملنه Subsequent Management:

۱. ناروغانو ته Prophylactic میکروب ضد درمل (Antibiotic) ورکوو، يانې هر ۱۲ ساعته وروسته ۲۰۰ mg Ciprofloxacin د خولې له لارې ښه درملنه ده.
۲. هغه ناروغان چې د Encephalopathy کچه يې تر (۱، ۲، ۳، ۴) شاو خوا وي، په ICU کې وساتل شي.

Additional Factors to Consider

۱. Varices.

د ځيگر د عدم کفايې او Encephalopathy اختلاطات:

۱. Coagulopathy.
۲. د الکتروليتونو د کچې زیانمنېدل.
۳. له معدي او کولمو څخه وينه بهېدنه.
۴. Hypoglycaemia.
۵. متکرر په انتاناتو اخته کېدل.
۶. د بېنستورگو د عدم کفايې له کبله Oligouria.



۷. تنفسي عدم كفايه.

د ناروغ څارونکې درملنه:

په ورځ کې:

۱. هر ساعت د متيازو د کچې ټاکل.
۲. هر دوه ساعته وروسته د وينې گلوکوز ټاکل.
۳. هر څلور ساعته وروسته د وينې فشار ټاکل.
۴. هر څلور ساعته وروسته د نبض ټاکل.
۵. هر څلور ساعته وروسته د بدن د تودوخې د کچې څرگندول.
۶. هر څلور ساعته وروسته د هوش د کچې ټاکل.
۷. د Fundoscopy په مټ د ورځې دوه ځلې د Papilloedema کتل.
۸. د کوپړۍ د ننني فشار ټاکل د Encephalopathy د درېيم گړېدو او څلورم گړېدو لپاره.

روزانه Dialy:

۱. Blood Complete او INR.

۲. يوريا او الکتروليت.

۳. د ځيگر نديزي آزمويڼې (LFT).

۴. وزن او مايعاتو کچه.

حاد Crohn's او Ulcerative Colitis ناروغۍ

پېژندنه او تشخيص:

اعراض او نښې:

۱. شديد نس ناستی او Tenesmus.

۲. د گېډې درد.



۳. بې اشتهايي او د وزن بايلل.

۴. سترييا.

۵. په غايطه موادو کې وينه.

۶. د اوبو ضايع کېدل.

۷. Tachycardia.

۸. تبه.

۹. کمخوني.

ژوند تهديدوونکي کلينيکي بڼه:

a. Sepsis Syndrom او Septic Shock.

b. د کولون توکسيک پراخوالی.

c. د کولون سوری کېدل.

d. د الکتروليتونو بې کچې ګډوډي.

e. ډېره وينه بهېدنه.

f. په څرګند ډول د وزن ضايع کېدل.

g. په دويمې ډول د نورو غړو عدم کفايه.

پلټنې:

۱. Blood Complete.

۲. بيوشميک معاينات او د وينې ګلوکوز.

۳. د ګېډې ايکسری.

۴. د ولاړې حالت ايکسری کې به د حجاب حاجز لاندې هوا وليدای شي.

۵. د غايطه موادو کلچر د Salmonella، Shigella او Compylobacter

ليپاره.

۶. Cross Match.



۷. د شرياني وينې ګازات يا Arterial Blood Gass.

تفريقي تشخيص:

۱. که ناوړغ ځينو مملکتونو ته سفر کړی وي، له هغه څخه د بکتریايي او Amoebic Collitis په هکله تاریخچه واخلي.

۲. د میکروب ضد درملو له کبله د کاډبې غشا لرونکې Colitis يا

Pseudomembranous Colitis

۳. Diverticular Disease

۴. Ischaemic Colitis

۵. د کولمو کنسر.

۶. د ګېډې لمفوما.

۷. شعاعي Colitis.

۸. Ileocecal TB.



بېړنۍ درملنه:

۱. لومړی د ناروغ د اوبو د ضایع کېدو او د الکترولیتونو د گډوډۍ مخه ونیسئ.

۲. که د وینې د Hb کچه له 8g/dl څخه ښکته وي، ناروغانو ته تازه وینه ورکوو.

۳. هر ۸ ساعته وروسته $100\text{mg IV Hydrocortison}$.

۴. هر ۸ ساعته وروسته $100\text{mg IV Metronidazole}$.

۵. که ناروغ له وژونکي کلينيکي بڼې سره لاس وگرېوان وي، اړونده برخو کې د تکره متخصص ډاکټرانو سره مشوره وکړئ.

يادونه:

- د نس ناستي په حاده مرکه کې د Anti- Diarrhveal درملو کارول د کولمو د زهري پراخوالي (Toxic Dialation) سبب گرځي.

- د نس ناستي په حاده مرحله کې د Barium Enema او Colonoscopy ترسره کول د کولمو د سوري کېدو سبب گرځي.

که نس ناستي په اوږدو شي، نو:

۱. ناروغانو ته $400\text{mg Metronidazole}$ هر ۸ ساعته وروسته له

$(40-60\text{mg})$ Prednisolone سره يوځای هره ورځ ورکوو، ياده دې وي، چې

د Hydrocortison پرخای دلته Prednisolone کارول کېږي.

۲. ښه خوړيز رژيم.

۳. هر ۸ ساعته وروسته 800mg Mesalazine د خولې له لارې.

۴. که ناروغي ډېره پرمختللي وي، ناروغانو ته Prednisolone Enema

هم توصیه کوو.



تعقيبي درملنه:

هر دوه ساعته وروسته:

۱. د تودوخې درجه وټاکل شي.
 ۲. نبض کچه وټاکل شي.
 ۳. د وينې فشار ټاکل.
 ۴. د تنفس د کچې څرگندول او ټاکل.
- په ورځ کې دوه ځلې د ناروغانو گېډه د Peritonitis او د کولمو د اوزونو د شتون لپاره وليدی شي.

هره ورځ Dialy:

۱. Blood Complete، يوريا او الکتروليت کتل.
۲. د گېډې ایکسري په گېډه کې د گاز د شتون او کولمو د پراخوالي لپاره.
۳. په غايظه موادو کې د وينې د نښو د پيدا کولو لپاره لابراتواري معاینات ترسره کړئ.

يادونه:

په ولاړ حالت کې ایکسري او په هغه کې د حجاب حاجز لاندې د گاز د شتون نښې پيدا کړئ.

ناروغانو ته له رخصت کولو سره لاندې درمل ورکړئ:

۱. د کورنۍ د برابر خوړيز رژيم په پام کې نيول.
۲. هره اوونۍ ۵mg پورې د Prednisolone کچه رابنکته کړئ.
۳. په ورځ کې يو ځل Prednisolone Enema ناروغانو ته ورکړل شي.



څلورم څپرکی

Renovascular Disease

د پښتورگو حاده عدم کفایه:

پېژندنه او تشخیص:

پېژندنه:

۱. Oliguria به موجوده وي، چې له ۳۰ ml څخه به په یو ساعت د متیازو کچه راښکته شوې وي، ښایي چې ناروغان Anuria هم ولري.
۲. د Plasma د کریاتینین کچه به په ورځ کې له ۱،۵mg/dl څخه پورته شي، خو که انتان موجود وي، نو به کریاتینین به تر ۳mg/dl پورې ورسېږي.

لاملونه:

۱. Prerenal (له پښتورگو څخه مخکې لاملونه).

- د زړه د Volume خرابوالی.

- Hypotension، د زړه د پمپ خرابوالی.

- Sepsis.

۲. پښتورگو اړوند لاملونه:

- Acute Tubular Necrosis.

- Vasculitis، Glomerulonephritis.

- Nephrotoxins.

تشخیص:

۱. له ناروغ څخه د پښتورگو اړوند سمه تاریخچه واخلي، وپلټئ، چې ناروغ خود متیازو سم نه کېدل، Sepsis او یا هم د بدن په کوم بل ارگان ستونزمن شوی نه وي؟
۲. له ناروغ څخه د درملو اړوند تاریخچه واخلي.



۳. له ناروغ څخه د ادرارو د بندښت، سوځېدل، مشانې پرسوب او درد اړونده تاريخچه واخلي.

يادونه:

د تل په څېر له ناروغانو څخه د بدن د نورو داخلي غړو د نظم د خرابېدو په هکله سمه تاريخچه واخلي.

پلټنې:

۱. که په متيازو کې Haematuria يا Proteinurea وليدای شوه، نو په Glumerulonephritis يا هم Vasculitis دلالت کوي.

۲. Blood Complete.

۳. د وينې د ګاز کچه، چې له Acidosis او Hypoxia ځانونه ډاډه کړو.

۴. د پښتورګو د اندازې، تېرو، بندښت او نورو ستونزو لپاره التراساوند بڼه معاینه ده.

کله ناروغ د Nephrology څانګې ته لېږو؟

۱. کله چې ناروغان لاندې ستونزمن حالت ولري.

- Creatinine $> 2,5 \text{mg/dl}$.

- که له کوم څرګند لامل څخه پرته ناروغ د پښتورګو په حاده عدم کفایه

اخته شوی وي.

- که د پښتورګو له حادې عدم کفایې سره يوځای ناروغان په ادرار کې

ويڼه (Haematuria) يا Proteinuria ولري.

- که د پښتورګو له حادې کفایې سره يوځای نور داخلي غړي په آفت اخته

شوي وي.

بېرني درملنه:

۱. لومړی د هر څه دمخه ناروغ ته کتیتیر د احليل له لارې تېر او د ورځني



- مټيازو کچه څرگنده يا وټاکل شي.
۲. که ناروغ اوبه ضايع کړي وي، يانې Dehydrated وي، د وريد له لارې کریستالويد ورکوو.
۳. ناروغ ته د وريد له لارې تر هغه Crystaloids ورکوو، چې د ادرار نورماله کچه 30 ml/hour ته ورسېږي.
۴. که ناروغان د وينې فشار ولري، نو بڼه دې سيروم Gelofusin او يا تازه وينه ورته تطبیق شي.
- يادونه: ناروغانو ته د Dopamine له ورکولو ډډه وکړئ.
۵. که په ځينو حالتونو کې د مايعاتو کچه لوړه شي، نو د وريد له لارې Frusemide ($200-120 \text{ mg}$) ناروغانو ته ورکوو، که Frusemide سره سم ځواب لاسته نه راتلو، د Nephrology د برخې اړونده برخه په جريان کې کړئ.
۶. د پښتورگو لپاره زهري درملو څخه ډډه وشي (NSAIDs).

Accelerated (Malignant) Hypertension

پېژندنه او تشخيص:

د وينې د فشار خبيث حالت هغه دی، چې له شرياني تخريب سره يوځای د ياستوليک فشار کچه تر 130 mmHg پورته شي، ياد حالت د ځيگر Encephalopathy ناروغانو په درېيم او څلورم گړپه کې ډېر ليدل کېږي.

اعراض:

۱. دماغي وروسته والی او د سترگو Bluring يا کرنې کرنې ليدنه.
۲. سر درد.
۳. د زړه د کينې بطين د عدم کفايې له کبله به ناروغان ساه لنډې لري.

نښې Signs:



۱. ناروغان به په متيازو کې وينه لري (Haemachoria).
۲. د سترگو د کسي شاوخوا کې به د Fundoscopy يا په عادي حالت کې د وينې نښې وليدای شي، که ناروغانو مو له خبيث لوړ فشار سره شکمن شول، نو د Fudoscopy په مرسته د سترگو شاوخوا په سم ډول وگورئ، بنايي چې د خبيث لوړ فشار له کبله ناروغان د Stroke، کين بطين عدم کفايي غټوالی او د پښتورگو عدم کفايه ولري، ياده دې وي، چې د خبيث فشار ناروغانو په ادرار کې به د وينې سرې حجرې (RBC)، Casts او پروټين شته وي.

بېړنۍ پلټنې:

۱. Blood Complete، يوريا، الکتروليت او کرياتينين.

۲. د متيازو مايکروسکوپي ليدنه.

۳. ECG او د گوگل ايکسري.

بېړنۍ درملنه:

۱. هغه ناروغان چې د ياستوليک فشار يې له 120 mmHg څخه پورته او د Retinopathy يې په درېيم او څلورم گړېد (Grade) کې وي، بېړنۍ تشخيص دې ورته وشي، دا ناروغان بايد د ورید له لارې هيڅ وانه ځلي، يوازې د خولې له لارې د فشار ضد درمل ناروغانو ته توصیه شي، هڅه وکړئ، د وينې په بېړني ډول رابښکته نه شي، چې خدای مه کړه ناروغان د Cerebral Perfusion او دماغو ته د وينې د نظام له گډوډېدو سره مخ نه شي.

۲. د شديد وينې فشار له پورته کېدو سره ناروغانو ته Bisoprolol 10 mg او ورځې يوه دانه له 30 mg Nifidipine سره يو ځای ورکوو، بنايي ځينو ناروغانو کې 20 mg Lisinopril يا 8 mg Perindopril يا هم



Beta Blocker (۱۶-۳۲mg) Candesartan درمل اغېزمن تمام شي، که Beta Blocker مصاد استطباب وي، ناروغانو ته ورکوي.

يادونه:

کله هم ناروغانو ته د ژبې لاندې Nifidipine ورنه کړئ، په لومړيو کې هڅه کوو، ډياستولیک فشار له ۱۱۵-۱۱۰ mmHg څخه رانېکته نه شي. زړقي درمل يوازې هغه وخت ورکولى شو، چې له خبيث فشار سره لاندې ستونزې هم ملگري شوي وي.

۱. Hypertensive Encephalopathy.

۲. د ابهر څيرې کېدل.

۳. د کوپړې په دننه کې وينه بهېدنه.

۴. Pheomochromocytoma Crisis.

۵. د سپرو حاد پرسوب.

۶. د پښتورگو حاده عدم کفايه.

۷. Unstable Angina.

تعقيبي درملنه:

۱. که ناروغ د وريد له لارې درمل اخلي، بند او د خولې درمل پيل شي.

۲. ناروغانو ته په پرله پسې ډول ۵-۱۰ mg Atenolo Bisiprilol

۱۰۰ mg يا هم د ورځې يو ځل گټور تمامېږي.

۳۰ mg Nifidipin LA

۳. که اړتيا پېښه شوه نو هر ۲-۳ ورځې وروسته ادرار راوړونکي

درمل Diuretic ناروغانو ته ورکوو، کرياتيډين او الټراساوند معاينات

وخت په وخت ترسره کوئ.

۴. ډېره هڅه وکړئ، فشار تر ۱۶۰/۹۰ mmHg سره برابر وساتئ.



د ناروغ څارنه:

۱. وروسته له درملنې د ناروغ فشار هر ۳۰ دقيقې وروسته تاكئ.
 ۲. د ذريقي درملو د كارولو پر مهال د ناروغ فشار هر ۱۵ دقيقې وروسته تاكئ.
- هره ورځ د ناروغ كرياتينين، يوريا او د الكتروليت كچه وټاكل شي.

www.melitahrik.com
0777 400 116



پينځم څپرکي

عصبي Neurology

Status Epilepticus and Frequent Seizure

پېژندنه او تشخيص:

اعراض او علايم:

Status epilepticus هغه حالت ته وايي، چې د ميرگي د حملې پر مهال په ناروغ بله حمله هم راشي، خو ناروغ همداسې د بېهوشي په حالت کې وي، يانې د Epilepsy د حملو ترمينځ ناروغ خپل شعوري حالت نه اختياروي.

له ناروغ څخه لاندې پوښتنې وکړئ:

۱. د ميرگي پخوانۍ تاريخچه موجوده ده او که نه؟
۲. د Status Epilepticus پخوانۍ تاريخچه موجوده ده که نه؟
۳. اوسمهال د ميرگي ضد درمل کاروي؟ يا هم يې د درملو په کارولو کې قضايي راورې، خو نه ده؟
۴. ناروغان کانگې او نس ناستی لري؟

پلټنې:

۱. د وينې کلسيم، گلوکوز او سوډيم ټاکل.
۲. که ناروغ د جټکو ضد درمل (Anti Convulsant) کاروي، تاسو وگورئ، چې ناروغ خو د Seizures لپاره کارېدونکي درمل، لکه Carbamazepine يا Phenyton نه کاروي؟



۳. د ميرگي حمله نوې وي، ناروغانو ته تر ټولو ښه معاینه CT Scan توصیه کوو، چې پر مټ به یې د Basal Ganglia Calcification، Hypoparathyroidism او نورې ستونزې راپه گوته شي.

تفریقي تشخیص:

د Non- Epileptic حملو یا Pseudo - Seizures سره بېلوونکې تشخیص وشي.

د Sepileptius په مینخته راوړلو کې لاندې لاملونه ډېر اړین

رول لري:

۱. انتانات: د سحایا التهاب، Encephalitis او خنځې (Abscess).
۲. د سر حاد ترضیضات.
۳. د ماغي تومورونه.
۴. میتابولیک گډوډی، د پښتورگو عدم کفایه، Hypoglycaemia او Hypocalcaemia.
۵. د درملو ډوز ډېرښت (Phenothiazines، Tricyclics، Cocaine او Isoniazid).
۶. Acute Cerebral Infarction.
۷. Non Epileptic حملې.
۸. Hypoparathyroidism.
۹. Eclampsia.

بېړنۍ درملنه:

۱. که ژبه د Seizure په حمله کې ټپي شوی وي، ناروغ ته د خولې له لارې څه نه ورکوو، د اړتیا پر مهال ناروغانو ته Intubation ترسره کوو.
۲. که په ناروغ د Seizure حمله راشي، هڅه وکړئ داسې یوځای ورته



برابر شي، چې ازاد وي، ترڅو پښې، لاسونه او نورې برخې يې له تپي کېدو بچ پاتې شي.

۳. عمومي Tonic Clonic ميرگي حملې ژوند تهديدوونکي دي، بايد زړ يې درملنه وشي.

۴. ناروغان په ICU کې وساتئ.

۵. Seizure په حملو کې د ناروغ هوايي لارې او ساه اخيستل ښه وڅارئ.

۶. لوړ ډوز اکسيجن چې په ساعت کې کابو 10 L/hour ته ورسې.

۷. په هر ۵ دقيقو کې 10 mg IV Diazepam ناروغانو ته توصيه کړئ، خو که اړتيا شوه، هر ۱۰ دقيقې او هر ۲۰ دقيقې وروسته هم Diazepam ناروغانو ته ورکولى شو.

۸. که د Seizure پرله پسې حمله موجوده وي، نو ۲۰ دقيقې وروسته ناروغ ته Phenyton د Cardiac Monitoring ترڅارنې لاندې ورکوو.

۹. که بيا هم پورته درملنه بې پايلې شوه، نو د نيورولوجي يو تکړه ډاکتر سره مشوره وشي.

۱۰. دويمې ميتابوليک فکتورونه، لکه Hypoglycaemia، د الکتروليتونو گډوډي، Lactic Acidosis، د اوبو ضايع کېدل او Hyperpyrexial له مينځه وېسئ.

۱۱. که د پورته ټولو کړنو سره بيا هم درملنه بې پايلې شوه، په اني ډول ناروغ ICU کې د شته ډاکترانو تر څارنې لاندې ونيسئ، په ICU کې ناروغانو ته په بېرني ډول سره EEG له Intubation څخه وروسته تر سره کړي، دا چې ولې درملنه بې پايلې شي، لاملونه يې په لاندې ډول دي.

ولې درملنه بې پايلې شي؟



۱. د ناسم تشخيص اېنسودل.
۲. د ميتابوليک لاملونو ناسمه پېژندنه او درملنه.
۳. د Intubation او Anaesthesia وروسته تطبیق کېدل.
۴. د درملو د ناسم ډوز کارول.
۵. د ميرگي ضد درملو د درملنې ټاکلې وخت په پام کې نه نيول.

Strok

پېژندنه او تشخيص:

TIA (Transient Ischaemic Attack): هغه Stroke دی، چې له ۲۴ ساعتو لږ دوام وکړي، بنایي چې په ډېرو حملو کې تر ۳۰ دقیقو دوام وکړي. Cresendo TIA: هغه ډول دی، چې د حملو دوام يې ډېر اوږد او په څو ورځو کې بار بار رامینځته شي.

تفريقي تشخيص:

۱. Sub Dural او Extradural، Subarachnoid Haemorrhage او haemorrhage سره.
۲. شرياني څيرې کېدنه په تېره د Whiplash Injury او د غاړې ترضيض ناروغانو کې.
۳. د سحایا التهاب، (HIV) Encephalitis.
۴. Seizures.
۵. Hypertensive Encephalopathy (د یاستولیک فشار به له ۱۲۰ mmHg څخه لوړ وي، د هوش کچه به نسکتته وي او ناروغان به Papilloedema ولري).
۶. ميتابوليک ناروغی، لکه Hyponatraemia، Hypoglycaemia.
۷. د ځيگر Encephalopathy.



۸. Anoxic Encephalopathy لکه شاک او Arrhythmic ناروغی.
۹. ترضیض (Trauma).

بېړنی پلټنې:

۱. گلوکوز، یوریا او الکترولیټ، INR او Blood Complete.
۲. د گوگل ایکسری.
۳. ECG د زړه برېښنایی گراف.
۴. د لاندي ستونزو د شتون پر مهال ناروغانو ته CT Scan او MRI ورکوو.

- که Platelets له ۱۰۰,۰۰۰ لوړ او INR له ۱,۲ لوړ اوسي.
- د سر ترضیض (Head Trauma).
- د غاړې شخوالی، له روښنایی ډارېدل (Photophobia).
- Crescendo TIAs.
- کوما.

بېړنی درملنه:

۱. که ناروغ شعوری حالت نه درلوده، د تېرولو ځواک یې کمزوری شوی وي او نو لومړی ناروغ ته د ورید له لارې مایعات بیا NG ټیوب تېروو.
۲. که ناروغ د خولې له لارې څه نه شي خوړلی، نو په لومړیو ۲۴ ساعتو کې ورته Normal Saline ورکوو، خو له Glucose څخه ډډه وشي.
که ناروغ ډېرې اوبه ضایع کړي وي، پرځای مایعات ناروغانو ته توصیه شي.
۵. که ناروغانو ادارانه شو کابو کولی Foley's Catheter ورته تېر کړئ.
۶. د ښکمنو میکروبونو د شتون پر مهال میکروب ضد درملنه وکړئ.



۷. که تودوخې درجه له $99F^{\circ}$ څخه پورته شي، نو هر ۲ ساعته وروسته ناروغانو ته يو گرام Paracetamol توصیه کړئ.

۸. که د گلوکوز کچه له 200 m/I څخه پورته د Insulin پر مټ يې کابو کړئ.

۹. که فشار بنکته شوی وي، سمه درملنه ورته توصیه شي.

۱۰. هغه ناروغان چې Warfarin اخلي INR يې تر (۱,۰) سره برابر وساتل شي.

که څه ستونزه پرته د تازه پلازما په تطبيق يې له ناروغانو څخه نيسو.

۱۱. له يو مجرب او متخصص ډاکتر سره په لاندې ستونزو خبرې وکړئ.

- د دماغو په دننه کې وينه بهېدنه په تېره هغه ناروغان، چې د علقې ضد

درمل هم کاروي.

- Crescendo TIAs ناروغان چې د CT Scan او MRI په معایناتو کې

وينه بهېدنه نه وي.

- دماغي Hematom چې ناروغانو خپل هوش هم له لاسه ورکړی وي.

- Hydrocephalus

څارنيزه درملنه:

۱. ناروغانو ته د ناستې وضعیت ورکړئ.

۲. بېهوشه ناروغانو د يوې ورځې په مينځ کې خوځښت ورکړئ.

۳. که په CT سکڼ کې وينه بهېدنه نه وي، په اني ډول ناروغ ته Aspirin

30 mg ورکړی، تر هغه چې مضاد استتباب نه وي.

۴. که ناروغ د تېرولو ځواک له لاسه ورکړي NG Tube تطبيق کول تر

ټولو غوره لارده.

اختلالات Complication:



۱. د خولې له لارې د مايعاتو اخیستل د گوگل انتانات مینځته راوړي.
- ځکه چې بنایي په ډېرو وختونو کې Aspiration نمونیا مینځته راوړي.
۲. PE/DVT.
 ۳. خپګان.
- احساساتي حالت مینځته راتلل، Dementia، د خبرو کولو د ځواک د کمزورتیا او نور.
۴. Seizure.
 - په بشپړ او سم ډول بې تشخیص او درملنه وشي.
۵. د اوږو دردونه.
- زیانمن خوا باندي فشار نه راوړل او د درد له مینځه وړل.
- د ډېرو پلټنو لپاره بڼه ډاکتر سره مشوره وشي.
- Causes of Deterioration:**
۱. پورتنی اختلالات.
 ۲. د Hypoxia، Hypoglycaemia، Hyperglycaemia، Pyrexia، انتانات، د زړه عدم کفایه، د مايعاتو او الکترولیت د کچې خرابېدل او نور.
۳. Brain Odema.
 ۴. Cerebral Emboli یا هم Vasculitis.
 ۵. Hydrocephalus په تېره په دماغي Stroke کې.
 ۶. Haemorrhagic Conversion په تېره په غټو انفارکشنو کې.
 ۷. تفریقي تشخیص له سره وکتل شي.
 ۸. EEG، CT Scan معاینات له سره کړي او د Epilepsy او Encephalitis څخه ځانونه ډاډه کړي.
- د حملې د دویم ځل مخنیوي لپاره لاندې کړنې په پام کې نیسو:**



۱. ناروغانو ته تر هغه هره ورځ 150 mg Aspirin ورکوو، چې د وينې بهېدنې علایم له مينځه لار شي.
۲. هره ورځ ټولو ناروغانو ته Warfarin د Stroke له حملې څخه دوه اوونۍ وروسته 3 mg پورې ورکوو، خو د ناروغ INR بايد هره ورځ وټاکل شي.
۳. ناروغانو بايد سگريټه څکولو کلکه ډډه وکړي.
۴. د وينې فشار، شکر، Hyperlipidaemia سمه درملنه ترسره کړئ.

Sub Arachnoid Haemorrhage

پېژندنه او تشخيص:

اعراض او نښې:

۱. ناروغانو ته په ناڅاپي ډول د سر شديد خوږ پيدا کېږي، په څو ثانيو کې خوږ نور هم ډېرېږي، چې د کانگو او د هوش خرابېدل ورسره ملګري وي، دا ناروغان Photophobia او د غاړې شخوالي هم لري.
۲. يو ساعت وروسته په ځينو ناروغانو کې د سر خوږ کمښت مومي، چې په دې حالت کې د CT Scan ازموینه په هيڅ ډول له پامه ونه غورځول شي، دې لپاره چې ډېر وخت به د Sub Arachnoid Haemorrhage دردونه د Migrain او د سر له ساده دردونو سره ناسمېږي.

پلټنې:

- CSF For Blood، CT Head Scan (د وينې د شتون پاره د CSF کتنه)،
Xanthochromia

تفريقي تشخيص:

۱. د سحایا التهاب.
۲. Encephalitis.



۳. Migrain.

بېړنۍ درملنې:

۱. که هوش له مينځه تلې وي، د هوايي لارو د خلاصون لپاره هڅې پيل کړئ.
۲. Dihydrocodeine ۳۰ mg د خولې له لارې يا ۵۰ mg د عضلې له لارې د درد ضد درملو په توگه بڼه پايلې بڼې.
۳. ECG د زړه برېښنايييز گراف.
۴. د نيورولوژي له واک سره په همغږۍ بڼه درملنه پيل شي.

www.melitahrik.com
0777 400 116



Acute Spinal Cord Compression

پېژندنه او تشخيص:

اعراض او نښې:

۱. د يوې يا دواړو اوږو کمزوري.
۲. د حس د کچې ټيټوالي.
۳. د Hyper Reflexia د پښو د تلي خلاصېدونکي غبرگون غښتلي کېدل.
۴. د غايطه موادو، متيازو او جنسي برخو د توازن خرابېدل.
۵. موضعي د ملاردرد او حساسوالي.

پلټنې:

۱. په آني ډول ناروغانو ته MRI معاینه ترسره کړئ.
۲. Blood Complete، يوريا، الکتروليت او LFTs.

د سينې ایکسری:

تفريقي تشخيص:

۱. Transvers Myelitis.
۲. Cord Ischaemia.
۳. Guillain Barre Syndrome.

بېړنۍ درملنه:

۱. هر شپږ ساعته وروسته د ورید له لارې ناروغانو ته Dexamethasone (۴mg) Phosphate ورکړئ.
۲. له تکړه عصبي جراح سره د ښه درملنې لپاره مشوره وکړئ.



شپږم څپرکی

اندوکراینولوژي

Diabetic Ketoacidosis (DKA) and Non Ketotic Hyper Osmolar Coma

پېژندنه او تشخیص:

اعراض:

۱. ډېره تنده.

۲. د وزن بایلل.

۳. ډېر ادرار کول.

نښې:

۱. سوربخن پوستکی.

۲. Kussmaul Breathing ډول ساه اخیستل.

۳. د خولې Ketones ډوله بوی شتون.

۴. د اوبو ضایع کېدل.

۵. گنګسوالی.

۶. کوما.

پلټنې:

۱. د وینې گلوکوز (شریاني).

۲. په پلازما او ادرار کې د کیتون ازموینې.

۳. الکترولیټ.



۴. Blood Gases.

۵. د وينې گلوکوز (وريدي).

۶. MSU.

۷. ECG.

۸. د صدر ايکسري.

بېرني درملنه:

۱. د کيتونو او ميتابوليک اسيدوسز د شتون پر مهال د گلوکوز کچه کابو تر 320 mg/dl پورته ساتو.

۲. د وريد له لاري د سوډيم کلورايد ($0,9\%$) په لاندې رژيم سره ناروغانو ته ورکوو.

- په لومړي ځل نيم ساعت کې يو ليتر.

- يو ليتر په يو ساعت کې.

- يو ليتر په دوه ساعتو کې.

- نور نو د ناروغ عمومي وضعيت ته په کتو سره ټاکو.

۳. انسولين انفيوژن د 1 unit/ml د سوډيم کلورايد $0,9\%$ سره برابر او د

وريد له لاري يې ناروغانو ته تطبيق کوو.

۴. پوتاشيم هم د هغه د کچې له ټاکلو سره سم توصیه کېږي، داسې که د

پوتاشيم کچه له $5,5$ څخه ډېره وي، هيڅ څه ته اړتيا نه شته، خو که د $3,5$ -

$5,5$ پورې بيا يې د انفيوژن په څېر 20 mmol په ساعت کې ناروغانو ته

توصيه کوو، که د $3,5$ څخه کم وي 40 mmol توصیه کېږي.

د پوتاشيم له ورکړي سره د زړه رېتم گډوډېږي، چې پورته درمل بايد د

ECG Monitor پر مټ وشي.

۵. Bicarbonate بايد په ډېر احتياط سره وکارول شي، غوره دا ده، چې



د يو ماهر ډاکټر تر څارنې لاندې ناروغانو ته د تطبيق لار ورکړل شي.
۶. که ناروغانو هوش نه درلود NG Tube ورته تطبيق شي او معده يې
ومينځل شي.

۷. د وينې له کرنې (کلچر) څخه وروسته ناروغانو ته Broad Spectrum
میکروب ضد درمل ورکړئ.

۸. د ناروغ د متيازو د کچې د ټاکلو لپاره هغوی ته کټيتر تېر کړئ.

۹. د Hyperosmoler کوما ناروغانو کې وریدي Thromboembolism
وېره ډېره وي، خو د وينې بهېدنې د مخنيوي لپاره Heparin بڼې پایلې
بندي.

تعقيبي درملنه:

۱. که د وينې د گلوکوز کچه له 270 mg/dl څخه ښکته شوه، نو
ناروغانو ته په اتو ساعتو کې يو ليتر 5% Glucous ورکړئ او د انسولين
انفيوزن کچه 2 u/hour ته راښکته کړئ.

۲. که د وينې گلوکوز کچه 90 mg/dl ته راښکته شوه، وریدي مایعات
 10% Glucose ته واړوئ.

۳. د Sepsis، Pancreatitis او MI د شتون يا شکمن حالت پر مهال د
اړونده ماهرو ډاکټرانو سره په اړیکه کې شئ.

۴. د ناروغ له بستر کېدو څخه ۴۸ ساعته وروسته بايد انسولين پیل
شي، تر هغه چې ناروغ Normo – Glycaemic او سم خوراک پیل کړئ.

ياني انسولين د پوستکي لاندې د يو ماهر ډاکټر تر مشورې لاندې
وکارول شي.

څارنه:

ناروغان په وروستيو کې د Cerebral Odema او ARDS سنډروم لپاره



شارئ.

www.melitahrik.com
0777 400 116



Acute Hypoglycaemia

پېژندنه او تشخيص:

اعراض او نښې:

۱. پوستکي به يخ او خړرنگه.
۲. Tachycardia.
۳. ناراحتيا.
۴. گنگسيت.
۵. کوما.

پلټنې:

۱. Finger Prick Blood Glucose.
۲. د وينې وريدي گلوکوز.
۳. LFT د ځيگر دنديز تستونه.
۴. يوريا او الکتروليت.
۵. TSH.

بېړنۍ درملنه:

که ناروغ ډېر هوش له لاسه نه وي ورگړی:

۱. 25g Glucose په 150ml اوبو کې گډوو او ناروغانو ته يې د خولې له لارې توصیه کوو، که اړتيا ډېره وي، هر $15-10$ دقيقې وروسته يې له سره کوو.

که ناروغ بېهوشه وي:

۲. کله چې ناروغ پوره په هوش شي، د خولې له لارې گلوکوز يا کاربوهايډرېټ ډېر گټور دی.
۳. 20% Glucose کابو 100ml را اخلو او د وريد له لارې يې په 15



دقيقو كې ناروغانو ته وركوو، كه ۱۵ دقيقې وروسته بيا هم ناروغ بېهوشه اوسي، بيا يې هم دوه ځلې وركوو.

۴. كه د انسولين د ډوز د ډېرښت له كبله Hypoglycaemia وي، نو گلو كوز %۵ يا %۱۰ د انفيوژن په ډول د وريد له لارې توصيه كوو، ترڅو ستونزه له مينځه وړي.

تعقيبي درملنه:

۱. د شکر په درملنه له سره پاملرنه وکړئ.
۲. د Hypoglycaemia د مينځته راتلو اصلي لامل وپلټئ.
۳. كه Hypoglycaemia اوږدمهاله شوه، انفيوژن گلو كوز ښه درملنه ده.
۴. وخت تر بله هره ورځ د ناروغانو گلو كوز په نهاره ټاڪئ.

د ادرينال غدې حاده عدم كفايه

Acute Adrenal Insufficiency

پېژندنه او تشخيص:

اعراض:

۱. Lethergy.
۲. زړه بدوالی.
۳. د وزن بايلل.

نښې:

د ادرينال لومړنۍ عدم كفايه:

- a. د فشار ټيټوالي (Sustained / Postural).
- b. Pigmentation (ورغوی، د خولې مخاطي غشا).
- c. Vitiligo.



په دويمې ډول د ادرينال غدې عدم كفايه:

a. خاسفوالى.

د خطر فكتورونه

لومړني خطرونه:

a. Auto Immune ناروغى (شكر، Hypothyroidism او خبيشه وينه

لري.)

b. توبركلوز.

c. د سرو د كانسرونو لېږدېدونكى حالت Metastasis.

دويمې خطرونه:

a. د Steroid درملو ډېر كارول.

b. د نخاميه غدې جراحي / وړانگې.

پلټني Investigation:

۱. Blood Complete.

۲. يوريا او الكتروليت.

۳. د وينې گلوكوز.

۴. Random Serum Glucose.

۵. Plasma ECTH.

۶. د ادرينال لومړني عدم كفايه كې د كورتيزول 150 nmol/l څخه ټيټ

په داسې حال كې چې ACTH به 80 pg/ml څخه لوړ وي.

د ناروغۍ د شدت نښې:

۱. Hyponatraemia.

۲. په لومړني ډول د ادرينال عدم كفايه كې Hypoglycemia شتون.

۳. Hyperkalaemia.



۴. د يوريا لورپوالی.

بېړنۍ درملنه:

که ناروغي شديد وي.

۱. وريدي ۱۰۰ mg Hydrocortisone هر ۲ ساعته وروسته.

۲. په ۲۰-۳۰ دقيقو کې د وريد له لارې يو ليتير Sodium Chlorid

(۹%، ۰) ناروغانو ته ورکوو، که Hypoglycaemia موجوده ورته درملنه

وکړئ.

۳. ۲۰% Glucose کابو ۱۰۰ ml د وريدي انفیوژن په ډول په ۳۰ دقيقو

کې ناروغانو ته ورکوو، په داسې حال کې چې ۱۰% گلوکوز يو ليتير د

انفیوژن په ډول په ۱۲ ساعتو کې واخلي، بڼې پایلې له ځان سره لري.

تعقيبي درملنه:

۱. هر اته ساعته وروسته ناروغانو ته ۲۰ mg هايډرو کورټيزون ورکوو.



اووم څپرکی

د الکترولیتونو گډوډۍ Hyperkalaemia

پېژندنه او تشخیص:

دلته به د پلازما د پوتاشیم کچه کابو له 6 mmol/L څخه سمون و خوري.

ځانگړي لاملونه:

۱. ډېره کارونه: په خوړو کې د پوتاشیم د کچې ډېرېت یا هم د ورید له لارې د پوتاشیم ډېرېت هم Hyperkalaemia مینځته راوړي.
۲. د انساجو مړینه: د هغې سیسټم ته وینه بهېدنه او په تشو کې راغونډ بدل هم سبب کېدای شي.
۳. د K خارجېدل له حجري څخه: د حجراتو مړینه، شاک، Ischemia، Acidosis، د انسولین کمښت، د الډسټرون د خوړېدو عدم کفایه او $\beta - \text{Bloc ker}$ هم Hyperkalaemia مینځته راوړي.

اعراض او نښې:

۱. Neuromuscular اعراض.
۲. د زړه مړینه پرته له نښو د شتون.

پلټنې Investigation:

۱. د پلازما په مایع کې د یوریا، الکترولیتو او پوتاشیم کچه څرگنده کړئ.
۲. Blood Complete.



۳. په وريدي وينه کې د HCO_3 کچه.
۴. د ادرار د نورمالې کچې مالومول.
۵. د ECG بدلونونه: چې T خپه، PR او QRS Complex به له نورمالې څخه يو څه اوږدوالی ولري.
۶. که لامل نښه څرگند نه شو، په وينه کې د Cortisol کچه وټاکئ.

درملنه:

- درملنه بايد په پلازما کې د K د کچې د ټاکلو پرمټ ترسره شي.
۱. لومړي اصلي لاملونه چې پورته ذکر شوي له مينځه وپسئ.
۲. په شديدو حالتونو کې وريدي ۱۰% Calcium Gluconate کابو - ۱۰ ml ناروغانو ته زرق کوو.
۳. وريدي ۵۰ ml له ۵۰% Glucose سره يوځای ناروغانو ته ۱۰ يونيټه Regular Insuline ورکوو.
۴. کابو ۱۵ دقيقو کې په Alternative ډول سره وريدي Sulbutamol ۰.۵mg به ۵% Dextrose کې ناروغانو ته توصيه کوو.
۵. د Metabolic Acidosis په پېښو کې هر ۸-۲ ساعته وروسته ۱،۲% (HNCO_2) ناروغانو ته گټور تمامېږي.

Hypokalaemia

پېژندنه او تشخيص:

دلته به د پلازما د پوتاشيم کچه له 3.5 mol/L سره سمون و خوري.

اصلي لاملونه:

۱. په دويمې ډول د هغې سيستم په برخه کې د کانگو او نس ناستي پېښېدل.
۲. د پښتورگو له لارې په ادرارو کې پوتاشيم له 20 mmol/L څخه ډېر



ضايغ كېدل.

۳. د Mg كمښت يا نه شتون، همدارنگه د پښتورگو د تيوبولونو بېلا

بېلې ناروغۍ.

۴. Metabolic Acidosis.

پلټنې:

۱. د ECG بدلونونه، د ST څپه سرچپه، هموارې TU څپې او

Arrhythmias.

۲. د سيروم د پوتاشيم د كچې ټاكل، په ادرارو كې د يوريا،

الكتروليتونو ټاكل.

۳. Blood Complete له اړتيا سره سم.

۴. د نس ناستي او Diuretic كارونو كسانو كې د سيروم Mg او K كچه

وټاكل شي.

درملنه:

درملنه بايد د پلازما د پوتاشيم د كچې د ټاكلو له مخې ترسره شي.

۱. د Hypokalaemia د مخنيوي لپاره وريدي مايعات، سټرويد او

Diuretics كابو $80-120$ mmol/L ناروغانو ته توصيه شي.

۲. كه د پلازما د پوتاشيم كچه له 3.0 mmol/L څخه ښكته او كوم

اعراض ونه لري.

درملنه يې:

- د لامل د شتون له مينځه وړل، هر ۸ ساعته وروسته دوه دوه ټابلېټ

Neo-K ښه اغېزمن تمامېږي.

- په شديدو پېښو كې پوتاشيم لرونكي تازه مېوې ډېر و كارول شي.

۳. كه د پلازما پوتاشيم كچه له 3.0 mmol/L ښكته او Arrhythmia



ورسره ملگرې وي، نو:

- ۲۰ mmol پوتاشيم كلورايد (KCL) په ۵۰۰ ml د سوډيم كلورايد (۹۰٪) سره گډو او د وريد له لارې يې ناروغ ته توصيه كوو.
که د زړه Arrhythmia بيا هم له گډوډۍ سره مخ وي، د زړه له تکره متخصص سره مشوره وشي.

Hyper Calcaemia

پېژندنه او تشخيص:

د پلازما د كلسيم كچه كابلو له ۱۰,۵mg/dl څخه پورته وي.

اصلي لاملونه:

۱. په ۲۰-۱۰ سلنه ناروغانو کې لومړنی Hyperparathyroidism موجود دی.
۲. Malignancy.
- په موضعي ډول د هډوکو د ناروغيو شتون.
- د تيونو، سېرو کنسررونه، Myeloma، Lymphoma او همدارنگه د مری، پښتورگو، پروستات، سر او غاړې کنسري حالتونه.
۳. Granulomatous ناروغۍ.
- Sarcoidosis.
- TB توبركلوز.
۴. درملونه.
- Vitamin D.
- Vitamin A.
- Thiazide Diuretics.
۵. ميتابوليک لاملونه.



.Thyrotoxicosis -

.Pheochromocytoma -

Milk Alkali Syndrome -

اعراض او نښې:

۱. تر هغه چې Ca^{++} له 12 mg/L څخه ډېر شوی نه وی، نښې يې کمې

وي.

۲. په هضمي سيستم کې به کانګې، زړه بدوالی، قبضيت او د گېډې درد

شته وي.

۳. په پښتورگو کې به ادرار ډېرښت (Polyuria) او د اوبو ډېر څښل

(Polydepsia) شته وي.

۴. په زړه او رگونو سيستم کې به د فشار لوړوالی، ECG کې به د QT

انټروال او اوږد PR خپه موجوده وي، همدا شان QRS به پراخ او

Arrythmia نښې به وليدای شي.

۵. عصبي سيستم کې به ناروغ خپګان، سردرد، د هوش گډوډي او په

حاد ډول اروايي ناروغ وي.

پلټنې:

۱. په اني ډول ناروغانو ته د يوريا، الکتروليت، Ca^{++} ، Albumin کچه

وټاکئ، همدا رنگه ECG او د گوگل ایکسري هم مه هېروئ.

۲. ESR، Blood Complete، Alk Phasphatase، د فاسفورس کچه،

او اميلپر (Amylase) او Lipase کچه د پانکراس د التهاب د شتون په موخه

وټاکل شي.

درملنه:

Mild: ۱. په کمزورو پېښو کې بېړنۍ درملنې ته اړتيا نه شته، خو تر



ټولو غوره دا ده، چې Thiazides او نور ډول Vitamin A,D او د کلسیم کارونه ځای پر ځای ودرول شي.

Moderat: ۲. د ناروغۍ په مینځني شدت کې د خولې له لارې ناروغانو ته د ورځې ۲-۳ لیتره اوبه ډېرې گټورې تمامېږي، که د خولې له لارې د اوبو څښل ناشوني، نو د ورید له لارې ۲-۳ لیتره سوډیم کلوراید (۰,۹%) هم غوره کړنه ده، د یوریا او الکترولیت د کچې ټاکل هم اړین دي.

Sevre: ۳. د ناروغۍ په شدید حالت کې ناروغان باید په ۲۴ ساعتو کې ۳-۴ لیتره سوډیم کلوراید (۰,۹%) واخلي، په زړه او LVF ناروغانو کې احتیاطه کار واخیستل شي، که د ناروغانو د مایعاتو کچه له نورمال واټن څخه ډېرښت وموند، نو په هرو ۱۲ ساعتو کې ۲۰-۴۰ mg Frusemide د ورید له لارې ستونزه په بشپړ ډول له مینځه وړي، خو یاده دې وي، چې د Frusemide کچه له ۱۲۰ mg څخه ډېرښت بیامومي، د پښتورگو له لارې د کلسیم ضایع کېدل مینځته راوړي شي، له دې امله هر ۱۲ ساعته وروسته د یوریا الکترولیت او کلسیم نورماله کچه ټاکل ډېر اړین دي.

۴. که د سیروم (Ca++) کچه له ۱۳,۲ څخه لوړه او اعراض هم ورسره ملگري وي، نو ناروغانو د ورید له لارې په هرو څلورو ساعتو کې ۶۰-۹۰ mg Disodium Pamidronate ورکوو، ترڅو په ۷ ورځو کې ستونزه په بشپړ ډول له مینځه لاړه شي.

Hypernatraemia

پېژندنه او تشخیص:

د سیروم د سوډیم کچه به له ۱۵۰ mmol/L څخه پورته وي.

میکانیزم:

په ټولیز ډول د بدن د اوبو کمښت یا د بدن د سوډیم ټولیز ډېرښت.



اعراض او نښې:

د عصبي سيستم بېلا بېلې نښې، لکه Lethergy، کوما، ميرگي او د اوبو د ضايع کېدو له کبله Hypovolemia نښې.

پلټنې:

۱. سيروم يوريا، الکتروليت او گلوکوز د کچې ټاکل.
۲. د ادرارو يوريا او الکتروليت.

درملنه:

۱. لومړۍ هڅه وکړئ، چې د Hypovolemia درملنه ترسره کړئ.

لاملونه:

۱. $U_{osm} > 300 \text{ mmol/l}$.

- Osmotic Diuresis، لکه Hyperglycaemia.

- د اوبو د پرضايع کېدل د خولو، نس ناستي او نورو لاملونو له کبله.

- د تندې د حس نه شتون.

- Diabets Insipidus هم شونې ده.

بېړنۍ درملنه:

۱. که Hypernatraemia نښې نه درلودې.

- د خولې له لارې مايعات.

- هره ورځ د Na کچه وټاکئ.

۲. که د اعراضو سره يوځای Hypevolaemic شاک هم موجود وي.

- د وينې د نظم د برابروالي لپاره ناروغاو ته %۴۵، ۰ سوډيم کلورايد

ورکړئ.

- که لامل په DM پورې اړوند نه وي، نو د Hypernatraemia اعراض د



۵% گلوکوز په وسیله له مینځه وړو.

- که د Hyper Natraemia لامل د Non- Ketotic Hyperosmoler
Coma له کبله وي، ۰،۴۵% سلاین قطع او ناروغانو ته ۵% گلوکوز پیل
کړئ.

درملنه Treatment:

۱. هر ۱۲ ساعته وروسته د Na کچه مالومه کړئ.
۲. په ۲۴ ساعته کې د سیروم سوډیم کچه باید له 10 mmol/l څخه
ډېر نښت بیا نه مومي.

Hyponatraemia

پېژندنه او تشخیص:

د پلازما د سوډیم کچه به 125 mmol/l سره سمون خوري.

لاملونه:

عام لاملونه:

۱. ECF (خارج الحجروي مایع کمښت).

- د DKA، کانگو او نس ناستي له کبله Hypovolemia.

- Cirrhosis، د ادرینال غدې عدم کفایه او د پښتورگو د عدم کفایه له

کبله د مالګې مایع کېدل.

۲. د ECF نورمال کچه.

- NSAIDs، Diuretics، Hypothyroidism، Nephrotic Syndrome

او له عملیات څخه وروسته دردونه.

۳. د ECF د کچې ډېر نښت.

- د پښتورگو عدم کفایه، د زړه عدم کفایه.

اعراض او نښې:



۱. زړه بدوالی.

۲. Cramps ډوله دردونه.

۳. گنگسیت.

۴. Lassitude.

۵. میرګي.

تشخيصي Dragnosis:

- په بشپړ ډول د سمې تاريخچې اخیستل، درملو او مایعاتو د کارونې ډولونه.

پلټنې:

۱. یوریا او کریاتینین.

۲. د ادرارو سوډیم او Osmolality.

درملنه:

۱. د پلازما د سوډیم کچه له 120 mmol/l څخه پورته شي.

- له $5L$ ، څخه لږه مایع و اخیستل شي.

- 9% ، سیروم سلاين کابو یو لیتر په 12 ساعتو کې ناروغانو ته

ورکړي.

- که د مایع کچې ډېر نښت وموند، د خولې له لارې ناروغانو ته -

40 mg Frusemide ورکړئ.

۲. که د پلازما سوډیم له 110 mmol/L څخه ټیټ وي، نو:

- ناروغانو ته $1,8\%$ یا 3% سیروم سلاين ورکړئ، چې په یو ساعت کې د

سوډیم کچه تر 5 mmol/l ، پورته یوسي.

- بیا هم که مایعات ډېر شول 20 mg Furusemide ښه درمل دی.

Hypo Calcaemia



پېژندنه او تشخيص:

د پلازما د كلسيم كچه به له 8.5mg/dl څخه نېكته وي، يانې 2mmol/L به وي.

عام لاملونه:

۱. Hypoparathyroidism.

۲. Alkalosis (ميتابوليک او تنفسي).

۳. د VitD کمښت.

۴. د پښتورگو حاده عدم کفايه.

۵. د پانکراس حاد التهاب.

۶. Hypo Albuminaemia.

اعراض او نښې:

۱. په ماشومانو کې د Carpopedal Spasm، Stridor او اختلاج نښې

ډېرې غښتلې وي.

۲. په لويانو کې د لاسونو پښو او د خولې شاوخوا برخو د حس له مینځه

تلل، خو د Carpopedal Spam نښې کمزورې وي.

۳. د Trousseau's Sign او Chovstek's Sign هم نښې وليدای شي.

پلټنې:

- ايوناييز كلسيم مقدار به کم وي.

درملنه:

۱. د Alkalosis د يو ډول ځانگړو کاغذي کڅوړو کې له ساه ايستلو

څخه وروسته سمېږي.

۲. 20ml Inj. Ca-gluconate د وريد له لارې ډېر اغېزمن دی، که د



عضلې له لارې توصيه كوو، نو ۱۰ ml بسنه كوي.
۳. اصلي لامل له مينځه يوسئ.

www.melitahrik.com
0777 400 116



اتم څپرکی

انتانات Infections

دماغي ملاريا Cerebral Malaria:

پېژندنه او تشخيص:

۱. دماغي ملاريا د پلازموډيم فالسيفارم د ډېرو وپروونکو اختلاطاتو له ډلې څخه شمېرل کېږي، چې د مړينې کچه يې تر نورو لوړه ده.
۲. په هغه ناروغانو کې چې کلينيکي بڼه او د هوش کچه يې خرابه وي، ډېر د دماغي ملاريا خواته فکر کېږي.
۳. د دماغي ملاريا ډېر ناروغان د گنګسيټ، Stuporous، Delirium او د کوما تر کچې رسېدای شي، شونې ده، چې کلنيک په بېرني يا هم په تدريجي ډول رامینځته شي، همدارنگه ناروغان به د سحاياء التهاب، مخرش والی، نښې هم له ځان سره ولري.
۴. که دې ناروغانو ته د Fundoscopic معاینات ترسره شي، ښايي چې د سترگو Retina طبقه کې به د وينې نښې رابرسېره شوي.

تشخيص Diagnosis:

کلينيکي او لابراتواري تشخيص:

۱. د سلايد پر مخ د ملاريا پرازيتونو موندل، که د Parasitemia کچه له ۵% څخه لوړه يا هم په هر ملي ليتر کې له ۱۰۵ څخه ډېر پرازيت موجود و، د مړينې کچه ډېر نښت مومي.
۲. د GCS) Glasgow Come Scale) پر مټ د ناروغ د هوش کچه



ويتاکی.

۳. ناروغ د مایعاتو د ورکړې پر مهال د پښتورگو له لارې د هغه اطراح وڅارئ، یانې که په ۲۴ ساعتو کې د پښتورگو له لارې د مایع کچه د ۵۰۰ ml لږه شوه مایعات بند او د پښتورگو په اړوند پر ځای معاینات ناروغ ته ورکړئ.

۴. د وینې د گلوکوز کچه ډېره اړینه ده، په تېره هغه ناورغانو ته چې Quinine د انفیوژن په بڼه اخلي.

۵. د ناروغانو د HCT (Haematocrite) کچه هر ورځ د لابراتوار په مرسته څرگنده کړئ.

بېړنۍ درملنه:

۱. که ناروغ د هوش کچه له مینځه تللې وه، نو په یو اړخ یا پرمخ (Prone) وضعیت یې ځملوئ.

۲. د IV لاره یې خلاصه کړئ.

۳. ناروغ ته (NGT) تېر او له (Glucose-D) سره یو ځای په هر ساعت کې ۸۰ ml تازه جوس ورکړئ.

درملیزه درملنه:

۱. هر اته ساعته وروسته Quinine د انفیوژن په څېر د ۲۰ mg/kg د بدن وزن سره برابر او ناروغ ته توصیه کړئ، لومړی ۲۰ mg/kg ورکوو، بیا ۱۰ mg/kg هر اته ساعته وروسته ورکوو او په ۱۰٪ گلوکوز کې گډېږي، ترڅو د Hypoglycemia څخه مخنیوی وشي.

۲. که Quinine انفیوژن ته مو لاسرسی نه درلود، نو پر ځای یې د عضلې له لارې Arthemether کابو ۲ mg/kg، ۳ د پینځو ورځو لپاره ناروغانو ته ورکوو، یاده دې وې، چې د Arthemether له لومړۍ ورځې وروسته



۱,۲ mg/kg ته بنسخته كوو .

۳. ناروغ د ۳rd جنيريشن Cephalosporin سره ډېر بنه ځواب وايي، يانې هره ورځ د وريد له لارې (۲g) Inj.Ceftriaxon ورکوو، خو د يادولو وړ ده، چې په دې درملنه کې ناروغان Septicaemia ته ډېر مساعد کتړي.
۴. که ناروغان د پښتورگو حاده عدم کفايه ولري، په آني ډول ورته Haemodialysis پيل کړئ.

د سحيا التهاب (Meningitis) (Bacterial)

پېژندنه او تشخيص:

اعراض او علايم:

۱. سر درد، کانگې، د غاړې شخوالي او له روښنايي څخه وېره (Photophobia).
۲. تبه.
۳. د هوش زيانمنېدل، کوما او ميرگي.
۴. د septicaemia او شديد Sepsis كلينيكي نښې.
۵. په لويانو کې شونې ده، چې گنگسيټ له تبې څخه پرته هم شته وي.

ژوند گواښوونکي كلينيكي بڼه:

۱. په بشپړ ډول د هوش له مينځه تلل.
۲. د کوپړۍ د ننني فشار لوړېدل.
۳. احتلاجات (Convulsion).
۴. Septicaemia او د هغه اختلاطات.

پلټنې:



۱. په ټولو هغه ناروغانو کې چې تبه، سر درد او د سحایا التهاب ولري، د CSF لابر اتواري معاینات همدارنگه کولی شو، چې ناروغانو ته د ښه تشخیص په موخه Brain CT Scan او Brain MRI هم توصیه کړو.

۲. Blood Complete او Deffrential WBC.

۳. یوریا، الکترولیت او گلوکوز.

۴. Pneumococcal Meningitis په ناروغانو کې ۵۰ سلنه د وینې کلچر

مثبت وي.

۵. د گوگل ایکسری.

تفریقي تشخیص:

۱. Sub Arachnoid Haemorrhage.

۲. د کوپری ننی Sepsis.

۳. سیسټمیک Sepsis.

۴. د نورو لاملونو له کبله د کوپری د ننی فشار پورته کېدل.

۵. Encephalitis.

۲. ملاریا.

بېرني درملنه:

پرتله له ځنډ او تشخیص څخه ناروغ د Antibiotic ورکړل شي.

د سحایا التهاب په اختلاطي حالتونو کې:

۱. د Pneumococcal Meningitis ناروغانو کې ۲ mg Ceftriaxon هر

۱۲ ساعته وروسته له ۱۵mg/kg Inj. Vancomycin سره یوځای ناروغ ته

ورکړی او بیا وروستی ډوز د ۱۰ mg Inj. Dexametason هر شپږ ساعته

وروسته ورکړی، همدارنگه د میکروب ضد درملنې په لومړي ډوز کې Inj.

Dexametason (۰,۱۵mg/kg) ډېرې ښې او پرځای پایلې ښندي، که



ناروغ له Pencilline سره حساسیت درلوده، که میکروب له Pencilline سره حساس وي، نو بیا به Benzyl Pencilline د Seftrixone سره یوځای ورکول کېږي، نو هر ۴ ساعته وروسته د ۱۴ ورځو لپاره ناروغ ته Benzyl Pencilline ۲،۴g د انفیوژن له لارې ډېره اغېزمنه درملنه ښودل شوې.

۲. که Meningococcal Sepsis موجود وي، Methylprednisolone ۵۰۰ mg د وریدي انفیوژن له لارې د لومړي میکروب ضد درملنې ناروغانو ته ورکولو.

۳. که چېرې Herpes Simplex Encephalitis مینځته راغلی وي، په Empirical ډول سره ناروغ ته ۱۰ mg/Kg Acyclovir هر ۸ ساعته وروسته د انفیوژن په څېر ډېر غوره دی.

۴. که په ډېرو ځایونو کې د CSF د کتنې اسانتیا نه وي، نو په Empirical ډول سره ناروغانو ته ۲g Ceftriaxon هر ۱۲ ساعته وروسته توصیه کوي.

Acute Hot Joint, Septic Arthritis & Gout

پېژندنه او تشخیص:

اعراض:

د بندونو شدید دردونه او پړسوب.

نښې:

گرم، حساس او پړسېدلي بندونه په داسې حال کې اوبه هم ښايي، په بند کې ټولې شوي وي، په لویانو معافیت ځپلو، شکر، د پښتورگو په عدم کفایه اخته وگړو او Rheumatoid Arthritis ناروغانو کې د تبې شتون د بند د التهاب ښودنه نه شي کولی.

پلټنې:



بېړنۍ:

د زنگون بند ډېر پرسېدلی وي، په اني ډول يې مایع وباسئ (په مایع ایستلو د کپنلارې وروسته څپرکی وگورئ).

۱. Blood Complete.

۲. مایکرو بیولوژي.

۳. د وینې کرنه (Culture).

۴. په افت اخته شوي بند څخه د Swab اخیستل.

۵. که د Gonococcal د انتاناتو شک شته وي، د مقعد، احلیل او مری څخه Swab اخیستل بڼه تشخیص غوره کولی شي.

۶. ESR.

۷. CRP.

۸. د سیروم د یوریک اسید د کچې ټاکل.

۹. په افت اخته شوي بند څخه د X-Ray اخیستل.

تفریقي تشخیص:

۱. Septic Arrthritis.

۲. Crystal Arrthritis له نفرس سره.

۳. Acute Reactive Arrthritis.

۴. حاد التهابي Arrthritis، لکه په Rheumatoid Anthritis.

۵. Haemarthrosis.

بېړنۍ درملنه:

مرستندویه:

۱. لومړی د بند د درد د کمښت لپاره ناروغ ته Analgesia ورکړئ،

ورپسې ۵۰ mg Tab. Diclofenac هر اته ساعته وروسته.



۲. له اړتيا سره سم هر ۲ ساعته وروسته يو گرام Paracetamol، كه بيا هم درد شته وي، نو ناروغ ته هر اته ساعته وروسته يو ټابلېټ Tramadol ورکړئ.
۳. بند د فزيوتراپيست په مرسته Ice Pack او Splint کړئ.
۴. د مايعاتو پوره کول.
۵. كه ناروغ وړاندې له دې Steroid اخيستل تاسو ورسره Prednisolone ۱۰mg هم ملگري کړئ.

www.melitahrik.com
0777 400 116



میکروب ضد درملنه Antibiotic Therapy:

کله چې له بند خخه مایع واخیستل شي، میکروب ضد درملنه پیل کړئ، عام میکروب د Staph Aureus ډېروي.

۱. هغه ناروغان، چې یوازې یو بند یې په افته اخته وي، هر اته ساعته وروسته ورته د خولې له لارې له ۵۰۰ mg Sodium Fusidate ورکړئ، همدارنگه د ورید له لارې ورسره ۵۰۰ mg Flucloxacillin هم یوځای کولی شئ، که له Pencilline سره حساسیت ولري، نو بیا ورته Erythromycine توصیه کړئ.

۲. که ناروغ Rheumatoid یا هم د بندونو التهابي حالت سره یوځای Septic Join ولري، نو:

- هر شپږ ساعته وروسته د ورید له لارې Flucloxacillin سره یوځای ۵۰۰ mg Amoxicillin هر اته ساعته وروسته ناروغانو ته ډېر اغېزمن تمامېږي.

- هغه ناروغان چې له Pencilline سره حساس دي، پرځای یې هر اته ساعته وروسته ۱,۵g IV Cefuroxime ورکولی شو.

۳. په Gonococcal انتاناتو کې ۴۰۰ mg/۱۲h Ofloxacin د خولې له لارې ډېرې پایلې لرلی شي.

څارنیزه درملنه:

۱. د نبض کتل او ټاکل، هر څلور ساعته وروسته د تودوخې د درجې ټاکل تر هغه چې ناروغ نورمال حالت ته راشي.

۲. هره ورځ له بند خخه مایع اخیستل او کلچر ته لېږل، ترڅو څرگنده شي، چې میکروب ضد درملنې اثر ښودلې او که نه.

۳. هر ۴۸ ساعته وروسته WBC، ESR او CRP معاینه کول.



۴. هغه ناروغان چې Sodium Fusidate اخلي، د LFT ټیسټ ورته ډېر اړین دی.

تعقيبي درملنه:

Septic Arthritis.

د میکروب ضد درملنه:

۱. د میکروب ضد درملنه باید له بکتريا سره د حساسوالي له مخې وټاکل شي، د Staph Aureus انتاناتو د شتون پر مهال ناروغ ته د هر وخت لپاره دوه میکروب ضد درمل وټاکئ.

۲. میکروب ضد درملنه تر هغه غځوو، چې تبه او نور سیستمیک اعراض له مینځه لاړ شي.

۳. د خولې له لارې میکروب ضد درملنه تر ۶ اوونيو وغځول شي.

۴. په مرستندويه درملنه کې Physiotherapist ښې لاسته راوړنې درلودی شي.

د درملنې بې پایلې کېدل:

۱. د تشخیص ناسموالی.

۲. د کلچر له سره تر سره کول.

۳. د درملنې له بې پایلې کېدو سره ناروغ تکړه Rheumatologist، د هپووکو جراح سره مشوره وشي.

- د نفرس د شتون پر مهال په Synovial مایع کې Urate Crystals ښې موجودې وي.

- هر اته ساعته وروسته د نفرس ناروغ باید ۵۰۰ mg Naproxine د خولې له

لارې واخلي، که NSAIDs مضاد استطباب وي، نو هر ۶ ساعته وروسته

۰.۵mg Colchicine د خولې له لارې ډېرې ښې پایلې لري.

- د حد د نفرس پر مهال کله هم ناروغانو ته Allopurinol ورنه کړئ.



Sepsis Syndrome & Septic Shock

پېژندنه او تشخيص:

Bacteraemia او Septicaemia پر وړاندې د بدن سيستمیک غبرگون ته Sepsis ويل کېږي، په هغه ناروغانو کې ډېر مینځته راتلی شي، چې معافیت ځپلي وي.

اعراض او نښې:

۱. خوله کېدل او تبه.
۲. سردرد او د عضلاتو دردونه.
۳. په بولي لارو، تنفسي لارو، سحایا، پوستکي، گېډه، حوصله (PID)، Endocarditis، Osteomyelitis او STD برخو کې د انتاناتو د شتون اعراض او نښې ډېرې غښتلې وي.

ژوندگوانبوونکي حالتونه:

۱. Sepsis Syndrome: Sepsis د غړيو له عدم کفایې سره، لکه د پښتورگو زړه عدم کفایه ورسره یوځای د Hypoxia، Acidosis، ARDS، د گیلو شتون.
۲. Septic Shock: Sepsis Syndrome د سيستولیک فشار کابوله 90 mmHg څخه ښکته.

پلټنې:

۱. Boold Complete.
۲. د گوگل ایکسري.
۳. د سيروم Cortisol د کچې ټاکل.
۴. گلوکوز.
۵. Arterial Blood Gass.



۶. INR او APTT.

۷. د وينې، ادرار او غايضه موادو كلچر د انتاناتو د پېژندلو لپاره، كه د كوپرې نني فشار پورته شوی وي، كانگې به هم موجود وي.

۸. د هډوكو د مغز كتنه.

۹. د نورو مالوماتو د لاسته راوړلو لپاره CT Scan، التراساوند بڼه لار ده.

تفريقي تشخيص:

۱. سيټميک انتانات: د Staphylococcal ټوكسيك شاك سندروم، ملاريا، Systemic Inflammatory، Viral Haemorrhagic Fever، Rickettsial انتانات او Systemic Inflammatory Response Syndrome سره.

بېړنۍ درملنه:

۱. لومړې ناروغانو ته پوره اكسيجن برابر كړل شي.

ميكروب ضد درملنه:

۲. كه د تنفسي، بولي او زړه سيستم كې د انتاناتو څرگندې نښې پيدا نه شي، نو IV ۲ g Ceftriaxon له Gentamicine سره يوځای د ژوند گوانټوونكي كلينيك د درلودلو پر مهال ناروغانو ته وركوو.

۳. كه د كولمو په كومه برخه د سوري كېدو نښې څرگندې شوې، له پورته درملنې سره يوځای ناروغ ته په هرو اتو ساعتو كې ۵۰۰ mg Metronidazole د وريد له لارې توصيه كړئ.

۴. كه د معايناتو او كلچر له مخې Salmonella انتانات وموندل شي، په هرو ۱۲ ساعتو كې ۷۵۰ mg Ciprofloxacin د وريد له لارې ناروغ ته ورکړئ.

كه ناروغان له Pencilin سره حساس وي، پرځای يې Ceftazidime ۲G هر اته ساعته وروسته د وريد له لارې وکارول شي.



تعقيبې درملنه:

۱. پر ناروغان بايد پرله پسې اكسيجن واخلي.
۲. پرله پسې ميكروب ضد درملنه، د Sepsis له مينځه تلو سره ناروغانو ته د خولې له لارې درمل توصيه كړئ.
۳. د ناروغ د نبض، تودوخې درجه او وينې فشار ټاكل ډېر اړين دي.
۴. د ادرار كچه او CVP هر ساعت وټاكل شي.

www.melitahrik.com
0777 400 116



نهم څپرکی

تسمم / د درملو د ډوز ډېرښت

Poisoning / Drug Over Dosage

حاد تسمم او د درملو د ډوز ډېرښت:

پېژندنه او تشخيص:

د درملو د ډوز د ډېرښت کليک:

۱. هغه ناروغان چې عمر ونه بې کابو ۵۵-۱۵ کلنۍ ترمينځ وي او پرته له کوم بل لامل څخه کوماته تلی وي، ډېر د درملو د تسمم خواته فکر کېږي.
۲. که د ناروغ تنفس اغېزمن شوی وي، نو درمل به د دماغو په مرکزي برخه خپل اثر بنډلی وي.
۳. د Barbaturates او Tricyclics په تسمم کې ناروغان کې د زنگون بند او د گوتو په مينځونو کې Blisters لري.
۴. د Opioid درملو د ډوز په ډېروالي کې د کسي (Pupils) شاوخوا کې د Pinpoint ډوله نښې د ليدلو وړ دي.

ژوندگواښوونکي کليک:

۱. کوما.
 ۲. Cyanosis.
 ۳. د فشار تپتوالی (Hypotension).
 ۴. Paralytic Ileus.
- د تسمم يا هم درملو له کبله پېښې شوې ستونزې د ښه تشخيص اېښودلو کې د ناروغ خپلوان ښه برخه اخيستی شي.



پلټنې:

۱. د يوريا او الكتروليت ټاكل.
۲. Acid – Base او Blood Gases.
۳. د زهري موادو د ښه پېژندلو لپاره د ناروغانو وينه او ادرار لابر اتوار ته واستوئ، په بېرني ډول سره د Plasma او سيروم غلظت وټاكئ او د تسمم درملنه د Paracetamol، Methanol، Lithium، Iron، Ethylene Glycol، Theophylline او Salicylate په وسيله ترسره كړئ.

بېرني درملنه:

تر ډېره هڅه وكړئ، چې د Aspirin، Paracetamol، Tricyclic او Anti Depressant درملو د تسمم كېدو توپير او له مخې يې سمه درملنه ترسره كړئ.

۱. له هر څه دمخه د ناروغ هوايي لار خلاصه وساتئ.
۲. د دوران څارنه وكړئ، يانې كه فشار له $100/20$ mmHg څخه ښكته وي.

د ناروغ سر (Head) يو څه ښكته او سوډيم كلورايد 0.9% ورته د وريد له لارې پيل كړئ، خو د Vasoconstriction درملو له كارولو څخه ډډه وكړئ.

۴. په هغه ناروغانو كې چې هوايي لارې خلاص او ژوند يې د تسمم له كبله د خطر لاندې وي، سم له واړه ورته د معدې تخليه (Gastric Lavage) ترسره كړئ، (د معدې تخليه په هكله كرن په (۱۱) څپر كې ذكر شوى).

وړاندې له دې چې د معدې د تخليه كولو پاىپ وباسئ، كابو Charcoal $60g$ همالته پرېږدي.

۵. كه د ناروغانو د تسمم وخت له يو ساعت څخه كم تېر شوى وي او د معدې مينځلو (Lavage) استطباب موجود نه وي، نو $50g$ Charcoal د



خولې له لارې ناروغ ته ورکړئ، فعال شوي Charcoal د معدې په د هېڅ انزایم د جذب د خرابېدو سبب نه ګرځي.

۲. Ipecacuanha د معدې په تخلیه کې هېڅ ونډه نه شي اخیستی، له کارولو څخه یې په کلکه ډډه وکړئ.

که لاندې حالتونه شته وي، ناروغ به بېرني ډول ICU ته واستوئ.

- Hypoxia یا Hypercapnia.

- کمزوری تنفس.

- د تنفس ودرېدل.

تعقيبي درملنه:

په هغه ناروغانو کې چې د Depsone، Carbamazepine، Quinine، Phenobarbital یا Theophylline له کبله تسمم شوی وي، نو د (NGT) له لارې ناروغ ته کابو ۱۲.۵g Charcoal هر ساعت ورکړئ، تر هغه چې ټولیزه کچه یې تر ۲۲۰g-۱۵۰g ورسېږي.

يادونه:

هر وخت لپاره د ناروغ د هوش کچه، تودوخې درجه، تنفس، نبض او د وينې فشار تر هغه وڅارل شي، چې ناروغ پوره د روغتيا څښتن شي.

Aspirin

پېژندنه او تشخيص:

اعراض Shymptoms:

۱. Tinnitus.

۲. کونوالی.

۳. د لیدلو د ځواکله مینځه تلل.

۴. د Epigastric د ساحې درد، زړه بدوالی او کانګې.



۵. نارامي.

۶. Tachycardia.

۷. Hyperventilation.

۸. د تودوخې د درجې لوړوالی.

۹. خوله کېدل.

۱۰. د اوبو ضایع.

۱۱. Vassodilation.

۱۲. د سږو پړسوب.

۱۳. گنگسیت.

۱۴. کوما.

۱۵. Delirium.

۱۶. د فشار تیتوالی.

پلټنې:

۱. یوریا، الکترولیت او Creatinine ټاکل.

۲. Blood Gases.

۳. د وینې شریانې گلوکوز.

۴. د ادرار PH.

بېړنۍ درملنه:

۱. تسمم شویو ناروغانو ته د معدې له تخلیه څخه د معدې د تیوب له

لارې ۵۰g Rial Charcoal توصیه کړئ.

۲. که د معدې د تخلیه کولو استطباب نه وي موجود، نو د خولې له لارې

فعال ۵۰g Charcoal ناروغانو ته ډېر اغېزمن تمامېږي.

تعقیبي درملنه:



۱. که د Aspirin د دوز د ډېرېنست (Overdose) اعراض او علايم په ناروغانو کې وليدای شول، نو هر ساعت کې بايد ناروغ ته د NGT له لارې کابو ۱۲,۵g Charcoal ورکړي، چې ټوليزه کچه يې تر ۲۲۰-۱۵۰ ته ورسېږي.

۲. که ناروغ کانگې درلودې او د پلازما Salicylate کچه يې له ۳,۲ mmol/L ، ۵۰۰ mg/L څخه ښکته وي، نو د وريدي مايعاتو توصيه کول ډېر اغېزمن تمامېږي.

۳. که د پلازما د Salicylate کچه له ۳,۳ mmol/L يا ۵۰۰ mg/L څخه پورته وي.

په تېره په اسيديميا او د هوش د خرابتيا پېښو کې د Alkaline Diuresis د څرگندولو لپاره د پښتورگو نورمال دندې مالومې کړي.

۴. که Alkaline Diuresis مضاد استطباب وي او هم پلازما Salicylate که ۵,۱ mmol/L يا ۷۰۰ mg/L څخه لوړ وي، نو له تکړه Nephrologist سره مشوره وکړي.

د Alkaline Diuresis بېړنۍ درملنه:

۱. د احليل له لارې ناروغ ته Catheter تېر کړي.
۲. که د ناروغ فشار ښکته وي، ورسره يوځای CVP هم له (۳cm) څخه ټيټه شوې وي، نو د Hypovolaemia د مينځته وړلو لپاره د وريد له لارې ناروغانو ته ۰,۹% سوډيم کلورايد ډېر گټور تمامېږي.
۴. د سيروم رېټ په داسې انډول کې وساتي، چې د ادرار PH (۷,۵-۸,۵) سره برابر شي.

څارنيزه درملنه:

۱. د Alkaline Diuresis پر مهال د ناروغ د يوريا، الکتروليت، د وينې



گلوکوز او Acid Base کچه په هر ساعت کې وټاکئ.

www.melitahrik.com
0777 400 116



لسم څپرکي

Paracetamol

پېژندنه او تشخيص:

اعراض او علايم:

۱. په ډېرو پېښو کې څرگندې نښې نه ورکوي.
۲. د درملو له جذب وروسته ناروغ ته زړه بدوالی او کانگې پيدا کېږي.

پلټنې:

۱. د پلازما د پراسیتامول کچه له جذب (Over Dose) څخه ۱۶-۴ ساعته وروسته وټاکئ.

۲. د درملو د ډوز له ډېرېدو سره ناروغانو ته د هغوی د وینې (INR)، الکترولیت، یوریا، د ځيگر دندیز تستونه او Phosphate هم وټاکئ.

بېړنۍ درملنه:

د معدې مینځل، کانگې ته اړ ایستل هېڅ استطباب نه لري، خو یوازې د Charcoal درمل د جذب په مخنیوي کې ډېر اغېزمن تمامېږي.

۱. که ناروغ له ۱۲g یا هم ۱۵۰ mg/Kg څخه په یو ساعت کې ډېر Paracetamol اخیستلی وي، نو ناروغ ته د خولې له لارې ۵۰g (Charcoal) یا هم د N.G.Tube له لارې ډېر غوره دی.

۲. د پلازما Paracetamol د درملنې له گراف سره پرتله کړئ، که یو څه پورته او یا هم له اصلي کرنيې (Treatment Line) لږ څه ښکته وي، نو ناروغ ته د ورید له لارې په ۵% گلوکوز کې Acetylcysteine ورکوو، یانې ۱۵۰ mg/Kg په ۲۰۰ ml کې کابو ۱۵ دقیقو کې ناروغ ته تطبیق شي.



۳. که پر ناروغ له ۲۴ ساعتو څخه ډېر وخت تېر شوی وي او د Paracetamol ډوز يې ۱۲g يا ۱۵۰mg/Kg څخه پورته شوی وي، د تسمم اعراض او علايم او لابراتواري معاینات هم نورمال نه وي، نو بيا هم ناروغ Acetylcysteine ورکوو، خو د درملنې معیاري رېيم له پامه نه غورځوو، که په ناروغ کې بيا هم د ځيگر د عدم کفایې او د احليل له لارې کتیتر (Catheter) سره سمون وڅوري، که بيا هم درملنه بې پایلې شوه، نو ناروغ ته Frusemide ۴۰mg د ورید له لارې په ورو ډول (۴mg/min) توصیه کوو او يوځای ورسره په کم ډوز سره Dopamin هم تطبیق کوو.

یادونه:

په ځینو ناروغانو کې Acetylcysteine يو الرژیک غبرگون مینځته راوړي، لکه Wheezing، Flushing او د فشار تپتوالي، کله چې یاد غبرگونونه ولیدل شول، نو ځای پرځای درمل بند او پرځای يې د ورید له لارې (۱۰mg) Chlorpheniramin په یوه دقیقه کې او Hydrocortisone ۱۰۰mg په یوه دقیقه کې ډېر اغېزناک پرېوځي.

څارنيزه درملنه:

- هغه ناروغان چې له تسمم کېدو څخه يې ۸ ساعته تېر شوي وي.
۱. AST، ALT، INR او د پلازما کرياتينين په ۲۴ ساعتو کې.
- هغه ناروغان چې له تسمم څخه يې ۱۵-۸ دقیقې تېرې شوې وي.
۱. AST، ALT، يوريا، پلازما کرياتينين، فاسفیت وټاکئ.
هغه ناروغان چې له Paracetamol تسمم څخه يې ۱۲ يا له دې ډېر ساعتونه تېر شوي وي.

۱. INR، AST، ALT، پلازما کرياتينين او فاسفیت.

۲. د ادرار د خارجېدو نورماله کچه.



۳. د وينې گلوکوز او Finger Prick.

۴. Blood Gases.

۵. د Encephalopathy نښې له پامه مه باسئ.

Tricyclics

پېژندنه او تشخيص:

اعراض Shymptoms:

۱. د خولې وچوالی.

۲. Blurred Vision.

۳. Drowsiness.

نښې:

۱. حيرانتيا، اپلتي او Delirium.

۲. Ataxia.

۳. د عضلاتو لرزېدل.

۴. د عدسيو پراخوالی.

۵. Hypertonia.

۶. Hyperreflexia.

۷. احتلاج.

۸. کوما.

۹. Sinus Tachycardia او د زړه Arrhythmias.

۱۰. د PR، QRS او QT انتروالونو اوږدوالی.

۱۱. د فشار تيټوالی.

۱۲. Hypothermia.

۱۳. د ادرار بندښت او Paralytic Ileus.



www.melitahrik.com
0777 400 116



پلټنې:

۱. ECG.

۲. يوريا او الكتروليت.

۳. Blood Gases.

بېړنۍ درملنه:

- هغه ناروغانو چې له ۷۵۰ mg څخه ډېر Tricyclics درمل اخيستی وي، ورته د معدې مينځلو استطباب شته، په تېره هغه ناروغانو کې چې له تسمم څخه يې يو ساعت تېر شوی وي.

- که د معدې مينځلو استطباب نه درلوده، نو يوازې ناروغ ته Charcoal ۵۰ g درمل د خولې يا N.G. Tube له لارې اغېزمن تمامېږي.

تعقيبي درملنه:

۱. لومړي د Metabolic Acidosis د سمونې په فکر کې شئ ($\text{PH} < 7.2$) که چېرې فشار له ۱۰۰ mmHg سيماب څخه ټيټه وي، نو ۱،۲۲% سوډيم کاربونيټ (150 mmol/L) يانې په ۳۰ دقيقو کې ۵۰ mmol سوډيم کاربونيټ ناروغ ته توصیه کړئ.

۲. د بطيناتو د Arrhythmias د مينځه وړلو لپاره ناروغ ته د ورید له لارې ۱،۲۲% سوډيم باي کاربونيټ ورکړئ، که ډېره اړتيا ليدل کېدله، نو کولی شو، چې ناروغانو ته Anti Arrhythmic درمل هم ورکړو.

۳. د تنفسي ستونزو او احتلاج د مينځه وړلو لپاره ناروغانو ته Diazepam (۵-۱۰ mg) د ورید له لارې توصیه کړئ.



لسم څپرکی

Prescribing Regimens

Streptokinase

د MI ناروغانو ته کله هم Streptokinase نه شو کارولی.

استطابات:

په Thrombolysis کې د لاندې ناروغیو لپاره Streptokinase کارولی شو.

۱. د سپرو ژوند تهدیدوونکی Thrombolysis.

۲. د ژورو وریدونو د Thrombolysis په درملنه کې.

د Streptokinase ډوز:

۱. Loading Dose: په ۳۰ دقیقو کې به کابو ۲۵۰,۰۰۰iu د محیطي وریدونو په وسیله ناروغ ته د وریدي انفیوژن له لارې توصیه کړي، په دې وسیله به دوراني Streptococcal انتي باډي گانې له مینځه ولاړې شي. د دویم ځل لپاره هم کولی شئ، چې ۲۵۰,۰۰۰iu د Streptokinase راواخلئ او په SCC د ۰,۹% سوډیم کلوراید کې گډ او ناروغ ته توصیه کړئ.

۲. کابو ۱۰۰,۰۰۰iu Streptokinase را اخلو او IV Infusion له لارې يې ناروغ ته په محیطي رگ زرق کوو، خو پورته ډوز په Pulmonary Embolism کې یوازې په ۲۴ ساعتو کې یو ځل او د Deep Vein Thrombolysis ناروغانو کې په ۷۲ ساعتو کې یو ځل تطبیق کولی شو. کله چې د دویم ځل لپاره ډوز له سره کوو، نو Vial Streptokinase ۷۵۰,۰۰۰iu را اخلو او په SCC د ۰,۹% سوډیم کلوراید کې يې گډوو او



ناروغانو ته يې تطبيق كوو.

د پورته درملو په تطبيق دا په ياد ولرئ، چې كله هم د Syringe د فشار كچه له 8ml/hour څخه پورته نه كړئ.

يادونه:

۱. كله چې د Streptokinase په وسيله ناروغانو ته درملنه پيل كوو، نو وړاندې ورته د APTT، Haematocrit او Platelet كچه څرگنده كړئ، كه ناروغ Heparin كاروي، ځاى په ځاى ودرول شي، همدارنگه د APTT Thrombolytic درملنې لپاره بايد د كچه له ۲ څخه پورته نه وي.

دا هم له ياده مه باسي، چې د Streptokinase له كارولو وړاندې بايد د ناروغ د INR كچه له ۱،۷ څخه بنكته وساتل شي.

۲. د Streptokinase د درملنې دمخه هڅه وكړئ، چې د APTT كچه وټاكئ، بايد له ۲-۴ څخه لوړه نه وي.

۳. له درملنې څلور ساعته وروسته د APTT كچه ۱،۵ ته رابنكته شوه، Streptokinase سره حساسيت شته، بايد ونه كارول شي.

۴. كله چې مو Streptokinase بند كړل، څلور ساعته وروسته د دويم ځلې د APTT كچه گورئ، چې د Heparin د پيل كولو دمخه به تر ۲ رارسېدلي وي.

- په بازار كې د Streptokinase (۱،۵million Units) په هر Vial كې موندل كېږي، په سوډيم كلورايد ۰،۹% يا ۵% Glucose كې Diluents كېداى شي.

Warfarin

د Warfarin د كارولو لپاره بڼه ډوز 5mg دى، چې هره ورځ يو ځل د درېيو ورځو خورل كېږي، د Warfarin په اخیستلو سره ناروغ بايد كابو په



۷ ورځو کې يو ځل د INR (International Normalization Rate) کچه مالومه کړي، INR د کچې ټاکل د دې لپاره اړين دي، مورېبې له مخې ناروغانو ته د Warfarin ډوز په سمه توګه وټاکلی شو، که څه هم ناروغ Heparin اخلي.

د درمل د ډوز ټاکل:

کله چې په سم ډول د درملنې پرېکړه وشوه، نو په لاندې ډول د ناروغ لپاره د Warfarin ډوز ټاکو.

د ناروغ د INR د ټاکلو لپاره د هغه وينه واخلي: که INR ۱,۴ يا له دې څخه لوړ وي، نو د كلينيكي پرېکړې له مخې يې درملنه ترسره کړئ، که له ۱,۴ څخه نېکته وي، نو د Warfarin مضاد استطباب لپاره کوم دليل نه شته، کابو ۱۰ mg او ۵:۰۰ pm او ۶:۰۰ pm ترمينځ ناروغ ته توصيه کړئ، يوازې په هغه ناروغانو کې بنيايي حساسيت مينځته راوړي، چې عمر يې له ۸۰ کلنۍ څخه پورته، احتقاني عدم کفايه، د ځيګر د دندو ناسموالی ولري. په ۲-۳ او څلورمه ورځ د ۹:۰۰ am او ۱۰:۰۰ am بجو په شاوخوا کې (يانې د Warfarin له وروستي ډوز څخه ۱۲ ساعته وروسته) بيا ځلې د INR کچه څرګنده کړئ، د دويم ډوز د ټاکلو لپاره ۵:۰۰ am او ۶:۰۰ am نښه وخت دی، چې په څلورمه ورځ بايد وټاکل شي، نښه ډوز د جدول له مخې وټاکئ او د INR کچه تر ۲-۴ وساتئ.

يادونه:

۱. د Heparin د اخيستلو پرمهال بايد له لابر اتوار سره په اړيکه کې اوسئ، ځکه چې له امله يې د INR کچه پورته ځي، بنيايي چې له ۲,۵ هم پورته وي، دلته نو نه شو کولی، چې Warfarin ناروغانو ته توصيه کړو.
۲. په لاندې چارونو کې د INR د کچې په کتو د Warfarin ډوز ټاکل



کېږي.

Day ۲ (۱۷ hr after first ۱۰ mg dose)	
INR	Warfarin dose (mg)
<۱,۸	۱۰,۰
۱,۸	۱,۰
>۱,۸	۰,۵
Day ۳ (۱۷ hr after second dose)	
INR	Warfarin dose (mg)
<۲,۰	۱۰,۰
۲,۰-۲,۱	۵,۰
۲,۲-۲,۳	۴,۵
۲,۴-۲,۵	۴,۰
۲,۶-۲,۷	۳,۵
۲,۸-۲,۹	۳,۰
۳,۰-۳,۱	۲,۵
۳,۲-۳,۳	۲,۰
۳,۴	۱,۵
۳,۵	۱,۰
۳,۶-۴,۰	۰,۵
>۴,۰	۰
Day ۴ (۱۷ hr after third dose)	
INR	Warfarin dose (mg)
<۱,۴	>۸,۰



۱,۴	۸,۰
۱,۵	۷,۵
۱,۶-۱,۷	۷,۰
۱,۸-۲,۳	۶,۵
۱,۹-۲,۵	۶,۰
۲,۰-۲,۹	۵,۵
۲,۲-۳,۱	۵,۰
۲,۴-۳,۳	۴,۵
۲,۷	۴,۰
۳,۱	۳,۵
۳,۶-۴,۰	۳,۰
۴,۱	•-give ۲ mg from day ۵
>۴,۵	•-give ۱ mg from day ۶



Over Anti Coagulation With Warfarin

لاملونه:

په Over Anti Coagulation:

- د Concurrent ناروغۍ / هغه ناروغۍ چې د وينې علقې فکتورونه

زيانمنوي.

- د زړه عدم کفایه.

- د ځيگر ناروغۍ.

- Cholestasis.

- نس ناستی.

- Gastrocolic Fistula.

- Hypo Albuminemia.

- خوار ځواکي.

- Thyrotoxicosis.

- تبه.

Heparin

- د ورید له لارې د Anti Coagulation لپاره Heparin کارول ډېرې بڼې

پایلې بڼې، په تېره هغه ناروغانو کې چې د Thromboembolitic ناروغۍ هم ولري.

- د Heparin په وسیله درملنه ددې لپاره ترسه کېږي، چې د ناروغ

APT(Activated Partial Thromboplastin) له نورمال برید څخه پورته

نه شي، یاندې د ۲،۵-۱،۵ په شاوخوا کې وساتل شي.

- کله چې د لومړي ځل لپاره د Heparin په وسیله درملنه پر لار اچوو، نو



د پيل ډوز له 500 iu (IV) څخه پيل کېږي.
 د Heparin Solution کابو تر 500 units/ml پيل او د انفیوژن کچه يې له $2,8 \text{ ml/hour}$ ($1400 \text{ units/hour} = 33,600 / 24 \text{ hours}$) پورې ټاکو، له دې ډوز سره سم د ناروغانو APTT کچه په هر ۲ ساعتو کې يو ځل وټاکي.
 د لوموړي ډوز له پيل کولو څخه کابو ۱۰ ساعته وروسته د ناروغ APTT کچه څرگنده کړي.

يادونه:

په هغه ناروغانو کې چې له پينځو ورځو څخه ډېر Heparin واخلي، نو د هغوی د Platelet کچه د Thrombocytopenia لپاره په وخت سره وټاکي.

APTT Ratio	Change in Infusion Rate
$>5,0$	Stop infusion for ۱ hr, then reduce by ml/hr
$4,1-5,0$	Reduce by $0,2 \text{ ml/hr}$
$3,1-4,0$	Reduce by $0,2 \text{ ml/hr}$
$2,5-3,0$	Reduce by $0,1 \text{ ml/hr}$
$1,5-2,5$	No Change
$1,2-1,4$	Increase by $0,4 \text{ ml/hr}$
$<1,2$	Increase by $0,8 \text{ ml/hr}$

Dobutamin Hydrochloride

استطبات:

دا درمل د زړه د Inotropic توان د ډېر نېټ لپاره هغه مهال کارولی شو، چې زړه د وينې د اچونې توان کمښت (Low Out Put) له عدم کفايي سره



يوخای د زړه احتشا (Myocardial Infarction) او Cardiogenic Shock ولري.

Dobutamin بايد په مرکزي ورید کې د Cannula په وسیله تطبیق شي.

دوز Dossage:

که وغواړو په پرله پسې ډول يې د انفیوژن له لارې تطبیق کړ، نو بنه دوز د ورید له لارې $10-25 \text{ mcg/kg/min}$ دی، چې په دې مهال به تاسو د ناروغانو نبض، د وینې فشار، د Cardiac Out Put او د ادرار کچه په سم ډول ټاکئ.

یادونه: وریدي Solution يې بايد د کوتيې په تودوخه کې وساتل شي.

- په بازار کې Dobutamin Hydrochloride (250 mg) په 20 ml Vials کې موندل کېږي، چې په 9% ، سوډیم کلوراید او یا 5% گلوکوز کې حلولى شو.

د Syringe پمپ له لارې يې په لاندې ډول تطبیق کوو.

For 5 mg/ml Solution

۱. 50 ml سورنج را واخلي او 250 mg Dobutamin Hydrochloride

په 50 ml 9% سوډیم کاربونیټ کې حل او لاندې چارت ته په کتو يې تطبیق کړئ.

۲. غلظت: 250 mg په 50 cc کې چې د (5000 mcg/ml) سره برابرېږي.

Table ۱: Infusion via syringe pump-flow rate (ml/hr)

Dosage mcg/kg/min	Weight (kg)													
	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰	۹۵	۱۰۰	۱۰۵	۱۱۰
۲	۱,۱	۱,۲	۱,۳	۱,۴	۱,۶	۱,۷	۱,۸	۱,۹	۲	۲,۲	۲,۳	۲,۴	۲,۵	۲,۶



۳	۱,۲	۱,۸	۲	۲,۲	۲,۳	۲,۵	۲,۷	۲,۹	۳,۱	۳,۲	۳,۴	۳,۷	۳,۸	۴
۴	۲,۲	۲,۴	۲,۷	۲,۹	۳,۱	۳,۴	۳,۷	۳,۸	۴,۱	۴,۳	۴,۷	۴,۸	۵	۵,۳
۵	۲,۷	۳	۳,۳	۳,۷	۳,۹	۴,۲	۴,۵	۴,۸	۵,۱	۵,۴	۵,۷	۶	۶,۳	۶,۷
۶	۳,۲	۳,۷	۴	۴,۳	۴,۷	۵	۵,۴	۵,۸	۶,۱	۶,۵	۶,۸	۷,۲	۷,۷	۷,۹
۷	۳,۸	۴,۲	۴,۷	۵	۵,۵	۵,۹	۶,۳	۶,۷	۷,۱	۷,۶	۸	۸,۴	۸,۸	۹,۲
۸	۴,۳	۴,۸	۵,۳	۵,۸	۶,۲	۶,۷	۷,۲	۷,۷	۸,۲	۸,۷	۹,۱	۹,۶	۱۰, ۱	۱۰, ۲
۹	۴,۹	۵,۴	۵,۹	۶,۵	۷	۷,۶	۸,۱	۸,۶	۹,۲	۹,۷	۱۰, ۳	۱۰, ۸	۱۱, ۳	۱۱, ۹
۱۰	۵,۴	۶	۶,۶	۷,۲	۷,۸	۸,۴	۹	۹,۶	۱۰, ۲	۱۰, ۸	۱۱, ۴	۱۲	۱۲, ۶	۱۳, ۲
۱۲	۶,۵	۷,۲	۷,۹	۸,۶	۹,۴	۱۰, ۱	۱۰, ۸	۱۱, ۵	۱۲, ۲	۱۳	۱۳, ۷	۱۴, ۴	۱۵, ۱	۱۵, ۸
۱۴	۷,۶	۸,۴	۹,۲	۱۰, ۱	۱۰, ۹	۱۱, ۸	۱۲, ۶	۱۳, ۴	۱۴, ۳	۱۵, ۱	۱۶	۱۶, ۸	۱۷, ۶	۱۸, ۵
۱۶	۸,۶	۹,۶	۱۰, ۶	۱۱, ۵	۱۲, ۵	۱۳, ۴	۱۴, ۴	۱۵, ۴	۱۶, ۳	۱۷, ۳	۱۸, ۲	۱۹, ۲	۲۰, ۲	۲۱, ۱
۱۸	۹,۷	۱۰, ۸	۱۱, ۹	۱۳	۱۴	۱۵, ۱	۱۶, ۲	۱۷, ۳	۱۸, ۴	۱۹, ۴	۲۰, ۵	۲۱, ۶	۲۲, ۷	۲۳, ۸
۲۰	۱۰, ۸	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴
۲۵	۱۳, ۵	۱۵	۱۶, ۵	۱۸	۱۹, ۵	۲۱	۲۲, ۵	۲۴	۲۵, ۵	۲۷	۲۸, ۵	۳۰	۳۱, ۵	۳۳
۳۰	۱۶, ۲	۱۸	۱۹, ۸	۲۱, ۶	۲۳, ۴	۲۵, ۲	۲۷	۲۸, ۸	۳۰, ۶	۳۲, ۴	۳۴, ۲	۳۶	۳۷, ۸	۳۹, ۶
۳۵	۱۸, ۹	۲۱	۲۳, ۱	۲۵, ۲	۲۷, ۳	۲۹, ۴	۳۳, ۵	۳۳, ۶	۳۵, ۷	۳۷, ۸	۳۹, ۹	۴۲	۴۴, ۱	۴۶, ۲
۴۰	۲۱, ۶	۲۴	۲۶, ۴	۲۸, ۸	۳۱, ۲	۳۳, ۶	۳۶	۳۸, ۴	۴۰, ۸	۴۲, ۲	۴۵, ۶	۴۸	۵۰, ۴	۵۲, ۸

کله که مود ml Chamber ۱۰۰ له لاري تطبيق کول، نو:



:For ۲,۵mg/ml Solution

۲۵۰mg Dobutamine Hydrochloride را واخلئ او په ۱۰۰ml او بو

کې حل کړئ او د لاندې چارت له مخې يې ناروغ ته توصیه کړئ.

Table ۲: Infusion via syringe pump-flow rate (ml/hr)

Dosage mcg/kg/min	Weight (kg)													
	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰	۹۵	۱۰۰	۱۰۵	۱۱۰
۲	۲,۲	۲,۴	۲,۶	۲,۸	۳,۲	۳,۴	۳,۶	۳,۸	۴	۴,۴	۴,۶	۴,۸	۵	۵,۲
۳	۳,۲	۳,۶	۴	۴,۸	۴,۶	۵	۵,۴	۵,۸	۶,۲	۶,۴	۶,۸	۷,۲	۷,۶	۸
۴	۴,۴	۴,۸	۵,۲	۵,۸	۶,۲	۶,۸	۷,۲	۷,۶	۸,۲	۸,۶	۹,۲	۹,۶	۱۰	۱۰,۲
۵	۵,۴	۶	۶,۶	۷,۲	۷,۸	۸,۴	۹	۹,۶	۱۰	۱۰,۲	۱۱	۱۲	۱۲,۲	۱۳
۶	۶,۴	۷,۲	۸	۸,۶	۹,۴	۱۰	۱۰,۲	۱۱	۱۱,۲	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۵,۲
۷	۷,۶	۸,۴	۹,۲	۱۰	۱۱	۱۱,۲	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۸,۲
۸	۸,۶	۹,۶	۱۰,۲	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱
۹	۹,۸	۱۰,۲	۱۱	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳
۱۰	۱۰,۲	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۴	۲۵	۲۶
۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۷	۱۸	۲۰	۲۱	۲۳	۲۴	۲۶	۲۷	۲۸	۳۰	۳۱
۱۴	۱۵	۱۶	۱۸	۲۰	۲۱	۲۳	۲۵	۲۶	۲۸	۳۰	۳۲	۳۳	۳۵	۳۷
۱۶	۱۷	۱۹	۲۱	۲۳	۲۵	۲۶	۲۸	۳۰	۳۲	۳۴	۳۶	۳۸	۴۰	۴۲
۱۸	۱۹	۲۱	۲۳	۲۶	۲۸	۳۰	۳۲	۳۴	۳۶	۳۸	۴۱	۴۳	۴۵	۴۷



	۴	۶	۸			۲	۴	۶	۸	۸		۲	۴	۵
۲۰	۲۱,	۲۴	۲۶,	۲۸,	۳۱,	۳۳,	۳۶	۳۸,	۴۰,	۴۳,	۴۵,	۴۸	۵۰,	۵۲,
	۶	۴	۸	۲	۶	۳۲	۴	۸	۲	۴	۴۸	۴	۴	
۲۵	۲۷	۳۰	۳۳	۳۶	۳۹	۴۲	۴۵	۴۸	۵۱	۵۴	۵۷	۶۰	۶۳	۶۶
۳۰	۳۲,	۳۶	۳۹,	۴۳,	۴۶,	۵۰,	۵۴	۵۷,	۶۱,	۶۴,	۶۸,	۷۲	۷۵,	۷۹,
	۴	۳۶	۴	۲	۸	۴	۵۴	۶	۲	۸	۴	۷۲	۶	۲
۳۵	۳۷,	۴۲	۴۶,	۵۰,	۵۴,	۵۸,	۶۳	۶۷,	۷۱,	۷۵,	۷۹,	۸۴	۸۸,	۹۲,
	۸	۴۲	۲	۴	۶	۸	۶۳	۲	۴	۶	۸	۸۴	۲	۴
۴۰	۴۳,	۴۸	۵۲,	۵۷,	۶۲,	۶۷,	۷۲	۷۶,	۸۱,	۸۶,	۹۱,	۹۶	۱۰۰,	۱۰۵,
	۲	۴۸	۸	۲	۴	۲	۷۲	۸	۲	۴	۷	۹۶	۱۰۰,	۱۰۵,

Dopamin Hydrochloride

استطبابات:

۱. د زړه د عدم کفایې په درملنه کې د حاد مایوکارډیل انفارکشن څخه وروسته.

۲. د Paracetamol د ډوز د ډېرېدو په درملنه کې له Frusemide (IV) سره یوځای چې د پښتورگو Perfusion غني شي.

یادونه:

Dopamin باید د Central Line له لارې تطبیق شي، که د محیطي رگونو له لارې تطبیق شي، ښایي چې د هماغه ساحې Necrosis مینځته راوړي.

ډوز Dossage:

۱. د زړه د عدم کفایې په درملنه کې له حاد مایوکارډیل انفارکشن څخه وروسته.

۲. ۲ mcg/kg/min د IV Infusion له لارې، دلته د IV Infrsion Pump ډېر اړین دی، چې د Infusion رېټ کابو کړي.



۳. د Paracetamol د ډوز د ډېرښت په پېښو کې د وريدي Frusemide سره يوځای بايد 5mcg/kg/min ، د IV Infusion له لارې توصیه شي.

۴. Mono Amine Oxidase نهی کوونکي درمل د Dopamin اغېز ډېروي، نو کله چې مورې Isocarboxazide، Phenelzine، Moclobemide او Tranylcypromine کاروي، نو بايد ددې درملو د اصلي ډوز پرځای $1/10$ برخه واخلي.

يادونه:

که د Dopamin ډوز له 5mcg/kg/min څخه پورته شي، نو په ناروغانو کې د Vasoconstriction له کبله د پښتورگو Perfusion خرابوي او له مخې يې د زړه عدم کفايي ته لار هوارېږي.

- کله چې Dopamin د انفیوژن په بڼه کاروو، نو په 2mg/ml Solution کې يې د محيطي وريد له لارې ناروغ ته تطبيق کوو.

- په ځينو وختونو کې د Dopamin Infusion په ناروغانو کې د موضعي Vasoconstriction سبب گرځي، نو پر وخت بايد ورته پاملرنه وشي، ترڅو ستونزه پرمخ لاړه نه شي، د موضعي ساحې د Ischaemia مينځه وړلو لپاره د $(5-10\text{mg})$ Phentolamine Meyslate په 0.9% سوډيم کلورايد کې گډوو او په ساحه کې يې (Infiltrate) کوو.

- کله د Dopamin هغه انجکشن ونه کاروي، چې د Solution د رنگ بڼه يې له تياره رنگ څخه ژېړ رنگ ته اووختی وي.

40mg/ml Dopamin Hydrochlorid په 5ml Ampoules کې تيار کړل شي.

:Diluents

۱. د انساجو په لوړه کچه نکروز کې له 0.9% سوډيم کلورايد يا 5%



گلوکوز شخه کار اخلو.

۲. Dopamin د ۵% بای کاربونیت او Alkaline Solution په وسیله غیر

فعال کبیری.

کله چې Dopamin د Syringe له لارې تطبیق کوو:

:For ۴ mg/ml Solution

کابو ۵ml (۲۰۰mg) Dopamin Hydrochloride Solution راواخلی

او په ۵۰ ml کې یې Diluent کړی.

کله چې Dopamin د Chamber له لارې تطبیق کوو:

:For ۲ mg/ml Solution

۵mg (۲۰۰mg) Dopamin Hydrochloride محلول راواخلی او په

۵% ۱۰۰ml گلوکوز کې یې Diluents کړی.

Table ۲: flow rate (ml/hr)

Dosage mcg/kg/min	Weight (kg)											
	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰	۹۵	۱۰۰
۰.۵	۰.۷	۰.۸	۰.۸	۰.۹	۱	۱.۱	۱.۱	۱.۲	۱.۳	۱.۴	۱.۴	۱.۵
۱	۱.۴	۱.۵	۱.۷	۱.۸	۲	۲.۱	۲.۳	۲.۴	۲.۶	۲.۷	۲.۹	۳
۱.۵	۲	۲.۳	۲.۵	۲.۷	۲.۹	۳.۲	۳.۴	۳.۶	۳.۸	۴.۱	۴.۳	۴.۵
۲	۲.۷	۳	۳.۳	۳.۶	۳.۹	۴.۲	۴.۵	۴.۸	۵.۱	۵.۴	۵.۷	۶
۲.۵	۳.۴	۳.۸	۴.۱	۴.۵	۴.۹	۵.۳	۵.۶	۶	۶.۴	۶.۸	۷.۱	۷.۵
۳	۴.۱	۴.۵	۵	۵.۴	۵.۹	۶.۳	۶.۸	۷.۲	۷.۷	۸.۱	۸.۶	۹
۳.۵	۴.۷	۵.۳	۵.۸	۶.۳	۶.۸	۷.۴	۷.۹	۸.۴	۸.۹	۹.۵	۱۰	۱۰.۵
۴	۵.۴	۶	۶.۶	۷.۲	۷.۸	۸.۴	۹	۹.۳	۱۰.۲	۱۰.۸	۱۱.۴	۱۲
۴.۵	۶.۱	۶.۸	۷.۴	۸.۱	۸.۸	۹.۵	۱۰.۱	۱۰.۸	۱۱.۵	۱۲.۲	۱۲.۸	۱۳.۵
۵	۶.۸	۷.۵	۸.۳	۹	۹.۸	۱۰.۵	۱۱.۳	۱۲	۱۲.۸	۱۳.۵	۱۴.۳	۱۵

Labetalol



Labetalol په اسانۍ سره په بازارونو کې نه موندل کېږي، که څه هم د زړه اړوند درمل دی، خو بیا یې هم باید د ډاکټر په اړه ډېر مالومات ولري.

استطابات:

:Accelerated Hypertension

ډوز Dossage:

۱. کله چې وغواړو د ناروغ د یاستولیک فشار $110/115\text{mmHg}$ ته رابښکته کړو او کولی شو، چې Labetalol د IV Injection او هم د IV Infusion له لارې هم تطبیق کړو.

۲. د لومړي ډوز د پیل کولو لپاره Labetalol Hydrochloride $50\text{mg}(10\text{ml})$ را اخلو او په یوه دقیقه کې یې ناروغ ته تطبیق کوو، خو د اړتیا پر مهال یې پینځه دقیقې وروسته هم له سره کولای شو. ټولیز ډوز باید له 200mg څخه ډېر نه شي، له تطبیق څخه وروسته په پینځو دقیقو کې درمل خپل اثرات ښيي او د اغېزې کرڼه یې تر شپږو ساعتو پایښت مومي.

۳. کله چې د IV Infusion له لارې درمل تطبیق کوو، نو $5\text{mg}/\text{min}$ سره برابر کرل شي، Infusion تر هغه روان اوسي، چې درملنه مو اغېزمنه پرېوځي، یانې $100\text{mg}(20\text{ml})$ Labetelol Hydrochloride په 50ml محلول کې گډوو او په 24hour کې اغېزو ته په کتو تطبیق شي.

یادونه:

د درمل له توصیه کولو څخه وروسته ناروغ پردې وپوهوئ، چې تر درېیو ساعتو د Supine وضعیت غوره کړي، دې لپاره چې د وضعیتي فشار (Postural Hypertension) د ناوړه حالات ښکار نه شي، درمل د ورکړې پر مهال د ناروغ نبض، د زړه رېټ او فشار ټاکل ډېر اړین دي، په لږو پېښو کې



ليدل شوي، چې ناروغان له شديدې Bradycardia سره مخ شي، چې ياده ستونزه د 600 mcg IV Atropin Sulphate په وسيله له مينځه ځي. - په بازار کې (100 mg) Labetalol Hydrochloride انجکشن په 20 ml Ampoules کې موندل کېږي.

Dose (mg/min)	۰,۵	۱	۱,۵	۲
Flow Rate (ml/hr)	۱۵	۳۰	۴۵	۶۰

Sodium Nitroprusside

دا درمل هم په اسانۍ سره په بازار کې نه موندل کېږي، د زړه د ناروغيو اړونده درمل دی، ډاکتران يې بايد په اړه ډېر پوه اوسي، ددې درمل کارونه بايد د روغتون په Wards کې وشي، دې لپاره چې هلته د پوره اهتماماتو لپاره تياري ونيول شي، لکه د BP کابو کول د زړه رېټ، نبض او نور.

استطابات:

:Accelerated Hypertension

:Dossage

۱. ډياستولیک فشار تر $115-110 \text{ mmHg}$ پورې رابنکته کوي.
۲. لومړی ډوز له $0,3 \text{ mcg/kg/min}$ د IV Infusion له لارې پیلوو، بیا نو ځواب ته په کتو يې ډوز ډېروو، په لومړي Table کې ترې يادونه شوې.
۳. $\text{Plaximum Dose} = (8 \text{ mcg/kg/min})$.
۴. هغه ناروغان چې د فشار ضد درمل کاروي او عمر يې ډېر وي، له Sodium Nitroprusside سره ډېر حساس وي.
۵. که د فشار کچه په ۱۰ دقیقو کې رابنکته نه شوه، نو Infusion دروئ، بیا نو د Malignant HTN لپاره پلټنې پیل کړئ.

د درملو د کارونې کړنلارې:



۱. Sodium Nitroprusside درمل بايد د کابو کونکي Micro Drip Regulator په وسيله توصيه شي.

۲. Sodium Nitroprusside بايد په ۵۰ ml سورنج يا هم د ۵۰۰ ml Drip Bag په مرسته ناروغ ته تطبيق شي.

کله که Nitroprusside د Syringe پمپ له لارې توصيه کوو:

۱. ۲ cc د Sodium Nitroprusside را اخلو او په ۵% گلوکوز کې يې گډوو، چې ښايي د Infusion د رنگ بڼه نارنجي نصواري رنگه شي، خو که له دې رنگ کچه درته ډېره تېزه ښکاره شوه، له کارولو يې ډډه وکړئ.

۲. Sodium Nitroprusside بايد له روښنابۍ څخه په کلکه وساتل شي، د همدې درمل د جوړنې ۲۴ ساعتو پورې Infusion ساتلی شو.
۳. په لومړي Table کې د ډوز پوره څرگندونه شوې.

د Drip Bag له لارې د Infusion تطبيق کول:

۱. د گلوکوز ۵% راواخلئ او ۲ cc د Nitroprusside ورسره يوځای کوو، بيا هم يادونه کوو، چې د Infusion رنگ (Orange Brownish) ده، که له دې تېز رنگ يې درلوده، له کارولو ډډه وکړئ.

۲. Sodium Nitro Prusside له روښنابۍ وساتل شي، د درمل ډوز د راتلونکې پانې له مخې د ناروغ وزن ته په کتو وټاکئ.



Table ۱: Syringe pump rate in (ml/hr)												
Concentration=۵۰ mg in ۵۰ ml=۱۰۰۰ mcg/ml (۱ mg/ml)												
Dosage mcg/kg/min	Weight (kg)											
	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰	۹۵	۱۰۰
۰.۳	۰.۸	۰.۹	۱	۱.۱	۱.۲	۱.۳	۱.۴	۱.۴	۱.۵	۱.۶	۱.۷	۱.۸
۰.۵	۱.۴	۱.۵	۱.۷	۱.۸	۲.۰	۲.۱	۲.۳	۲.۴	۲.۶	۲.۷	۲.۹	۳
۱	۲.۷	۳.۰	۳.۳	۳.۶	۳.۹	۴.۲	۴.۵	۴.۸	۵.۱	۵.۴	۵.۷	۶
۱.۵	۴.۱	۴.۵	۵.۰	۵.۴	۵.۹	۶.۳	۶.۸	۷.۲	۷.۷	۸.۱	۸.۶	۹
۲	۵.۴	۶.۰	۶.۶	۷.۲	۷.۸	۸.۴	۹.۰	۹.۶	۱۰.۲	۱۰.۸	۱۱.۴	۱۲
۲.۵	۶.۸	۷.۵	۸.۳	۹.۰	۹.۸	۱۰.۵	۱۱.۳	۱۲	۱۲.۸	۱۳.۵	۱۴.۳	۱۵
۳	۸.۱	۹.۰	۹.۹	۱۰.۸	۱۱.۷	۱۲.۶	۱۳.۵	۱۴.۴	۱۵.۳	۱۶.۲	۱۷.۱	۱۸
۳.۵	۹.۵	۱۰.۵	۱۱.۶	۱۲.۶	۱۳.۷	۱۴.۷	۱۵.۸	۱۶.۸	۱۷.۹	۱۸.۹	۲۰	۲۱
۴	۱۰.۸	۱۲.۰	۱۳.۲	۱۴.۴	۱۵.۶	۱۶.۸	۱۸	۱۹.۲	۲۰.۴	۲۱.۶	۲۲.۸	۲۴
۴.۵	۱۲.۲	۱۳.۵	۱۴.۹	۱۶.۲	۱۷.۶	۱۸.۹	۲۰.۳	۲۱.۶	۲۳	۲۴.۳	۲۵.۷	۲۷
۵	۱۳.۵	۱۵	۱۶.۵	۱۸	۱۹.۵	۲۱	۲۲.۵	۲۴	۲۵.۵	۲۷	۲۸.۵	۳۰
۵.۵	۱۴.۹	۱۶.۵	۱۸.۲	۱۹.۸	۲۱.۸	۲۳.۱	۲۴.۸	۲۶.۴	۲۸.۱	۲۹.۷	۳۱.۴	۳۳
۶	۱۶.۲	۱۸	۱۹.۸	۲۱.۶	۲۳.۴	۲۵.۲	۲۷	۲۸.۸	۳۰.۶	۳۲.۴	۳۴.۲	۳۶
۶.۵	۱۷.۶	۱۹.۵	۲۱.۵	۲۳.۴	۲۵.۴	۲۷.۳	۲۹.۳	۳۱.۵	۳۳.۲	۳۵.۱	۳۷.۱	۳۹
۷	۱۸.۹	۲۱	۲۳.۱	۲۵.۲	۲۷.۳	۲۹.۴	۳۱.۵	۳۳.۶	۳۵.۷	۳۷.۸	۳۹.۹	۴۲
۷.۵	۲۰.۳	۲۲.۲	۲۴.۸	۲۷	۲۹.۳	۳۱.۶	۳۳.۸	۳۶	۳۸.۳	۴۰.۵	۴۲.۸	۴۵
۸	۲۱.۶	۲۴	۲۶.۴	۲۸.۸	۳۱.۲	۳۳.۶	۳۶	۳۸.۴	۴۰.۸	۴۳.۲	۴۵.۶	۴۸

يادونه:

۱. Infusion د تطبيق پر مهال د هغه کچې ته پوره پاملرنه وساتئ.
۲. د BP د شديد نښکته کېدو ته په ناروغ کې سر درد، گنگسيت، زړه بدوالی، د گېډې درد، Perspiration، د زړه ټيکان، د Sternum شاوخوا ناراحتي پيدا شي، نو دا مهال به د Infusion کچه لږ څه کړي.



۳. Nitro Prusside په بدن کې په Free Cyanide اوږي، کوم چې په ځيگر کې Thiocyanate ته اوږي، نو له دې کبله د Toxicity د مخنيوي لپاره د ځيگر دنديزې ازموينې ترسره شي.

۴. د فشار په لوړېدو سره د خولې له لارې د فشار ضد درمل کارولی شي.

۵. که درملنې له ۲۴ ساعتو ډېر پايښت وموند، د Toxicity اړوند نښو د مخنيوي، لکه Tachycardia، خولې کېدل Hyper Ventilatiar Arrhythmias او ميتابوليک اسيدوزس لپاره اړينې لارې چارې په کار واچوي.

Amino Phylline

استطابات:

Acute Severe Asthma او د هوايي لارو دوه ځلې بندوالی (Reversible) Airway Obstruction.

دوز Dossage:

هغه ناروغانو ته چې د خولې له لارې يې Theophylline نه وي اخيستی، يا هم يې د ۲۴ ساعتو په اوږدو کې Aminophylline نه وي اخيستی، نو د ۲۵۰ mg IV Infusion له لارې په ۲۰ دقيقو کې د ۱۰۰ ml bag له لارې ناروغ ته توصیه کوو.

مينځنی دوز:

۱. چاغو وگړو ته چې د بدن وزن يې له ۱۲۰% څخه لوړ وي، د Gentamycin له دوز سره Aminophylline ورکوو.
۲. ځوان سگريټ څکوونکی (Smokers): ۱ mg/kg/hour.
۳. هغه ناروغان چې د ځيگر عدم کفايه، د زړه عدم کفايه لري او هغه چې Cimetidine او Ciprofloxacin کاروي، نو د درملنې پرمهال په وينه کې د



Thiophilline د سيروم كچه وټاكل شي.

Dosage mcg/kg/min	Weight (kg)											
	۴۰	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰	۹۵
۱	۴۰	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰	۹۵

a. Add ۱۰۰۰ mg (۴ Ampoules) in ۱۰۰۰ ml of Diluent after First Removing ۴۰ ml From the Bag.

b. د ۰,۵mg/kg/hour ډوز تطبیق د بدن د وزن په كچه.

Add ۵۰۰ mg (۲ Ampoules) in ۱۰۰۰ ml of Diluent After First Removing ۲۰ ml From The Bage.

Dosage mcg/kg/min	Weight (kg)											
	۴۰	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰	۹۵
۰,۵	۴۰	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰	۹۵

۱۰۰۰ ml = ۰,۵mg/ml

څارنه:

۱. كله چې ناروغ ته Infusion تطبیق كوي، نو ۲-۱ ساعته وروسته يې د پلازما د پوتاشيم كچه وټاكئ.

۲. د Theophylline غلظت بايد هم لږ كرل شي، ځكه چې په ډېر عمره خلكو كې د سيروم كچه لوړېږي، په تېره هغه كسانو كې چې وايروسي انتانات لري، اوږد مهاله تبه لري او ياهم د Erythromycin، Clarithromycin، Norfloxacin، Isoniazid، Fluconazole، Verapamil، Diltiazem، Ketaconazole او د حاملگۍ ضد درملو څخه گټه پورته كوي.

۳. خو په هغه وگړو چې د Refampicin يا Retonavir درملو څخه گټه



پورته کوي، په هغوی کې د Theophylline د سیروم کچه بنکته والی مومي.
۴. د Aminophylline ډوز له ۲۰-۱۰ mg سره برابر وټاکئ.

برابرونه:

Aminophylline Injection = ۲۵mg/ml چې له ۱۰ ml امپول سره سمون

خوري.

Diluents

په ۹۰٪، سوډیم کلوراید او ۵٪ گلوکوز کې.

Salbutamol

استطیبات:

Severe Bronchospasm

ډوز

IV Injection

د ورید له لارې په ورو ډول خود بیړنۍ درملنې لپاره کارول کېدی شي.

۱. ۲۵۰ mcg په ۱۰ دقیقو کې.

۲. ۰,۵ml یا نیم امپول د Salbutamol په ۲۰ cc کې Diluent کې کړئ او

ناروغ ته تطبیق کړئ.

۳. که موږ د Syringe له لارې تطبیق کوو، نو په رېټه یې باید له

۱۲۰ ml/hour چې د ۲ ml/min سره سمون خوري ډېر نه شي.

IV Infusion

۱. د درمل ځواب ویلو ته په کتو باید مینځنۍ ډوز له ۵ mcg/min څخه

ډېر نه شي، که اړتیا ډېره شوه، نو لاندې جدول وگورئ.



۲. ۵۰۰ ml Diluent گلوکوز را داخلئ او ۵cc ترې کم کړئ او پر خای یې
 ۱۰ امپوله (۵mg) Salbutamol ورگډه کړئ.
 ۳. ۵mg په ۵۰۰ ml کې له ۱۰ mcg/ml سره سمون خوري.

Dose (mcg/min)	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
Infusion rate (ml/min)	۰,۳	۰,۴	۰,۵	۰,۶	۰,۷	۰,۸	۰,۹	۱	۱,۱
Pump rate (ml/hr)	۱۸	۲۴	۳۰	۳۶	۴۲	۴۸	۵۴	۶۰	۶۶

Dose (mcg/min)	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
Infusion rate (ml/min)	۰,۳	۰,۴	۰,۵	۰,۶	۰,۷	۰,۸	۰,۹	۱	۱,۱
Pump rate (ml/hr)	۱۸	۲۴	۳۰	۳۶	۴۲	۴۸	۵۴	۶۰	۶۶



يادونه:

۱. Salbutamol د ناروغانو د زړه رېټ پورته کوي او د Palpitation سبب گرځي، ځکه نو د زړه په Ischaemic ناروغيو کې له احتياطه کار واخيستل شي، يانې د Cardiac Monitor له لارې څارونه وشي.

۲. Salbutamol په حجراتو کې د پوتاشيم د اخیستنې کچه ډېروي، ځکه ناروغانو ته شديده Hypokalaemiaي مندل کېږي، دلته نو اړ ياست، چې د Salbutamol له درملنې سره هر يو يا دوه ساعته وروسته د پلازما پوتاشيم کچه وټاکي.

برابرونه:

په بازار کې د Salbutamol ۵۰۰ mg په يو امپول کې مندل کېږي.

Piluent: په ۵% گلوکوز او ۰.۹% سوډيم کلورايډ کې.

Phenytoin

استطابات:

Status Epilepticus:

که چېرې Phenytoin په تېزۍ سره تطبيق شي، نو ناروغانو ته Hypotension، د زړه د Arrhythmias، د زړه د سيالوډ لېږد گډوډۍ، CNS Depression او د تنفس د ودرېدو پېښې ډېرې مينځته راځي.

کله چې ناروغ د Infusion له لارې درمل اخلي، بايد Cardiac Monitor شته وي.

دوز Dossage:

۱. Phenytoin ۱۵mg/kg د IV Infusion له لارې په غټ وريد کې ناروغ ته داسې تطبيق کړئ، چې له ۵۰ mg/min څخه ډېر نه شي.

۲. که Syringe Pump موجود نه اوسي، نو Inj. Phenytoin را اخلي او



په ۱۰۰ ml ۰,۹% کلوراید کې یې Diluent کړئ، چې کابو له ۱۰ mg/ml سره سمون وڅوري، بیا یې ناروغ ته توصیه کړئ.

یادونه:

Sodium Phenytoin القلي خاصیت لري، کله چې د عضلې له لارې تطبیق کوو، نو باید د Infusion کچه له ۵۰ mg/min څخه ډېره نه شي.

برابرونه:

۵۰ mg/ml Inj. Phenytoin Sodium په ۵ ml یا ۲۵۰ mg امپولونو کې موندلی شئ.

Diluents

یوازې سوډیم کلوراید ۰,۹% کارولی شو او بس.

Weight (kg)	۴۵	۵۰	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰	۹۵	۱۰۰
Dose (mg)	۶۷۵	۷۵۰	۸۲۵	۹۰۰	۹۷۵	۱۰۵۰	۱۱۲۵	۱۲۰۰	۱۲۷۵	۱۳۵۰	۱۴۲۵	۱۵۰۰
Ml of phenytoin (۵۰ mg/ml)	۱۳,۵	۱۵	۱۶,۵	۱۸	۱۹,۵	۲۱	۲۲,۵	۲۴	۲۵,۵	۲۷	۲۸,۵	۳۰
Syringe pump rate (ml/hr)	۲۷	۳۰	۳۳	۳۶	۳۹	۴۲	۴۵	۴۸	۵۱	۵۴	۵۷	۶۰



يوولسم څپرکی

عملي کړنلاري

Practical Procedure

د پلورا بايوپسي او د مايعاتو ايستل.

استطبات:

۱. تشخيص: که په ډېره کچه نه کابو کېدونکی مايع شتون لري، نو له پلورا څخه بايوپسي واخيستل شي.
۲. د پلورا د ډېلوالي او د اعراضو د مينځه لپاره چې ناروغي ځنډنې نه شي او پړوخت يې درملنه وشي.

مضاد استطباب:

۱. Severe Bullous Emphysema يا COPD.

۲. که د وينې د علقه کېدو وېره شته وي.

اړين توکي:

۱. کله چې له پلورا څخه مايع ايستل غواړو، Gloves.
۲. ۲% Lignocaine کابو ۱۰ ml.
۳. ۵-۵۰ ml پلاستيکي سورنجونه.
۴. Heparin ۱۰۰۰ unit/ml.

کله چې له پلورا څخه Biopsy اخيستل کېږي

۱. Gloves.

۲. Gown.

۳. ۲% Lignocaine کابو ۱۰ ml.



- له پلورا څخه د مایع ایستلو وروسته یو بوتل چې کابو ۳x۲۰ ml کچه ولري را اخلو او د مایکرو بیولوژي، بیوشیمی او سیرالوژي معایناتو لپاره یې لبراتور ته لېږو.
- که مایع د Cytology لبراتور ته لېږو، نو Anti Coagulant بوتلونو څخه گټه اخلو.
- که مایع د گلوکوز د کچې د مومندلو لپاره لبراتور ته لېږو، د Oxalat بوتلونو څخه گټه اخلو.

کړنلاره Procedure:

۱. د گوگل ایکسری په غور سره ولیدل شي.
۲. ناروغ ته د مایع ایستلو ټوله کړنلاره روښانه کړئ، چې ناروغ مو پوره ډاډمن شي.
۳. ناروغ د چوکۍ لپاسه داسې کېږئ، چې دواړه لاسونه یط مخې خوا ته تپت شوي وي، که د چوکۍ پر تکیه کونکي برخه دواړه لاسونه راتاو شي، تر ټولو به ښه وي، چې ناروغ څخه په اسانۍ مایع وایستل شي.
۴. په ناروغ کې د راتولې شوې مایع ساحه په سم ډول وټاکئ، بیا نو د Scapula هډوکي له ښکتنۍ څو کې څخه یو گوته ښکته لومړی قرع ترسره کړئ، چې قرع Dullness شوې ساه وټاکئ.
۵. ساحه په بشپړ ډول پاکه کړئ.
۶. په پوستکي Lignocain په ډېر احتیاط سره زرق کړئ.
۷. بین الضلعي مسافه پیدا، بیا کابو ۱۰ ml Lignocain جداي پلورا نه او د پښتۍ ښکتنې Periosteum ته ور زرق کړئ، له دې وروسته په اسانۍ سره مایع راوباسئ.
۸. ستن ته له Bag سره تماس ورکړئ او مایع په کې راتوله کړئ.



د پلورا له تشې څخه د هوا ایستل

Peural Aspiration of Air

استطبات:

له کوچني څخه تر لوی Pneumotorax پورې.

مضاد استطباب:

۱. Hydropneumothorax .

۲. Bilateral Pneumothorax .

۳. Tension Pneumothorax .

اړين توکي:

- له پلورا څخه د مایع ایستلو پوره Pack چې (۱۴G)، ۵۰ ml Syrange،
IV Canule، درې څوکې لرونکې تیوب او Kidney Tray.

- Gloves

- Gown

- ۲% Lignocaine کابو ۱۵-۱۰ ml.

کرنلاره:

۱. لومړی له هرڅه دمخه ناروغ له کرنلارې څخه پوره خبر او ډاډمن کړئ.

۲. د ایکسری پر مټ د هوا ټاکلی ځای مالوم کړئ.

۳. ټاکلې ساحه په انټي سپیټیک موادو بڼه پاکه کړئ.

۴. د پلورا بڼکتني برخې ته موضعي انسټیزي ورکړئ.

۵. د هوا راتلل په خپله د Pneumothorax بڼودنه کوي.

۶. د پلورا تشې ته Canula وردننه کړئ.

۷. درې څوکې لرونکي ۲۰-۵۰ ml سورنج سره یې ونښلوئ.



۸. هوا کابو (۵۰ ml x ۵۰) يا ۲,۵L پورې را ايستلی شی.
۹. که ناروغ له نورو ستونزو سره يوځای توځی پیل کړي، هوا ايستل بندوو.
۱۰. Canula و باسو او ساحه پاکه پلستر کوو.
۱۱. دې لپاره چې پوه شو، هوا مویه بشپړ ډول ايستلې او که نه، ايکسري له سره توصیه کړو.

د بين الضلعي تيوب په وسيله ډريناژ

Inter Costal Tube Drainage

استطبات:

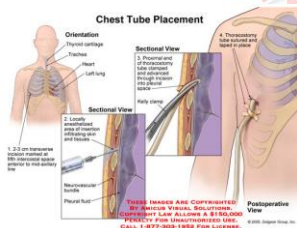
- له لږ څه تر ډېر Pneumothorax تخليله کولو لپاره کارول کېږي.
- له پلورا څخه د مايع ايستل.

مضاد استطباب:

- کله چې د وينې د علقې (Blood Clotring) وېره شته وي.

اړين توکي:

۱. د ګوګل د Drainage کولو لپاره خپل تيار کړل شوي Pack راواخيستل



شي.

۲. پاک (Sterile) Gloves او Gown.
۳. ۲% Lignocaine کابو ۲۰-۱۰.
۴. د پلورا Drains بېلا بېلو کچو.
۵. د مايع د تخليه کولو کڅوړه.

کړنلاره:

۱. له هر څه دمخه ناروغ ته پوره ډاډ او له کړنلارې خبر کړل شي.
۲. په ايکسري کې د آفت برخه او اړخ په سم ډول وټاکي، چې د تخليله



کولو لپاره تر ټولو غوره ځای يا ناحیه د Mid Auxillary کرښې لپاسه د څلورمې او پینځمې بین الضلعي مسافې مینځنی ټکی دی.

۳. ناروغ له ځمکې سره 30° زاویه برابره کړي او لاسونه یې دواړه د سر لاندې برابر کړي.

۴. ساحه په سم ډول وټاکئ، له ټاکلو وروسته یې ښه پاکه کړئ.

۵. له دې وروسته (۲۴-۱۶) ډرېن ناروغ ته وټاکئ، ځکه پر مټ یې کولای شو، په اسانۍ سره مایع راوایستل شي.

۶. ټول اړین توکي بیا له سره وگورئ، چې څه خرابي خو به نه لري.

۷. بین الضلعي مسافه جس کړئ، ۱۰ ml Lignocaine جداري پلورا او د پښتۍ په بنسکتني Periosteum کې زرق کړئ.

۸. افقي شق له ۲ cm څخه په کچه د پوستکي او شحمي برخې لپاسه

وکاروئ، Drain دننه او همالته یې په سم ډول Suture کړئ.

۹. Suture او Drain د تثبیت کولو لپاره د جراحي سمه عمیله تر ټولو

اړینه بلل شوې.

د Drain له تطبیق وروسته:

۱. ناروغ ته Analgesic ورکوو، لکه NSAID، ۵۰ mg Diclofenac د

خولې له لارې هر اته ساعته وروسته تر ۲۴ ساعته پورې، که اړتیا وموندل

شوه، ناروغ ته هر ۸-۶ ساعته وروسته دوه گولۍ Paracetamol هم ورکولی

شو.

یادونه:

کله چې د Drain له لارې د Pneumothorax د هوایي پوکاني بندې شوې

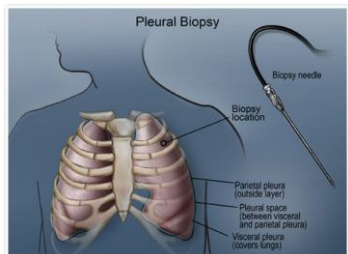
له ۲۴ ساعته وروسته په علمي کړنلاره Drain وباسو.

Pleurodesis



استطابات:

۱. په خيټ ډول د پلورا په تشه کې د مايع ټولېدنه.
۲. پرله پسې ډول د پلورا تشه کې د مايع راغونډېدل.
۳. پرله پسې Pneumothorax.



مضاد استطاب:

۱. له پلورا مايع سره د خيټ حالت مينځته راتلل.

۲. د بين الضلعي Drainage له کبله د سږو د پراخوالي کمښت.

اړين توکي:

۱. Bladder Wash Syringe (۳).
۲. ۵۰ ml پلاستيکي Syringes.
۳. ۱,۵g تتراسکلين.
۴. ۲۰۰ ml د سوډيم کلورايډ کابو ۰,۹%.
۵. ۱% Lignocaine کابو ۲۵ml.
۶. Inj. Tramadol.

کړنلاره:

۱. د گوگل پر ايکسري ښه غور وکړئ.
۲. کله چې له پلورا څخه مايع وباسو او Intubation ترسره کوو، نو بايد دواړه سږي په پوره پيمانه پراخه شوي اوسي.
۳. د Pneumothorax له تخليبې وروسته هم بايد سږي په پوره پيمانه پراخ شي.
۴. ناروغ د Pleurodesis د کړنلارې ټول اړخونه روښانه او ډاډ ورکړئ.



۵. ناروغ ته د عضلې لاندې NSAID (Diclofenac ۵۰ mg) تطبيق کړئ.
۶. کابو درې Blader Wash Syringe د لاندې کړنلارې له مخې چمتو کړئ.

۷. ۱٪ Lignocaine کابو ۲۵ml د ۰,۹% سوډيم کلورايډ کابو ۲۵ml سره په يو ۵۰ ml سورنج کې ګډ کړئ، ياده دې وي، چې له پورته درملو سره تتراسکلين هم يوځای شي.

له کړنلارې وروسته له ناروغ سره مرستې:

۱. ناروغ ته پوره Analgesic، لکه ۲ Tab Paracetamol د لومړيو -۲۴ ۴۸ ساعتو کې، که اتناني حالت وي NSAID ډېر ګټور تمامېږي.

۲. Suction ته تر هغه وخت ورکوو، چې د Drainage کچه په ورځ کې له ۵۰ ml څخه ښکته راوغورځي.

۳. بيا له سره ناروغ ته د ګوګل ايکسري ورکړئ او له ناروغ څخه غوښتنه وکړئ، چې هر وخت خپل سږي پراخ وساتي، يانې ژورې ژورې ساه ګانې اخلي.

۴. د ناروغ د عمومي وضعيت او هراړخيزې روغتيا وروسته Drain وباسئ.

Percutaneous Central Venous Cannulation

د پورته عمليې ترسره کول د مړينې ډېره کچه جوړوي، ځکه نو بايد د يو تجربه لرونکي کس په وسيله ترسره شي.

استطابات:

۱. د وينې په جريان کې د شديدو تغيراتو مينځته راتلل، په تېره هغه ناروغانو کې چې د ښي بطن دندې يې زيانمنې شوې وي.
۲. د مخرشو درملو تېرېدنه وريدونو ته.



۳. د اوږد وخت لپاره د وريد له لارې د درملو اخیستل.

مضاد استطبایات:

۱. د Canula د تطبیق په ساحه کې د Sepsis وېره.
۲. که Sub Clavian وريد ته د Infraclavicular Supraclavicular له لارو Bullae یا هم ګوګل ته د Cmpysemu وېره موجوده وي.
۳. د کارتویید شریان Aneurysm.
۴. د Hypo Coagulation او Hyper Coagulation حالتونه مینځته راتلل.

اړین توکي

۱. تعقیم شوي Gloves، ماسک، Gown او منځ پاک.
۲. Dressing Pack د مالوچو، ګاز ټوټې، Swab او Anti Septics سره.
۳. Blade Size II.
۴. د پوستکي انټي سپیټیک.
۵. ۱% Lignocain.
۶. ۰.۹% سوډیم کلوراید په ۲۰ ml سورنجو کې.
۷. Hyparinized Saline ۱۰ U/ml in a ۵ml Syringe.
۸. پلستر.
۹. Silk ۰-۱ یا نیولون ګنډونکی تار (Suture).
۱۰. Tourniquet.
۱۱. Manometer.
۱۲. ۰.۹% سوډیم کلوراید په یو لیټر اوبو کې.
۱۳. Central Venous Catheter.

Table ۱



Route of Insertion	Gauge of Cannula needle	Minimum Length of catheter (mm)
Arm vein	١٤G	٢٠٠
External jugular vein	١٦ or ١٤G	٢٠٠
Internal jugular vein	١٦ or ١٤G	١٥٠
Subclavian vein	١٦ or ١٤G	١٥٠
- Long cannulae are available (١٢٠-١٥٠ mm long, ١٤-١٨G)		

www.melitahrik.com
0777 400 116



د وريد انتخاب (ټاكل):

۱. Antecubital Fossa Median (Basilic) or Cephalic Veins.

۱. وريد پر Tourniquet وتړئ.

۲. تړل شوي اړخ ته سر كوږد كړئ، چې د غاړې پر وريد فشار راشي.

۳. لاس راټول كړئ.

۴. ۲۰۰ mm اوږدوالي سره Catheter دننه كړئ.

۵. د Emboli د مخنيوي لپاره Tourniquet په ډېر احتياط سره خلاص

كړئ.

۶. Catheter په ورو ډول لومړی د Auxillary وريد، وړپسې د

Cephalic Vein پر لور وړاندې تېر كړئ.

External Jugular Vein

۱. د ناروغ سر ۲۰° په كچه بنسټه كړئ.

۲. دلته به وريد د Mandible هډوكي له زاويې څخه د Clavicle هډوكي

ميينځنۍ برخې سره برابر شي.

۳. د كيني او بني اړخ بڼه غښتلی وريد وټاكئ.

۴. كه وريد د جس او ليدلو وړ نه وي، وړاندې مه ځئ.

۵. كله چې وريد بڼه جس او وليدی شو، نو كابو ۲۰۰ MM اوږدوالي

سره Catheter په وريد كې دننه كوو.

يادونه:

په ۵۰ سلنه هغه كسانو كې چې د Clavicle هډوكي له پاسه د گوتې

فشار وارد شوی وي، Catheter په اسانۍ سره د Intra Thoracic Vein ته نه

داخليږي.

Internal Jugular Vein



۱. د ناروغ سر کيڼ خواته اړوو، همدارنگه سري يې 20° ښکته خواته برابروو.
۲. دې لپاره چې د Thoracic Duct د ټپي کېدو مخه مو نيولې وي، نو له ښي وريد څخه گټه پورته کوو.
۳. له هر څه دمخه لومړی د ناروغ د غاړې په برخه کې د Sternomastoid Cricoid غضروف او کارټويډ شريان موقعيتونه په سم ډول وټاکئ.
۴. د Cricoid غضروف له سطحې سره برابر په کيڼ لاس د کارټويډ شريان ساتنه وکړئ.

Tapping Ascites and Paracentesis

استطابات:

۱. دې لپاره چې د خښ لامل وپېژندل شي.
۲. د خښ د مایع د بکتريايي انتان د درملنې ارگانېزم پېژندل.
۳. د مایع د ایستلو پر مه د گېډې ناراحتي، شدید ساه تنگی، څخه مخنیوی وشي.

مضاد استطابات:

۱. Coagulopathy.
۲. انتاني خښ، چې له ۴۸ ساعتو څخه لږ وخت درملنه یې شوې وي.

د خښ لاملونه:

عام لاملونه:

۳. د ځيگر سيروزس.
۴. د گېډې کنسر، په تېره د مبيضونو.
۵. توبرکلوزیک پريتونايتیس.
۶. د زړه ناروغۍ په تېره Constrictive پريکارډايتیس.



۷. د پښتورگو اوږد مهاله ناروغۍ.

۸. Myxoedema.

۹. د پانکراس ځنډونۍ ناروغۍ.

۱۰. د نفیرونو خبیثې ناروغۍ.

۱۱. Nephrotic Syndrome.

اړین توکي:

۱. Syringe (۲۰ ml) له ۲۱ G (Needle) سره.

۲. Dressing Pack.

۳. د پوستکي انټي سپیټیک.

۴. د Needle کچه له ۱۹-۲۳ G پورته نه وي.

۵. د موضعي انسټیزي لپاره له ۵ ml څخه گټه اخلو، لومړی د ۵۰ ml

مایع را اوباسو.

۶. مایع د Biochemistry، Haematology او Cytology،

مایکروبیولوژي معایناتو لپاره لابر اتوار ته لېږو.

کړنلاره:

۱. ناروغ ته له ټولې کړنلارې څخه پوره ډاډ ورکړئ.

۲. له ناروغ څخه غوښتنه وکړئ، چې خپله مثانه له متیازو تشه کړي.

۳. ناروغ ستوني ستغ (Supine) وضعیت کې ځملوئ.

۴. د ناروغ گېډه له سره وگورئ، چې Shifting Dollness کوم ځای کې د

جس کېدو وړ ده.

۵. په نښه شوې ساحه د انټي سپیټیک موادو په وسیله ښه پاکه کړئ،

بیا کابو ۲-۳ ml Lignocaine د گېډې په مخکیني دېوال او جداري

پرایتوان په ساحه کې زرق کړئ.



۲. له دې وروسته کابو (۲۳G-۱۹)، یو Needle د گېډې تشې ته وردننه کړئ.
۷. اوس نو مایع په اسانۍ سره بهر ته راوځي، کابو ۵۰ ml مایع را اخلو او د ازموینو لپاره یې لابراتوار ته لېږو.

Lumber Puncture

استطبات:

۱. د سم تشخیص کولو لپاره.
۲. Introduction of Contrast Media.
۳. Chemotherapeutic Agents د پېژندلو لپاره.

مضاد استطبات:

۱. د کوپړۍ د ننني فشار د لوړوالي پر مهال.
۲. د نخاع له ټپي کېدو سره د وینې بهېدنې وېره.
۳. موضعي Sepsis، چې د مایع د ایستلو له کبله په ناروغ کې د سحایا التهاب جوړېدو وېره موجوده.
۴. Coagulopathy.

اړین توکي:

۱. Sterile Gloves.
 ۲. Green Sterile Towel.
 ۳. Dressing Pack د مالوچو، Guaze، توتې، Swab او لوبني.
 ۴. د پوستکي انټي سپټیک.
 ۵. ۲% Lignocaine په ۵cc سورنج کې د ۲۵G لرونکې ستنې سره یوځای تیاروو.
۲. د Lumber Puncture ځانگړی Needle، چې (۲۲G) کابو (۳-



۳،۵inch) اوږدوالی ولري.

۷. Manometer.

۸. کله چې مایع راوايستله، د نورو ازموینو لپاره یې یا هم په ځانګړي ډول د کرنې، پروټین، گلوکوز لپاره لابرآتوار ته لېږو.
۹. ساحه د پلستر په وسیله پټوو.

کړنلاره:

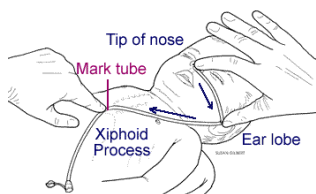
۱. ناروغ ته له مایع ایستلو څخه وړاندې پوره ډاډګیرنه ورکړئ.
۲. ناروغ په کینې اړخ د مېز پر څنډه داسې ځملوئ، چې د دواړو پښو زنگتونه یې د سینې خواته راټول او غاړه یې هم په بشپړ ډول راټول شوې اوسې.
۳. له هرڅه دمخه لومړی Anterior Superior Iliac Spine جسد او پیدا کړئ، اوس کولای شئ، چې په اسانۍ سره ۳-۴ فقراتو مینځنی ټکی پیدا او مایع راوباسئ.

Indication for diagnostic LP	Tests
Suspected subarachnoid haemorrhage	Blood, xanthochromia
Myelopathies and suspected multiple sclerosis (but not for suspected cord compression)	Protein. IgG or gamma globulin, oligo clonal bands
Peripheral neuropathies Eg Guillain-Barre syndrome	Cells, protein
Infections of central nervous system (bacterial meningitis, tuberculosis, acute and subacute encephalitis, neurosyphilis, viral, fungal, and protozoal meningitis)	Cells, protein, treponemal haemagglutinating antibodies (or other specific tests), glucose culture, special stains, and antibodies
Meningeal infiltration	Cytology

Naso Gastric Tube



NG. Tube



استطبات:

۱. Therapeutic

- د تسمم له کبله د معدې مینځل.
- د پريتوان حاد التهاب.
- د معدې شديده وينه بهېدنه.
- د کوما ناروغان.

۲. تشخيص:

۱. د معدې مینځل د (Acid Fast Bacil) AFB لپاره.
۲. د پاييلور د تنگوالي د تشخيص لپاره.
۳. د مقعدي برخې د Fistula د تشخيص لپاره.
۴. د Trachio Esophageal فستولا د تشخيص لپاره.

د NG. Tube اختلاطات:

۱. Aspioation Pneumonia.
۲. تخريش.
۳. وينه بهېدنه.
۴. انتانات.
۵. د Varices خيري کپدل.
۶. د Sinuses التهاب (Sinusitis).

د NG. Tube مضاد استطبات:

۱. د Kerosene تسمم ناروغان.
۲. د Corrosive تسمم ناروغان.
۳. د Facial عصب په ترضيضاتو کې.

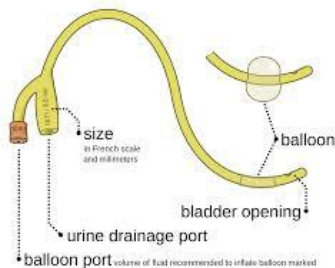


۴. د Cervical Spine په ټپي شوي يا ماتېدونکي حالتونو کې.

Foley's Catheter

استطابات:

۱. طبي کاروني:



- د کوما ناروغانو ته.

- د متيازو په بندښت کې.

- د متيازو په راغونډېدو کې.

- په مثانه کې د پاتې شويو متيازو

د کچې د ټاکلو لپاره.

- د مثاني په دننه برخه کې د درملو د تطبیق لپاره.

جراحي کاروني:

- د متيازو حاد بندښت.

- د متيازو ځنډنې بندښت.

- د حوصلي (Pelvic) جراحي عملياتو ته.

- د مثاني جراحي.

- د Urethra (احليل) د څيرې کېدو او د هغه جراحي.

د Foley's Catheter اختلاطات:

- Urethritis

- د مثاني التهاب (Cystitis).

- Pyelonephritis

- د احليل څيرې کېدل.

- د وينې د علقې جوړېدنه.

مضاد استطابات:



- د اخليل ترضيضات.
- د حوصلې ترضيضات.
- Scrotal Haematoma.
- د اخليل په سوري کې د وينې شتون.

www.melitahrik.com
0777 400 116



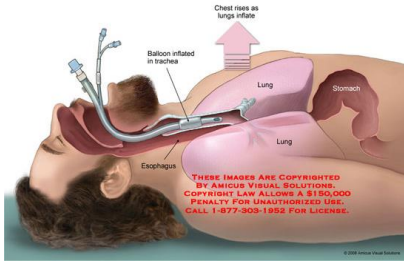
Endo Tracheal Tube

استطابات:

- د هوايي لارو خلاصول.
- د عمومي انسټيزي تطبيق.
- هوايي لارې Suction.

مضاد استطابات:

- موضعي ترضيضات د غارې په برخه کې.
- د اندوتراخيل تيوب بندوالی.
- Sinusitis.
- کله Larynx ټپي شوی وي.
- د تراخيا تنگوالی او Fibrosis.



Intravenous Connula

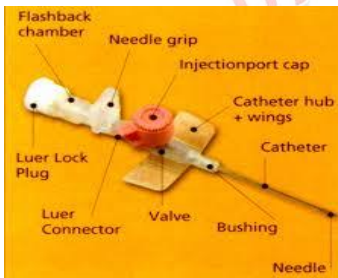
استطابات:

- په پرله پسې ډول د وریدي زرقیاتو ترسره کول.
- کریستالوید او کولوید مایعاتو توصیه کول.

- د وینې لېږد.

اختلالات:

- Phlebitis.
- Hematoma.
- Embolism.



Knee Aspiration

استطابات:

تشخيص:

۱. د ناخرگندي سرچينې له كبله د زنگون بند التهابي كېدل، چې ځوي (Puss) كچه له خپل بريده واوري.

۲. په مزمنو او Sub- Acute Articulare

پتولوژي كې هم د تشخيص لپاره هم له Knee Aspiration گټه اخلو.

درمليز موخې:

۱. د Septic Arthritis په ناروغانو د پرله پسې درملنې لپاره Knee Aspiration ترسره كولي شو.

۲. د بند په دننه كې د درملو زرق كول.

مضاد استطابات:

۱. كوم ځانگړي مضاد استطباب نه لري، خو له احتياطه كار واخيستل شي.

۲. په هغه ناروغانو كې د Knee Aspiration پر مهال له احتياطه كار واخيستل شي، چې د علقې جوړېدنې او وينې بهېدنې وېر شته وي.

۳. هغه ناروغان چې Prosthetic بندونه ولري، له احتياطه كار واخيستل شي، همدارنگه په هغه ناروغانو كې د پوستكي ناروغۍ لري، كمه Psoriasis چې د بند په Sepsis اوږي.

يادونه:

د Knee Aspiration پر مهال بايد د زنگون د بند په ټوله اناتومي پوه اووسئ.



اړين توکي:

۱. تعقيم Dressing Pakc.

۲. Gloves.

۳. د پوستکي انټي سپټيک.

۴. ۱۰-۲۰ ml او ۲cc سورنج.

۵. ۱% Lignocaine.

کړنلاره:

۱. ناروغ بايد په ستوني ستغ (Supine) وضعيت پروت وي.
۲. د ناروغ د زنگون بند لاندې بالښت کېږدئ، چې دا به د زنگون د عضلاتو په استرخا کې مرسته وکړي.
۳. د زنگون بند او Patela هډوکي ترمينځ سرحد يا پوله وټاکئ.
۴. د Patela د انسي خنډې په مينځني ټکي يو ۱cm ژور نښه وکارې.
۵. لاسونه پرېمينځئ، Gloves په لاسو او ساحه پاکه کړئ.
۶. د پوستکي په برخه کې ۱% Lignocaine زرق کړئ.
۷. د Patela او Femur هډوکي په Notch کې Needle يا ستن په افقي ډول دننه کړئ.
۸. کله چې مایع په Needle کې راغله، نو د Patela هډوکي له پاسه فشار واردوو، چې مایع په بشپړ ډول تخليه ترڅو پاکه Synovial مایع راووځي.
۹. که Synringe ډک شو، ستن مه راباسئ يوازې سورنج ورته بدل کړئ.

Gastric Lavage

استطابايات:

۱. له معدي څخه د هغه موادو رايستل چې د انسان ژوند له مرگ سره مخ



كوي.

مضاد استطببات:

۱. هغه ناروغان چې په هوش نه وي او د هوايي لارو د بندښت وېره هم شته وي.
۲. هغه ناروغانو کې چې د وينې بهيدنې، سوري کېدنې وېره شته وي.

اختلاطات:

۱. Larygospasm
۲. Fall in PaO_۲
۳. Aspiration Pneumonia
۴. Sinus Bradycardia، په ECG کې د ST Elevation

اړين توکي:

۱. ۳۶-۴۰ FG پراخ ټيوب.
۲. نسوي Jelly ډوله مواد.
۳. د Suction دستگناه.
۴. ۱۰۰ F° گرمې شوې اوبه يا ۹۰٪ سوډيم کلورايد کابو ۲L-۱.
۵. PH Strips
۶. فعال ۵۰ Chorcoal
۷. Endotracheal Tube د کوما ناروغانو لپاره.
۸. د هوايي لارو خلاص ساتل.
۹. د بسترمېز.

کرنلاره:

۱. ناروغ له کرنلارې ډاډه کړئ.
۲. Suction ماشين وگورئ، چې څه ستونزه خو نه لري.



۳. که ناروغ د کوما حالت کې وي او Gag غبرگون نه لري، نو ورته Endotracheal ټيوب او يا هم Intubation ترسره کړئ.
۴. ناروغ په کيڼ وڅشي وضعيت څملوئ.
۵. پر ټيوب Jelly ډوله موادو و موبښئ او نېغ يې معدې ته تېر کړئ.
۶. دې لپاره چې پوه شو، ټيوب معده کې ده او که نه سټاټسکوپ را اخلو او د Syringe په وسيله ټيوب ته هوا ورکوو او د معدې له پاسه يې اعضا کوو.
۷. لومړی کابو ml ۲۰۰-۳۰۰ گرم مايع معدې ته وردننه کوو، له گرمو مايعاتو ځکه گټه پورته کوو، چې په ناروغانو کط مو له Hypothermia مخه نيولي وي.
۸. اوس نو د معدې ټول مواد راپاسو او د اړتيا او اعراضو له مخې بيا مايعات تطبيق کوو.

د ژباړې پای

د ليندې ۳۰ مه، ۱۳۹۳ ال.

کابل، اوومه ناحيه، چهلستون، خپله مېنه





مننه او کوروداني

د افغانستان ملي تحريک د هېواد پال او فرهنگپال شخصيت بناغلي (خرېن هدايي) څخه د زړه له تله مننه کوي چې د دې اثر چاپ ته يې اوږه ورکړه. ملي تحريک وياړي چې د علمي اثارو د چاپ لړۍ يې پيل کړې ده. د لړۍ به دوام لري. مور له ټولو درنو هېوادوالو څخه په خورا درنښت هيله کوو چې په خپل معنوي او مادي وس د کتابونو د چاپ د لړۍ لا پسې وغځوي. يو ځل بيا د دې اثر له ژباړن او چاپوونکي څخه د زړه له تله مننه کوو چې د دې اثر د ژباړلو او چاپولو جوگه شول.

په فرهنگي مينه

د افغانستان ملي تحريک



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