لس مشهوري ناروغۍ

پېژندنه، لاملونه، نښنې او درملنه

Greater Afghan
Library
@Greater_Afghan_Library92
@Greater_Afghan_Library_Group

١. زکام
٢. شری
٣. ملاریا
٤. سینه بغل
٥. برانشولایتس
٦. شجیلوزس
٧. منځني غوږ التهاب
٨. حاده اوبلنه نس ناسته
٩. د نویو زېږېدلو ماشومانو زېړی
١٠. د نویو زېږېدلو ماشومانو اسپیکسیا

داکتر سید ملیار سادات

Greater Afghan Library
@Greater_Afghan_Library93
@Greater_Afghan_Library_Group

لس مشهورې ناروغۍ

TOP TEN DISEASES

ډاکټر سید ملیار سادات

بسم الله الرحمن الرحيم

Greater Afghan Library
@Greater_Afghan_Library93
@Greater_Afghan_Library_Group

دکتاب ځانګړني :

دکتاب نوم لس مشهورې ناروغۍ

لیکوال ډاکټر سید ملیار سادات

چاپ کال ۱۳۹۵ هـ

سکن کوونکي: عزت الله سلطانزي

پرلیکه کوونکي عزت الله سلطانزي

دا کتاب د خان کتابتون څخه ډانلوډ شوي دي

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

Esultanzai@hotmail.com

azatullahsultanzai@gmail.com

www.facebook.com/Ezatullah.sultanzai

لیکلړ

۱- زکام COMMON COLD 3

۲- حاده اوبلنه نس ناسته ACUTE WATERY DIARRHEA 11

۳- سینه بغل / نمونیا (PNEUMONIA) 24

۴- ملاریا (MALARIA) 33

۵- برانشیولایتیس (BRONCHIOLITIS) 45

۶- شری/ سرخکان MEASLES (RUBEOLLA) 50

۷- شیجیلوزس SHIGELLOSIS (BACILLARY DYSENTERY) 57

۸- د نوو زیږیدلو ماشومانو ژیړی NEONATAL JAUNDICE 61

۹- د منځنې غوږ التهاب OTITIS MEDIA 79

۱۰- د نوي زیږیدلي ماشوم اسپیکسیا BIRTH ASPHYXIA 85

ماخذونه 95

ډالۍ

دا کتاب خپل ګران اروا ښاد پلار، ګرانه مور او ګران ورونه هریو ډاکتر صحرایي سیّد، سید اجمل سادات، زیرک ذهین او اسدالله سادات ته یې په ادبي او پښتنه مینه ډالۍ کوم.

() () ()

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

() () ()

ډاکترسیدملیار سادات

خپلې خبرې

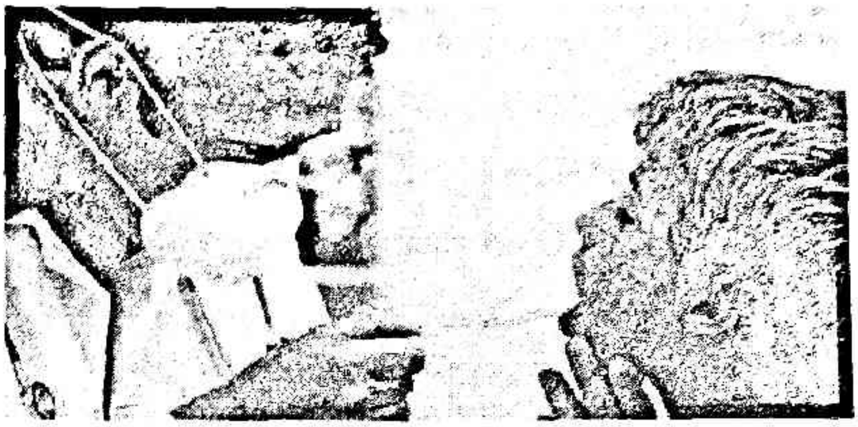
ټول حمد ، ثنا او صفتونه هغه ذات لره دي چې په خپل ذات او صفاتو هیڅ شریک نه لري خپل کامل قدرت سره یې داستر نړۍ پیدا کړې او د ډېرو اوچتو صفاتو خاوند دی، چاته چې وغواړي عزت ورکوي او چاته چې وغواړي ذلت ورکوي .

وروسته د حمد او ثناځخه د لوي الله شکر ادام کوم چې وروسته دډېرې مودې څخه بې زه د دې جوګه کړم چې یو ځل بیا د خپلو هېوادوالو د علمي سطحې د لوړوالې لپاره یو علمي اثر چمتو کړم .

افغانستان یو ډېر غریب هېواد دي اوخلک یې د ډول ډول اقتصادي ستونزو سره لاس په ګریوان دي او هغه صحي خدمات چې د یوې سالمې روغتیا لپاره اړین ګڼل کیږي په بشپړډول سره نه دې چمتو ، چې همدا لامل یې دي چې ورځ په ورځ ساري او غیر ساري ناروغۍ مخ په ډېریدو دي او د ډېرو ماشومانو ژوند یې د ګواښ سره مخ کړی، نو همدا وجه وه چې زه یې دې ته اړ کړم چې د هغه ناروغیو په اړه چې په ماشومانو کې ډېر وقوعات لري اومرګوني اختلاطات لري او هم نوموړې ناروغۍ زموږ په ټولنه کې په سرکې دي یعنې زموږ په روغتونونو ،روغتیایي مرکزونو او شخصي کلینیکونو په ناروغانو کې همدغه ناروغۍ دي چې زموږ د ناروغانو ډېره فیصدي جوړوي ، نو په همدې خاطر مو دغه کتاب مو (لس ټاپ ناروغۍ) یا Top ten diseases (زکام، نس ناسته، نمونیا، وینه لږونکې

اسهال، برانشيولايتس، ملاريا، شری، د نووزيږيدلوماشوماتوژيړی، د منځني غوږ التهاب او د نووزيږيدلوماشومانو اسپيکسيا) باندي ونوموو، د دغه کتاب په ليکلوکې د نړيوال منل شوو طبي کتابونو او هم د هېواد په سطحه د معتبروکتابونو څخه په کې استفاده شوې ده ، نوموړې کتاب په ډېره ساده او اسانه ژبه چمتو شوې او ټول ډاکترصاحبان او خصوصاً د طب پوهنځي ګران محصلين ترې ډېر په اسانۍ سره استفاده کولای شي، زه د لوی خدای له دربار څخه غواړم چې نوموړې کتاب زما لپاره صدقه جاريه وګرځي او د هېوادوالو داستفادې وړ وګرځي.

سيد مليار سادات
کنړ ولايت ، نورګل ولسوالي
سيدانوجونګړه



(1)
زکام
Common Cold

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

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

د انتقال لاره او میکانیزم:

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

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

ایپدیمولوژي:

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

اعراض او علایم:

Signs and symptoms

د زکام وصفي اعراض په لاندې ډول دي.

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

همدرانګه ځينې وخت د لاندې اعراضو سره ملګری وي

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

وده يا Progression :

زکام اکثره وخت د ستړتيا او د خستګۍ د احساس سره پيل کيږي چې ناروغ پرنجي او د سردرد ورسره لري او دوه ورځو په دوران کې بهيدونکې پوزه او ټوخی هم شروع کيږي، دغه اعراض امکان لري چې د زکام ويروس اخته سره د شپاړسو ساعتونو په موده شروع شي اوبيا د دوه يا دريو ورځو په دوران کې خپل اخرې حد ته لوړيږي چې دا بيا زياتر وخت په د لسو ورځو په موده کې شفايات کيږي او هم کيدای شي دغه اعراض تر درې اونيو پورې پاتي شي، د ټوخي منځنۍ موده بې تر اتلس ورځو پورې وي او په ځينو کيسونو کې ناروغانو يو ډول ټوخی پيداکيږي چې د Post-Viral cough په نامه سره ياديږي چې کله کله دا ټوخي يو اوږد سير پيداکوي.

اسباب(Causes):

Virology

Coronaviruses يو ډله پيژندل شوې ويروسونه دي چې زکام رامنځ ته کوي، دغه ويروس کله چې د اليکترون مايکروسکوپ لاندې وليدل شي د

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

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

تشخیص (Diagnosis):

تشخیص یې زیاتره د عراضو د سیر او د اعضاوو د اخته کیدو د موقعیت پورې اړه لري

مخنیوي (Prevention):

د زکام د مخنیوي لپاره یو اځنی ممکنه او مهمه لار چې د زکام د ویروس خپریدنه او وقوعات راکم کړي فزیکي تدابیر دي لکه د لاسونو پریمینځل ، ماسک کارول ، همدارنګه په health car environment کې د چپن او disposable دستکشو استعمال دی.

- لومړې باید په دوامدار او منظم ډول سره وروسته د پوزې یا دخولې د مسح کولوځخه او د غذا د چمتوکولو لاسونه باید په صابون باندې پریمینځل شي.
- همیشه باید پرنجی او ټوخی په یو دسمال او یا بل یو کاغذ کې وشي.

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

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

اداره (Managment) :

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

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

: Antibiotics and antivirals

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

انزار (Prognosis) :

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

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

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

کله چې

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

(2)

حاده اوبلنه نس ناسته

Acute Watery Diarrhea

د نورو ناروغیو په پرتله اسهال په کوچنیانو(د پنځوکالو څخه کم عمره ماشومان) کې زیات لیدل کیږي او د اطفالو متخصیصن او معالج ډاکټران ورسره په کلینیکونو، روغتونونو او نورو صحي مرکزونو کې ورسره مخاخ دي، د کوچنیانو لپاره هره ناروغي که هغه وړه وي او یا غټه که چیرې په خپل وخت سره تداوي نه شي ستونزمن تمامیږي او دمرګوني اختلاطاتو لامل ګرځي . نس ناسته په دوه ډوله ده چې یو یې د لنډ وخت لپاره نس ناسته (حاده نس ناسته) او بل یې ځنډنۍ (یا اوږد مهاله) نس ناسته بلل کیږي لنډ مهاله نس ناسته هغه ده چې لږ وخت د بیلګې په ډول یوه ورځ یا څو ورځې دوام کوي او لدې وروسته پخپله یا د درملنې پوسیله په بشپړ ډول له منځه ځي مګر ځنډنۍ نس ناسته بیا هغه ده چې میاشتې، کلونه او په ځنې وختونو کې ان ټول عمر په ناروغ کې شتون لري او د ناروغ لپاره په ژوند کې یو عمده صحي ستونزه وي.

تعریف (Definition) :

حاده ناسته: که چیرې د یو کوچنې تغوط (frequency) شمیر په ورځ درې یا د درې څلوڅخه زیات او غایطه مواد اوبلن شکل ولري دغه حالت د نس ناستې څخه عبارت دی او یا که چیرې د غایطه موادو په Consistency او frequency کې تغیر راشي دې حالت ته اسهال ویل کیږي او که چیرې په ساده ډول سره تعریف کړو نو داسې به ووایو چې نس ناسته هغه حالت ته

ويل کيږي چې يو شخص پکې د عادي حالت په خلاف ژر ژر اوبلنې ډکې متيازې کوي. يا داسې يې هم تعريف کولای شو چې حاده نس د غايطه موادو د قوام او دفعاتو له ناڅاپي بدلون څخه عبارت دی او که چېرته په غايطه موادو کې وينه موجود وي نو بيا دې حالت ته dysentery ويل کيږي. په زياتره پيښو کې حاد وقفوي نس ناستې د اوو ورځو په موده کې له منځه ځي مګر په 15%-5 واقيعاتو کې امکان لري چې حاده نس ناسته تر دوه(۲) اونيو پورې هم پاتې شي. او که چېرې د نس ناستې ناروغي د څوارلسو (۱۴) څخه زياته پاتې شي مقاومه (persistent) نس ناسته بلل کيږي او که د اعراضو وخت د يوې مياشتې څخه زيات شي نو داسې حالت بيا د ځنډنۍ نس ناستې په نوم نومول کيږي، د حادې نس ناستې زياتره پيښې په خپله ښه کېدونکې (self-limited) وي.

وقوعات (Incidence):

د اسهال وقوعات د نړۍ په هرګوټ کې ليدل کيږي، مګر په هغه هيوادونو کې يې پيښې (Mortility,Morbidity)زياتې ليدل کېږي چې د حفظ الصحې شرايط يې درست نه وي او يا يې اقتصادي کچه ټيټه وي.

د ګلوبل پنډاداری د اسهال په کلنۍ تخميني اندازه کې ښودلې ده چې په کال ۳-۵ ميليونه کوچنيان د نس ناستې د واقيعاتو سره مخ کېږي او په دې کې بيا ۲ ميليونه کوچنيان د نس ناستې له لاسه خپل ژوند له لاسه ورکوي او وايي چې د پنځو کالو څخه په کم عمره ماشومانو کې نس ناسته د ټولو نورو مړينو په پرتله ۲۰ فيصده څخه زيات مړينه جوړوي.

د نس ناستې دوه مهم لاملونه د سوئغذی (malnutrition) او ديهايدريشن (dehydration) څخه عبارت دي، ديهايدريشن او سوئغذی د نس ناستې د رامنځ ته کيدو لپاره يو ناوړه سيکل جوړوي چې بيا په دې کې سوئغذی د نس ناستې خطر شدت زياتوي.

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

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

: Epidemiology

اسهال په ماشومانو کې د مورټیلیټي او د موربیډیټي یو مهم سبب دی.

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

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

اسباب (Etiology) :

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

التهاب) او جراحي حالتونه (appendicitis یا Hisrchsprung diseases) هم د اسهال واقیعات منځ ته راوړي. په ۷۰ – ۸۰ فیصده واقیعاتو کې د اسهال سبب پیژندل شوي دی چې په هغه کې Rota ویروس د شدید ډیهایدریشن او gastroenteritis یو ستر عامل جوړوي، په عمومي ډول سره به ووایو چې د نس ناستې په اسبابو کې باکتریایي انتانات، ویروسي انتانات، پرازیتونه او فنګسونه شامل دي چې ځینې مهم یې په لاندې ډول دي .

باکتریایي انتانات (Bacterial Infection) :

Enterotoxigenic,enteropathogenic, : (25%)**Escherichia.coli**
Enteroinvasive andenteroaggregative
S. snnei,S. flexneri, S.boydii and S.dysenteriac : (5%) **Shigella**
Vabrio cholera serogroups O1 and O139(5-10%)
Chiefly S.typhi and S.paratyphi A,B or C : (10 %)**Salmonella**
Compylobacter species

نور باکتریایي انتانات :

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

ویروسي انتانات (Viral Infections) :

Rota Virus(40 %)
Norovirus spp : Human caliclviruses
Enteric adenovirus serotypes 40 and 41
Astroviruses,coronaviruses,cytomegalovirus : others

پرازیتي انتانات (Parasitic Infection) :

Giardia lambia
Crptosporidium paroum
Entamoeba histolytica
Cyclospora cayetanensis
Isospora belli

Parenteral infection

Otitis media,UTI,Pneumonia:

: Dietary factors

Over feeding,Starvation, Food allergy,Food Poisoning

: Drugs

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

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

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

د ناروغ ارزیابي کول(Evaluation of the patient):

تاریخچه:

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

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

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

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

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

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

د ګېډې د درد او پړاخوالي په اړه پوښتنه وکړئ.

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

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

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

Examination :

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

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

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

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

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

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

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

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

پتوفزیولوژي:

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

د مایعاتو ضیاع (lose fo water):

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

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

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

د ډیهایدریشن طبقه بندي:

د کلینک له نظره دیهایدریشن په درې ډوله دی .
خفیف : چې د وزن ضیاع یې د ۵٪ څخه کمه وي.
متوسط: چې د وزن صیاع یې د ۵٪ _ ۱۰٪ په مینځ کې وي.
شدید : چې د وزن ضیاع یې د ۱۰٪ څخه زیاته وي.
بایوکیمیکل طبقه بندي:
ایسوټونیک: د سودیم اندازه د ۱۳۰-۱۵۰mmol/L په مابین کې وي.
هایپوټونیک: د سودیم اندازه پکې د ۱۵۰mmol/L څخه کمه وي.
هایپرټونیک: د سودیم اندازه پکې د ۱۵۰mmol/L څخه زیاته وي.

کلینیکي تظاهرات :

پېښې په نا څاپي ډول د اسهال او استفراقاتو سره شروع کېږي.
دنس ناستې په ناروغانو کې دیهایدریشن په عاجل ډول په غایطه موادو او استفراقاتو کې د مایعاتو او د الکترولایتونو د ضیاع په نتیجه کې منځ ته راځي او د دیهایدریشن دمختلف پړاوونو اعراض او علایم په لاندې ډول دي.
خفیف ډیهایدریش : ناروغ پکې ناارامه او مخرش وي، تنده پکې ډېره ښکاره وي او کوچنې په مشتقانه ډول شېدې څښې مګر زیاتره وخت یې استفراقوي او قدامي فانتینل پکې په کم ډول ښکته وي.
متوسط ډیهایدریش : د نارو مخرشیت پکې ډېر وسیع وي، سترګې او قدامي فانتینل پکې ننوتي وي او جلد چې یې کله کش کړای شي کونځوالې یې غیرنارمل وي، نهایات یخ احساسیږي او امکان لري شین

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

شديد ديهايدريشن : د ناروغ حالت پکې د اوليګيميا او د مخيطي دوراني عدم کفايي له امله ډېر خطرناک وي، جلد پکې يخ او شين بخن وي، نهايات پکې ډېر ژور شين والې يعنې سيانوټيک وي او د کوچنې د اوبو او يا د تې رودل پکې له منځه تللي وي، د سترګې کورنيا طبقه پکې ډېره ځلانده وي او د سترګې ګاټې پکې اکثره وخت پورته خواته تاو شوې وي، فانټينل پکې ډېر ژور ننوتی او د ادرارو خروج پکې کم وي.

پلټنې (Investigation):

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

د نس ناستې اختلاطات:

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

- ترش.
- مړينه.

اداره يا Management :

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

- ايا ناروغ نس ناسته لري؟
که چيرته ځواب هو و. پوښتنه وکړی.
د څومره وخت راهيسې ؟
- ايا په غايطه موادو کې وينه شته ؟
وګوری او حس کړئ.
د ناروغ عمومي حالت ته وګورئ چې ايا ناروغ محرش دی او که بيهوشه .ايا ناروغ ناارامه دی او که خوبجن.
- د ناروغ سترګو ته وګورئ چې ننوتې دي او که نه ؟.
- ناروغ ته اوبو څښلو توصيه وکړئ.
چې ايا ناروغ د اوبو څښلو قابليت لری او که نه اويا ډير په قراره اوبه څښي ؟او يايې په ډيرمينه څښي.
د ګېډې د پوستکې پنچ کړئ چې خپل حالت په قراره او که په تيزي سره (ددوه سيکيندو څخه زيات وخت).

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

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

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

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

a) چې په بشپړ ډول سره ماشوم ته شېدې ورکړي

موربايد ماشوم د ورځې ۴ ځخه تر ۷ ځلو پورې خپلې شېدې او يا د غوا شېدې ورکړي او هم ورته تازه جوس يا كيله وركړيد.

b) او هم ورته اضافي مايعات ورکړي

مور بايد ماشوم ته د سپنې شېدو سره په پاکو جوش شوو اوبو کې ORS ورکړي هغه کوچنيان چې عمر يې 2 کالو څخه ښکته وی د 50 څخه تر ORS 100ml وروسته د هر تغوط څخه ورکول کېږي او هغه کوچنيان چې عمر يې د 2 کالو څخه پورته وي 100 څخه تر ORS 200ml وروسته د هر تغوط څخه ورکول کېږي مور بايد د دغه مايعاتو سره خپل کوچني ته شوروا يا سوپ ورکړي.

c) او بيا کله بيرته مراجعه وکړي.

مور بايد په دې وپوهول شي چې د کوچني د وضعيت د ارزيابئ لپاره 5 ورځې ورسته بيرته راشي او هغه وخت عاجل بيرته راشي که چيرته په ماشوم کې لاندې حالتونه وليدل شي.

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

2) د تداوئ پلان B د some ديهايدريشن لپاره :

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

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

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

وروسته د 4 ساعتونو څخه :
د ناورغ ارزيابي وکړئ او ديهايدريشن يې وګورئ
او هم مور ته وښايي چې په کوم ډول ORS محلول په کور کې جوړ کړي. او هم مورته د کورني تداوئ 3 رولز وښايئ لکه په لاندې ډول

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

د تداوئ پلان C د شديد ديهايدريشن لپاره :

د ديهايدريشن په دې ډول کې ناروغ ته وريدي مايعات ورکول کيږي هغه ماشومان چې عمر يې د 12 مياشتو څخه کم وي په لومړي اول ساعت کې ورته 30ml/kg په هرکيلوګرام وزن د بدن ، بيا ورته 70ml/kg په هرکيلو ګرام وزن د باندې په 5ساعتونو کې او هغه ماشومان چې عمرونه يې 12 مياشو څخه تر 5کالو پورې وي په لومړئ 30 دقيقو کې ناروغ ته په هر کيلوګرام وزن د باندې 30ml/kg ورکړئ بيا 2 نيم ساعتونو کې 70ml/kg په هر کيلو ګرام وزن د بدن باندې.
دوريدي مايعاتو د تطبيق په وخت کې بايد د ناروغ بشپړ ارزيابي وشي او په هرساعت کې د ناروغ وضيعت چيک کړای شي ۱

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

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

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

که چیرته ماشوم د خولی د لاری د مایعاتو په ښنلو قادر شو نو د maintenance تیراپئ لپاره 5% dextrose 1/5 saline په هر کیلو وزن د بدن باندې100ml/k g/day باندې ورکړي که چیرته ناروغ د خولی د لاری په مایعاتو ښنلو قادر شو نو بیا maintenance تیراپي به ORS محلول سره شروع کړئ.

(3)
سینه بغل / نمونیا
(Pneumonia)

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

د نمونیا تعریف او وقوعات :

Definition and Incidence of Pneumonia

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

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

وقوعات Incidence:

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

د نمونيا طبقه بندي :

د نمونيا په دوه ډوله طبقه بندي کېږي.

1) اناتوميکه طبقه بندي.

- برانکونمونيا.

په دې ډول نمونيا کې د برانکيولونو ګرد چاپيره د سږو يو شيندل شوې التهاب موجود وي چې د سږو کانسوليډيشن رامنځ ته کوي.

- لوبر نمونيا.

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

- نموناتيس.

په دې کې د سږو patchy التهاب موجود وي خو شايد چې کانسوليډيشن ور سره وي او يا نه.

- بين الخلالي نمونيا.

دا د بين الخلالي انساجود التهاب څخه منځ ته راځي. بين الخلالي انساج د اسناحو د ديوال نه ، الويولر سک، الويولرډکت او د برانکيولونو څخه جوړ دي.

2) ايتيولوجيکه طبقه بندي.

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

- باکتريايي نمونيا.
- ويروسي نمونيا.
- اسپايريشن نمونيا.
- هايپوستيتيک نمونيا.
- فنګسي نمونيا.
- پروتوزوايي نمونيا.
- لوفلرز نمونيا.

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

د نمونيا د خطر فکتورونه:

- د زیږون کم وزن.
- سوء تغذي.
- د ويټامين A فقدان.
- د مور د شېدو کموالی.
- د مور سګرټ څښنه.
- د کورنۍ د غړو د شمېر زیاتوالی.
- د برانشیټ کورنۍ تاریخچه.
- د هوا کثیف کېدل.
- د چاپېریال ککړتیا .

د نمونيا کلینیکي تظاهرات :

- لوړه درجه تبه
- چټک تنفس.
- ټوخی.
- سالنډي (SOB) یا ستونزمن تنفس.
- د سینې درد .
- په کوچنیو شېدوخوړونکو ماشومانو کې سیانوزس، لیترجي،
- په شدید کیسونو کې د سینې ننکته تلل (انډرو ینګ).

د نمونيا د پورته اعراضو او علایموسره سره د نمونيا کلینیکي منظره د نمونيا په مختلف ډولونو کې فرق کوي یعنې کلینیکي منظره یې په ویروسي نمونيا ، باکتریایي نمونيا او فنګسي نمونيا کې سره توپیرلري ، د بیلګې په ډول هغه نمونيا چې د Legionella په واسطه منځ ته راغلي وي

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

پلټنې یا Investigations

1. د وینې د سپین کورویاتو اندازه:

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

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

2. د سینې اکسری (Chest X-ray) :

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

پراخه او منتشر کانسولیدیشن.

امکان لری چې پلیورل افیوژن موجود وی او یا نه.

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

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

په ستیپایلوکوکل نمونیا کې شاید چې په لومړئ قدم کې په اکسری کې غیرخاص برانکونمونیا ولیدل شی چې بیا په چټک ډول سره په لوبرنمونیا تهاوړي.

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

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

د توبرکولین ټیسټ باید هم اجراشي.

د نمونیا یا د سینه بغل اختلاطات:

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

د نمونیا تداوی:

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

دنمونیا د تداوئ تدابیر په دوه ډوله دي

1. کومکي تدابیر.
2. خاص تدابیر.

کومکی تدابیر:

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

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

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

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

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

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

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

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

f) د رغیدو په جریان کې ناروغ ته فزیوتراپي او تنفسي تمرین ورکړئ.

g) هغه ډول توخي څخه چې تقشع ورسره موجوده وي باید جلوګیري ونشي مګر اوچ توخي چې په ویروسي نمونیا کې عمومیت لري باید د کودین (په ۲۴ ساعتونو کې د بدن په هر کیلوګرام وزن 2 mg) او یا د methadin (0.2mg/kg په ۲۴ ساعتونو کې) په واسطه ارامیږي

،دنمونیا د تداوی لپاره خاص تدابیر:

په نمونیا یا سینه بغل کې د انتي بیوتیکو استعمال:

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

۱) Pneumococcus :

First generation cephalosporins Benzyl penicillin

۲) Streptococcus :

Erythromycin ، Benzyl penicillin

۳) Staphylococcus.

First generation cephalosporins,Cloxacillin.

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

۵) Mycoplasma : Erythromycin,Clarithromycin.

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

۷) Tuberculosis : د توبرکلوز ضد درمل.

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

: First line

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

: Second line

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

د ۲ میاشتو څخه تر ۵ کالو عمر ماشومانو تداوي:

Ampicillin : First line په پورتني دوز سره.

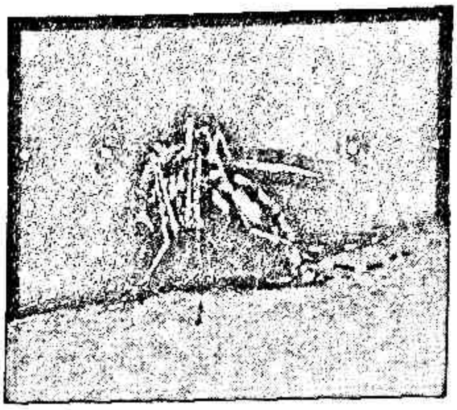
. Cefotaxime یا Ceftriaxone : Second line

د ۵ کالو څخه پورته عمر ماشومان:

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

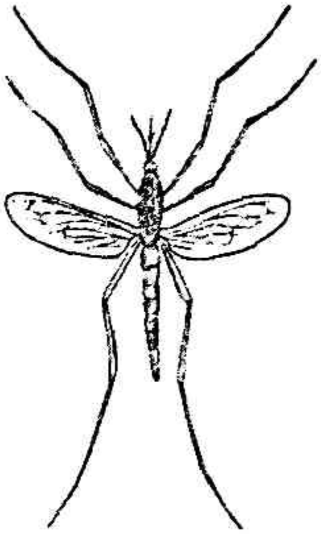
Ceftriaxone or cefotaxime : Second line

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



(a) Female mosquito

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



(b) *Anopheles*

(4)
ملاریا
(Malaria)

ملاریا د بشر په تاریخ کی یوه خطرناکه پروتوزوائي ناروغي ده چې د فلازمودیم په واسطه رامنځته کېږي او د ښځینه انافیل میاشې په واسطه له یو شخص څخه بل شخص ته انتقالېږي

د ملاریا ناروغۍ نوم له خرابی هوا څخه اخیستل شوې دی چې داړیکو شتون ته اشاره کوه چې د ناروغۍ او دهوا ترمنځ موجوده وی د اټکلونو په اساس لا اوس هم هر کال دا ناروغی په کال کی تر اتولکو زیات د پنځوکلنو څخه کم عمره ماشومان وژنی او کابو د دری میلیارد وګړو ژوند ګوابنوی ، ملاریا په انسانانو کې د هغو غوره پرازیتي ناروغیو له ډلې څخه شمیرل کېږي چې هر کال یو سلو دری بیلا بیلو هېوادونو کې له

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

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

د ملاریا پرازیت ډولونه:

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

د ملاریا د پرازیت د تفریخ دوره :

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

انتقال او اپیدیمولوژي:

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

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

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

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

ملاریا په جنوبی اسیا او همدارنګه په هندوستان کی مورتیلیتی او د موربیډیتی یو مهم سبب دی، چې هر کال یې تقریباً ۲۱ میلیون پېښې رپورټ کیږی چې په دې کې تقریباً هر کال ۱۰۰۰ مړینې منځ ته راځی.

د ملاریا د واقعاتو تعریف:

1. غیر اختلاطي مشکوکه ملاریا:

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

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

د خطر علایم:

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

غیراختلاطي تاید شوي فالسیپارم ملاریا:

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

د ملاریا پتوفزیولوجي:

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

کلینیکي تظاهرات :

غیراختلاطي ملاریا :

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

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

شديده ملاريا:

- د حواس اختلال.
- کوما (Glasgow Coma Scale <10)
- اختلاجات (په ۲۴ ساعتونو کې د دوه حملو څخه زيات).
- ژور تنفس (Acedotic breathing).
- د فشار ټيټوالی (په کاهلانو کې سيستوليک فشار 70mmHg څخه کم او کوچنيانو کې 50mmHg څخه کم
- ژيړی سره د حياتي ارګانونو د عدم کفايې د شواهدو سره.
- په ادرارو کې د هيموګلوبين موجوديت (Haemoglobinuria)
- غيرنارمل خون ريزی
- ريوي اذيما.

په کاهلانو کې د ملاريا کلينيکي منظره:

د ملاريا ناروغي پيل په بې اشتهايي، سردردي، او تبې سره شروع کيږي. او حملات يې په دريو کلينيکي مرحلو ويشل کيږي.

1. Cold Stage: په دې مرحله کې ناروغ د يخوالي احساس کوي او ټول وجود يې رپيږيږي او هم غاښونه کړپوي، بې ځايه خبرې کوي او ځان به کمپل کې تاووي دا مرحله د ۳۰ دقيقو څخه تر يوه ساعته پورې دوام کوي په دې مرحله کې د تودوخي درجه تر 37 سانتی ګريد پورې وي.

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

Plasmodium Vivax and Ovale Infection

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

Plasmodium Malariae Infection

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

Plasmodium Falciparum Infection

دا د ملاريا يو اختلاط او خطرناک ډول دی چې پيل يې په ناځاپي ډول سره کيږي، د ناارامۍ، سردردي، خواګرځۍ، ټوخي او نس ناستی سره پيل کيږي.

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

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

تشخیص:

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

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

د ملاریا تفریقی تشخیص ؛

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

- **Kalazar**
- د ځيګر اميبي ابسې.
- **Sepsis**
- بولي انتانات.
- د محرقې تبه
- انتاني هيپاتايتس.

د ملاريا اختلاطات:

اکثره وخت د ملاريا اختطلاطات د پلازموديم فلسيپارم له امله وی، د پلازموديم فلسيپارم تشخيص يوه طبی ايمرجنسی ده چی بايد هميش په دقيق ډول سره يې تشخيص وضع شی او په بشپړډول سره تداوی شی، د ملاريا خاص اختطلاطات په لاندې ډول دي.

دماغي ملاريا (**Cerabral Malaria**):

- دماغي ملاريا (**Cerabral Malaria**): دماغي ملاريا د ملاريا ناروغی د ټولو اختلاطاتو په پرتله يو خطرناک اختلاط دی چې په شديد سردرد،د شعور د کچی کموالی، اختلاج، کوما او يا نورو نيورولوجيک تغيراتو سره پيژندل کېږی، **CSF** فشار په کې لوړ وی مګر معاينه اکثره وخت نارمل وی ، دماغی ملاريا که چې په وخت سره يې تداوي ونه شي د مورتيبليتی ريټ يې لوړ دی او پاتی نيورولوجيک نيمګړتياوې په خاص ډول هغه وخت منځ ته راځی چې کله ورسره هايپوګلايسيما ملګری وی ، کوما دشديدي فلسيپارم ملاريا يوه ځانګړې او منحوسه کلينيکي لوحه ده چې له درملنې سره سره به لويانو کې ۲۰ فيصده او په کوچنيانو کې ۱۵ فيصده مړينه رامنځ ته کوي د ناروشغ د خواصو تغير (**Delirium** او په لړه اندازه د شعوراختلال ته هم بايد جدي دماغي ملاريا کېدای شي په ناځاپه يا په ورو ډول له اختلاج سره پيل شي او د دوه اړخيزي انسفالوپتي په شان ځرګندتياوي ولري پاملرنه وشي او

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

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

درملنه

1. عمومي اهتمامات:
2. خاص تدابیر:

عمومي اهتمامات

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

خاص تدابیر:

د درملو په واسطه درملنه:

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

:Palsmodium Vivax (1)

Chloroquine Phosphate

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

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

یا لومړی ۴ تابلیت.

شپږساعت وروسته ۲ تابلیت.

د راتلونکو دوه ورو څو لپاره ۱ تابلیت د ورځې دوه ځلې. چې یو کاهل شخص ته ټوټل ۱۰ تابلیت ورکول کیږي.

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

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

a) Quinine sulphate

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

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

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

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

Fansidar: Pyramithamine 1mg/kg once

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

(3) د شدیدې او اختلاطي ملاریا تداوي:

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

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

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

Primaquin:

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

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

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

(5)

برانشيولايتيس

(Bronchiolitis)

برانشيولايتيس په کوچنيانوکې دښکتنيوتنفسي هوايي لارو يو شديد او حاد انتان دی چې زياتره هغه ماشومان پرې اخته کيږي چې عمرونه يې د يو څخه تر شپږو مياشتوپورې وي(خو په هر حال د دغه عمر څخه پورته کوچنيان هم پرې اخته کېدای شي

او يا برانشيولايتيس د شيدو خوړونکو ماشومانو دبرانشيولونويوه التهابي ناروغي ده چې د التهابي بندښت له کبله په کې تنفسی عسرت منځ ته راځي.

وقوعات:

دا ناروغي په ماشومانو کې يوه ډيره معمول ناروغي ده چې د کوچنيو تنفسي لارو له امله تقريباً 6-7% په هغوماشومانو کې منځ ته راځي چې عمرونه يې 2 کالو څخه کم وي خو زياتره وقوعات يې په 6 مياشتني عمرکې منځ ته راځي.

د ښځوپه نسبت دا ناروغي په سړو کې ډيره منځ ته راځي. چې زياتره وقوعات يې په ژمي او سپرلي کې منځ ته راځي).

اسباب:

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

پتوجنيزيس:

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

د برانشيولايتس د خطرفکتورونه:

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

کلينيکي تظاهرات:

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

- ناروغ خفیف پوزه بهید نه لري.
- ناروغ په شپدو ځنبنلو ستونزه لري او استفراق کوي بېې او هم ورسره ناارامه وي.
- په شدید انتان کې ناروغ ډیسپنیک وي او شاید چې سیانوزډ ډوله ښکاره شي.
- ناروغ کې متوسطه تبه موجوده وي.
- فاین کریپیټیشن او رانکای په کې د اورید قابل وي.
- په شدیدو واقیعاتو کې امکان لري چې تنفسي اواز د اوریدو قابل نه وي او یا کمزوری وي.

تشخیصي پلټنې :

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

اختلاطات :

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

تفریقي تشخیص :

1. د زړه احتقاني عدم کفایه.

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

تداوي :

د ناروغۍ کورس او انذار :

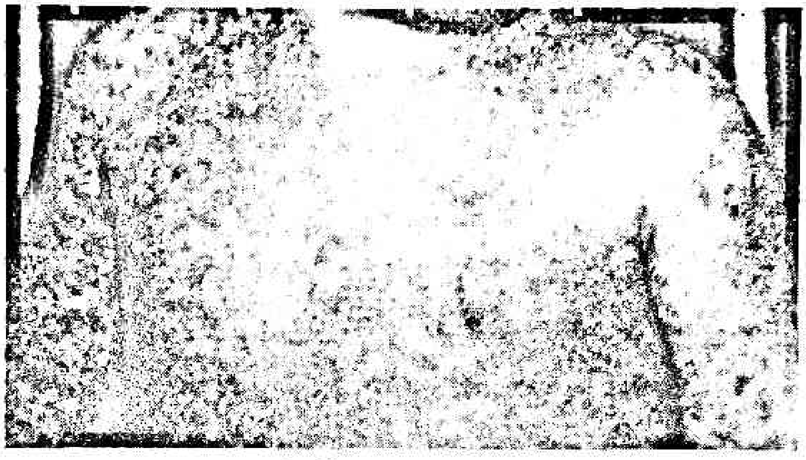
په عمومي ډول سره برانشیولایتس یوه خپله ښه کېدونکې ناروغي ده ، اعراض یې د 7-3 ورځو په موده کمیږي ، په شدیدو ناروغانو کې د تنفسي عدم کفایې له امله په یو فیصد ناروغانو کې مړینه منځ ته راځي.

عمومي اهتمامات:

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

فارمکالوژیکه درملنه (Pharmacotherapy)

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



(6)
شری / سرخکان
(Rubeolla) Measles

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

:Epidmiology

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

وقوعات يې په ژمي کې ډېر منځ ته راځي.
شرى د جلدي اندفاعاتو د ښکاره کېدو څخه ۴ ورځې مخکې او وروسته بيا تر ۵ ورځو پورې سرايت کولای شي.
هغه ماشومان چې عمرونه يې د ۳ کالو څخه کم وي او په درست ډول سره تغذيه شوي نه وي وقوعات يې په کې ډېر ليدل کېږي.

د شرى د انتقال لاره:

شرى د انفي بلعومي افرازاتو(naso-pharyngeal secretions) په واسطه د هواد لارې د پورتني تنفسي سيستم څخه روغ ماشوم ته سرايت کولای شي.

پتوجينيزس:

کله چې د شرى ويروس پورتني تنفسي لارې مخاطي غشا ته سرايت وکړي، په همدغه مخاطي غشا کې او په لمفاوي عقداتوکې تکثر کوي او په دوهمه او دريمه ورځ ابتدايي وايريميا منځ ته راوړي او د دغه ځای څخه ويروس لمفاوي انساجو ته سرايت کوي او د ناروغۍ په ۵ يا ۷ ورځ شديده ثانوي وايريميا منځ ته راوړي او ناروغي په ټول بدن کې خپرېږي.

کلينيکي تظاهرات:

د شرى د ناروغي د تفريح دوره د ۱۰-۱۲ ورځوپورې ده او د دغه دورې د تيريدو څخه وروسته درې مرحلې ليدل کيږي يا د شرى په ناروغۍ کې درې کلينيکي مرحلې لبدل کيږي.

۱) Prodromal Stage:

دغه مرحله د ۳- ۵ ورځو پورې دوام کوي دا مرحله په لوړې درجې تبې، کمزوتيا چې ورسره ټوخی هم ملګری وي، منضموالتهاب (Conjunctivitis) ريزش، د جفن التهاب او kopliks spots چې د شرى ناروغي يو پتوګونوميک نښه ده پيژندل کيږي چې د جلدى اندفاعاتو د

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

۲) د Exanthem مرحله یا د جلدي اندفاعاتو مرحله :

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

۳) د نفاهت او تفلس دوره :

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

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

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

تشخیص:

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

تفریقي تشخیص:

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

6. مینینګوکوسیمیا.
7. سکارلیت تبه.
8. روبیلا.

اختلاطات:

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

1. د منځني غوږ التهاب
2. بکتریایي برانکونمونیا.
3. د حنجرې التهاب.
4. د تراهیا التهاب.
5. د قصباتو التهاب.
6. Giant cell نمونیا.
7. برایشوایکتایزس.
8. توبرکلوز.
9. مقاوم اسهال.
10. د اپنډیکس التهاب.
11. هیپاتایتس.
12. د اوربو ګانګرین.
13. اینسیپالایتس (1:1000 واقیعاتو کې).
14. تحت الحاد سکلیرزنګ پان اینسیپالایتس. د ا یو مزمن اینسیپالایتس دی چې د مرکزي عصبی سیستم د شری د مقاوم ویروسي انتان له امله منځ ته راځي.
15. هیمورژیک شری: په fulminant شری کې شاید چې د هضمیي سیستم په مکوزا کې هیموراج منځ ته راشي.

16. ترومبوسايتوپينيا .
17. د شرى څخه وروسته د معدې او كولمو التهاب.
18. اوپتيک عصب تخريب.
19. كورنيال السريشن.
20. كوجنكتيوايتس.
21. مايوكارډايتس.
22. د زړه عدم كفايه.

تداوي :

د شرى لپاره كومه خاصه Anti-viral درملنه نشته او يوازې محافظوي او عرضي تداوي يې اجراكيږي خو بيا هم د تداوى په منظور بيې لاندې ټكي په نظر كې نيول كيږي.

- ټول هغه كوچنيان چې په شرى اخته وي او شديده تبه ولرى بايد په روغتون كې په داسې اطاق كې بستر شي چې نور ناروغان ورسره نه وى او د نرسانو او ډاكټرصاحبانو له خوا يې بشپړ ۲۴ ساعته مراقبت او ساتنه وشي.
- ناروغ ته بايد نرمه غذا او مناسبه غذا وركړل شي.
- كه چيرته ناروغ د حنجرې په التهاب اخته وي په دغه صورت كې بايد د كوټې رطوبت او د تودوخې درجې ته خاصه پاملرنه وشي.
- ټول د شرى ناروغانو ته بايد كافي استراحت توصيه شي.
- تبې لپاره د تبې ضد درمل توصيه شي.
- هغه ماشومان چې پوټوپوبيا ولري بايد د قوې رڼا د معروضيدو څخه وساتل شي.
- د Otitis media او دنمونيا لپاره مناسب انتي بيوتيک وركړل شي.

- د شرې په ۹۰ فیصده ناروغانو کې هایپوریټینیمیا موجوده وي او د Vit A ذخایر کم او Xeropthalmia او د قرني تقرح منځ ته راځي نو له همدې باید چې د شرې ټولو ناروغانو ته Vit A تطبیق شي چې په شرې کې د Vit A تطبیق د ناروغانو په مورټیلیټي او موربیډیټي کې د کموالي سبب کیږي.
- د ویټامین A ډوز: هغه ماشومان چې عمرونه یې د ۲ میاشتو څخه تر ۱۲ میاشتو پورې وي 100000 unit او د یو کلنۍ څخه پورته عمر ته 200000 unite توصیه شي.

په شرې کې د Vit A نقش:

- تقریباً د شرې ۹۰ – ۷۲ فیصده ناروغان hypo-retinemia لري.
- که چیرته retinal concentration کم وي نو شرې په ډیر خطرناک وي.
- دا په ثبوت رسیدلی ده چې په شرې کې د Vit A ورکړه د ناروغانو مړینه راکموي.

(7)

شیجیلوزس

(Bacillary Dysentery) Shigellosis

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

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

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

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

ایپیدیمیولوجي:

شجیلوزس د ماشومانو یوه ډېره عامه ناروغي او په هغه ماشومانو کې ډېره منځ ته راځي چې عمرونه یې د ۱۰–۱ کالو په شااو خواکې وي او په دغه ګروپ ماشومانو کې یې زیاتره د انتقال لاره فیکواورال ده او نوموړې ناروغي په لومړۍ شپږمیاشتني عمر ماشومانو کې کمه منځ ته راځي. انسان د دې انتان کوربه دی.

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

د تفریح دوره یې ۷-۱ ورځې ده.

پتوجینیزس:

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

کلینیکي تظاهرات:

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

تشخیص:

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

- د وينې په بشپړ اندازه کې به ليوکوسايتوزس ليدل کيږي.
- هغه کوچينان چې توکسيک ښکاري شايد چې د وينې کلچر په کې مثبت وي.
- دقيق تشخيص يې د غايطه موادو د کلچر په واسطه د شجيلا تشخيص دی.

اختلاطات:

- هيمولاتيک يوريميک سندروم.
- ميتاستاتيک انتانات.
- فيبرايل اختلاج.
- شاک.
- اسيدوزس.
- ريکتل پرولپس.

تفريقي تشخيص:

- د هغه اورګانيزمونو سره يې بايد تفريقي تشخيص وشي چې هغه د ډايزينټري لامل کيږي لکه Entero-invasive E.coli ، Entamoeba-histolytica ، Yersinia-enterocolitica.
- التهابي bowel ناروغي.

تداوي:

- ناروغ ته مايعات او هم ورسره الکترولايتونه ورکړل شي
- د O.R.S محلول بايد وکارول شي.
- انتي بيوتيک : منتخب انتي بيوتيک هغه وخت وضع کيږي چې د غايطه موادو کلچر اجرا شي.
- ټول انتي بيوتيکونه بايد د ۵ ورځو لپاره ورکړل شي.
- موثره انتي بيوتيک په کې Ampicillin ، Trimethoprim-Sulfamethoxazole ، nalidixic acid ،

Chloramphenicol، Ceftriaxone,Ciprofloxacin,Cefixime

او (Azithromycin(12mg /kg

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

مخنیوي:

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

(8)

د نوو زیږیدلو ماشومانو ژیړی

Neonatal Jaundice

(Jaundice Neonatorum)

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

زیړی (Jaundice) :

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

او پوستکې او سترګې ژیړې معلومیږي چې همدغې ژیړوالي ته زیړی وايي.

د ژیړی ډولونه.

ژیړی یا hyperbilirubinemia عموما په دوه ډوله ده.

۱) Indirect (Unconjugated) hyperbilirubinemia

۲) Direct (Conjugated) hyperbilirubinemia

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

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

:Indirect (Unconjugated) hyperbilirubinemia

غیر مستقیم هایپربیلروبینیمیا:

ایتیولوجي:

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

خاص اسباب:

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

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

3. پولي سايتيميا :
- د شکرلرونکو میندو ماشومان.
- د کارد وروسته بندوالي.
- Feto-meternal or feto-fetal transfusion

4. Blood extravasation
- سيالوهيماتوما .

5. Breast milk and breat feeding jaundice
6. Glucuronyle transferase defect
- Crigler Nijjar Syndrom(type 1,11)
- Gilbert syndrom

7. میتابولیکي ناروغی
- Galactosemia
- Hypothyroidism

8. Increased enterohepatic circulation
- د کولموبندښت او د پايلوردبرخې بندښت.

فزيالوژيک ژيړی:

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

preterm ماشومان کې ۷ ورځې په برکې نیسي او د وینې د بیلروبین سویه په سرعت سره 10 – 12mg/dl او حتا تر 15mg/dl ته هم پورته کیږي او په دوهمه مرحله کې دوه اونۍ په برکې نیسي او د وینې د بیلروبین سویه 2mg/dl ته رابنکته کیږي. د دې ډول زیړی د پیداکیدو په برخه کې د بیلروبین اینتهیرو هیپاتیک سرکولیشن هم رول لري ځکه چې د نوی زیږیدلو ماشومانو په کولمو کې د څو لومړنیو ورځولپاره د باکتریاو فعالیت موجود نه وي له همدې کبله بیلروبین په یوروبیلینوجین نه بدلیږي.

خصوصیات:

- دا ډول زیړی معمولاً په روغو ماشومانو کې ښکاره کیږي.
- نوموړې کلینیکي زیړی وروسته د ۲۴ ساعتو څخه ښکاره کیږي.
- د مجموعي بیلروبین لوړوالی په ورځ کې د 5mg/dl څخه کم وی.
- فزیولوژیک زیړی د ځګر د **immaturity** او ګلوکورونیل ترانسفراز انزایم د کموالی له امله پیداکیږي.
- هغه ماشوم چې په فزیولوژیک زیړی اخته وي ناروغ نه ښکاری او د هیمولایزس اعراض او علایم بې موجود نه وي د فزیولوژیک زیړی د موجودیت په حالت کې د ادرارو او غایطه موادو رنګ نورمال وي . د بیلروبین سویه ۱۰-۱۴ ورځې وروسته 1mg ته رسیږي او که چیرته غیرمستقیم بیلروبین د ژوند لومړنیو دوه اونیو څخه وروسته دوام وکړي نوپه نوموړې حالت کې ممکم هیمولایزس، ګلوکورونیل ترانسفراز انزایم ارثي کموالي، breast milk jaundice ، هایپوتایرویدیزم، د کولموانسداد او د کالوری د پیداکیدو سبب کیږي .
- د پورتنیو کریتیریاګانو څخه علاوه بل زیړی فزیولوژیک زیړی نه ګنل کیږي او باید چې د لا زیاتو تاریخچې او بشپړ معایناتو لپاره بې ارزیابي وشي.

د زیړي د ډول ډول لاملونو تفریقي تشخیص:

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

د فزیولوژیک زیړي میکانیزم:

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

پلټنې (Investigations) :

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

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

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

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

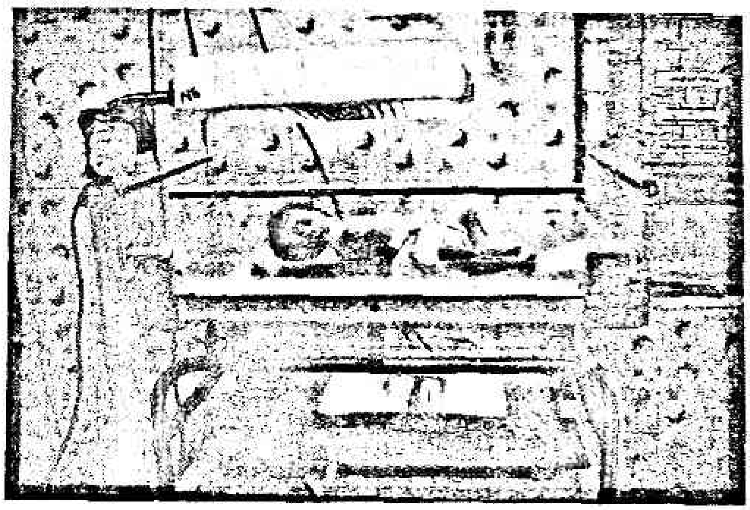
- Thyroid function test
- Compleat urine examination
- Liver function test.
- TORCH antibody titer.
- G6PD enzyme assay.
- Abdominat USG.
- HIDA Scan.
- Liver biopsy.

د زيړي

اداره :

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

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



Phototherapy:

په پوتوتیراپۍ کې بیلروبین په Photo isomers باندې بدلیږي چې بیا د ځګر conjugating system له فرعي لاروڅخه په صفرا او ادرارو کې بې له دې څخه چې د میتابولیزم نورې لارې طی کړي اطراح کیږي. ماشومان چې د غیرمستقیم هایپربیلروبینیمیا ولري د فوتوتیراپۍ ابي رنګه ګروپونه چې د انرژي اعظمي out put یې 425-475mm وي د فوتوتیراپي لپاره خوار کافی او نومورې کوچنیان د دغه ابي رنګه ګروپونو لاندې لوڅ اچول کیږي چې نوموړې لایټ انرژي په جلد کې توکسیک غیرمستقیم بیلروبین په نان توکسیک غیرمستقیم بیلروبین بدلیږي او د صفرا له لارې اطراح کیږي چې د ځګر په واسطه هیڅ کوم اتصال ته اړتیا نه لري. د فوتوتیراپۍ لاندې د ماشوم سترګې د یو سپینې ټوټې یا ګاز په واسطه تړل شوي وي او د یو معین وخت لپاره تر ې ماشوم لاندې پروت وي، ماشوم هر دوه ساعته وروسته د یو اړخ څخه بل اړخ ته باید واړول شي او د حرارت درجه یې کنترول شي او باید هر ۸-۴ ساعته وروسته یې SBR اندازه شي د evaporation water loses. په خاطر ۳۰ فیصده مایعات ورکو ل کیږي.

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

د پوتوتیراپي لپاره استطبابات:

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

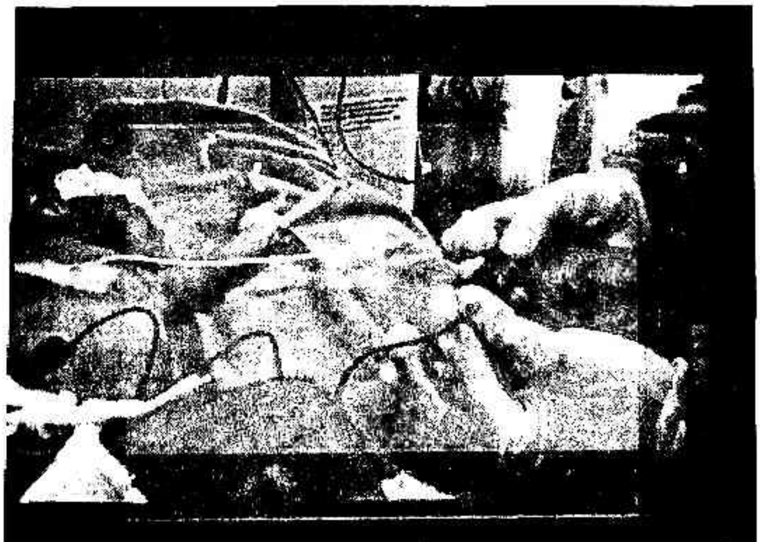
- د بیلروبین د اضافي سویې د لوړوالي د مخنیوي په خاطر.
- شاید چې په شدید کم وزنه ماشومانو کې وقایوي پوتوتیراپی استطباب ولري.

د پوتوتیراپی مضاد استطبابات:

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

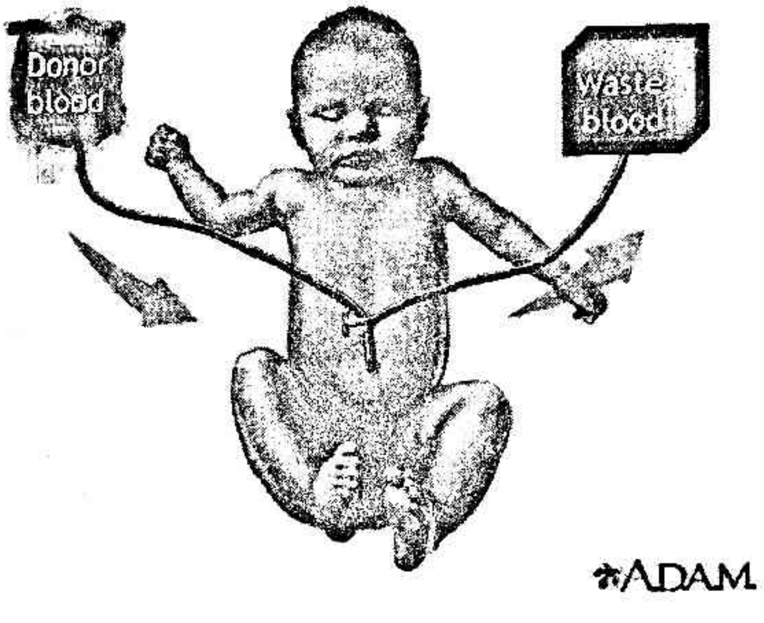
د فوتراپی اختلاطات:

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



:Exchangs transfusion

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



موخې:

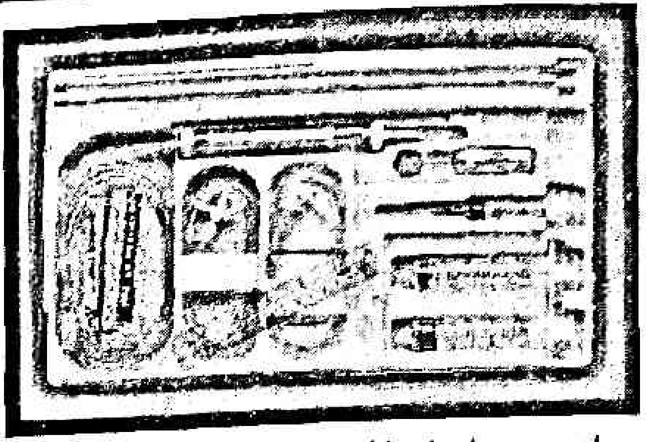
۱) د وینې د دوران څخه د حساسو سروکرویاتو او د انتي باډي او د دوراني بیلروبن لرې کول او د کوچنې د کم خونی اداره کول.

استطبابات:

- د زیږیدنې څخه وروسته د حبل سروی (Cord blood) په وینه کې د هیموګلوبین د ۱۲ ګرامو څخه کم وي.
- په ماشوم کې د Comb تیست مثبت وي.
- د بیلروبن اندازه د ۵ ملي ګرام څخه زیاته وي.
- د Reticulocyt شمیره د 15% څخه زیاته شي.

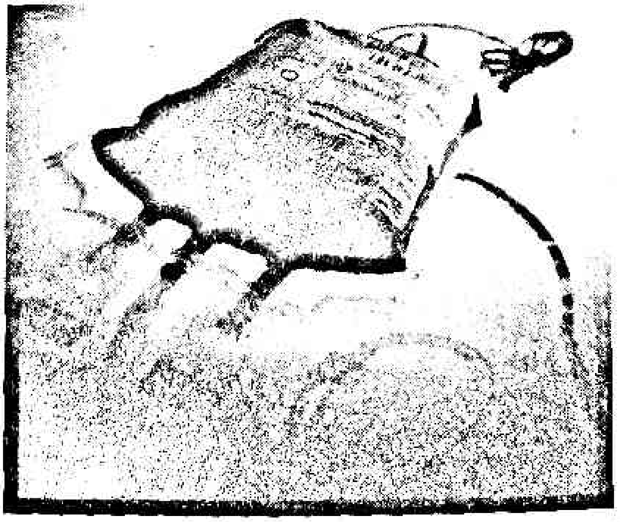
Complication of Exchangs blood transfusion

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



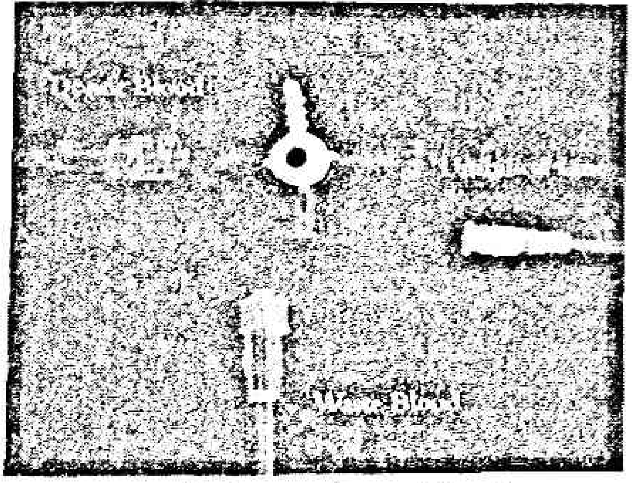
د EBT لپاره اړین سامان الات:

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



د EBT د اجرا تخنیک:

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



د Exchangs transfusion د تطبیق خواوې:

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

عمومي تدابیر او پارماکولوجیک تیراپي:

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

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

Kernicterus:
(Bilirubine encephalopathy)

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

لنده پتالوجي:

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

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

کلینیکي تظاهرات:

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

مخنیوی:

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

د مور د شېدو زیړی(Breast Milk Jaundice) :

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

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

مقاوم یا Persistent زیړی :

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

اسباب:

- د وخت څخه مخکې زيږيدنه.
- د موردشېدو زيږي.
- هايپوتايريديزم.
- ډاون سندروم.
- سريګلرنيجارسندروم.

پتالوجيک زيړی:

خصوصيات:

- ❖ د دا ډول زيړی شواهد د ژوند د لومړۍ ورځې څخه موجود وی.
- ❖ د بيلروبين په يو ساعت کې د0.5mg /dl په اندازه لوړيږي.
- ❖ په term ماشومانو کې د بيلروبين اندازه 13mg /dl او په preterm ماشومانو کې د 15mg /dl په اندازه لوړيږي.
- ❖ د مستقيم بيلروبين فريکشن د 1.5-2.0mg/dl څخه لوړ وی.
- ❖ هيپاتوسپينوميګالي او کم خوني موجوده وي.

مستقيم بيلروبين زياتوالي:

(Conjugated(direct)Hyperbilirubinemai

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

عمومي پاملرنه:

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

وي چې د بدن څخه بیلروبین اخراج کړي چې دانقیصه همیشه پتالوجیک وي.

- کله چې د فزیالوجیک زیړی غیر مستقیم هایپربیلروبینیما په ځنګ شي ،په نوی زیږیدلي ماشومانو کې اکثره وخت مستقیم هایپربیلروبینیما وروسته د یوې اونۍ عمر څخه ښکاره کیږي.
- شاید چې نوموړې زیړی د هیپاتوسپلینومیګالي، خاسف غایطه مواد او د توررنګه ادرارو سره ملګري وي.

اسباب:

1. د صفرا د جریان بندښت.
   - بیلری ارتریزیا.
   - د صفرا قنات تنګوالي.
   - سیستیک فایبروزس.
2. د ځګر دحجراتو ژوبلونه.
   - انتانات لکه سیپسیس ، هیپاتایتس ، TORCH انتانات.
   - میتابولیک ناروغۍ. ذخیروی ناروغۍ ګلکتوسیمیا. فرکتوسیمیا .
   - جینیتکي ناروغۍ. لکه ډوبین جانسین سندروم او روټور سندروم.

تشخیص:

- د direct hyperbilirubenemia د ټولو شکمنولاملونو په اړه دې منتخب تحقیقات اجراشي.
- د direct,indirect,total بیلروبین اندازه.
- TFT, SGOT,SGPT معاینات باید اجراشي.
- د ویني ، ادرارو ، Spinal fluid کلچر.
- TORH انتي بادی تایټر.

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

اداره:

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

په منتخبو انتي بيوتيکو په استعمال سره سيپسيس تداوي کيږي.

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

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

(9)
د منځني غوږ التهاب
Otitis Media

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

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

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

اسباب:

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

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

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

پتوجینیزس:

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

مساعد کوونکي فکتورونه:

- هغه ماشومان چې په غریبو کورنیو کې ژوند کوي.

- ماشومان چې عمرونه یې د یو کال څخکه کم وي.
- ډاون سندروم.
- په یخو ارتفاعاتو کې اوسیدل.
- په اب او هوا کې ناڅاپی تغیر راتلل.
- ساختماني نقیصه چې چې استاخین تیوب دنده خرابوي لکه Cleft palate
- د معافیت فقدان..

کلینیکي تظاهرات:

- نوزادان او ماشومان شاید چې اعراض ونلری او یا لاندې اعراض به په کې موجود وي.
- مخرشیت.
- تبه
- کانګې.
- اسهالات
- د غوږدرد.
- د ماشومانو په واسطه د اخته غوږ کیکارل.
- د اواز د اوریدو ضیاع.
- د غوږ افرازات.
- د ماشومانو ژړا کول.
- په غوږ کې د اجنبي اجسامو حس کید.
- بې خوبي.

اختلاطات:

1. Mastoiditis
2. Meningitis

3. Hearing loss

تشخیص:

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

Otoscope

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

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

Tympanometry

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

Reflectomety

د reflectometry ټیسټ په دوران کې ډاکټریوه وړه اله کاروي

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

Hearing test

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

Ear discharge culture

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

تداوي:

Acute Otitis Media(AOM)

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

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

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

(10)

د نوي زیږیدلي ماشوم اسپیکسیا

Birth Asphyxia/Perinatal Asphyxia Or Neonatal Asphyxia

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

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

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

د خطر فکتورونه:

مورني عوامل.

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

پلاسینتا پورې اړوند عوامل:

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

د جین پورې اړونده عومل:

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

د زیږیدنې د وخت اسپیکسیا سبب:

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

سریري تظاهرات:

➢ د وینې د PH کموالي د ۷.۲ څخه.

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

لنډه پتوفزیولوجي:

د بیرت اسپیکسیا پتالوجي د ناروغۍ دوخامت اودارګان د مصابیدو سره تړاو لري.

د اسپیکسیا پیل په لاندې حالتونو په تعقیب سره پیل کیږي.

میتابولیک اسیدوزس.

هایپوګلایسسمیا.

هایپوتینشن.

د دماغي وینې په جریان کې تغیر راتلل.

په مرکزي عصبي سیستم د شعریه عروقو دنفوذیه قابلیت د زیاتوالي له امله د مایع لیکاژ مینځ ته راځي چې cerebral اذیما او حجروی مړینه رامنځ ته کوي.

میتابولیک پایلې:

د ګلایکولایزس سریع کیدل سره د brain lactate levels د زیاتوالي سره او ورسره د high energy phosphate concentration کې کمښت را مینځ ته کیدل..

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

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

تشخيص:

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

د ولادت څخه مخکې:

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

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

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

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

د اسپیکسیا ماشومانو ۷۰ فیصده د خطرفکتورونه له زیږیدنې څخه مخکې معلومیدای شي او پاتي ۳۰ فیصده ماشومانو د خطر فکتورونه لانه معلومیږي.

د ولادت په وخت کې:

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

Depression from meternal anesthesia or analgesia
Trauma، نیورومسکولرناروغي، انتانات او داسې نور.

خو داسې به وو وایو چې د ماشوم د حالت د ارزیابۍ لپاره ابګار سکور یو ښه اینډیکیټور دی.

APGAR SCOR

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

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

دا پګار سکور ډله بندي:

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

داسپیکسیا اختلاطات:

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

5) د معدی او دامعاو سیستم: د معدې زخم ، نیکروټایزینګ اینټیروکولایټیس او د کولمو پرفوریشن.
6) د وینې سیستم : ډیستامینیټیډ اینټراواسکولرکواګولیشن . د نووزیږیدلو ماشومانو د هیموراژیک ناروغیو دخطرزیاتوالی.
7) میتابولیک: په کمه اندازه هایپوګلایسیمیا ،

:Hypoxic Ischemic encephalopathy

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

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

د اسپیکسیا تداوي:

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

- که ناروغ هایپوګلایسیمیا (Blood glucose <50mg/dl) ولري 2ml/kg of D/W10% په یوه دقیقه کې او بیا د د وینې د عادي ګلوکوز د برقراره ساتلو لپاره 6-8mg/min ورکول کیږي.
- Hypocalcemia: (Blood calcium <7mg/dl) په اعراض لرونکې (اختلاج اپنی، تیتاني) کیسونو کې Clacium gluconat 1-2mg/kg 10% IV د پنځو دقیقو په جریان کې تطبیقیږي که چیرته نوموړې تداوي نتیجه ورنکړي نوموړې دوز ۱۰ دقیقې وروسته بیا تکراریږي.
- همدارنګه د تولد د دوه ساعتونو په دوران کې ورته وقایوي Vit K IM تطبیقیږي.
- هغه ماشومان چې په شدیده اسپیکسیا باندې اخته وي دزړه د وضعی له نظره نوموړي ناروغان په دریو ګروپوویشل کیږي لومړي هغه ناروغان چې د زړه ضربان یې په یو دقیقه کې د ۱۰۰ ځخه پورته وي، دوهم د زړه ضربان په یوه دقیقه کې ۱۰۰ ځخه کم وي او دریم د زړه ضربان هیڅ موجود نه وي او په دې هغه ناروغان چې د زړه ضربان یې هیڅ موجود نه وي په عاجل ډول سره ورته د سکشن ځخه وروسته IPPV په واسطه ورته وینتیلیشن اجراکیږي او خارجي قلبي مساج ورته د منځنۍ او اندیکس ګوتو په واسطه اجراکیږي که چیرې د ۴-۵ دقیقو په موده کې ناروغ کې تغیر رانشي نو په دې حالت کې ادرینالین د ۱۰۰۰۰: ۱محلول ځخه یوملي لیتر اینتراکاردیک او یا داخل په ورید کې تطبیقیږي.
- که چیرته د انتان خطر مواجه وي په دغه صورت باید مناسب انتي بیوتیک ورکړل شي.

د اسپیکسیا د اختلاطاتو تداوي:

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

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

3) Hypotention: پلازما او انوټروفیک سپورټ لکه ډوپامین.

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

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

6) Apnea and Carbon dioxide retention په IPPV سره.

ماخذونه

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

د لیکوال پېژندګلوي:

ډاکټر سید ملیار سادات د ارواښاد استاد سید غلام علي سادات زوی دی، چې په ۱۳۶۳ کال د کونړ ولایت په نورګل ولسوالۍ د بر نورګل کلي د ساداتو په کورنۍ کې زیږېدلی دی

لومړنۍ زده کړې یې د ننګرهار په عالي لیسه ترسره کړې او بیا وروسته په ۱۳۸۲ کال د نورګل مزار لیسې څخه په اعلی درجه فارغ شوی دی او په ۱۳۹۱ کال د پکتیاپوهنتون د معالوجوی طب څخه فارغ شوی، نوموړې یو هڅاند ځوان دی او په خپل مسلک پورې د اړونده کتابونو ترڅنګ د پښتو ادب مطالعې سره ځانګړې مینه لري، چې اوس یې پښتو ادب سره د ډېرې مینې له امله په خپل مسلک کې د ځینو کتابونو د لیکلو تکل کړی دی.

ډاکټر صاحب یو هڅاند ځوان دی او په خپل مسلک پورې د اړوندو کتابونو ترڅنګ د پښتو ادب مطالعې سره ځانګړې مینه لري، چې اوس یې پښتو ادب سره د ډېرې مینې له امله په خپل مسلک کې د ځینو کتابونو د لیکلو تکل کړی دی.

د سادات صاحب د همدې تکل او مزل ځینې نورې بېلګې هم شته، چې یو څه یې په کتابي بڼه چاپ شوي او د نورو یې تر دې وروسته د چاپ په هڅه کې دی چې چاپ او ناچاپ آثار یې په لاندې دول دي.

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

7. انساني عظمت(چاپ)
8. د داخله ناروغيو اساسات، ليکوال ډاکترابراهيم شينواری(دوهم واری کتنه او زياتونه) چاپ)
9. پر روغتيا د شرابو (الکولو) اغېزې(چاپ)
10. لس تاپ ناروغۍ ، همدا اثر (چاپ)
11. زموږ چاپېريال (دوهم ځل چاپ)
12. طبابت که تجارت. ناچاپ
13. د بريا لار (ناچاپ)
14. د ژوند حقيقت (ناچاپ)
15. اسلام او معاصر طب
16. په افغانستان کې د نشه يانو د ژوند ربښتني انځور(ناچاپ)
17. د والدينو حقوق (ناچاپ)
18. ورځني مېډياوې او افغاني کلتور(ناچاپ)
19. د ارواښاد استاد سيد غلام علی سادات ژوند ته لنډه کتنه(ناچاپ)
20. کارډيولوژی(ناچاپ)
21. ژوند او رژېدلې هېلې.

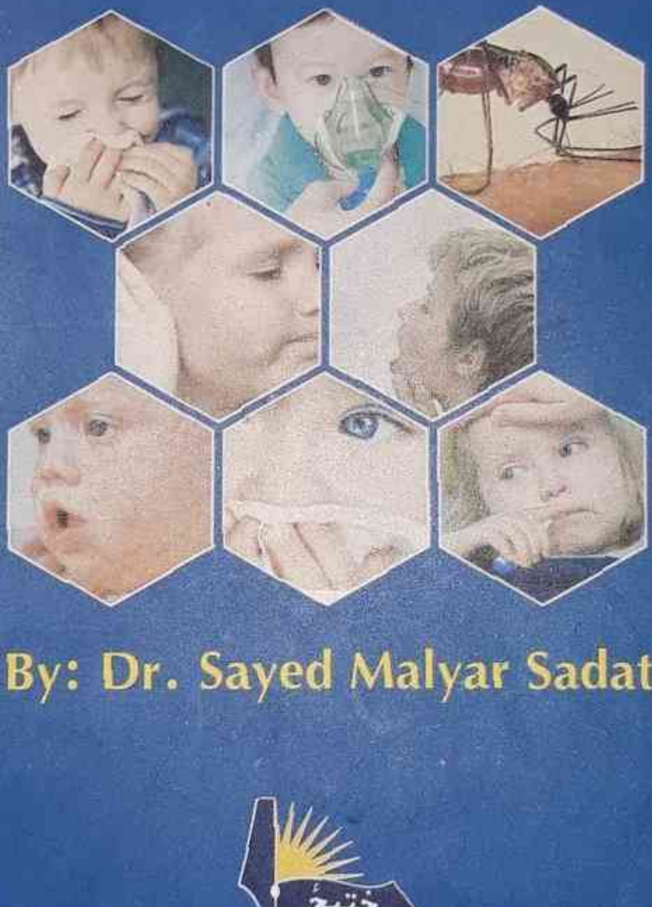
سادات صاحب وروسته د طب پوهنځي د فارغيدو څخه د هېواد په لرې پرتو سيمو کې په مختلفو روغتونونو او کلينيکونو کې د ډاکترپه صفت دندې ترسره کړی چې دا مهال هم په خپلو دندو بوخت دی.

په درنښت
نوراغا سعيد
توحيد غږ راډيو
کنړ/نورګل

Top Ten Diseases

Introduction, Causes, Signs & Treatment

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



By: Dr. Sayed Malyar Sadat

Designed by: Abdul Hadi Asar

ختیځ
خپرندویه ټولنه

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